

Per una nova atenció domiciliària a Catalunya

Enquesta encarregada per l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials del
Departament de Benestar i Família

Març de 2003

RPEEO 256

ESTUDI
“PER UNA NOVA ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A CATALUNYA”

L'OPINIÓ DELS USUARIS
DELS SERVEIS
D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

MARÇ de 2003

SUMARI

1. Introducció	2.
2. La metodologia	3.
3. Característiques sociodemogràfiques dels usuaris	4
3.1 La majoria d'usuaris dels serveis d'AD són dones.....	4
3.2 D'una edat avançada.....	4.
3.3 La majoria d'usuaris dels Serveis d'AD viuen sols.....	5
3.4 Una gran part dels usuaris ja fa molt de temps que gaudeixen del serveis.....	5
4. L'accés als serveis d'Atenció Domiciliària.....	6
4.1 Mitjans pels quals es coneixen i se sol·liciten els Serveis d'AD.....	6
4.2 Facilitat, ajut i temps d'espera per accedir als Serveis d'AD.....	7
5. Tipologia i nombre de serveis prestats	10
5.1 Una varietat i diversitat prou àmplies de serveis prestats.....	10
6. Nivells de satisfacció dels usuaris entrevistats.....	12
6.1 Una bona valoració del servei.....	12
6.2 Les principals tasques o serveis són considerats molt necessaris.....	13
6.3 Aspectes que han millorat en la vida dels usuaris.....	14
6.4 Nombre d'hores i adequació horària.....	15
6.5 Inexistència de problemes destacables en els Serveis d'AD.....	17
6.6 El tracte personal és l'aspecte més valorat.....	18
6.7 Canvis de professionals d'atenció directa i valoració per part dels usuaris.....	20
7. Propostes per a la millora dels Serveis d'Atenció Domiciliària.....	22

1. Introducció

Aquest document presenta el treball realitzat en relació amb l'objectiu nº 5 de l'estudi "*Per una Nova Atenció Domiciliària a Catalunya*". Es tracta d'obtenir una panoràmica general sobre les característiques socials i familiars dels usuaris dels Serveis d'Atenció Domiciliària a Catalunya i la seva opinió, i experiència, sobre un conjunt d'aspectes i temes tals com:

- veure com i de quina manera es produeix l'accés als serveis
- quin tipus de tasques o activitats són les més habituals
- avaluar el nivell de satisfacció
- identificar els principals problemes o dificultats que detecten els usuaris, i
- recopilar les seves propostes o suggerències, per tal que es puguin implementar les mesures que es considerin més apropiades per a la millora de l'esmentada atenció domiciliària.

El document s'estructura en els següents apartats:

- Metodologia
- Les característiques sociodemogràfiques dels usuaris del Servei d'AD
- L'accés als Serveis d'Assistència Domiciliària
- Tipologia i nombre de serveis prestats
- Nivells de satisfacció dels usuaris
- Propostes per a la millora dels Serveis d'Atenció Domiciliària

2. La metodologia

Per tal d'assolir l'esmentat objectiu s'ha elaborat un qüestionari seguint les pautes d'altres models aplicats en recerques similars. Un primer disseny va ser supervisat i avaluat per diversos professionals i experts relacionats amb el sector i finalment es realitzà una prova pilot aplicant el qüestionari a una petita mostra de 15 persones. Una vegada incorporades les rectificacions i/o esmenes considerades necessàries, es procedí a la seva aplicació.

Les entrevistes es realitzaren per telèfon, prèvia conformitat de participació i concertació de l'hora i dia. La mostra inicial era de 118 persones usuàries de serveis d'atenció domiciliària o els seus cuidadors, finalment el nombre de respostes vàlides ha estat de 99.

Abans de passar a detallar la metodologia utilitzada per a la selecció de la mostra, cal comentar les dificultats amb què ens hem trobat per confeccionar-la. La fórmula considerada més apropiada ha estat demanar la participació de les entitats proveïdores dels serveis d'AD per tal que fossin aquestes les que, voluntàriament, facilitessin els contactes amb les persones a entrevistar. Òbviament, això limita la representativitat de la mostra perquè aquesta dependrà bàsicament de la voluntat i el grau de col·laboració de les entitats proveïdores.

De totes maneres, en aquest estudi es pot considerar que el nivell de col·laboració de les entitats ha estat satisfactori. De 28 entitats contactades, 16 varen respondre positivament i varen facilitar en conjunt els 118 contactes amb els usuaris dels quals se n'han pogut entrevistar 107. Les entrevistes vàlides han estat finalment 99. La mostra entrevistada inclou una diversitat i varietat d'usuaris, tant des de la iniciativa sòcio mercantil i pública, la perspectiva territorial com del tipus de proveïdor, de les característiques sociofamiliars del usuari i de la tipologia de població. Les dades obtingudes reflecteixen una imatge altament coincident amb l'opinió dels experts entrevistats.

3. Característiques sociodemogràfiques dels usuaris

3.1 La majoria d'usuaris dels serveis d'AD són dones...

Tal com es reflecteix en la taula 1, malgrat que a les entitats proveïdores se'ls demanava que entre els potencials entrevistats hi hagués aproximadament el mateix nombre d'homes que de dones, a l'hora de facilitar els contactes la gran majoria han estat dones. Concretament, tres de cada quatre usuaris en són. Aquesta situació reflecteix probablement d'una manera força exacta el que també es dona a nivell del conjunt de la població usuària, atès que, en general, els serveis d'assistència domiciliària solen adreçar-se preferentment a les persones de més edat i, com se sap, l'esperança de vida de les dones és força més alta que la dels homes, amb la qual cosa la proporció de dones grans supera àmpliament la dels homes.

Taula 1.	
Usuaris segons el sexe.	
Dones	74%
Homes	26%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

3.2 D'una edat avançada

L'elevada proporció d'usuaris d'edats avançades també es fa palesa a partir de les dades obtingudes de la mostra. Així, tal com es pot veure en la taula nº 2, les persones més grans són les més representades (42,2%), mentre que les grans (de 60 a 80 anys) en representen gairebé una tercera part, i les menors de 60 anys una micamés de la quarta part. És gairebé segur que a la "realitat", la proporció d'usuaris menors de 60 anys és molt més baixa que a la mostra, atès que en ella aquest grup s'ha sobredimensionat premeditadament per tal d'obtenir també l'opinió dels usuaris més joves amb altres problemes.

Taula 2.	
Usuaris segons l'edat.	
> 60 anys	27,8%
60/79 anys	30,0%
> 80 anys	42,2%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

3.3 La majoria d'usuaris dels Serveis d'AD viuen sols

Tal com es pot veure en la taula nº 3, la forma més habitual d'existència entre els usuaris dels Serveis d'AD és viure sol (40,4%). En un segon nivell es troben: viure en parella (16%), amb altres membres de la família (14,9%) i amb els fills (11,7%). Com ja s'ha vist, una gran part dels usuaris són gent molt gran i per tant, molt probablement dones vídues i/o solteres. Això confirma la necessitat de serveis d'AD quan no es pot comptar amb el "suport informal".

Sol/a	40,4%
Parella	16,0%
Amb fills/es	11,7%
Parella i fills	6,4%
Altres famílies	14,9%
Parella, fills i altres familiars	3,2%
Altres	7,4%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

3.4 Una gran part dels usuaris ja fa molt de temps que gaudeixen del serveis

Es constata que gairebé un 60% dels usuaris fa més de dos anys que reben aquest tipus de servei. Els entrevistats que fa menys temps que en gaudeixen representen únicament una quarta part. En aquest sentit, es pot dir que la majoria dels entrevistats tenen ja una llarga experiència com a "clients". Aquesta distribució informa també del caràcter de "llarga durada" d'un important nombre dels serveis d'AD.

> 6 mesos	18,2%
6/12 mesos	8,1%
1 a 2 anys	16,2%
> 2 anys	57,6%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

4. L'accés als serveis d'Atenció Domiciliària

4.1 Mitjans pels quals es coneixen i se sol·liciten els Serveis d'AD

- **La informació**

La majoria d'usuaris dels serveis d'AD consultats varen tenir "coneixement de l'existència" d'aquests serveis a través dels serveis socials o dels serveis sanitaris públics. Més de la meitat se n'assabentaren mitjançant els Serveis Socials d'Atenció Primària, els Centres de Salut o les Oficines de Benestar Social. Els que coneixen el servei a través d'amics o familiars representen una mica més del 21%.

Aquestes dades contrasten en part amb les obtingudes mitjançant l'anàlisi de les entitats proveïdores. En aquell cas (Document "Les entitats proveïdores. Objectiu nº 1), els sistemes d'informació pels quals s'arriba als serveis són més diversos i el pes del "sector informal" (família, amics, veïns, xerrades, etc.) és superior.

Taula 5.

Mitjà pel que va tenir coneixement de l'existència del servei.

Per la premsa o TV	4,0%
Per familiars	6,1%
Per amics o veïns	15,3%
A través del centre de salut	13,3%
A través de la publicitat de l'Ajuntament	1,0%
A través de centres per a la gent gran	2,0%
A través de serveis socials d'Atenció Primària	30,6%
A través de les Oficines de Benestar Social	9,2%
Altres	18,4%
Total	100%

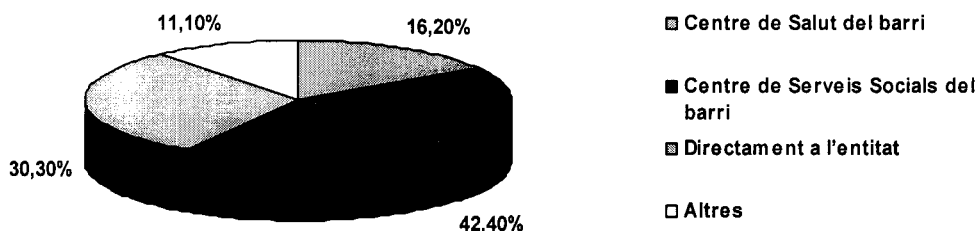
Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

- **La sol·licitud**

Els serveis sanitaris i socials són on de manera majoritària acudeixen els sol·licitants. Com es pot veure en la taula nº 6, quasi el 60% dels usuaris entrevistats varen sol·licitar el servei a través dels esmentats recursos. Únicament el 30% dels entrevistats varen tramitar la prestació directament a l'entitat proveïdora.

Taula 6.	
Lloc on es va anar per sol·licitar la prestació del servei.	
Centre de Salut del barri	16,2%
Centre de Serveis Socials del barri	42,4%
Directament a l'entitat	30,3%
Altres	11,1%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.



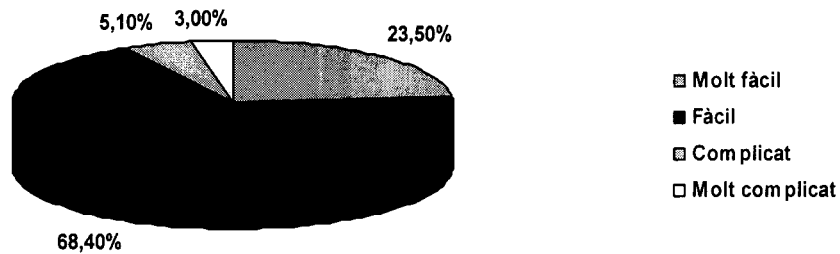
4.2 Facilitat, ajut i temps d'espera per accedir als Serveis d'AD

- **Facilitat**

Més del 90% dels usuaris de serveis d'AD consideren que l'obtenció del servei els va ser fàcil o molt fàcil. Tal com es reflecteix a la taula nº 7, poc més del 8% consideren que aconseguir-los va ser complicat o molt complicat.

Taula 7.	
Nivell de facilitat per obtenir el servei.	
Molt fàcil	23,5%
Fàcil	68,4%
Complicat	5,1%
Molt complicat	3,0%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.



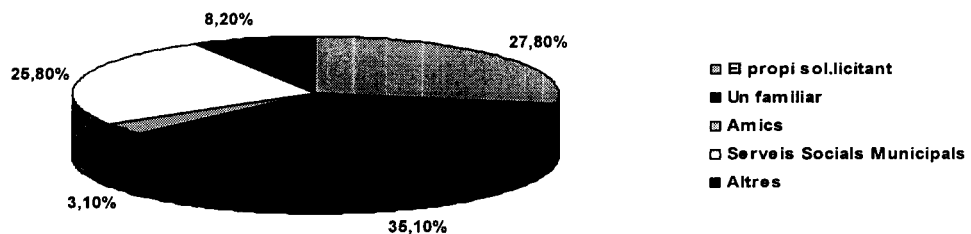
• **L'Ajut**

Tampoc sembla que hagin necessitat massa ajut en el procés de tramitació del servei, ja que, si hom es fixa en la taula nº 8, es pot observar que se n'han encarregat majoritàriament els propis usuaris o els seus familiars. Només una quarta part dels entrevistats varen adreçar-se als serveis socials municipals per tal que els ajudessin en la tramitació.

Taula 8.
Persones o entitats que varen ajudar a realitzar els tràmits de la sol·licitud.

El propi sol·licitant	27,8%
Un familiar	35,1%
Amics	3,1%
Serveis Socials Municipals	25,8%
Altres	8,2%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.



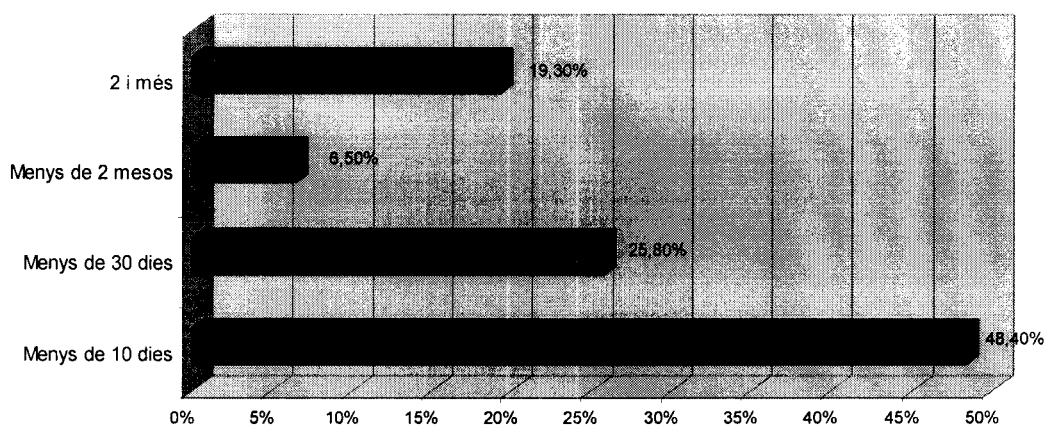
- **El temps d'espera**

Pel que fa al temps d'espera, des del moment que es va fer la sol·licitud formal, es pot observar (taula nº 9) com la meitat dels entrevistats varen haver d'esperar menys de 10 dies. Per a una quarta part dels sol·licitants, el temps d'espera va ser superior a 10 dies però no va arribar als 30. La resta va haver d'esperar més d'un mes. En aquest "tempo" destaca el fet que gairebé en un 20% dels sol·licitants, el temps d'espera va superar els dos mesos.

Taula 9.
Temps d'espera per obtenir el servei d'ençà de la sol·licitud.

Menys de 10 dies	48,4%
Menys de 30 dies	25,8%
Menys de 2 mesos	6,5%
2 i més	19,3%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.



5. Tipologia i nombre de serveis prestats

5.1 Una varietat i diversitat prou àmplies de serveis prestats

- **Varietat de prestacions**

La tipologia de serveis prestats a domicili és força àmplia. Però els serveis més freqüents són uns de molt concrets. Els més habituals són els que s'adrecen a prestar ajuts molt bàsics a les persones: higiene personal, suport per menjar, per vestir-se... (ABVD). Això es correlaciona amb el fet que, molt probablement, aquestes persones presenten nivells de dependència força elevats.

També és alta la proporció de persones que reben ajuts per a les activitats instrumentals de la vida diària (AIVD). Destaca l'elevada proporció de persones que reben ajuda per a la neteja de la llar, per anar a comprar o per sortir al carrer.

En canvi, són relativament pocs els usuaris del SAD (menys d'un 10%) que rebin, també a domicili, serveis de fisioteràpia i/o de massatge i/o d'estimulació. Hom podria preguntar-se'n el per què. És que no els requereixen?, és que els serveis d'ajuda domiciliària no els ofereixen?, és que no entren en una "cartera bàsica subvencionada"? De moment tenim una constatació en les causes de la qual caldria investigar.

Taula 10.
Tipologia i nombre dels serveis prestats.

Ajuda per a higiene personal	80%
Ajuda per menjar	41%
Neteja de la llar	32%
Ajuda per vestir-se	24%
Anar a comprar	22%
Ajuda per mobilitzar	19%
Ajuda per anar al metge, cures i receptes	16%
Ajuda per sortir a passejar	16%
Acompanyament per a gestions	11%
Ajuda per fer el llit	13%
Planxar	7%
Fisioteràpia/massatge	6%
Estimulació	3%
Altres	7%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

- **Més d'un servei**

En general, els entrevistats solen rebre més d'un servei. El més habitual, tal com es concreta a la següent taula, la nº 11, és rebre tres o més serveis. Dos de cada tres usuaris es troben en aquesta situació, mentre que els que només en reben un o dos només són un de cada tres usuaris.

Taula 11.	
Nombre de tasques o serveis rebuts pels usuaris del SAD.	
Un	14,1%
Dos	20,2%
Tres	21,2%
Quatre	28,3%
Cinc	14,1%
Sis i més	2,1%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

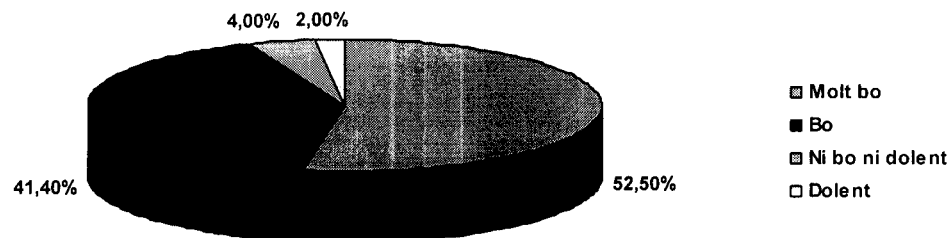
6. Nivells de satisfacció dels usuaris entrevistats

6.1 Una bona valoració del servei

Més del 90% dels usuaris entrevistats consideren que els serveis que reben són bons o molt bons. Els que manifesten que el servei és dolent només representen un 2%.

Molt bona	52,5%
Bona	41,4%
Ni bona ni dolenta	4,0%
Dolenta	2,0%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.



- **Per què n'estan satisfets?**

Quan se'ls preguntà la raó per la qual estaven satisfets del servei, dos de cada tres entrevistats es referiren directament a les qualitats de la treballadora familiar que els presta el servei. En general, manifestaren que aquesta persona és "agradable i afectuosa", "que els tracta bé" i "que els ajuda en les coses que ells no poden fer". És a dir, el valor del servei es polaritza en la funció relacional, "com els tracta el professional" d'atenció o de suport.

Els que no estan "prou satisfets" amb el servei al·leguen raons més variades. Alguns es queixen que la treballadora familiar no està prou motivada, i d'altres que el servei es insuficient i/o no es presta en determinats horaris considerats necessaris. Només una

persona es queixa que la “formació del professional” és insuficient i una altra al·lega que el problema del servei és “la manca de personal”.

Tot i que els resultats obtinguts demostren de manera clara que el servei és valorat de manera molt positiva, no s’ha de deixar de banda que els serveis d’AD són encara molt nous i que l’oferta és limitada (escassa varietat i poca quantitat). Aquest fet impossibilita les comparacions i explica que la gent que en disposa se senti, en certa manera, “privilegiada”.

Si també es considera que una part important d’aquests serveis es presta de forma gratuïta, o a baix preu, atès el baix poder adquisitiu dels clients potencials, i si també es té en compte que les persones que se’n beneficien són persones molt grans que possiblement mai no havien pensat que podrien gaudir d’un tipus d’ajut semblant, és lògic que, en certa manera, n’estiguin agraïdes i en facin una valoració tan positiva.

6.2 Les principals tasques o serveis són considerats molt necessaris

En general, *totes les tasques o serveis prestats pel SAD es consideren molt necessàries*. Com es pot veure en la taula nº 13, la gran majoria dels entrevistats (entre el 68 i el 85%) consideren “molt necessàries” les tasques o serveis més habituals que es presten. Són molt pocs els usuaris que les consideren “poc necessàries”. Cal destacar que cap entrevistat ha contestat que no són “gens necessàries”. Les tasques considerades “més necessàries” coincideixen amb les de suport a les ABVD, com la higiene personal, ajudar a vestir-se, ajudar a anar a comprar, i les d’acompanyament. En aquest cas, l’opinió dels entrevistats coincideix amb les tasques més habituals que desenvolupen les entitats consultades (Vegi’s document “Les Entitats Proveïdores”. Objectiu 1).

Taula 13.
Valoració de la necessitat dels serveis que rep l’usuari (%).

	Molt necessari	Necessari	Poc o gens necessari	Total
Higiene personal	80,8	19,2	0,0	100
Comprar	85,7	14,3	0,0	100
Neteja llar	65,6	31,3	3,1	100
Ajudar vestir-se	83,3	8,3	8,3	100
Fer el llit	75,0	25,0	0,0	100
Menjar/fer menjar	73,2	26,8	0,0	100
Acompanyament/gestions	63,6	36,4	0,0	100
Sortir, passejar	81,3	18,8	0,0	100
Companyia	78,6	21,4	0,0	100
Metges/receptes/cures/etc.	68,8	31,3	0,0	100
Mobilitzar	100,0	0,0	0,0	100

Font: Elaboració pròpia a partir de l’enquesta realitzada.

6.3 Aspectes que han millorat en la vida dels usuaris

Els entrevistats consideren que els serveis d'AD han tingut i tenen una incidència en la millora de les seves vides. Entre un 20 i un 40% dels usuaris consideren que han millorat: la seva higiene personal, la mobilitat dins la llar, la seva seguretat i el fer coses en general, mentre que per sota d'aquest percentatge els usuaris consideren també positivament que: ara disposen de més temps lliure, que la seva alimentació ha millorat i que tenen la casa més neta.

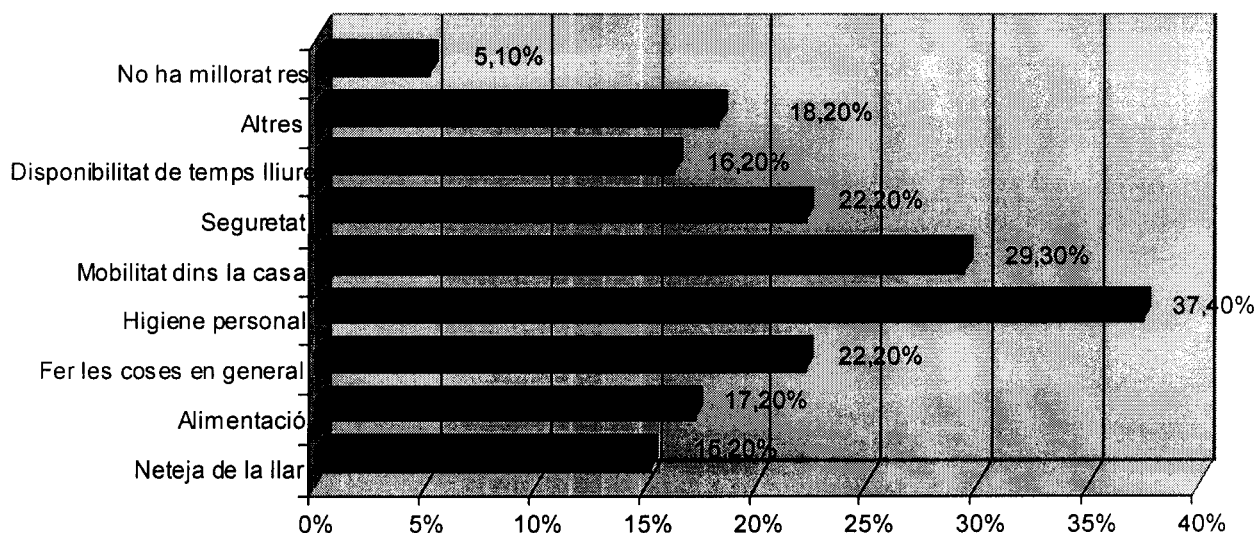
Per altra banda i com es pot observar en la taula nº 14, únicament un 5% dels usuaris consultats manifesten que no han experimentat cap tipus de millora.

Taula 14.

Aspectes que més han millorat en la vida dels usuaris

Neteja de la llar	15,2%
Alimentació	17,2%
Fer les coses en general	22,2%
Higiene personal	37,4%
Mobilitat dins la llar	29,3%
Seguretat	22,2%
Disponibilitat de temps lliure	16,2%
Altres	18,2%
No ha millorat res	5,1%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

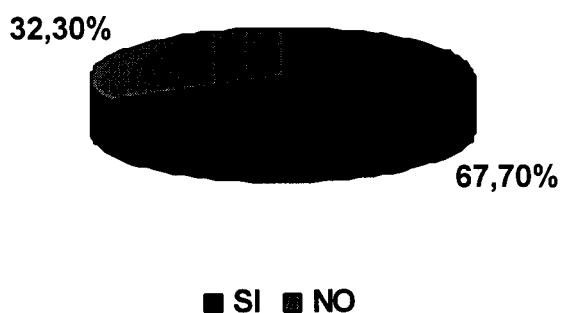


6.4 Nombre d'hores i adequació horària

Si bé la majoria dels entrevistats consideren suficient el nombre d'hores setmanals de dedicació, un significatiu 32% indica que no ho són.

SI	67,7%
NO	32,3%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.



Si hom observa la següent taula, la nº 16, es poden apreciar les diferències entre les hores que "es consideren necessàries" i les que "tenen" les persones entrevistades.

	Hores gaudides	Hores que consideren haurien de menester
2 o menys	21,1%	-
De 2 a 5	39,5%	15,6%
De 5 a 8	23,7%	46,9%
> 8 hores	15,7%	37,5%
Total	100%	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

Cal destacar que més d'un 20% d'aquest grup d'usuaris gaudeixen de menys de dues hores d'atenció setmanal i que cap d'ells afirma que aquest temps de dedicació és el que considera que li cal.

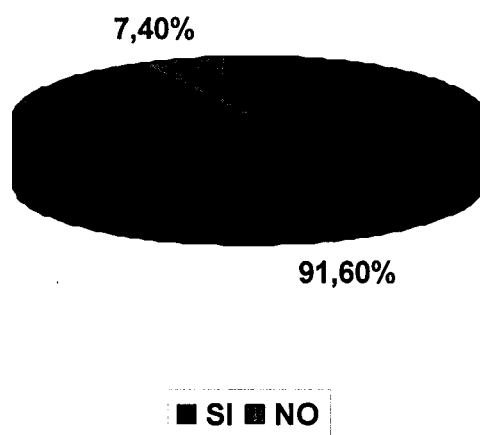
Només un 15% es conformaria que se li dediquessin de 2 a 5 hores d'atenció setmanals, mentre que en les dades obtingudes són quasi un 40% els que s'enquadren dins aquest interval de temps d'atenció. Gairebé la meitat dels usuaris desitgen ser atesos de 5 a 8 hores setmanals però, a la pràctica, poc més d'un 20% reben aquest temps d'atenció. Finalment, els que desitjarien un temps d'atenció superior a les 8 hores setmanals són gairebé el 40%, mentre que en la realitat només un 15% disposen d'aquesta dedicació.

En definitiva, entre els insatsfets, tots necessiten un major temps d'atenció. Sobretot de 5 a 8 hores a la setmana, segons el 50% d'aquest usuaris, i més de 8 hores segons un terç d'aquest grup de població.

Pel que fa als horaris d'atenció, tal com es pot veure en la taula nº 17, la gran majoria manifesten que aquests són adequats a les seves necessitats.

Taula 17.	
Adequació del servei quant a horaris d'atenció.	
SI	91,6%
NO	7,4%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

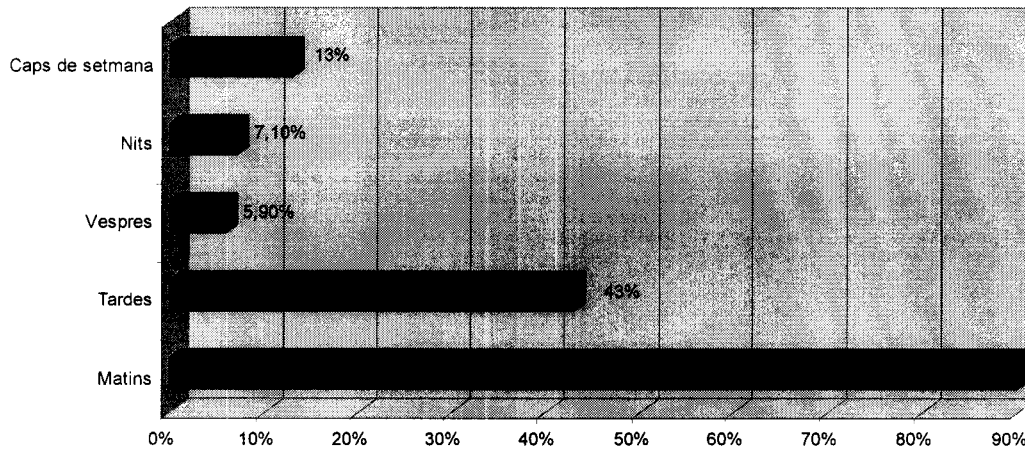


A l'hora de prioritzar l'horari de prestació del servei (taula nº 18), la majoria opten pels matins o tardes. Els que prioritzen els caps de setmana són només el 13%, mentre que els que prefereixen els vespres o les nits representen menys del 10%. Com es pot observar, la suma supera el 100% atès que en la pregunta es podia prioritzar més d'una resposta.

Taula 18.
Preferències d'atenció horària

Matins	90%
Tardes	43%
Vespres	5,9%
Nits	7,1%
Caps de setmana	13%
Total	159%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.



6.5 Inexistència de problemes destacables en els Serveis d'AD

Més del 90% dels entrevistats diuen que *"no han tingut problemes destacables amb el servei"*.

Taula 19.
Problemes amb el SAD.

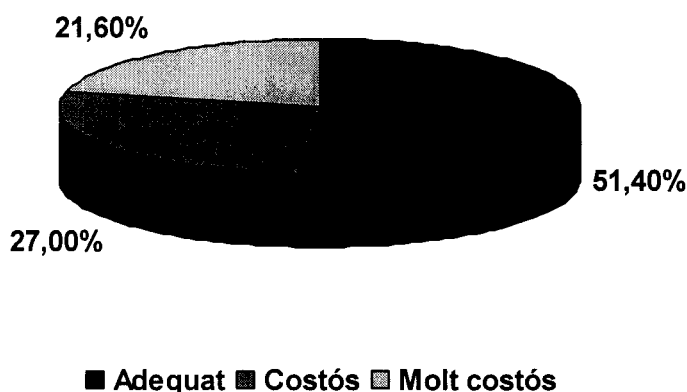
SI	9,3%
NO	81,7%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

L'únic problema destacat no es refereix a la manera com es presta el servei", sinó que fa referència al *"cost del servei"*. L'opinió està dividida però quasi la meitat dels usuaris consideren que es tracta d'un servei costós (taula nº 20) Això no vol dir necessàriament car, sinó "car en relació amb el poder adquisitiu" dels usuaris potencials, que com se sap és força baix.

Taula 20.	
Valoració del cost del servei per a l'usuari.	
Adequat	51,4%
Costós	27,0%
Molt costós	21,6%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.



6.6 El tracte personal és l'aspecte més valorat

Entre els aspectes més valorats en els professionals d'atenció directa, els treballadors familiars principalment, destaca de manera concreta el fet que *"tinguin un tracte afectuós i amable"* (85,2%) Únicament el 3,4% dels usuaris no el consideren important. El segon aspecte més valorat és que el treballador familiar o auxiliar domiciliari *"es preocupi per la salut de la persona atesa"* (73,8%) i només el 3,1% dels enquestats no valoren aquest aspecte. En tercer lloc, es valora positivament que el professional *"dediqui un temps per poder parlar amb l'usuari"* (56,9%). En aquest cas, però, la proporció d'usuaris que no ho valora puja fins al 9,2%.

Taula 21.		
Aspectes més i menys valorats en l'auxiliar domiciliari		
	Més valorat	Menys valorat
Que tingui un tracte afectuós i amable	85,2%	3,4%
Que dediqui un temps a parlar amb vostè	56,9%	9,2%
Que es preocupi per les qüestions de la seva salut	73,8%	3,1%
Que porti l'equipament/material adequats per fer el seu treball	27,8%	1,6%
Que realitzi les tasques que marca el contracte d'ajuda a domicili	37,1%	14,3%
Que faci ràpidament la feina	21,9%	21,9%
Que expliqui el que fa, per què, etc.	41,5%	29,3%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

- **Les tasques més valorades**

Com es pot deduir, les tasques més apreciades són les que tenen a veure amb el *tracte humà i amb la qualitat de les relacions personals (50%)*. Com és ben sabut, les persones grans solen patir més que la resta de la població els problemes derivats de la manca o insuficiència de contactes i de relacions familiars i socials, moltes vegades fruit de la seva situació de dependència i soledat. La solitud és un dels problemes expressats com a més greus per la gent gran en diferents estudis d'opinió. Aquest fet explica l'estima donada tant als treballadors familiars com als auxiliars domiciliaris. Sovint aquests, a banda del servei concret que fan, són les persones de contacte i de relació més importants i properes als usuaris.

- **Les tasques menys valorades**

Entre les tasques o activitats a les quals s'atorga un valor més baix, destaquen les següents:

- *que "el treballador familiar faci ràpidament la feina"*. Només ho valoren positivament un 21,9% dels usuaris, la mateixa proporció dels que no ho consideren important.
- *"Que porti l'equipament i el material adequats"*. Ho valoren positivament un 27,8% dels usuaris. Els que no hi donen importància són el 5,6%.
- *"Que realitzin les tasques que marca el contracte d'ajuda a domicili"*. Ho valoren positivament el 37,1%, però els que no ho valoren representen el 14,3%.
- *"Que el treballador familiar expliqui el que fa, com ho fa"...* Els que ho valoren representen el 42,5%, mentre que els que li donen el valor més baix representen quasi el 30%.

Encara que, com ja s'ha vist, totes les tasques o activitats són positivament valorades en major o menor mesura pels usuaris, les esmentades només són valorades positivament per menys de la meitat dels entrevistats.

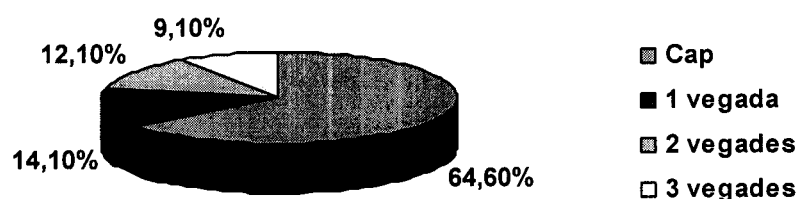
6.7 Canvis de professionals d'atenció directa i valoració per part dels usuaris.

La majoria dels entrevistats (65%) no han canviat de professional d'atenció en els darrers 2 anys. Els que sí ho han fet representen aproximadament un terç del total. Destaca també el fet que més d'un 20% d'usuaris han canviat de professional dues o més vegades en els darrers 2 anys.

Taula 22.
Canvis de professional d'atenció directa en els darrers 2 anys.

Cap	64,6%
1 vegada	14,1%
2 vegades	12,1%
3 vegades	9,1%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.



Si es té en compte, com ja s'ha vist, que la valoració del servei es polaritza bàsicament en la figura del professional d'atenció, una hipòtesi plausible és que també es doni una polarització de les respostes quan es demana que es valorin els canvis de personal. Si aquesta figura és el més important per a l'usuari i la seva valoració n'és positiva, qualsevol canvi es percebrà com un fet negatiu. Però si se'l valora negativament, el canvi es veurà com un fet positiu, amb expectatives de millora.

De tota manera, es pot veure que aquesta hipòtesi en principi no es compleix massa. Els entrevistats aporten una posició més "neutra". Una mica més de la meitat dels que varen canviar de professional manifesten que els canvis "ni són bons, ni dolents" (taula nº 23). Els qui diuen que els canvis han estat bons són gairebé un terç (28,6%), i

superen àmpliament els qui han considerat negatius els efectes dels canvis (16,7%). Un 2,4% indiquen, però, que per a ells han estat "molt dolents".

Taula 23.	
Valoració dels canvis.	
Bons	28,6%
Ni bons ni dolents	52,4%
Dolents	16,7%
Molt dolents	2,4%
Total	100%

Font: Elaboració pròpia a partir de l'enquesta realitzada.

7. Propostes per a la millora dels Serveis d'Atenció Domiciliària

Tot i que són molt poques les declaracions explícites i concretes dels usuaris entrevistats sobre quins aspectes caldria millorar (si n'hi haguessin moltes això seria força contradictori amb les valoracions positives que, en general, els usuaris n'han fet), sí que es poden deduir algunes propostes a partir dels resultats més quantitius de l'enquesta, i també de determinades declaracions explícites dels propis usuaris. Són les següents:

➤ Millorar l'accés al servei

Malgrat que majoritàriament els entrevistats manifestin que l'accés al servei ha estat fàcil, un 8% ho va trobar complicat o molt complicat, i un 20% va trigar més de dos mesos a poder-lo obtenir. És obvi que aquesta situació implica millorar els canals d'accés i la disminució dels temps d'espera per accedir al servei.

➤ Ampliació dels horaris i de la intensitat del servei

Que s'ampliïn el temps i els horaris de dedicació constitueix una altra de les demandes i propostes que es pot deduir de les entrevistes (una tercera part diu que el nombre d'hores és insuficient i no s'adequa a les seves necessitats). Un conjunt de manifestacions explícites, de manera clara, el desig que s'ampliïn els horaris del servei.

➤ Mantenir i millorar la qualitat de les relacions personals entre professionals d'atenció i usuaris

Aquest ha estat un factor molt valorat i que polaritza, actualment, el grau de satisfacció. Caldria mantenir-lo, estimular-lo i millorar-lo.

➤ El cost dels serveis

Finalment, una de les propostes que es poden deduir de manera clara a partir dels resultats de l'entrevista és estudiar que "el servei tingui un cost assequible per a qui el necessiti". Caldria treballar en l'adequació del "cost del servei per a l'usuari" en relació amb el poder adquisitiu.

Barcelona, març de 2003

ESTUDI
“PER UNA NOVA ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A CATALUNYA”

APROXIMACIÓ AL PERFIL
DE LES ENTITATS PRESTADORES
D’ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A
CATALUNYA

MARÇ 2003

Sumari

Presentació i metodologia

- 1. Personalitat jurídica. Quines són les entitats consultades?**
- 2. Any d'inici del SAD. L'edat dels serveis d'Atenció Domiciliària**
- 3. L'àrea geogràfica d'actuació**
- 4. La població atesa**
- 5. Quin és el volum d'atenció?**
- 6. La Cartera de Serveis**
- 7. Les vies d'informació i arribada als serveis**
- 8. El "preu"/ hora d'AD per l'usuari**
- 9. Els perfils professionals**
- 10. Teleassistència**
- 11. El registre d'entitats**
- 12. Altres serveis de les entitats**

Síntesi

Presentació i metodologia

L'atenció domiciliària és cada dia més apreciada i demanada pels ciutadans, i el nombre d'entitats que avui dia ofereixen el servei configura un mercat dinàmic, creixent. Però com s'ha dit en altres documents de l'estudi, al costat de les entitats organitzades, reglamentades i que actuen amb transparència, existeix una economia submergida, que a través d'una "pseudo atenció domiciliària" s'adreça a una demanda particular, sense garanties de seguretat i de qualitat.

En aquest document es presenta **una aproximació al perfil d'un grup d'entitats organitzades, que avui dia ofereixen serveis d'atenció domiciliària a la societat catalana**. L'anàlisi del "mercat opac" requereix un estudi particular i en profunditat.

El perfil de les entitats que es comenta és, com s'ha dit, una aproximació, degut a que aquest treball sorgeix com un objectiu indirecte i complementari en el conjunt de l'estudi, a partir de la necessitat de connectar amb entitats i professionals, el que va obligar a realitzar una "primera relació d'entitats". Així l'objectiu no ha estat fer una "relació completa", sinó enregistrar aquelles amb les que s'ha mantingut contacte en el decurs de l'estudi. Són les que configuren el "**Fitxer Obert d'Entitats de serveis d'AD**" (veure document específic lliurat). És a partir d'aquestes entitats que s'han treballat les variables que seguidament s'exposen.

Caldria, en un futur immediat, i a partir del proposat "Registre Específic d'Entitats d'AD" ampliar i actualitzar aquest primer perfil, obtingut avui, a partir de 61 entitats.

El document consta de dotze apartats i una síntesi final. Són les següents:

1. Personalitat jurídica. Qui són les entitats?
2. Any d'inici del SAD. L'edat de les entitats
3. En quin àmbit geogràfic treballen?
4. La població atesa
5. Quin volum de població atenen?
6. La cartera de serveis
7. Les vies d'informació i arribada al servei
8. El "preu" hora per l'usuari
9. Els perfils professionals
10. El servei de Teleassistència
11. El Registre d'Entitats
12. Altres serveis de les entitats

Com s'ha treballat?

Com s'ha indicat, aquest no ha estat un objectiu directe de l'estudi que es centrava en altres temes d'anàlisi. Incorporat posteriorment, la metodologia seguida ha estat vinculada a les necessitats de l'estudi.

A fi de construir una primera relació d'entitats, el "Fitxer Obert", i extreure'n un primer perfil, es procedí al disseny d'una pauta d'entrevista que permetés extraure les principals variables de presentació de les entitats. Paral·lelament es cercaren els contactes mitjançant diverses fonts.

Les entrevistes es realitzaren telefònicament, prèvia concertació, durant el període de 18 de novembre de 2002 a 16 de gener de 2003.

El resultat obtingut ha donat pas a dos documents: El "Fitxer Obert" citat, i aquest document "Aproximació al perfil de les entitats prestadores d'AD a Catalunya".

Des d'ací volem agrair molt sincerament a totes les entitats la seva disponibilitat i col·laboració en aquest estudi.

/// // // //

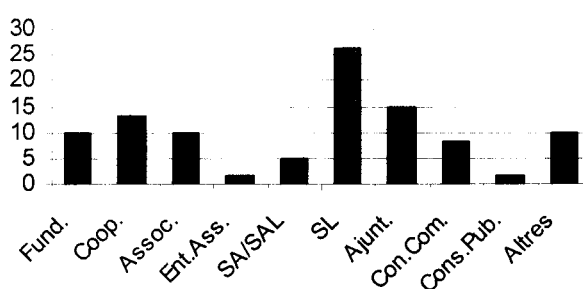
1. QUI SÓN LES ENTITATS CONSULTADES?

Seixanta-una entitats han estat consultades, 45 del sector privat i 16 públiques. La personalitat jurídica de les entitats prestadores és diversa, entitats d'iniciativa social (EIS), d'iniciativa mercantil (EIM) i entitats públiques configuren el sector.

La taula nº 1 presenta la freqüència de cada tipologia d'entitats. Es pot observar que entre les entitats consultades que formen el "Fitxer Obert d'Entitats", les societats limitades són les més nombroses, i que els ajuntaments i les cooperatives ocupen les segones posicions. Els ajuntaments mantenen una prestació mixta de serveis, mitjançant contractació externa i personal directe. Fundacions, Associacions i Consells Comarcals es situen en tercer lloc.

Taula 1. Tipologia de les entitats consultades

	Nº	%
Fundació	6	9,9
Cooperativa	8	13,1
Associació	6	9,9
Ent. Asseguradora	1	1,6
SA/SAL	3	4,9
SL	16	26,2
Ajuntament	9	14,8
Consell Comarcal	5	8,2
Consorci Públic	1	1,6
Altres	6	9,9
Total	61	100



L'agrupació per "grans sectors provisors" i l'agregació de les entitats que apareixen en l'epígraf "altres", ofereix una imatge força equilibrada entre la iniciativa social i mercantil i la provisió pública. Entenem però que aquest "equilibri" és, possiblement, la resultant d'un procés a favor de la externalització dels serveis, i d'una major entrada de les entitats d'iniciativa mercantil. La hipòtesi és que en anys anteriors no es trobaria reflectit aquest "equilibri actual" i que el pes de la iniciativa pública en la provisió dels serveis era més elevat.

Cal dir també, que en ocasions, la “titularitat jurídica” és una fórmula que “s’adopta” però que no s’ajusta exactament a les finalitats i característiques de les entitats, fet que podria explicar, per exemple, el major nombre de SL trobat.

Taula 2. Agrupació de les entitats proveïdores per grans sectors

Entitats Iniciativa Social		Entitats Iniciativa mercantil		Ens públics	
Associacions, Fundacions, Cooperatives	20	SL SA, SAL	19	Ajuntaments Consells Comarcals Consorti Ajt. + CC	15
Institució Canònica	1	Ent. Asseguradora	1	ABS. Inst. Cat.. Salut	1
Congregació Religiosa	1	Empresa	1		
Empresa d’Inserció (*)	1	Grup d’autònoms	1		
	23 37,7%		22 36,1%		16 26,2%

* Les empreses d’inserció poden ser incloses en el sector d’iniciativa social o en el mercantil. Existeix debat sobre la seva “naturalesa”.

2. L'EDAT DELS SERVEIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

➤ Joventut i veterania

Les entitats consultades tenen uns serveis d'atenció domiciliària en general joves. El 91% iniciaren l'activitat fa menys de 26 anys. Una congregació religiosa que recentment ha complert cent cinquanta anys a Catalunya (1) és l'excepció.

Taula 3. L'edat dels serveis d'AD

L'edat		% sobre les que contesten (57)	% sobre el total (61)
Més de 100 anys	1	1,8	1,6
Menys de 26	56	98,2	91,8
Menys de 22 anys	54	94,7	88,5
Menys de 17 anys	47	82,5	77
Menys de 12 anys	31	54,4	50,8
Menys de 7 anys	16	28,1	26,2

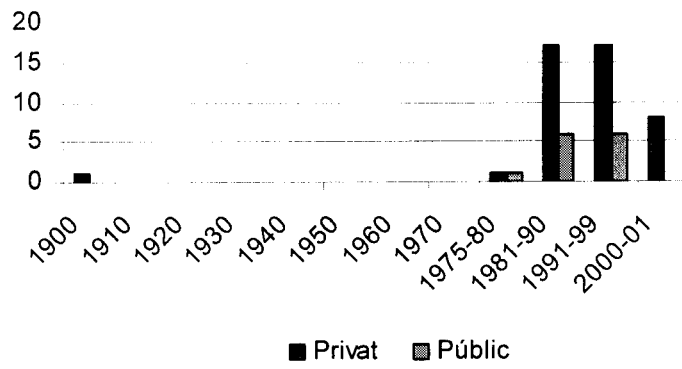
Aquesta distribució mostra en la pràctica, un fet històric important. L'atenció domiciliària havia estat una de les modalitats d'atenció social i sociosanitària de segles anteriors. Algunes experiències han travessat els anys, com la de l'entitat creada en el segle XIX per part d'una congregació religiosa, i que hem trobat en aquesta consulta.

La "nova generació" s'ha iniciat en la dècada dels anys vuitanta, i en particular a partir de la segona meitat (1986). El procés de creixement continuà amb una major concentració entre els anys 1986 i 1992, període on es registra el major nombre de noves iniciatives: 31 de les 61 entitats analitzades, el 50,8%. El canvi de mil·lenni sembla venir acompanyat del manteniment del ritme creatiu, amb vuit noves iniciatives en els dos darrers anys.

Taula 4. Any d'inici del SAD

	Privat	Públic	Total	%
Abans 1900	1	--	1	1,6
1975-1980	1	1	2	3,2
1981- 1990	17	6	23	40,4
1991- 1999	17	6	23	40,4
2000-2001	8	--	8	14
TOTAL	44	13	57	--
NC	--	--	4	
TOTAL	77,2	22,8	61	100

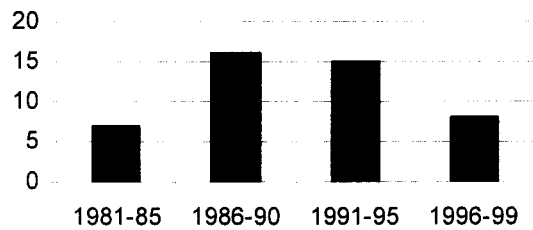
¹ "Congregació religiosa "Siervas de María". La Vanguardia, 7 octubre 2001.



Taula 5. Detall del període 1981-1999

	Noves entitats	% / 61
1981-1985	7	11,5
1986-1990	16	26,2
1991-1995	15	24,6
1996-1999	8	13,1
Totals període	46	75,4

Detall de l'evolució del 1981 al 1999



3. L'ÀREA GEOGRÀFICA D'ACTUACIÓ

➤ Localisme i algunes experiències en altres CCAA

Pràcticament totes les entitats analitzades (taula 6), tant les públiques com les d'iniciativa privada, tenen àmbit local d'actuació.

A mesura que s'amplia l'àrea geogràfica disminueix el nombre d'entitats proveïdores. Actuen comarcament 30 entitats, el 50%, 24 són privades, 5 corresponen als Consells Comarcals i 1 al Consorci públic Consell Comarcal i Ajuntament.

Taula 6. Àrea geogràfica d'actuació de les entitats

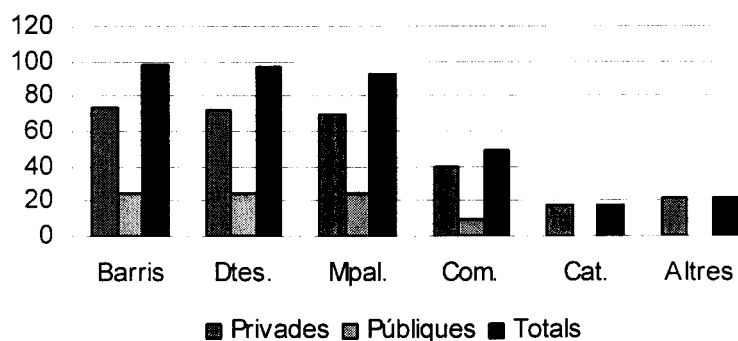
	Nº Entitats	%	N/C	%	%Total
Barris	58	95,1	3	4,9	100
Districtes	57	93,4	4	6,6	100
Municipis	55	90,2	6	9,8	100
Comarques	30	49,2	31	50,8	100
Catalunya	11	18,0	50	82,0	100
Altres	13	21,3	48	78,7	100

Només 11 entitats, el 18%, treballen en tota l'àrea catalana. Són: SL (4), cooperatives (2), dues entitats de caràcter internacional, una entitat d'assegurances, una associació i una fundació. El volum d'activitat d'aquestes entitats és divers, encara que la majoria corresponen a les d'un nombre d'atenció anual superior als cinc-cents usuaris, n'hi ha una però, que no arriba als 350.

Les tretze entitats que indiquen tenir una "altre àrea territorial" corresponen a: tres que treballen, o poden treballar internacionalment, una es circumscriu a la província de Barcelona, i una altra a una diòcesi. La resta, vuit entitats, són presents en alguna altra CCAA.

Taula 7. Àrea geogràfica d'actuació de les entitats públiques i privades.

	Privades		Públiques		Totals	%	NC	%	%Total
Barris	45	73,8%	15	24,6%	60	98,4	1	1,6	100
Districtes	44	72,1%	15	24,6%	59	96,7	2	3,3	100
Municipis	42	68,9%	15	24,6%	57	93,4	4	6,6	100
Comarques	24	39,4%	6	9,8%	30	49,2	31	50,8	100
Catalunya	11	18,0%	--	--	11	18,0	50	82,0	100
Altres	13	21,3%	--	--	13	21,3	48	78,7	100



4. LA POBLACIÓ ATESA

- **Les persones d'edat amb manca d'autonomia, la població més atesa per les entitats privades i públiques.**

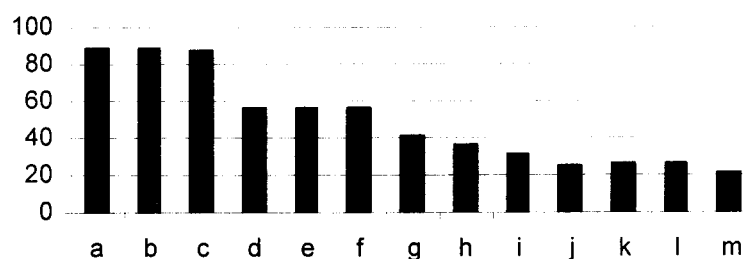
Entre el 87 i el 89% de les 61 entitats analitzades, manifesten atendre preferentment a les persones d'edat amb dificultats per desenvolupar les activitats bàsiques i les instrumentals de la vida diària, o bé aquelles que es troben en situació de fragilitat.

En segon lloc les entitats atenen a: persones amb malalties cròniques que necessiten suport per les ABVD i AIVD, a infants en risc-dificultat i llurs famílies, i també a persones amb disminució psíquica i física. Els percentatges d'atenció es situen entre el 41% i el 55% de l'activitat.

Un tercer grup d'usuaris el formen persones amb problemàtiques diverses: disminució sensorial, amb problemes d'alcoholisme, drogodependències, SIDA i pobresa. La seva presència en l'activitat dels serveis és de l'ordre del 15 al 22%

Taula 8. Tipologia de la població atesa

	Nº d'entitats	% / total	NC	% / total	% Total
a) Persones grans ABVD	54	88,5	7	11,5	100
b) " " AIVD	54	88,5	7	11,5	100
c) " " fràgils	53	86,9	8	13,1	100
d) " malalties cròniques	34	55,7	27	44,3	100
e) Infants	34	55,7	27	44,3	100
f) Persones disc. psíquica	34	55,7	27	44,3	100
g) " " física	25	41,0	36	59,0	100
h) " " sensorial	22	36,1	39	63,9	100
i) SIDA	19	31,1	42	68,9	100
j) Drogodependents	15	24,6	46	75,4	100
k) Alcoholisme	16	26,2	45	73,8	100
l) Pobresa	16	26,2	45	73,8	100
m) Altres	13	21,3	48	78,7	100



Aquesta distribució general es manté quan s'analitza la població atesa per les entitats privades i per les públiques. El contrapunt el posen: l'atenció a la infància i família que és més important en el sector públic (73,3%) que en el privat, i l'atenció als malalts crònics, en el sector privat el 60,9% mentre que en el sector públic són un 40%.

Taula 9. Tipologia població atesa per sectors provisors

	Privades	% s/sector	Publiques	% s/sector
Persones grans ABVD	41	89,1	13	86,7
« « AIVD	41	89,1	13	86,7
« « fràgils	40	86,6	13	86,7
« malaltes cròniques	28	60,9	6	40
Infants - Família	23	50	11	73,3
Persones disc. psíquica	26	56,5	8	53,3
“ “ física	19	41,3	6	40
“ “ sensorial	18	39,1	4	26,7
SIDA	15	32,6	4	26,7
Drogodependents	11	23,9	4	26,7
Alcoholisme	12	26,1	4	26,7
Pobresa	13	28,3	3	20
Altres	9	19,6	4	26,7
TOTAL	46	100	15	100

Però com es pot constatar una vegada més, en ambdós sectors les persones d'edat amb diversos graus de dependència són el perfil atès prioritàriament.

En "altres poblacions" la varietat d'usuaris mereix un comentari. En primer lloc indicar que alguns ajuntaments grans han iniciat l'atenció a immigrants extracomunitaris mitjançant serveis d'AD, amb finalitat d'acompanyament a la inserció, preferentment si es tracta de famílies amb infants escolaritzats.

Un altre perfil emergent són els malalts mentals. El servei d'AD és un suport als familiars i al manteniment de relacions personals i socials dels propis afectats.

Un tercer perfil, són les persones amb discapacitats motores (podrien ser inclosos en el grup de disminucions físiques però les seves peculiaritats aconsellen particularitzar-les) que realitzen els programes de "vida independent".

5. QUIN ÉS EL VOLUM D'ATENCIÓ?

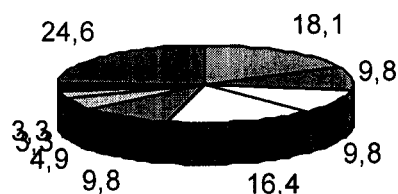
➤ Macro i micro volum de població atesa

En la pauta d'entrevista es demanava sobre el volum de població de l'any 2001 i de l'any 2002. Les respostes són clares per l'any 2001, el que s'ha analitzat, però per l'any 2002 no totes les entitats disposaven de dades en el moment de l'entrevista. Per aquest motiu es presenten només les de l'any 2001.

Com presenta la Taula nº 10, un 27% de les entitats entrevistades tenen entre 5 a 100 usuaris anuals, són les més petites, les micro. Al seu costat es troba un altre 26% que atenen entre 200 i 500 persones, i gairebé un 10% arriba als 1000 casos. A partir d'aquesta xifra, el nombre d'entitats baixa. Només dues entitats, una pública (gran ajuntament) i una privada, superen els 4000 usuaris anuals.

Taula 10. El volum anual d'atenció 2001

	2001					
	Total Entitats	%	Privades	%	Públiques	%
5 a 50	11	18,1	9	14,8	2	3,3
51 a 100	6	9,8	4	6,6	2	3,3
101 a 200	6	9,8	4	6,6	2	3,3
201 a 500	10	16,4	7	11,3	3	4,9
501 a 1000	6	9,8	4	6,6	2	3,3
1001 a 2000	3	4,9	2	3,3	1	1,6
2001 a 3000	2	3,3	2	3,3	--	--
3001 a 4000	--	--	--	--	--	--
4001 i més	2	3,3	1	1,6	1	1,6
TOTAL	46	75,4	33	54,1	13	21,3
NC	15	24,6	13	21,3	2	3,3
TOTAL	61	100	46	75,4	15	24,6



Un tema d'interès analitzat és l'increment o disminució del volum d'atenció en dos períodes: entre 2001 - 2002, i 2000 - 2002.

Com es pot comprovar la gran majoria d'entitats manifesten que en els darrers dos anys i en l'últim, el nombre d'usuaris s'ha incrementat. Les petites variacions que s'observen en la taula nº 11 haurien de ser confirmades amb series anuals futures i amb l'ampliació del nombre d'entitats.

Taula 11. Increment – disminució del nombre d'usuaris 2001-2002

	2001-2002		2000-2002	
Increment	42	68,8%	41	67,2
Igual	5	8,2%	7	11,5%
Disminució	2	3,3%	3	4,9%
Total parcial	49	80,3%	51	83,6
NC	12	19,7	10	16,4
TOTAL	61	100%	61	100

6. LA CARTERA DE SERVEIS

➤ Una àmplia i diversa cartera de serveis, amb un denominador comú

Les entitats consultades ofereixen un ampli conjunt de prestacions en els serveis d'atenció domiciliària. De tota manera entre aquest conjunt, s'observen **un tronc comú d'actuacions tant en les entitats públiques com en les d'iniciativa social i mercantil.**

Es poden distingir quatre nivells de freqüència de les prestacions en la cartera de serveis de cada una de les entitats.

- El primer està format per l'eix de les **prestacions de suport a l'atenció personal, de suport a la llar, i d'acompanyament dins i fora del domicili.** És una oferta que correspon al suport de les activitats bàsiques de la vida diària.
- El segon grup de prestacions, s'adreça també a donar suport personal, i a les tasques de la llar, al nucli familiar, la companyia i la teleassistència i telealarma.
- En un tercer nivell de freqüència es detecten prestacions d'atenció personal, com són la podologia i la perruqueria, o el bany adaptat; i també l'oferta de certs arranjaments de la llar i préstec d'ajudes tècniques i material.
- Finalment, en la cartera d'algunes entitats s'inclouen altres prestacions com són la teràpia ocupacional, el quiromassatge, l'acompanyament a la mort, etc., i altres ofereixen també serveis d'atenció a situacions "no problemàtiques" com per exemple l'atenció nocturna a infants o cangurs per a nadons.

Prestacions molt freqüents

Atenció Personal		Suport a la llar	
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Higiene personal ▪ Mobilitzacions i transferències ▪ Ajuda alimentació. Nutrició ▪ Enllitar i llevar-se ▪ Ajuda en el vestir ▪ Control medica 	85-95%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neteja de la llar ▪ Compra de menjar. Àpats ▪ Ordre i organització a domicili 	85-90%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Acompanyaments dins i fora de la llar, i gestions 		(75-85%)	

Prestacions freqüents

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Adquisició d'hàbits, habilitats i competències ▪ Rehabilitació – Fisioteràpia ▪ Control dieta ▪ Educació sanitària 	60-76%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Neteges de xoc i de manteniment ▪ Cura de la roba i bugaderia 	50-60%
<ul style="list-style-type: none"> ▪ Suport nucli familiar ▪ Teleassistència – Telealarma (40-55%) ▪ Companyia - Voluntariat 			

Prestacions menys freqüents

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Desplaçament a bany adaptat ▪ Podologia ▪ Perruqueria ▪ Prevenció accidents a la llar 	20-25%	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Arranjaments de la llar ▪ Ajudes tècniques i préstec de material ▪ Àpats econòmics 	20-26%
--	--------	--	--------

Altres prestacions

<ul style="list-style-type: none"> ▪ Teràpia ocupacional ▪ Psicoteràpia ▪ Quiromassatge ▪ Neuropsicologia ▪ Acompanyament a la mort ▪ Atenció educativa ▪ Metges ▪ Infermers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ Cangurs de nadons ▪ Atenció nocturna a infants
--	---

La distribució de l'oferta de les entitats presenta una gran similitud amb l'opinió dels experts i dels usuaris. En el primer cas (veure document "Les Veus dels Experts" Objectiu 2 de l'Estudi, pg. 30) les prioritzacions dels experts respecte les prestacions a incloure en una cartera bàsica d'AD, són pràcticament idèntiques amb les que oferten les entitats. En el cas dels usuaris entrevistats, les seves valoracions són també força coincidents (veure document "L'opinió dels usuaris dels serveis d'Atenció Domiciliària" pg. 13-14). Consideren l'atenció a la higiene personal, ajudar a vestir, suport en el menjar i anar a comprar, i acompanyament a l'exterior de la llar, com les prestacions més valorades.

7. COM S'ARRIBA ALS SERVEIS D'AD?

➤ Molts camins porten als serveis d'AD

Tres són els espais prioritaris d'informació i arribada als serveis:

- Els serveis socials, principalment els d'atenció primària,
- Els propis interessats i familiars amb la participació de veïns, amics,... l'anomenat sector informal,
- El sector sanitari: hospitals en primer lloc, i també els serveis d'atenció primària sanitària i programes socio-sanitaris, com per exemple, els PADES.

En l'àrea social, els serveis socials d'atenció primària (72,1%) són els dispositius d'on procedeixen prioritàriament el usuaris. Els segueixen les Oficines de Benestar Social (14,8). Només en alguna ocasió s'han citat els centres residencials. Més puntualment s'indica: els EAIA (6,5) i els EAP (3,2), els centres d'atenció a persones amb disminució (3,2%), i els centres d'educació especial (3,2%). Citar de manera especial dues grans entitats, Caritas i Creu Roja, que disposen de serveis d'AD i de Telealarma-Teleassistència propis, i que remeten els usuaris a serveis d'AD de la pròpia entitat o altres entitats.

En el "sector informal", el mitjà d'arribada més important són els propis interessats i familiars (62,3%), seguits de les associacions d'afectats (19,7%), de la informació veïnal i amical, i del "boca-orella" (18%).

El 50,8% de les entitats assenyalen els hospitals com a punt de referència informativa i d'arribada de la demanda. Els Centres d'Atenció Primària de Salut (CAPS), i programes d'atenció socio-sanitària domiciliària com el PADES, són com s'ha indicat un altre punt de procedència important (39,3% i 21,3% respectivament). Els metges particulars i entitats d'atenció sanitària a la drogoaddicció i a l'alcoholisme, són també espais citats, encara que més puntualment.

En "altres vies", les respostes indiquen una forma prioritària: el "boca-orella" (un de cada cinc). Quatre entitats diuen que els usuaris arriben per informació dels veïns o entitats del barri o poble. Altres tres respostes indiquen que és a través de centres de gent gran. Dues, mitjançant els sistemes de difusió: "Fira de Gent Gran", díptics a la bústia, etc. Si s'agrupen aquestes vies

d'informació i accés amb la iniciativa dels propis usuaris i familiars citada (62%), l'anomenat "sector informal" continua essent un espai important en la detectació, sensibilització i demanda d'informació de serveis d'atenció social.

Les entitats mutuals són també un espai de procedència, concretament en aquells serveis proveïdors que estan vinculats directament a una entitat asseguradora que contempla els serveis d'AD entre la seva cartera de prestacions als socis.

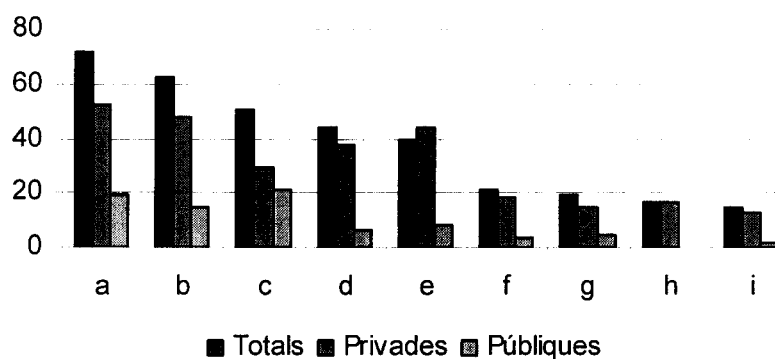
L'agrupació de les respostes per àrees, permet visualitzar que la procedència de l'àrea de salut, en aquestes 61 entitats analitzades, és important, superior a la social i a la iniciativa personal, de familiars i d'entitats d'afectats. Fet que palesa una vegada més el pes específic del sector sanitari i la necessitat d'articulació sociosanitària en la prestació dels serveis d'AD.

Taula 12. Via d'informació i accés als serveis d'AD

	Si	%	N/C	%	%Totals
a) Serv. Soc. Atenció Primària	44	72,1	17	27,9	100
b) Persona o familiar	38	62,3	23	37,7	100
c) Hospitals	31	50,8	30	49,2	100
d) Altres vies	27	44,3	34	55,7	100
e) At. Primària Salut	24	39,3	37	60,7	100
f) PADES	13	21,3	48	70,8	100
g) Assoc. d'Afectats	12	19,7	49	80,3	100
h) Prof. Autònoms	10	16,4	51	83,6	100
i) Of. Benestar Social	9	14,8	52	85,2	100

Taula 13. Via d'informació i accés als serveis d'AD segons sectors

	E. Privades				E. Públiques			
	Si	%	NC	%	Si	%	NC	%
a) Serv. Soc. At. Pr.	32	52,5	14	23,0	12	19,7	3	4,9
b) Persona o familiar	29	47,5	17	7,9	9	14,8	6	9,8
c) Hospitals	18	29,5	28	45,9	13	21,3	2	3,3
d) Altres vies	23	37,7	23	37,7	4	6,6	11	18,0
e) At. Primària Salut	19	44,3	27	31,1	5	8,2	10	16,4
f) PADES	11	18,0	35	57,4	2	3,3	13	21,3
g) Assoc. d'Afectats	9	14,8	37	60,7	3	4,8	12	19,7
h) Prof. Autònoms	10	16,4	36	59,0	---	---	15	24,6
i) Of. Benestar Social	8	13,1	38	62,3	1	1,6	14	23,0



8. EL "PREU" HORA D'AD PER A L'USUARI

En l'entrevista s'explorava quin és el preu hora que l'usuari ha d'abonar. No s'entrava, per no ser l'objecte específic de l'estudi (que hauria requerit un altre plantejament i aproximació metodològica) en el cost/hora, el preu global, el percentatge de participació dels usuaris, etc.

Només es cercà una aproximació a la quantitat que l'usuari ha d'abonar en la prestació del servei. Aquest concepte és el que s'acostuma assimilar amb "el que em costa", "el que he pagar". És en relació a aquesta xifra que l'interessat i/o família calcularà, i valorarà la seva capacitat adquisitiva del servei.

El nombre de respostes ha estat només del 24%, la majoria no ha contestat aquest ítem (que com tota la pauta era de resposta voluntària). Cal doncs prendre amb cautela les dades següents.

D'acord amb les informacions obtingudes, la majoria de "preus" es situen en un ventall ampli que va de les 1000 a 1700 pessetes/hora. Només en dues ocasions s'han trobat preus inferiors a les 800 pts. La majoria es situa entre les 850 i 1500 pts. En quatre ocasions els "preus" són superiors a les 2500 (taula nº 14), corresponen a entitats que ofereixen serveis socio-sanitaris. Una entitat pública informa també d'un "preu" de 16 euros.

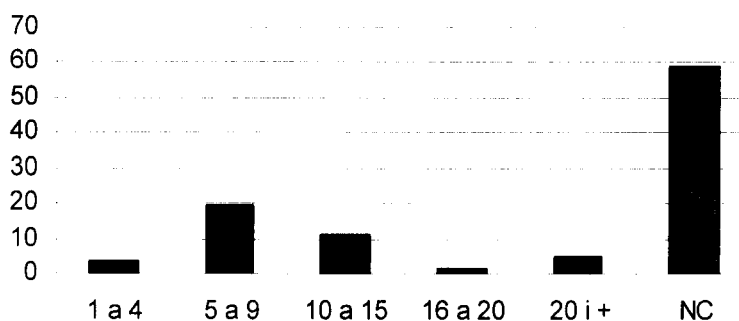
En la taula 14 es pot observar que la quantitat del "preu" comença en l'interval de 0 a 4 euros. Aquest zero no és un error, sinó que indica com algunes entitats del sector de la iniciativa social, actuen o poden actuar prestant el servei gratuïtament. Així mateix cal tenir en compte que els ens locals també poden, i de fet ho fan, decidir prestar el servei sense cap aportació per part de l'usuari. La valoració d'aquesta decisió recau en els equips tècnics.

Algunes entitats indiquen la diferència de "preu" en dies laborables i en els caps de setmana. L'increment calculat pels dies festius és entre el 30 i el 20%.

Així mateix, les entitats diferencien entre el "preu" hora per neteja, bugaderia, i tasques domèstiques (entre 6 i 8 euros), i el preu per l'atenció personal i domèstica: entre els 7 i 10 euros, incrementat-se fins a xifres que arriben als 20 euros o superiors.

Taula 14. El "preu" hora de l'atenció domiciliària. Participació de l'usuari.
(Euros. 2002)

Euros	Equivalent pessetes	Nº	%
0 a 4	0 a 665,5	2	3,2
5 a 9	831,9 a 1497,5	12	19,6
10 a 15	1663,9 a 2495,8	7	11,4
16 a 20	2662,2 a 3327,7	1	1,6
20 i més	3327,7	3	4,9
Total	---	25	41
N/C	---	36	59
TOTAL	---	61	100



9. ELS PERFILS PROFESSIONALS

➤ Diversitat professional, i predomini de dos perfils

Quins són els perfils professionals que treballen en les 61 entitats consultades? Les informacions obtingudes mostren un perfil majoritari: els Treballadors Familiars (TF). El 72,1% de les entitats indiquen comptar amb aquests professionals. Els Diplomats en Treball Social (36,1%) ocupen la segona posició.

Els Auxiliars de la llar (22,9%), els Infermers (27,8%) i els Fisioterapeutes (16,4%) apareixen en tercer rang de freqüència.

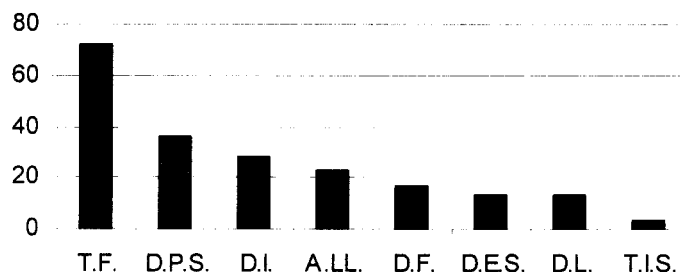
Un quart grup de perfils el constitueixen els Educadors socials (13,2%) i els Logopedes (13,2%). Amb menor presència es compta també amb els Tècnics d'Inserció Social (3,2%).

En l'apartat d' "altres perfils professionals" es citen: tècnics de mobilitat, tècnics de suport a la teleassistència i monitors de tallers (per activitats de suport als familiars cuidadors).

Taula 15. Els Perfils professionals en les entitats (1)

Nombre de professionals	Treballador Familiar		Dipl. Treb. Social		Dipl. Infermeria		Auxiliar Llar		Dipl. Fisioter.		Dipl. Ed. Social		Dipl. Logop.		Tec. Ins. Social	
1-10	26	42,6	21		16		12		9		8		8		2	
11-20	5	8,1	--		--		2		--		--		--		--	
21-50	5	8,1	1		--		--		--		--		--		--	
51-100	3	4,8	--		--		--		--		--		--		--	
101-200	3	4,8	--		1		--		1		--		--		--	
201-300	2	3,2	--		--		--		--		--		--		--	
301-500	--	--	--		--		--		--		--		--		--	
Més de 500	--	--	--		--		--		--		--		--		--	
TOTAL	44	72,1	22	36,1	17	27,8	14	22,9	10	16,4	8	13,1	8	13,1	2	3,2
NC	17	27,9	39	63,9	44	72,2	47	77,1	51	83,6	53	86,9	53	86,9	59	96,8
TOTAL	61	100	61	100	61	100	61	100	61	100	61	100	61	100	61	100

(1) Nombre d'entitats i els perfils professionals que disposen



- ***Els Treballadors Familiars***

És el perfil més nombrós i més freqüent en les entitats consultades. Un 72,1% d'entitats en tenen. La majoria (42,6%) tenen entre 1 i 10 treballadors familiars. D'aquestes, el 31,1% en tenen d'un a cinc professionals. Altres set entitats en tenen entre cinc i deu.

El nombre d'entitats disminueix a mesura que s'incrementa el nombre de professionals contractats. Cinc entitats manifesten tenir-ne entre 11 i 20, i també unes altres cinc, entre 21 i 50. Dues entitats sobrepassen els dos-cents. Es tracta de: una gran entitat social vinculada a l'Església Catòlica i d'una Cooperativa. L'entitat amb el nombre màxim de TF arriba als 270.

- ***Els Diplomats en Treball Social***

De les 22 entitats que responen aquest ítem afirmativament, 21 tenen entre 1 i 10 Diplomats en Treball Social, d'aquestes tres són públiques, i la resta d'iniciativa social i mercantil. Només una entitat, Caritas, manifesta disposar d'un important nombre d'aquests professionals.

Comentar breument, que en els ens locals aquest perfil és una figura clau dels Serveis Socials d'Atenció Primària, i que aquests professionals acostumen a desenvolupar múltiples tasques, entre elles l'atenció als usuaris dels serveis d'AD, i la coordinació dels treballadors familiars.

- ***Els Infermers***

Disset entitats (el 27,8%) diuen comptar amb aquest perfil en els serveis d'AD. La majoria, dotze, en tenen un, i quatre, arriben a dos i tres. Crida l'atenció una entitat que en disposa de més de 100, es tracta d'una important entitat sanitària, privada, que en la seva cartera de serveis inclou l'atenció sociosanitària o sanitària a domicili.

- ***Els Auxiliars de la llar***

Catorze entitats (22,9%) informen que compten amb aquest perfil entre els seus recursos humans. Un important nombre, 47 (77%), no responen. En aquest cas, sis entitats compten amb un sol auxiliar de la llar, mentre que altres sis, indiquen tenir-ne entre 5 i 6. Només dues entitats superen els 10 auxiliars de la llar.

- ***Els Fisioterapeutes***

Deu entitats, nou privades i una pública, manifesten disposar d'aquesta figura professional. La majoria d'elles (6) manifesten tenir-ne un, una entitat també privada, indica que compta amb 6 i una altra amb 3. Crida l'atenció una entitat d'atenció sanitària, la mateixa comentada anteriorment, que en disposa en quantitat, més de cent cinquanta.

- ***Els Educadors socials***

Estan presents en els serveis d'AD de vuit de les 61 entitats analitzades. Sis (9,8%) en tenen 1, una altra entitat amb 2 i una tercera amb 5. En els dos darrers casos, una és una cooperativa i una altra una entitat social d'important tradició.

Cal tenir en compte que els ajuntaments i els consells comarcals acostumen a tenir aquest perfil professional en els equips d'atenció social primària, i és des d'aquests que realitzen tasques de suport als nuclis familiars.

- ***Els Logopedes***

En total vuit entitats (13,1%) manifesten comptar amb aquest perfil. Quatre indiquen disposar d'un professional, i unes altres quatre de 2 logopedes. Totes excepte una, un Consell Comarcal, són d'iniciativa social i/o mercantil. Totes elles amb una clara vessant sociosanitària.

- ***Els Tècnics d'Inserció Social***

La seva presència entre les entitats consultades és feble. Només dues entitats informen tenir-ne, un professional en cada cas. Són entitats del sector social, una cooperativa i una fundació, d'important dimensió tant en volum d'usuaris com en l'àrea territorial que abasten. No estan especialment vinculades a l'àrea sociosanitària.

Cal tenir en compte que aquesta és una nova titulació que està entrant en el mercat social i de la qual caldrà observar l'evolució en els propers anys.

10. TELEASSISTÈNCIA

De les 61 entitats consultades, 25 (41%) ofereixen complementàriament a l'atenció dels treballadors familiars i/o auxiliars de la llar, el servei de teleassistència. Però 30 altres (49,2%) no ho fan. Un 9,8% no respon la pregunta. Aquesta distribució planteja un conjunt d'interrogants que caldria aprofundir, a fi de conèixer el motius que limiten l'oferta d'un servei amb, a priori, moltes possibilitats preventives i assistencials.

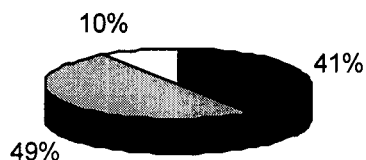
Les entitats que han respost afirmativament a aquest tema són tant de caràcter privat (15), com públic (10).

La majoria no superen els 50 usuaris de teleassistència, però dues, un gran ajuntament i la Creu Roja superen en escreix els mil usuaris. La Creu Roja, entitat leader en aquest servei, ofereix i concerta el servei amb moltes entitats públiques i privades. L'any 2001 superava els 11.300 usuaris, entre servei públic i privat ⁽²⁾.

Taula 16. Entitats amb servei de Teleassistència

	Privades	Públiques	Totals	%
<i>Si en tenen</i>	15	10	25	41
No en tenen	26	4	30	49,2
N/C	5	1	6	9,8
Totals	46	15	61	100

Entitats amb servei teleassistència



² Font: "Teleassistència Domiciliària: La qualitat al servei de les persones" Creu Roja, Barcelona 2002.

Taula 17. El nombre d'usuaris de teleassistència - telealarma

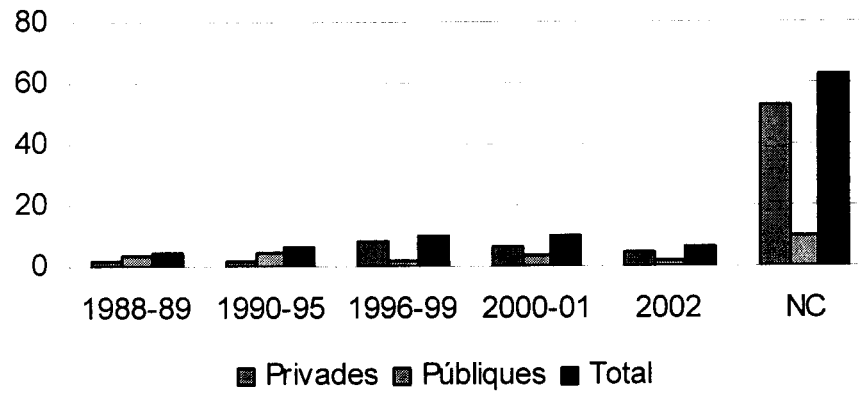
	Privades		Públiques		Totals	
1-10	5	8,2%	2	3,3%	7	11,5%
11-50	5	8,2%	2	3,3%	7	11,5%
51-100	3	4,9%	--	--	3	4,9%
101-200	--	--	3	4,9%	3	4,9%
201-300	1	1,6%	2	3,3%	3	4,9%
301-500	--	--	--	--	--	--
501-1000	--	--	--	--	--	--
1001-2000	--	--	--	--	--	--
2000 i més	1	1,6%	1	1,6%	2	3,3%
TOTALS	15	24,5%	10	16,4%	25	41%
N/C	31	50,8%	5	8,2%	36	59%
TOTALS	46	75,3%	15	24,6%	61	100%

Des de quin any tenen teleassistència ?

Malgrat el nombre baix de respostes a aquest ítem, es poden detectar tres entitats pioneres. Són dos ajuntaments, Barcelona i L'Hospitalet de Llobregat, i Caritas. D'acord amb les dades de la taula 18, el període de més implementació és a partir de 1995. Sembla que la Teleassistència és un dispositiu que encara s'està implementant entre les entitats provisoros d'AD.

Taula 18. Període d'inici del servei de teleassistència

	Privades		Públiques		Totals	
1988-1989	1	1,6%	2	3,3%	3	4,9%
1990-1995	1	1,6%	3	4,9%	4	6,6%
1996-1999	5	8,2%	1	1,6%	6	9,9%
2000-2001	4	6,6%	2	3,3%	6	9,9%
2002	3	4,9%	1	1,6%	4	6,6%
Total	14	22,9%	9	14,7%	23	37,7%
N/C	32	52,5%	6	9,9%	38	62,3%
TOTAL	46	75,4%	15	24,6%	61	100



11. LA INSCRIPCIÓ EN EL REGISTRE D'ENTITATS

Aquesta informació ha estat difícil de recollir degut principalment a la "no pràctica" registral de la majoria dels serveis d'Atenció Domiciliària. Només sis entitats de les entrevistades, han respost afirmativament aquest ítem. La resta no ho han fet o les seves aportacions no permeten una concreció. Les que informen positivament s'han donat d'alta al Registre del Departament de Benestar i Família, sovint perquè són entitats prestadores d'altres serveis, residències o centres de dia, que requereixen aquesta pràctica. Una entitat s'ha registrat específicament per aquest servei.

Seria convenient aprofundir en aquest tema i estudiar la conveniència de crear un "Registre Específic d'Entitats d'AD" proposta tractada en el document "Les Veus dels Experts", Objectiu 2 d'aquest estudi.

12. ALTRES SERVEIS DE LES ENTITATS

És interessant constatar com moltes entitats ofereixen altres serveis a més dels d'AD. Vint entitats de les 46 del sector privat, manifesten desenvolupar altres programes i serveis socials o socio-sanitaris, i/o ser titulars de centres.

Programes desenvolupats per les entitats:

- Programa d'atenció a demències
- Prevenció d'abusos sexuals
- Programa educatiu amb valors
- Sensibilització i difusió dels drets dels infants
- Cooperació internacional
- Prevenció d'accidents domèstics, per gent gran i per infants
- Assessorament jurídic
- Programes de voluntariat
- Programes d'atenció a víctimes de maltractes domèstics
- Treball amb famílies monoparentals
- Gestió de programes PADES

Centres i serveis de les entitats:

- Centre de Dia per a gent gran amb dependències
- Centres de Dia per infants
- Centre de dia per a persones amb disminució
- Apartaments amb suport per a la gent gran
- Tallers ocupacional per a disminuïts
- Centre de rehabilitació toxicòmans
- Centre d'acollida i pis per a dones maltractades
- Comunitat terapèutica
- Hospitals de Dia
- Centre salut mental adults
- Residència psiquiàtrica
- Residències per a gent ran

- Pisos materno-infantils
- Pisos per a gent jove amb "determinats" problemes.

Altres prestacions:

- Assegurança de dependència

Aquesta amplia panoràmica de serveis posa de manifest com els serveis d'AD són un dispositiu que pot articular-se amb altres serveis i àrees temàtiques d'atenció molt possiblement aquestes sinergies poden incrementar la seva eficàcia i eficiència. Així mateix es posa de manifest la dimensió i capacitats d'atenció social d'un bon nombre d'entitats provisors, que inclouen els serveis d'AD en el conjunt de la seva oferta assistencial.



SINTESEI

- **Un ampli ventall de titularitat:** entitats públiques, entitats d'iniciativa social i d'iniciativa mercantil, entre les 61 entitats consultades
- Cert equilibri actual entre els sectors provisors
- Necessitat de **mantenir i ampliar el "Fitxer Obert d'Entitats"** a fi d'ampliar la informació i l'anàlisi del sector. Programa de "Dades al dia"
- **Joventut i veterania** de les entitats prestadores d'AD. Els anys 1985-1995, són l'època de major creació de noves iniciatives. Manteniment de la creació de nous serveis d'AD en l'entrada del mil·lenni.
- Les àrees geogràfiques **d'actuació són prioritàriament locals**. Algunes entitats però, travessen la frontera catalana vers altres CCAA, i algunes són d'àmbit internacional.
- **La població diana a la que s'adrecen les entitats és plural**, La gran majoria de la població atesa són persones d'edat amb limitacions en les ABVD. (80%). També persones amb disminucions o malalties que els limiten en les ABVD o/i en les AIVD.
- Grups de població emergents en els serveis d'AD: Alcoholisme, SIDA, malalts mentals, pobresa, immigració, etc. i també població "sense problemes específics", per exemple la cura de nadons i d'infants.
- **El volum de població atesa varia**. Micro i macro volums entre les entitats estudiades. Quatre grups diferenciats: un 25% arriba als 100 casos anuals, un 34% entre 100 i 1000 casos, i dues entitats superen els 4000.
- **Els camins d'informació als serveis d'AD són múltiples**. Les vies personals, els familiars, amics i veïns, i el "boca-orella" són importants. Entre les vies d'arribada als serveis, són els d'atenció social primària i els sanitaris els qui adrecen més usuaris.
- Els serveis o prestacions que ofereixen les entitats configuren una **àmplia cartera de serveis**, amb tres denominadors comuns: l'atenció personal, el suport a la llar i l'acompanyament dins i fora la llar.

- El "preu" hora que aporten els usuaris és divers. La majoria es situa entre els 6 i els 10 euros, arribant fins als 20 euros o més. S'han establert diferències entre dies laborables i caps de setmana, entre perfils professionals, i determinades prestacions sanitàries tenen un preu més elevat.
- **Perfils professionals diversos: dos perfils prioritaris:** Els Treballadors Familiars i els Diplomats en Treball Social. Altres perfils com Fisioterapeutes, Logopedes, Educadors Socials, Infermers,... de qualificacions mitjanes (Diplomats) completen el ventall dels recursos humans.
- La teleassistència i la telealarma, un servei no present en tots els serveis consultats.
- Només algunes entitats han manifestat haver-se registrat específicament com a prestadores del serveis d'Atenció Domiciliària. Aquest fet posa de relleu la inexistència, i la conveniència, d'un "Registre Específic" (veure document "Les Veus dels Experts").
- Un important nombre d'entitats és titular, a més dels serveis d'AD, d'altres programes i centres d'atenció social o socio-sanitària.



Barcelona, març de 2003

ESTUDI
“PER UNA NOVA ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A CATALUNYA”

ELS SERVEIS D'ATENCIÓ SOCIAL DOMICILIÀRIA
A QUATRE PAÏSOS DE LA UNIÓ EUROPEA

MARÇ 2003

Sumari

1. PRESENTACIÓ I OBJECTIUS GENERALS DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA	3
2. CONCEPTE D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA	4
3. SITUACIÓ DELS SERVEIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA EN ELS PAÏSOS DE LA UNIÓ EUROPEA	6
4. LES TENDÈNCIES EN ELS PAÏSOS EUROPEUS ESTUDIATS	10
5. POBLACIÓ DIANA.....	12
6. REGULACIÓ LEGISLATIVA A L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA	14
7. NIVELLS DE COBERTURA	17
8. LES ESCALES DE VALORACIÓ, ELS MODULS O CARTERES DE SERVEIS I ELS PLANS INDIVIDUALS D'ATENCIÓ	21
8.1. Escales de valoració de l'autonomia-dependència	21
8.2. Els mòduls o cartera de serveis de l'Atenció Domiciliària	24
8.3. Els Programes Individuals d'Atenció (PIA)	30
9. INSTITUCIONS GESTORES DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA	31
10. EL FINANÇAMENT DELS SERVEIS DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA	35
11. ELS PERFILS PROFESSIONALS	42
12. L'OCUPACIÓ I ELS SERVEIS DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA: QUANTITAT I QUALITAT	47
13. SÍNTESI I CONCLUSIONS: QUINZE PUNTS BÀSICS DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A ALEMANYA, FRANÇA, ITÀLIA I HOLANDA	49
BIBLIOGRAFIA	51

1. PRESENTACIÓ I OBJECTIUS GENERALS DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

L'Atenció Domiciliària (AD) és un important dispositiu de les polítiques socials d'atenció a les persones que s'ha desenvolupat considerablement a les darreres dècades, per bé que no de forma homogènia, entre els països de la Unió Europea.

L'AD s'ha convertit en un servei clau en la dotació de serveis socials, i també sanitaris, tant públics com privats. Aquest servei és considerat com un servei alternatiu al model vigent majoritàriament fins ara, caracteritzat pel residencial-centrisme potenciat en èpoques anteriors i objecte d'ençà varies dècades de fortes crítiques.

D'altra banda, l'AD pretén potenciar al màxim l'autonomia de les persones fràgils i/o dependents, facilitant orientació, realitzant accions de suport a la vida quotidiana i socioeducativa i també en casos de desplaçament temporal, donant suport al cuidador o cuidadors principals, i potenciant els vincles veïnals i institucionals de les persones ateses.

Aquests dos són els objectius de fons que pretén aconseguir el dispositiu de l'AD.

Tot i que l'AD està implantada a tots els països de la Unió Europea, en el present informe concentrarem la nostra atenció i anàlisi en quatre països que considerem significatius perquè tenen unes característiques específiques i ofereixen un ampli ventall en el desenvolupament i en l'aplicació d'aquest dispositiu. Aquests països són: Alemanya, França, Itàlia i Holanda.

El coneixement més profund del que succeeix a la resta de països de la Unió Europea ha de desembocar en la comparació de la realitat de l'AD a Catalunya, amb la finalitat d'enriquir i millorar els serveis corresponents. És el repte que es proposa, de bon començament, aquest estudi.

2. CONCEPTE D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

L'Atenció Domiciliària (AD) és un concepte ampli i dinàmic que ha superat els límits de la dècada dels setanta en què s'inicià el seu desenvolupament actual¹. Aquest concepte es pot caracteritzar de la següent manera:

- **Un concepte global**, perquè inclou totes les prestacions, persones i instruments, que facilitin (potenciïn, mantinguin, estimulin) l'autonomia de les persones fràgils i/o dependents a la pròpia llar i en el seu entorn relacional i geogràfic.
- **Un concepte polivalent**, perquè va dirigit a totes les persones que en tinguin necessitat amb independència de la seva edat, gènere i etiologia de fragilitat o dependència. Així, doncs, no es pot conceptualitzar l'AD com un servei exclusiu per a persones grans, atès que trobem en alguns països diferents grups de ciutadans com a usuaris: nens, famílies, adults amb malalties cròniques, situacions post-traumàtiques o quirúrgiques, persones amb disminucions, drogodependents... i també la majoria de persones grans. Estadísticament, però, el 80-85% dels clients de l'AD corresponen a ciutadans d'edat avançada, principalment a partir dels 78-80 anys, i majoritàriament dones.
- **Un concepte dinàmic**, atès que és un dispositiu en creixement, no tant sols numèric sinó també quant a tipus de prestacions (noves modalitats, algunes de les quals vinculades a les noves tecnologies) i de públics als quals es dirigeix. Així, per exemple, a Holanda, el servei inclou l'atenció a la maternitat de nounats, amb un caràcter educador i preventiu, atenció als joves, assistència i consell dietètic.
- **Un concepte clau** en la formulació de les polítiques socials personals com a forma alternativa als models institucionals anteriors.

En la recerca de noves fórmules o dispositius més adequats a les problemàtiques actuals² se situa en els canvis i **l'evolució de les societats actuals**, amb noves situacions i característiques socials i familiars. Així, cal considerar els següents elements:

¹ EUROCCAT. "Servicios de Atención Social Domiciliaria en la Unión Europea". Barcelona, juliol 2001.

² Janssens, P. "Los Servicios de Ayuda a Domicilio en la Unión Europea". Jornades d'Atenció Social Primària. Una reflexió europea. ICASS. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, juny de 1999.

- Un creixement elevat i continu del percentatge de les persones grans.
- El descens de la fecunditat provoca la tendència a crear famílies reduïdes. El nombre de joves que puguin oferir un ajut formal i informal tendeix a disminuir.
- La individualització ha anat en augment i per tant el nombre de persones que viuen independents és cada dia més elevat.
- La mobilitat per raó de vida o de treball va creixent, el que dificulta que els fills puguin fer-se càrrec dels seus pares quan aquests ho hagin de menester.
- La tensió entre l'oferta i la demanda de l'assistència sanitària. En tots els països la reducció de la despesa pública repercuteix en el percentatge d'aplicació en les despeses socials i sanitàries.
- La crítica dels dispositius tradicionals, sobretot hospitalaris, caracteritzats per una manca d'eficiència i una mentalitat burocràtica.
- Finalment, les noves tecnologies ofereixen tractaments a la llar que abans eren monopoli de l'atenció hospitalària.

3. SITUACIÓ DELS SERVEIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA EN ELS PAÏSOS DE LA UNIÓ EUROPEA

Si bé es pot afirmar que actualment existeix en tots els països de la Unió Europea algun tipus d'AD³, s'ha de deixar ben paleses les grans diferències en la seva implementació entre uns països i altres.

En efecte, els nivells d'estructura, de cobertura, de necessitats d'entitats provisories dels serveis, la qualitat de les prestacions i el percentatge de població atesa, són significativament diversos.

La responsabilitat de l'AD correspon a cada un dels Estats membres, i no és una línia específica de la política social de la Unió Europea, si bé aquesta ha encarregat estudis referents a les polítiques socials d'atenció a la dependència en els quals posa de relleu l'important paper de l'AD en els serveis socials de nova generació, així com una decidida orientació envers la potenciació del seu desenvolupament.

Més enllà d'aquestes diferències, s'han de subratllar alguns elements transversals comuns.

- En primer lloc, **que el desenvolupament dels serveis d'AD va paral·lel al major o menor desenvolupament de la protecció social de cadascun dels països**, i per aquesta raó es pot observar com els països amb major nombre de places residencials són també els que presenten un major percentatge de cobertura en la modalitat d'AD.
- En segon lloc, **a tots els països s'observa un procés de professionalització i qualificació d l'AD** enfront a les pràctiques difuses i submergides d'atenció social domiciliària a persones fràgils, per part de treballadors no integrats al mercat laboral ordinari.
- En tercer lloc, el desenvolupament de l'AD està integrat per un conjunt de serveis orientats a potenciar l'atenció social o sociosanitària a la llar o a l'entorn (Centres de Dia, suport als cuidadors principals, estades "de respir"...). Tendeix a conceptualitzar-se com un conjunt de prestacions, i no com una única modalitat, focalitzades totes al suport en la llar i l'entorn del ciutadà usuari.

³ Janssens. P. Op. Cit. 1999.

- **El procés d'implantació no ha estat pas homogeni** i cal considerar-ho, doncs, més aviat immers i com una conseqüència de la **diferència del nivell de drets socials aconseguits a cada país**.

Això ens porta a haver de fer una ullada als diferents models d'Estat de Benestar existents a cada país, tenint present, però, que no es pot parlar de models purs, i tots ells, sense excepció, hi tenen influències i barreges procedents dels altres.

En la Taula 1 es presenten esquemàticament els models d'Estat de Benestar predominants en els 15 països de la Unió Europea i sintèticament el nivell de despeses socials.

Taula 1.	
TIPUS D'ESTATS DE BENESTAR A LA UNIÓ EUROPEA.	
MODEL BISMARKIÀ Dependent de les cotitzacions	MODEL BEVERIDGIA Universalista
1. Amb un alt nivell de despeses <ul style="list-style-type: none"> • Àustria • Bèlgica • Luxemburg • Holanda • Alemanya • França 	1. Amb un alt nivell de despeses <ul style="list-style-type: none"> • Dinamarca • Finlàndia • Suècia
2. Amb un baix nivell de despeses <ul style="list-style-type: none"> • Grècia • Espanya • Portugal • Itàlia 	2. Amb un baix nivell de despeses <ul style="list-style-type: none"> • Gran Bretanya • Irlanda
Font: Pacolet, Jozef. "Major Trends in the Organisation and Financing of Care for the Elderly in Europe". EACHH 2 nd Word congress on Home Care. Viena, 7-10 Maig 2000.	

Si es compara el panorama reflectit en aquesta taula amb el contingut en la Taula 2, es dedueix que els nivells més desenvolupats de l'AD es donen en els països nòrdics (Dinamarca, Suècia i Finlàndia), amb percentatges que van del 13% al 24%, i que es mouen dins un model universalista (beveridgià) de protecció social.

Taula 2.	
COBERTURA DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA PER GRUPS DE PAÏSOS	
Països	Percentatge sobre població dependent
Països Nòrdics <ul style="list-style-type: none"> • Dinamarca • Suècia • Finlàndia • Noruega 	13 - 24%
Països Centrals o Continentals <ul style="list-style-type: none"> • Holanda • França • Alemanya • Bèlgica • Àustria • Regne Unit 	10 - 6%
Països mediterranis i perifèrics <ul style="list-style-type: none"> • Espanya • Grècia • Itàlia • Irlanda • Portugal 	1 - 2%

Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts.

A distància (del 6% al 10%), l'AD està menys desenvolupada en els països continentals o centrals (Holanda, França, Alemanya, Bèlgica i Àustria) en què el model predominant és el bismarkia, basat en les cotitzacions prèvies que són les que fan néixer el dret a les prestacions socials. En aquests percentatges es mou també el Regne Unit, tot i que el seu model és universalista, de tipus beveridgia, per bé que durant les dues darreres dècades ha sofert la presència neoliberal dels governs Thatcher i Major i la influència de la "Tercera Via" de Guiddens i Blair, circumstàncies que han descontrolat en part el caràcter universalista del seu model.

El tercer bloc de desenvolupament de l'AD, amb percentatges inferiors al 2%, l'integren els països mediterranis (Itàlia, Grècia i Espanya) o perifèrics (Portugal i Irlanda), els quals, amb l'excepció d'Irlanda, que té un model semblant al del Regne Unit, es caracteritzen pel model de Benestar anomenat mediterrani o del Sud, amb una intervenció pública i un grau de redistribució de la protecció social menor. De fet alguns d'aquests països es troben en un model "residual", i altres, com l'Estat espanyol, sembla estar en un procés de transició, del que cal observar la tendència d'evolució o d'involució en els propers anys. Alguns sistemes com el sanitari i el d'ensenyament s'han orientat vers la universalització i la cobertura dels drets socials, mentre altres, com el dels serveis socials, malgrat el creixement dels darrers anys, es

manté en unes coordenades típiques dels models residuals. Entre elles la forta responsabilització a les estructures anomenades "informals", els nuclis familiars i el suport veïnal, per a la resolució de les necessitats d'atenció social.

Aquestes diferències i especificitats s'aniran concretant tot al llarg de l'estudi, però ja d'entrada ens situen davant de l'AD com un dispositiu comú a tots els països, però amb una implantació diversa quant a ritmes d'aplicació i d'extensió.

4. LES TENDÈNCIES EN ELS PAÏSOS EUROPEUS ESTUDIATS

La prestació de l'AD es troba actualment davant un repte important: la seva organització i desenvolupament a partir de dos sectors històricament diferenciats: el social i el sanitari.

Els seus orígens, a partir dels dos sectors, i el seu posterior desenvolupament, configuren avui dia un complex entramat de vies d'accés, tipus de prestacions, sistemes de finançament, perfils professionals diversos, ofertes sovint complementàries o bé repetitives. Les respectives estructures legislatives, organitzacions i lògiques institucionals caracteritzen actualment una oferta que, en general, arriba als ciutadans de forma separada i freqüentment no articulada.

En aquest marc el **repte i la tendència actuals s'orienten vers una Atenció Domiciliària Integrada** (socio sanitària) a fi que la prestació integrada i integral arribi degudament articulada als ciutadans i clients i vehiculada per un sistema d'accés simple i clar.

Un exemple d'aquest itinerari conjunt són les "Sozialstation" alemanyes, serveis que han organitzat un únic camí d'accés dels usuaris, realitzant un pla personalitzat integral. Un altre exemple són les experiències molt esteses arreu de "Case Management" (gestió de casos) amb l'objectiu d'integrar i gestionar els serveis que intervenen en l'atenció d'un cas particular.

El mateix autor citat (Janssens, 1999)⁴ argumenta en la defensa de la implantació de l'AD, posant-hi l'accent en la necessitat d'integrar els serveis socials i els sanitaris, amb diferents arguments:

- **les preferències polítiques:** tots els Estats prefereixen l'atenció a domicili;
- **l'adequació quantitativa i qualitativa dels recursos humans:** es donen grans variacions en la provisió d'atenció domiciliària a Europa;
- **la coordinació de l'atenció a domicili:** la fragmentació dels serveis entre agències públiques, privades i voluntàries de diferents sectors, social i sanitari, no beneficia la coordinació; el problema més important rau en la separació entre els serveis socials i els serveis de salut;
- **el canvi i la renovació:** es viu una experimentació de nous instruments en l'atenció domiciliària (sistemes d'alarma, vídeo-comunicació...);

⁴ Janssens. P. Op. Cit. 1999.

- **orientació vers als usuaris:** la combinació de les pressions dels clients, cuidadors i polítics ha anat adequant serveis als desitjos dels pacients;
- **els drets del cuidadors:** es dona una escalada en la presa de consciència de les necessitats dels cuidadors en el sentit de simplificar i coordinar les tasques a realitzar.

Tres tendències, tres models

- Tot i que ***el model integral socio sanitari es presenta com el model desitjable***, cap a on s'ha d'anar, és considerat com a difícilment aplicable en un futur immediat pels itineraris específics i paral·lels que s'hi ha donat en ambdós camps.
- Com a ***pas intermedi es planteja el model de coordinació socio sanitaria com a més possible***, partint de les circumstàncies actuals, i amb la necessitat d'aplicar sempre que sigui possible aquesta coordinació per estalviar esforços i evitar duplicacions inútils.
- Una altra tendència, que tindria a Holanda com a capdavantera, és la d'anar ***eixamplant els serveis adjudicats a l'AD fent d'aquest dispositiu un caire cada cop més general***. Aquesta es fonamenta en els canvis que s'han donat en les societats actuals i en la necessitat de donar suport a domicili als diferents grups de població, per bé que no es tracti de problemes o necessitats estrictament socials ni de situacions vinculades a la dependència o a la promoció de l'autonomia.

S'observa en algun cas, com a Itàlia, que es posa l'accent exclusivament en l'atenció social, perquè considera que hi ha atencions només de caràcter social i perquè cal potenciar el creixement de les prestacions i de l'estructura social de l'AD.

5. POBLACIÓ DIANA

La població de l'AD és potencialment diversa i precisa de prestacions igualment diverses. Aquesta pluralitat li atorga una funcionalitat de caràcter polivalent i d'una forta incidència social.

La **població diana** de l'AD no es pot identificar automàticament amb les persones grans dependents, tot i que aquestes representin a la pràctica percentatges superiors al 80% dels clients totals d'aquest dispositiu. Cal que es tingui una visió més general dels potencials públics com a clients: infants, famílies, joves, persones amb disminució, etc.

- 3 A **Alemanya**, l'AD és una prestació polivalent, és a dir no només dirigida a persones dependents. També s'inclouen famílies, nens, disminuïts... El que succeix és que la legislació sobre protecció de risc ofereix a les persones uns recursos econòmics, que aquestes canalitzen majoritàriament utilitzant els serveis de l'AD. És per això que la població que utilitza l'AD, en la seva gran majoria, són persones grans dependents.
- 3 A **França**, succeix quelcom semblant al que s'ha exposat a Alemanya. Tot i que també és una prestació polivalent, la població diana de l'AD, en un percentatge molt elevat són persones d'edat, amb pèrdua d'autonomia que resten en el propi domicili i en el seu entorn habitual.
- 3 A **Itàlia** (regió Emilia Romagna)⁵, l'AD és un dispositiu de la política social dirigit sobretot a l'atenció de les **persones d'edat**, a fi de dotar d'uns serveis de qualitat a domicili, estimular el manteniment de l'autonomia personal i en l'entorn habitual de l'ancià.
- 3 A **Holanda** l'assistència domiciliària s'adreça a tothom que, sense importar l'edat, els ingressos o la composició del nucli familiar, no pugui desenvolupar-se autònomament i no pugui ser atès per familiars, veïns o amics com a conseqüència d'una malaltia o incapacitat. En aquest país els serveis d'AD constitueixen l'eix fonamental dels Serveis Socials a Holanda, el nombre d'usuaris se situa al voltant de 2 milions l'any i més de 150.000 persones ocupades. Aquesta AD està dissenyada com a complement i/o substitut

⁵ Es pren només una regió. L'any 2000 apareix a Itàlia la Llei General de Serveis Socials.

de l'atenció no professional, la que dispensen familiars, veïns, amics o personal voluntari. Les persones grans suposen al voltant del 50% de la població total atesa.

Dins l'atenció primària d'AD s'inclou l'atenció a pares i nens per mitjà d'informació i ajuda als primers durant l'embaràs i el part; s'ofereix així mateix atenció bàsica a les necessitats de la vida quotidiana i ajuda en la salut per a persones malaltes o amb discapacitats.

Es pot considerar com un servei general que s'ofereix a tota la població. A efectes pràctics, els grups més atesos són els nens de fins a 4 anys, les persones grans i totes aquelles obligades a romandre a casa seva (principalment ancians i minusvàlids).

Com es dedueix de les dades ofertes, hi ha diferències remarcables entre la població diana atesa pels serveis de l'AD. Des de la visió més àmplia d'Holanda, com a serveis molt generals, passant per l'orientació constatada a Alemanya que inclou explícitament no només les persones majors de 65 anys, fins arribar a França i Itàlia que posen l'accent gairebé exclusiu en les persones grans sense una autonomia pròpia.

6. REGULACIÓ LEGISLATIVA A L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

La regulació de l'AD és diversa segons els països i la legislació es va adaptant a les noves situacions que es van creant.

- 3 A **Alemanya** existeix la **Pflegeversicherung** (Assegurança Obligatòria de Dependència), de 1995, destinada a cobrir les necessitats d'atenció en situacions de llarga durada a la qual està estretament lligada a l'atenció domiciliària.

Des d'aquesta data i després d'un procés de debat i experimentació, en alguns Lands, les necessitats d'atenció de llarga durada són reconegudes com un risc social independent i identificable, com ho són els riscos socials de malaltia, accidents de treball, jubilació, invalidesa, mort-supervivència i atur.

La llei estableix una assegurança específica: l'assegurança de dependència que defineix com s'organitza, estructura i finança aquesta assegurança, i els serveis previstos i el suport econòmic.

Legalment la necessitat d'atenció de llarga durada és definida com "la limitació de la capacitat d'ésser independent per si mateix, ésser dependent i amb pèrdua d'autonomia". Estableix un procés d'avaluació comú mitjançant escales sociosanitàries i estipula tres grans grups de dependència; a cada un d'ells li correspon un tipus de protecció social.

La llei preveu la protecció mitjançant prestacions econòmiques i serveis: d'atenció domiciliària i d'atenció en servei en règim d'internament.

També s'aplica en el marc de les assegurances privades. Si una persona té una assegurança de malaltia privada amb dret a serveis hospitalaris, ha de tenir també l'assegurança privada d'ajuda a persones dependents.

- 3 A **França**, l'AD és una important línia de política social en els darrers anys. Se situa preferentment en el marc de les polítiques d'atenció a les persones grans fràgils i dependents. A més té com objectiu secundari regular un mercat laboral, preferentment femení, i de vegades opac, a fi de garantir uns nivells de qualitat en l'atenció domiciliària.

La prestació actual: “**Aide Personnalisée a l’Autonomie**” (APA) és fruit de tot un procés de debat, estudis, experiències pilot, que s’inicià els anys seixanta (Informe Laroque), i que continuà durant les dècades posteriors, fins que el 1997 s’aprovà la llei “Protection Specifique de la Dépendance” (PSP) que ha estat en vigor fins el desembre de 2001 i substituïda per l’APA des dels inicis de 2002⁶.

Segons aquesta llei, la prestació personalitzada d’autonomia és una prestació universal atès que no està sotmesa a la condició dels recursos del beneficiari. A més, té un caràcter igualitari i objectiu partint d’un barem nacional que preveu la participació dels beneficiaris en funció dels seus recursos. S’estableix com una prestació de caràcter personalitzat, adaptat a les necessitats reals cada beneficiari.

Les condicions per rebre la prestació són:

- residència estable,
- tenir més de 60 anys,
- pèrdua d’autonomia, avaluada per un equip mèdicosocial segons el mètode AGGIR (Autonomia, Gerontologia, Grup Iso-Recursos), que permet distribuir les persones grans en 6 grups (escala GIR⁷ 1 a 6, de major a menor dependència).

3 En el cas italià, la dinamització de l’AD correspon al nivell regional, no al central, com passa a Alemanya i França. Així, la **Llei Regional de l’Emília Romagna de 1994**, de 3 de febrer sobre la tutela i valoració de les persones grans i intervenció a favor dels ancians no autosuficients, contempla la potenciació d’un conjunt d’àmbits de la vida quotidiana: habitatge, urbanisme, transport, accions culturals, i també assistencials. En aquest marc es potencia l’AD.

La llei aposta per un model integrat sociosanitari, així com per l’articulació de diversos serveis: AD, centres de dia, residència sanitària assistida. Preveu una tipologia d’intervencions des de l’impacte assistencial: atenció domiciliària, telealarma, residència, centres d’estada, centres de dia. Preveu, a més, la potenciació de l’associacionisme, ajudes econòmiques, ajudes a l’habitatge i famílies d’acollida.

La nova **Llei de Serveis Socials de l’any 2000⁸**, **contempla una quota anual que el Ministeri per la Solidaritat Social ha de reservar per respondre als serveis a favor de les**

⁶ Loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d’autonomie des personnes âgées et à l’allocation personnalisée et décision du Conseil constitutionnel n° 2001-447 DC du 18 juillet 2001. “L’Allocation Personnalisée d’Autonomie”. A: “Actualités Sociales Hebdomadaires”. N° 2226. Paris, 31 agost 2001.

⁷ Grups ISO-Recursos.

⁸ Legge 8 novembre 2000, n. 328. Legge Quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali.

persones grans no autosuficients amb l'objectiu de promoure la seva autonomia i donar suport al nucli familiar en l'assistència domiciliària integrada a les persones ancianes que ho sol·licitin. La llei accentua la importància que els ancians puguin restar dins el seu propi ambient familiar.

- 3 A **Holanda**, el 1995, el Consell de la Seguretat Social va establir una nova regulació per subvencionar l'assistència i la infermeria domiciliària: **“Regulació del Consell de Seguretat Social: Subvencions per a la remodelació i la infermeria, 1995”**. Amb ella es pretenia harmonitzar, entre altres coses, la regulació dels subsidis en l'àrea assistencial, en particular per a tots aquells serveis compresos en l'AD, i estructurar aquests serveis i institucions a nivell regional. Aquesta regulació seguia les indicacions de la **“Llei de Despeses per a Malalties Especials” (AWBZ)**, segons la qual la població també ha d'estar assegurada davant malalties i problemes extraordinaris, que inclouen la necessitat d'assistència a la llar.

L'Estat regula la cotització en aquest cas (segons el nivell d'ingressos), però són les asseguradores les que administren els diners i institucions concretes homologades per l'Estat les que presten els serveis. Abans de 1995, l'Estat subvencionava aquestes institucions assistencials perquè poguessin abaratir el preu dels serveis. Amb la nova regulació, els nombrosos petits subsidis a les diverses institucions varen ser substituïts per subvencions unificades a les asseguradores.

Així, doncs, són aquestes les encarregades d'organitzar a nivell regional un paquet de serveis assistencials per als seus clients, la qual cosa requereix una major col·laboració entre elles i les institucions. Les asseguradores, per exemple, poden rebre subvencions a condició de crear, en col·laboració amb les institucions, projectes adreçats a ajudar persones la situació de les quals exigiria la seva estada en un hospital o clínica de repòs però que encara no hi han estat ingressats.

En general, el que **es vol finançar amb aquesta mena de subsidis és la coordinació de l'assistència domiciliària, de tots aquells serveis pensats per prevenir o retardar l'ingrés en un hospital o clínica**. Aquesta estratègia permetrà una major “professionalització” de l'atenció domiciliària.

7. NIVELLS DE COBERTURA

Anteriorment ja s'ha ofert uns primers percentatges referents al públic atès per l'AD en els diferents països de la Unió Europea.

Aquestes dades es poden complementar amb les contingudes en les Taules 3 i 4. En la primera, s'ofereixen en nombres absoluts les persones que són ateses per aquest dispositiu.

- 3 Sobresurt **Holanda** amb dos milions de persones ateses, nombre extraordinàriament elevat tenint en compte la població total d'Holanda (15,5 milions), però té una lògica atès el que s'ha dit en un apartat anterior, que és un dispositiu adreçat a tota la població.

Taula 3.	
COBERTURA DE LA POBLACIÓ DEPENDENT (Nombres absoluts)	
País	Nombre persones dependents ateses
Holanda	2 milions de persones
França (APA)	Objectiu: 800.000 persones majors de 65 anys dependents
Alemanya	1.750.000 persones: 1.260.000 atenció a domicili. 490.000 en centres.
Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts. 2001.	

- 3 **Alemanya**, de 1.750.000 de persones ateses per l'assegurança de dependència (més endavant s'explicarà en què consisteix), 1.260.000 són objecte de l'assistència domiciliària i la resta (490.000) reben atenció en centres intramurals.
- 3 A **França**, l'"Aide Personnalisée a l'Autonomie" (APA) vol arribar a cobrir 800.000 persones d'entre els 12 milions de ciutadans majors de 60 anys. El seu objectiu és superar les xifres de beneficiaris de l'anterior prestació "Prestation Spécifique de la Dépendance" (PSD), millorant els sistemes d'accés i la dinàmica de la prestació.

En la Taula 4 s'amplien els percentatges oferts anteriorment a tots els països de la Unió Europea, tot i que aquí només es contempla la població major de 65 anys, tant la que rep l'atenció en centres i institucions com la que ho fa a partir del dispositiu de l'AD.

Taula 4.		
SERVEIS DESTINATS A PERSONES GRANS		
Països	% de persones de més de 65 anys ateses en institucions	% de persones que es beneficien d'un conveni de serveis d'AD
Austria	4,7 (O)	3,0 (O)
Bèlgica	4,0 (S)	6,0 (O)
Dinamarca	5,7 (O)	17,0 (O)
Finlàndia	7,2 (O)	24,0 (O)
França	3,0 (S)	7,0 (S)
Alemanya	5,0 (R)	3,0 (S)
Grècia	0,5 (S)	-
Irlanda	5,0 (S)	3,0 (S)
Itàlia	2,0 (S)	1,3 (R)
Holanda	10,0 (S)	8,0 (O)
Noruega	7,1 (O)	14,0 (O)
Portugal	5,0 (R)	1,5 (R)
Espanya	2,8 (O)	1,0 (S)
Suècia	5,4 (O)	13,0 (O)
Gran Bretanya	5,1 (O)	13,0 (O)

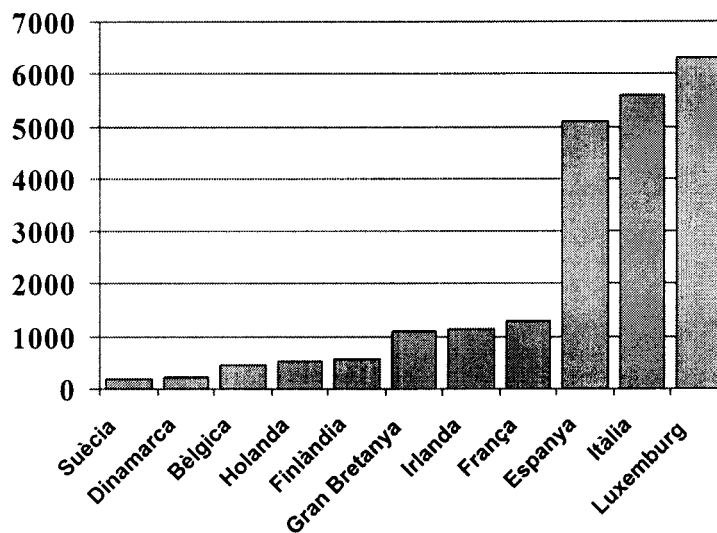
Font: (O) OCDE (1996)
(S) Anttonen, Sipilä (1996)
(R) Rapport Care in Europe.
A: "Conciliation de la vie professionnelle et familiale en Europe". Comissió Europea. CE-U/2-98-008.

És notablement significatiu el que s'observa en els països nòrdics (Dinamarca, Finlàndia, Noruega i Suècia) i al Regne Unit, França i Bèlgica. En tots aquests països (amb més alt percentatge en els primers) l'atenció per l'AD és molt superior que la que es dispensa en els centres i institucions. En canvi, en els països amb una AD menys desenvolupada (Irlanda, Itàlia, Portugal i Espanya) l'atenció intramural a la gent gran és superior a la rebuda en el dispositiu de l'AD.

Cal subratllar, però les excepcions que representen Alemanya i Holanda, amb una atenció institucional superior a la dispensada per l'AD, tot i el fort desenvolupament de l'AD en ambdós països.

En el Gràfic 1 s'observa, des d'una altra font⁹, la ratio habitants/professional. Mentre que a Itàlia i a Espanya es troba 1 professional per més de 5.000 habitants, la ratio davalla enormement per arribar a França (amb una relació al voltant d'1/1200), al Regne Unit i Irlanda. Als països nòrdics, a Bèlgica i a Holanda, les proporcions se situen entre 1/200 i 1/500.

GRÀFIC 1
 Nombre d'habitants per auxiliar domiciliari
 (A temps complet de treball)

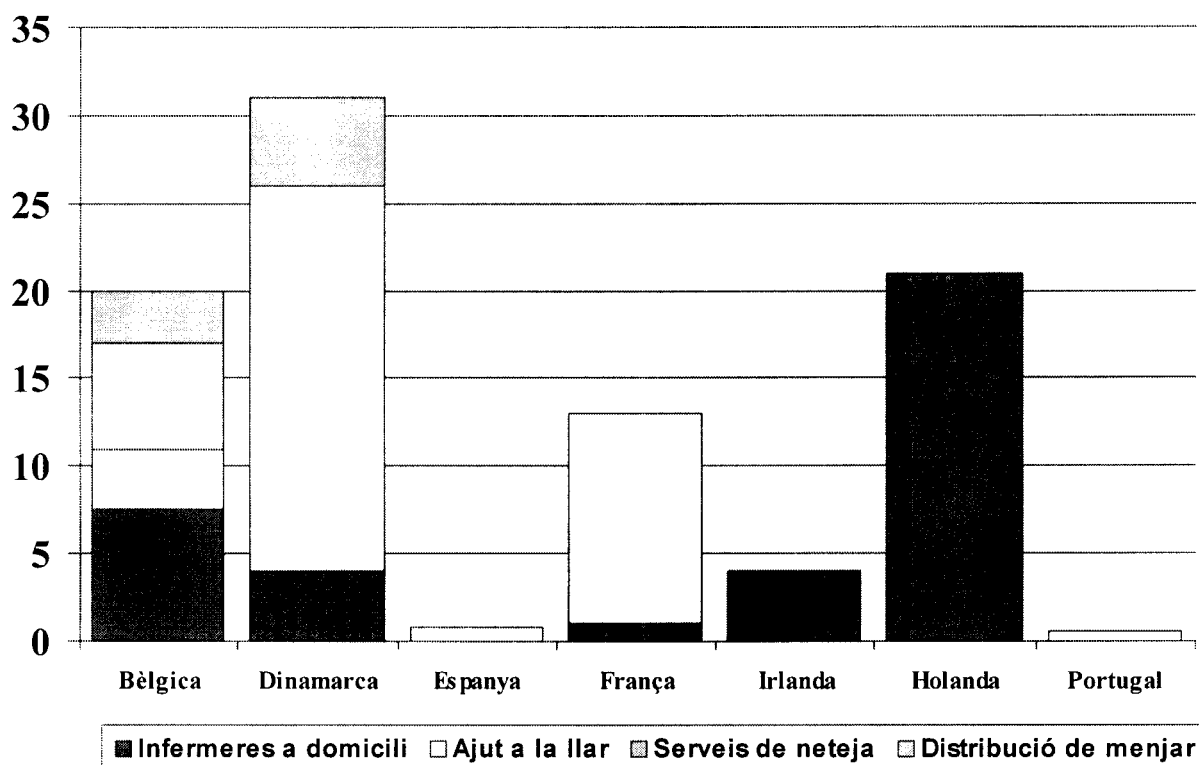


Font: Hutten & Kerkstra (1996). A: "Atención Domiciliaria. Organización y práctica". Contel, Gené, i Peya. Ed. Springer Verlag Ibérica. Barcelona 1999.

⁹ Hutten i Kerkstra. 1996. A: "Atención Domiciliaria. Organización y práctica". Contel, Gené i Peya. Ed. Springer Verlag Ibérica. Barcelona, 1999.

I en el Gràfic 2¹⁰ es reflecteix el nivell d'utilització dels diferents serveis a domicili dirigits a la gent gran. En el conjunt de serveis sobresurten les grans distàncies entre la seva utilització a Dinamarca, Holanda i Bèlgica i la que té lloc a Espanya i a Portugal. França ocupa una posició intermèdia però més propera al primer grup de països.

GRÀFIC 2
Utilització dels serveis a domicili
per a gent gran



Font: Social protection for dependency in old age in the 15 E.U. Member states and Norway. European Commission. Employment & Social Affairs. Luxemburg 1998.

¹⁰ Comisión Europea. "Social protection for dependency in old age in the 15 E.U. Member states and Norway". Employment & Social Affairs. Luxemburg, 1998.

8. LES ESCALES DE VALORACIÓ, ELS MODULS O CARTERES DE SERVEIS I ELS PLANS INDIVIDUALS D'ATENCIÓ

8.1. Escales de valoració de l'autonomia-dependència

Els serveis que s'ofereixen des de l'AD són diversos i en el cas d'atenció de persones dependents estan en funció de les escales de valoració de l'autonomia-dependència. Aquesta constitueix, doncs, el primer pas per determinar la prestació que s'ha d'oferir.

3 A **Alemanya** la llei Pflegeversicherung, a què s'ha fet referència, estableix **tres categories segons el grau de necessitats** d'ajuda requerida:

- La I categoria es refereix a persones que requereixen “força ajuda” com a mínim un cop al dia per als seus actes bàsics, i diversos cops per setmana en les tasques domèstiques.
- La II categoria: persones que requereixen “molta ajuda”, com a mínim tres cops al dia a diferents hores, i diversos cops a la setmana per les tasques domèstiques.
- La III categoria inclou persones que requereixen “molta més ajuda”, necessiten ajuda permanent, també nocturna, i diversos cops a la setmana per tasques domèstiques.

Aquestes categories són la base per determinar les prestacions econòmiques, i també les accions concretes a realitzar a la llar amb i per la persona i familiars i es defineixen a través de “mòduls de prestacions” clarament detallats.

3 A **França**, la valoració de l'autonomia-dependència es realitza mitjançant l'escala AGGIR (Autonomie, Gerantologique, Groupes-ISO, Resources), que contempla 10 variables a analitzar, cadascuna amb diversos graus de major a menor autonomia: A, B, C. S'analitzen aspectes com: coherència en la conversa i en el comportament, la higiene personal, l'alimentació, els desplaçaments interiors i exteriors al domicili, o les transferències, etc.

Amb aquesta base s'han establert 6 grups tipus, segons la necessitat d'ajuda. En el primer grup, les persones amb pèrdua d'autonomia mental i necessitats d'una atenció continuada fins a l'últim grup, persones amb mobilitat, que poden vestir-se i alimentar-se soles, però necessitats d'atenció puntual cada dos dies durant la setmana. Els grups ISO combinen

l'autonomia-dependència mental i la motora, distingint diferents situacions, segons es pot veure a continuació.

Esquema de la valoració. Variables.	Autonomia: A,B,C. (1)
1. Coherència: Conversa i/o es comporta de manera lògica i sensata.	
2. Orientació: Se situa temporalment, en els moments del dia i en els llocs.	
3. Higiene personal: És capaç d'assegurar la seva higiene personal.	
4. Vestir-se: És capaç de vestir-se i desvestir-se.	
5. Alimentació: Se serveix i menja els aliments preparats.	
6. Eliminació: És capaç de control i higiene urinària i fecal.	
7. Transferències: És capaç de llevar-se, enllitar-se i asseure's.	
8. Desplaçament a l'interior del domicili: Amb o sense bastó, caminador, cadira de rodes.	
9. Desplaçament a l'exterior: A partir de la porta d'entrada i sense mitjans de transport.	
10. Comunicació a distància: Utilitza mitjans de comunicació: Telèfon, alarma, timbre,...	

(1) **A:** Habitualment fa les coses sol i correctament. **B:** Fa les coses parcialment. **C:** No fa les coses.

Aquesta classificació els permet **identificar 6 grups "Iso-Resources" formats per persones amb pèrdua d'autonomia que necessiten un nivell d'ajudes equivalents.**

ELS SIS GRUPS ISO. RESOURCES	
1	Persones que han perdut la seva autonomia mental i <i>que necessiten una presència contínua d'un ajudant-assistent.</i>
2	Dos tipus de grups: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Persones enllitades lúcides o amb les facultats mentals no limitades totalment però que necessiten una ajuda per la majoria de les activitats de la vida quotidiana. <i>Necessiten una supervisió permanent i ajudes repetides tant de dia com de nit.</i> ▪ Les persones amb demència però que han conservat del tot o en gran part les capacitats locomotores i algunes activitats corporals que només realitzen amb estimulació. <i>Necessiten una supervisió permanent i també ajudes puntuals però freqüents.</i>
3	Persones que han conservat la seva autonomia mental i parcialment l'autonomia locomotora i <i>que necessiten cada dia i varies vegades al dia ajudes per la seva autonomia corporal, ja que són encoprèsiques o/i eneurèsiques. No necessiten una supervisió permanent.</i>
4	Dos tipus de grups: <ul style="list-style-type: none"> ▪ Persones que no poden llevar-se soles, però que poden desplaçar-se a l'interior de la casa, i que han d'ésser estimulades per la higiene personal i wc, vestir-se, i que en general s'alimenten soles. ▪ Persones sense problemes locomotors però que han d'ésser ajudats per les seves activitats corporals, inclòs el menjar. <i>Necessiten l'ajuda de terceres persones per : llevar-se, menjar, enllitar-se.</i>
5	Persones que poden mobilitzar-se i desplaçar-se soles a l'interior de la casa, s'alimenten i vesteixen soles. Necessiten una supervisió puntual que pot ser alterna en dies de la setmana, ajuda per la higiene personal, la preparació del menjar i l'arranjament de la casa. <i>Són les persones que necessiten essencialment unes hores d'atenció social domiciliària (AM).</i>
6	Persones que no han perdut la seva autonomia pels actes de la vida quotidiana.

El mètode d'observació AGGIR preveu també unes **altres variables per completar la descripció de la pèrdua d'autonomia a nivell domèstic**. Són les següents:

Altres Variables	Autonomia: A,B,C.(1)
Gestió: Gestionar les seves coses, el seu pressupost, utilitzar els diners, fer gestions, diligències.	
Cuina: Preparar els àpats	
Arranjament de la casa: Realitzar el conjunt de treballs d'arranjament de la llar.	
Transports: Agafar i/o demanar un mitjà de transport (almenys una vegada a la setmana).	
Compres: Comprar el necessari de manera directa o per correu o internet.	
Seguir un tractament: Seguir les ordres del seu metge.	
Activitats del temps de lleure: Realitzar activitats esportives, culturals, socials, de diversió, de passatemps,....	

(1) **A:** Habitualment fa les coses sol i correctament. **B:** Fa les coses parcialment. **C:** No fa les coses.

3 A Itàlia (Ajuntament Bologna) també la valoració de l'autonomia-dependència és un tema bàsic. En aquest cas les escales de referència són les de l'OMS amb una certa adaptació. Contempla 14 ítems que analitzen accions de la vida quotidiana, des de la higiene a la preparació d'aliments, desplaçar-se fora del domicili, vestir-se o portar la bossa de la compra. Cadascun dels ítems es valora en tres nivells de dificultat.

En funció del grau **d'autonomia personal i de la xarxa informal d'ajuda** s'estableixen cinc grups bàsics: el primer, inclou ancians totalment no autosuficients; el segon, ancians amb greus limitacions; el tercer, amb limitacions intermèdies; el quart, amb lleus limitacions i el cinquè es refereix a ancians autosuficients, que viu sol a partir de 80 anys d'edat.

Persones ateses en el Servei d'Atenció Domiciliària	
1. Ancians totalment NO autosuficients	a) Que viuen amb altres ancians autosuficients. b) Que viuen amb altres persones no ancianes autosuficients.
2. Ancians amb greus limitacions	a) Que viu amb una persona amb limitació greu, mitjana o lleu, o que viu sola. b) Que viu amb un altre ancià autosuficient. c) Que viu amb una altra persona no anciana autosuficient.
3. Ancians amb mitjanes limitacions	a) Que viu amb una persona amb limitació greu. b) Que viu amb una persona amb limitació mitjana o lleu, o que viu sola. c) Que viu amb un altre ancià autosuficient. d) Que viu amb una altra persona no anciana autosuficient.
4. Ancians amb lleus limitacions	a) Que viu amb una altra persona amb limitacions lleus. b) Que viu amb una altra persona amb limitació mitjana. c) Que viu amb una altra persona amb limitació lleu o que viu sola.
5. Ancià autosuficient	Que viu sol a partir de 80 anys d'edat.

8.2. Els mòduls o cartera de serveis de l'Atenció Domiciliària

Un element bàsic per l'organització de l'AD són els catàlegs, mòduls o carteres de prestacions. Constitueixen l'eix central de la "contractació" de la prestació, dels acords amb els clients, de l'activitat econòmica i de les reivindicacions laborals.

- 3 A **Alemanya**, a fi de regular i homogeneïtzar les prestacions i els preus, **s'han definit 17 mòduls bàsics, més uns altres nou combinats, en total 26 mòduls de prestacions** (tal com s'ofereix a continuació). A cada mòdul es detallen amb rigor totes les accions que comprèn. Un programa individual de l'AD pot estar format per un o més mòduls, i a cada mòdul se li atorga un temps de treball determinat. Aquests mòduls són l'estructura de referència de totes les agències prestadores dels serveis i de les caixes asseguradores.

MÒDULS BÀSICS I MÒDULS DE SERVEIS COMBINATS

MÒDULS BÀSICS

1 Neteja total	1	Rentar, dutxa i bany.
	2	Higiene dental, cura(1) de la boca, cura dels llavis.
	3	Afaitar.
	4	Cura de la pell.
	5	Cura del cabell (pentinar, rentar si és necessari).
	6	Manicura.
	7	Vestir incloent pròtesis.
	8	Netejar l'entorn (pròxim a la persona , pròxim al llit).

(1) S'utilitza la paraula "cura" amb la seva accepció no estrictament mèdica, sinó com "tenir cura", "fer atenció", "cuidado" d'alguna persona o objecte. Talment "care" en anglès.

2 Neteja parcial	1	Neteja parcial (neteja íntima).
	2	Idem 6 anterior.
	3	Idem 8 anterior.

3 Higiene	1	Preparar els instruments, donar-li els instruments al pacient.
	2	Portar el pacient al lavabo.
	3	Assistència general.
	4	Supervisió dels excrements.
	5	Neteja dels instruments i del llit.
	6	Cura i canvis de les sondes, o de les borses d'anús contra-natura.
	7	Assessorament i/o consell per entrenar-se en les deposicions.
	8	Segona neteja (neteja íntima).

4 Menjant pel seu compte	1	Preparar el menjar en bocins a mida de la boca. També pel menjar que és portat des de fora la casa.
	2	Preparar el pacient (per exemple: ajudar-lo a posar-se al llit).
	3	Neteja d'utensilis (per exemple: cullera i plats).
	4	Neteja de la taula.
	5	Consells per a una nutrició correcta (per exemple per diabetis). Fer que el pacient begui, incloent consells en els instruments de menjar.

5 Assistència per menjar	1	Idem 5 anterior (4).
	2	Idem 5 anterior (4).
	3	Portar el menjar a taula.
	4	Netejar els utensilis (= a 4.3).
	5	Netejar la taula (=4.4) inclou la neteja dels plats.
	6	Tenir cura del pacient, incloent la higiene en relació al menjar.
	7	Consells per a una nutrició correcta (per exemple per diabetis). Fer que el pacient begui, incloent-hi consells en els instruments de menjar.(= 4.5)
6 Assistència especial per menjar (sondes permanents)	1	Preparació de la sonda de menjar.
	2	Donar el menjar amb la sonda de menjar.
	3	Preparació de després de menjar.
7 Moure el pacient en el llit	1	Fer el llit.
	2	Canviar els llençols.
	3	Canvis posturals en el llit.
	4	Assessorament tècnic pels canvis posturals en el llit, incloent-hi el consell en instruments i ajudes.
8 Mobilització (almenys 15 minuts) Cost calculat amb l'assegurança, només si és necessària una vista extra)	1	Ajudar el pacient a posar-se al llit.
	2	Vestir el pacient, incloent pròtesis.
	3	Ajudar a llevar-se (sortir del llit) i enllitar-se.
	4	Exercicis per seure, estar dret, caminar. Incloent-hi els instruments si són necessaris. Exercicis de mobilització.
	5	Assistència en sortir o entrar de la casa.
	6	Assistència en pujar les escales.
9 Visites a les agències locals i als metges	1	Acompanyar el pacient si és necessària una visita personal.
10 Calefacció apropiada de la casa	1	Portar i emportar-se el material de calefacció (per exemple bombones butà).
	2	Encendre la calefacció (excepte si és central i calefacció a gas).
	3	Serveis d'assistència només en l'apartament del pacient.
11 Fer compres (recomanable 2 vegades per setmana)	1	Fer una llista de compres per les necessitats diàries.
	2	Fer la compra (inclosos medicaments) i altres serveis (per exemple banc, a les agències locals).
	3	Endreçar les coses comprades.
	4	Consell en les dates de caducitat dels productes.
	5	Portar la roba a serveis de bugaderia si és necessari.
12 Preparació del menjar	1	Consell de com manipular el menjar i preparar els aliments per menjar-los.
	2	Cuinar. Escalfar els menjars.
	3	Netejar la cuina (per exemple: rentar els plats).
	4	Llençar les escombraries (per exemple: separar els elements de plàstic, de paper, de vidre, i el residus orgànics i posar-los en els dipòsits corresponents).

13 Netejar la casa (recomanat cada 15 dies)	1	Netejar els entorns de vida (per exemple: la sala, el bany, la cuina, el wc,...).
	2	Separar els residus d'acord amb els criteris de reciclabilitat. Portar-los fora de la casa, en els llocs indicats.
	3	No inclou la neteja bàsica.

14 Rentar i netejar la bugada	1	Rentar i assecar.
	2	Planxar.
	3	Cosir, repassar forats, botons, etc..
	4	Col·locar objectes i endreçar els armaris.
	5	Neteja de les sabates.

15 Quantitat general per les vistes domiciliaries	1	Visita
	2	Documentació

15 A Increment del temps de la visita	1	Màxim un per dia. Només s'aplica a un dels mòduls : 03-04-06-08-10-12
--	---	--

16 Primera xerrada abans de començar l'atenció	1	Valoració dels problemes d'assistència.
	2	Valoració dels recursos del pacient.
	3	Planificació de l'atenció.
	4	Parlar amb els membres de la família i el metge.
	5	Informació respecte a una major assistència.
	6	Inclou els costos de la visita a la llar (veure punt 15).

17 Visita de consulta	1	Consell més assistència al pacient.
	2	Atenció inclòs el consell.
	3	Test dels instruments d'atenció, si és necessari.
	4	Informació sobre cursos d'atenció.
	5	Resum de resultats.
	6	Inclou el cost de la visita domiciliària.

MÒDULS DE SERVEIS COMBINATS

(Combinen part del mòdul al qual fan referència)

18 Atenció bàsica total + Canvis posturals + Ajuda a menjar per si sol	01	Neteja total (neteja, dutxa, bany).
	03	Higiene excreció (orina,...,etc..).
	04	Ajuda a menjar per si mateix.
	07	Canvis posturals, enllitar.

19 Cura bàsica total	01	Neteja total (neteja, dutxa, bany).
	03	Higiene excreció (orina,...,etc..).

20 Cura bàsica parcial + Canvis posturals + Ajuda a menjar per si sol	02	Neteja parcial.
	03	Higiene excreció (orina,...,etc..).
	04	Ajuda a menjar per si mateix.
	07	Canvis posturals, enllitar.

21 Cura bàsica parcial	02	Neteja parcial.
	03	Higiene excreció (orina,...,etc..).

22 Assistència domèstica completa	13	Neteja de la casa.
	14	Rentar i cura de la bugada i de la roba.
23 Cura bàsica total + Canvis posturals	01	Neteja tota (rentar, dutxa, bany).
	03	Higiene excreció (orina,...,etc..).
	07	Canvis posturals, enllitar.
24 Cura bàsica total + Canvis posturals + Assistència menjar	01	Neteja tota (rentar, dutxa, bany).
	03	Higiene excreció (orina,...,etc..).
	05	Assistència en el moment de menjar.
	07	Canvis posturals, enllitar.
25 Cura bàsica total + Canvis posturals	02	Neteja parcial.
	03	Higiene excreció (orina,...,etc..).
	07	Canvis posturals, enllitar.
26 Cura bàsica parcial + Canvis posturals + Assistència menjar	02	Neteja parcial.
	03	Higiene excreció (orina,...,etc..).
	05	Assistència en el moment de menjar.
	07	Canvis posturals, enllitar.

Com s'ha comentat, cada mòdul té uns valors, uns punts, i aquests un valor econòmic.

PUNTUACIÓ I PREUS PER CADA MÒDUL (Any 1999)

	MÒDULS BÀSICS	PUNTS	PREU EUROS
1	Neteja total	410	16,5
2	Neteja parcial	220	9
3	Higiene	100	4
4	Menjar pel seu compte	100	4
5	Assistència per menjar	250	10
6	Assistència especial per menjar	100	4
7	Moure el pacient en el llit	100	4
8	Mobilització	180	7,2
9	Visites a les agències locals i als metges	360	14,4
10	Calefacció apropiada de la casa	60	2,4
11	Fer compres	150	6
12	Preparació del menjar	150	6
13	Netejar la casa	540	21,5
14	Rentar i netejar la bugada	360	14,4
15	Quantitat general per les visites domiciliaries	-	1,6
15 a	Increment del temps de la visita	-	4,1
16	Primera xerrada abans de començar l'atenció	500	20
17	Visita de consulta	500	20

	MODULS SERVEIS COMBINATS	PUNTS	PREUS EUROS
18	Atenció bàsica total + Canvis posturals + Ajuda a menjar per si sol	610	24,5
19	Cura bàsica total	450	18
20	Cura bàsica parcial + Canvis posturals + Ajuda a menjar per si sol	450	18
21	Cura bàsica parcial	290	11,6
22	Assistència domèstica completa	760	30,3
23	Cura bàsica total + Canvis posturals	520	20,7
24	Cura bàsica total + Canvis posturals + Assistència menjar	740	29,5
25	Cura bàsica parcial + Canvis posturals	350	14
26	Cura bàsica parcial + Canvis posturals + Assistència menjar	580	23,1

- 3 L'Ajuntament de **Bologna (Itàlia)** ha estipulat un conjunt de prestacions que conformen el servei d'AD. Aquesta relació de prestacions és incorporada en els convenis que s'estableixen amb les entitats adjudicatàries del servei en un barri. Aquesta llista configura el "menú" de prestacions de l'AD. Són les següents:

TIPOLOGIA DE PRESTACIONS	
1	Aixecar i posar al llit, i endreçar l'habitació.
2	Higiene personal i endreçar el bany.
3	Bany i endreçar el bany.
4	Subministrar / assistència en el menjar, preparació de menjar a domicili.
5	Mobilització, utilització de pròtesis.
6	Prevenió i control de les nafres de decúbit.
7	Control de fàrmacs.
8	Conversa amb usuari, conversa amb familiars i veïns.
9	Preparar per la sortida.
10	Endreçar el llit i l'habitació.
11	"Menage" domèstic (neteja de l'habitatge i supelletilli domèstic, endreça d'armaris, neteja de les llums i els vidres, etc.; menage, si és necessari fins hi tot fora de l'habitació.
12	Portar i retirar la roba de cada del domicili.
13	Transportar la roba de casa.
14	Despeses i adquisicions amb utilització de diners / sense utilització de diners.
15	Portar de menjar a domicili, sense / amb utilització de diners.
16	Control i atenció (cura) de la funcionalitat de l'habitatge.
17	Monitorització (atenció global) de l'usuari.
18	Anar a cercar la pensió, els subsidis, els bons, pagar a l'usuari amb utilització de diners, pràctiques burocràtiques.
19	Acompanyar-lo fora de casa (visites, despeses, retirar la pensió / subsidi, etc.)
20	Visita a l'hospital, residència, etc...
21	Conversa amb el metge de capçalera / professionals sanitaris.
22	Transportar / acompanyar a l'ancià per estimular la socialització o altres.
23	Intervenció de suport i d'integració en les estructures socials territorials, residencials i semi-residencials.

Aquest “menú” comprèn temes similars al cas alemany (mobilització, higiene, transport, alimentació, visita hospitalària, tràmits de sanitat i seguretat social o de l’administració domèstica). Però a diferència d’aquest últim, el seu detall és menor i no concreta les tasques que corresponen a cada tipus de prestacions. Així, per exemple, el tipus 2 està destinat a la “higiene personal i arranjament del bany”, però no detalla les accions que el professional ha de realitzar i que l’usuari i la família han de conèixer.

3 A **Holanda**, l’assistència domiciliària inclou diferents serveis:

- **Ajudes a mida**, entre les quals es troben diferents formes d’atenció durant el temps i de la manera que siguin necessaris, generalment a través dels serveis o institucions d’Assistència Familiar. Les principals funcions de l’Assistència Familiar són les següents:
 - servei domèstic i acompanyament;
 - atenció física i personal;
 - acompanyament.

- **Ajudes pràctiques** diverses amb l’objectiu de descarregar les famílies amb membres disminuïts físics o psíquics o malalts de llarga durada, generalment a través dels Serveis d’Assistència Familiar i Atenció Primària. Les funcions que aconsegueix l’Atenció Primària són:
 - ajuda física i psicològica durant l’embaràs i la primera infància;
 - cures per a malalts, discapacitats i persones grans;
 - informació sanitària;
 - assessorament dietètic;
 - préstec d’articles per a l’assistència domiciliària;
 - atenció preventiva a persones grans;
 - activitats preventives de caràcter general.

- **Atenció domiciliària intensiva**, quan l’ajuda es concentra en la cura, l’atenció sanitària i l’acompanyament de malalts terminals, en general a través dels Serveis anomenats Unitats de Serveis de les Prestacions de Primera Línia i Centres d’Obstetrícia i Assistència al Part, amb funcions com informació, acompanyament, ajudes en el part, ajuda a les mares i fills i ajuda domiciliària.

8.3. Els Programes Individuals d'Atenció (PIA)

La tipologia de prestacions que s'ha ofert és la base per establir els programes d'atenció individual (PIA), signar els contractes amb les empreses prestadores directes i organitzar les tasques professionals corresponents.

A la majoria de països amb un cert nivell de desenvolupament de l'AD, s'elaboren programes personalitzats/individualitzat d'atenció.

Això significa que a partir de les prestacions previstes en els mòduls o tipus bàsics de prestacions, aquests s'adapten a les necessitats del client i del seu entorn, i s'elabora un Programa concret d'AD.

De vegades el PIA pot complementar-se amb altres serveis de caràcter comunitari o assistencial, i també amb d'altres serveis d'AD complementaris, les despeses dels quals les haurà d'assumir el propi client.

En relació als PIA cal tenir en compte quatre aspectes de l'atenció personalitzada:

- a) Els PIA faciliten i concreten la informació als usuaris i familiars del que serà i com s'anirà desenvolupant l'AD.
- b) La decisió (com a mínim formal) del PIA recau en el client i/o en els seus familiars. El programa és comentat amb els professionals de les agències prestadores de serveis i els interessats, acceptat o modificat i finalment signat.
- c) El PIA facilita la "gestió de casos", així com la tasca, sovint necessària, del "conductor responsable del cas" que assumeix la responsabilitat d'organitzar la diversitat d'organismes, persones i entitats que de vegades giren al voltant d'un cas particular.
- d) Cal subratllar finalment el caràcter temporal i operatiu dels PIA, la qual cosa facilita la seva remodelació i supervisió.

Els **perfils professionals** de disseny i seguiment dels PIA corresponen en general a: assistents socials, infermers socials domiciliaris, educadors socio-sanitaris.

9. INSTITUCIONS GESTORES DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

Les estructures de provisió i gestió i les institucions gestores signifiquen un element clau del tema de l'AD. Sintèticament i en termes generals es pot afirmar que la gestió de l'AD implica tots els sectors de la societat: Administracions públiques, entitats públiques i privades de seguretat social, entitats privades de caràcter social i mercantil, i el sector voluntari.

L'articulació entre aquests sectors presenta formes molt diverses entre uns països i altres, però en els que tenen un desenvolupament més gran i una estructura més forta, es detecten diversos aspectes comuns:

- a) **El desenvolupament de l'AD es troba vinculat a una clara opció dels governs i de les administracions** (centrals i/o regionals, segons l'estructura més o menys descentralitzada de cada Estat), que han impulsat importants processos de debat social i experiències pilot prèvies a establir mesures estructurals.
 - b) **Les administracions locals (municipals, comarcals) desenvolupen un doble rol:** tant de promotors dels serveis de l'AD (Nord d'Itàlia), com de prestadors de serveis directes a la població, amb una millora de l'oferta bàsica (alguns municipis de França).
 - c) En els països amb més gran desenvolupament de l'AD, **els organismes públics de seguretat social són una part integrant de l'estructura de finançament de l'AD.**
 - d) **El sector privat social i el mercantil són prestadors directes d'AD**, i es constata actualment un important increment d'aquest darrer.
 - e) Així mateix **el sector social, principalment grans associacions o entitats mutuels, són un interlocutor social en la regulació general dels serveis d'AD**, com és per exemple el cas d'Holanda.
- 3 A **Alemanya**, l'AD, tal com ja s'ha apuntat, està força vinculada a l'"Assegurança de Dependència" (Pflegeversicherung 1995), destinada a cobrir les necessitats d'atenció de llarga durada que són reconegudes com un "risc social independent i identificable" com ara els de malaltia, accidents laborals, atur, jubilació, etc. És considerada el cinquè pilar de la protecció social.

L'assegurança s'organitza a partir de les "Caixes Asseguradores", institucions jurídicament independents que formen part del sistema d'assegurança social alemany.

L'assegurança de dependència és de base contributiva i està finançat a parts iguals per empresaris i treballadors. Aquesta fórmula fou elegida després d'un llarg procés d'anàlisi de

models, proves pilot i debats públics, i lògicament en consonància amb l'estructura i la tradició del sistema assegurador alemany.

Preveu prestacions en metàl·lic i en serveis. Entre elles, i molt potenciat, el de l'AD. Aquesta assegurança és la peça clau de l'AD a Alemanya, i és, com s'ha dit, de caràcter universal.

La prestació directa de l'AD és realitzada per empreses independents, entitats públiques o privades que són les que ofereixen, contracten i realitzen les prestacions de l'AD. Les administracions locals en el sector públic, i les entitats socials (associacions, Caritas, associacions evangèliques), i també agències d'iniciativa mercantil, en el sector privat.

Els usuaris són els qui trien l'agència o entitat prestadora del servei, les quals han d'estar degudament reconegudes oficialment. Aquestes entitats són per al ciutadà el primer esglaó de la cadena. Són les que tramiten la sol·licitud, amb la recomanació mèdica o social corresponent, a les Caixes Asseguradores, que l'acceptaran o rebutjaran, així com el pla d'ajuda proposat.

Per als ciutadans que no disposen d'aquesta cobertura social, el sistema públic d'Assistència Social" alemany preveu igualment la prestació d'AD.

3 A **França**, en la prestació de l'AD intervenen diversos organismes:

- Les Caixes Asseguradores, organismes independents que constitueixen la xarxa bàsica de cobertura de riscos, regulades a nivell estatal.
- L'Assistència Social pública dels Departaments (equivalent al nivell Regional).
- Les Rendes Mímines d'Inserció (RMI).
- Altres organismes públics.

Les entitats prestadores directes dels serveis d'AD són:

- Entitats públiques (administracions locals). Els municipis poden actuar tant amb un rol de promotors i finançadors com de prestadors directes de l'AD.
- Entitats privades socials: associacions o entitats com Caritas.
- Entitats mercantils: empreses o professionals liberals que treballen de forma autònoma.

3 A **Itàlia**, el desenvolupament de l'AD és menor, i a més cal subratllar que existeixen diferències entre el Nord i el Sud, tot i que a partir de l'entrada en vigor de la nova llei pot haver-hi avenços en el sentit d'una major equitat.

La regió Emilia Romagna presenta un desenvolupament de l'AD vinculada al model "socio sanitari i comunitari" de la regió.

Els municipis són els encarregats de dinamitzar la prestació en el territori. Són els que convoquen per mitjà d'un "Bando di Gara" (concurso) específic, obren la convocatòria pública a la qual es presenten les entitats candidates a la prestació directa del servei AD. En els municipis més grans s'estableixen zones (agrupació de barris o districtes) per optar a la prestació del servei AD.

Les entitats prestadores directes solen ser associacions i cooperatives socials, aquestes darreres molt desenvolupades en el centre i nord d'Itàlia, i amb una àmplia implantació en el sector serveis.

Aquestes cooperatives acostumen a tenir diverses línies de serveis, no sols l'AD, i diversifiquen la seva acció vers altres sectors, no només en el sector de la dependència, i tendeixen a no limitar-se a un únic mercat ni a uns clients exclusius.

La seva tasca adquireix una doble dimensió en el camp social. D'una banda, la pròpia prestació del servei AD, i d'altra la incorporació, formació i qualificació d'un sector laboral, preferentment femení i amb una mitjana o bàsica qualificació, amb majors dificultats d'incorporació en el mercat laboral ordinari.

Els serveis socials comunitaris dels ajuntaments (equivalents en part als de l'atenció social primària) juguen un important rol en l'AD: són el primer punt d'accés, realitzen l'acollida, l'estudi de la demanda, establint els contactes amb el sector sanitari, estudien i proposen el programa d'atenció personalitzat i el contracte amb les cooperatives i entitats prestadores. Realitzen així mateix un seguiment periòdic i les relacions econòmiques de la prestació.

- 3 A **Holanda**, les institucions adreçades a l'atenció a la llar estan canviant acceleradament en els últims anys, tant en dimensió com en funcions. De la fusió entre l'assistència familiar i l'atenció primària i de vegades en combinació amb l'assistència social general, n'estan resultant grans institucions domiciliàries.

S'han creat institucions privades (no governamentals) en l'àmbit de l'assistència domiciliària, que proporcionen serveis complementaris per sobre dels nivells bàsics ja assegurats pel sistema públic (format pels acords entre les Assegurances, les Institucions que presten el servei i l'Estat).

En produir-se una major coordinació entre les diferents institucions, aquestes han hagut de modificar la seva manera tradicional de funcionar. En lloc d'actuar cadascuna per la seva banda, han de cooperar, la qual cosa provoca problemes de competències, de repartiments de subvencions estatals i en l'organització i la prestació de serveis. A més, des de l'administració pública s'està pressionant perquè aquesta col·laboració sigui efectiva (s'ofereix, per exemple, una subvenció només en el cas que aquestes institucions actuïn conjuntament), la qual cosa està portant a una reorganització dels serveis a efectes d'una major cooperació entre ells.

Les companyies d'assegurances assistencials ja no depenen exclusivament de les institucions públiques per poder oferir serveis d'AD als seus assegurats. Fins a l'entrada en vigor de les noves regulacions de l'assistència, les asseguradores privades només podien entrar en contacte amb institucions públiques o semipúbliques per poder oferir aquests serveis, mentre que actualment també poden recórrer a institucions privades especialitzades en l'assistència i la infermeria i establir-hi convenis. La possibilitat de signar acords tocant el volum, preus, organització i durada de les atencions repercuteix en una major eficiència d'aquestes. Així doncs, amb els mateixos recursos econòmics es pot prestar una major i millor assistència, adaptable a les necessitats de cada assegurat.

Aquestes agències comercials ofereixen els mateixos serveis que les institucions d'AD subvencionades, però treballen a un altre nivell, prestant serveis més amplis i complets a partir de fons privats d'assegurança per malaltia. Es dona també el cas que una part d'aquestes agències privades siguin subcontractades per les organitzacions d'AD. També hi ha organitzacions més grans que disposen de seus regionals, així com agències independents que cobreixen àrees limitades.

10. EL FINANÇAMENT DELS SERVEIS DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

Els sistemes de finançament de l'AD són diversos i en directa correlació amb els sistemes de protecció social i desenvolupament d'aquest dispositiu en els diferents països.

En síntesi, es podrien distingir cinc situacions tipus en funció del sistema públic de protecció i el model de política social. En primer lloc, un sistema de finançament públic de caràcter impositiu i universal dels països escandinaus. Segon, els sistemes de protecció de caràcter contributiu organitzats generalment a través de caixes d'assegurances socials en països d'orientació bismarkiana (Alemanya, Àustria, Bèlgica, Luxemburg). Un tercer model és el cas d'Holanda, amb sistema mixt de caràcter impositiu. Quart, el sistema d'Assistència Social Àmplia, a França. Cinquè, el sistema d'Assistència Social Residual dels països del Sud de l'arc mediterrani, en els quals encara no s'ha establert un sistema de finançament específic d'atenció a la dependència ni a l'AD.

En la Taula 5 s'ofereix un panorama detallat relacionat amb el finançament de l'atenció social a domicili, distingint entre:

- El finançament que té com a base els impostos i que ho canalitza el govern central i/o el local, o ambdós conjuntament. S'inclouen en aquest tipus Suècia, Finlàndia, Àustria, França i Gran Bretanya. Tots ells tenen, però, les pròpies especificitats.
- El finançament del govern central mitjançant els impostos generals. S'inclouen aquí, a part de Bèlgica i Holanda, els països considerats com a perifèrics (Irlanda i Portugal) o els pertanyents a l'arc mediterrani (Itàlia, Espanya i Grècia).

Taula 5.
FINANÇAMENT ATENCIÓ SOCIAL A DOMICILI

A		
A. Finançament base Impostos del govern central, local o d'ambdós.	Suècia	75% impostos locals + 17% impostos govern central
	Finlàndia	46% impostos locals + 46% impostos govern central
	Àustria	Recursos de les províncies i dels municipis
	França	a) per rendes baixes – 30% Departaments + Caixes + Ajuntaments b) per rendes altes – devolució del 45% per Caixes d'Assegurances
	Gran Bretanya	<ul style="list-style-type: none"> • Autoritats responsables. Finançament impostos generals. • Nou sistema Autoritats Locals "compren paquets" d'ajuda domiciliària a organitzacions independents. Grans variacions intra-país en "compra paquets". • Període Transitori: 50% Agències lucratives + 50% Autoritats Locals + Organitzacions voluntàries.

B		
B. Finançament del govern central mitjançant impostos generals.	Bèlgica	75% del cost i del subsidi està basat en nombre de clients i de cuidadors + nombre d'hores
	Irlanda	Negociació anual de pressupost fix.
	Itàlia	Aprox. 50% finançat per impostos generals. La contribució estatal és distribuïda a les autoritats locals per les Regions. Basat en el nombre d'usuaris potencials, cuidadors i serveis disponibles.
	Holanda	Des de l'1/1/89, el 90% del cost ha estat finançat per un sistema públic d'assegurances del govern central. Les organitzacions rebien 1 punt fix, basat en el nombre d'habitants de cada àrea segons la distribució d'edats.
	Portugal	Finança el Ministeri d'Ocupació i Seguretat Social + ONG. Els pressupost de cada organització està basat en el nombre de clients i tipus de serveis proveïts.
	Espanya	90% de l'Ajuda domiciliària està basada en les administracions de Benestar. Pressupost basat en el nombre d'hores d'atenció donades.
	Grècia	Ajuda domiciliària: Creu Roja Helènica + Església ortodoxa. Han buscat el seu propi finançament + voluntaris. Organitzacions privades: paguen els propis clients.
<p>Font: "Indicadors Socials Bàsics". Euroccat-Gabinet d'Estudis Socials (GES), 2000. Elaboració pròpia a partir de MISSOC, EUROSTAT. 2nd Word congress on Home Care. Viena, 2000.</p>		

3 En concret, a **Alemanya** l'assegurança es finança mitjançant les cotitzacions dels treballadors i dels empresaris, com en el cas de l'assegurança obligatòria de malaltia.

El percentatge és unificat per tot el territori alemany. Un 1,7% dels ingressos bruts des de 1996 (0,85 dels treballadors; 0,85 dels empresaris). La quantitat concreta està en funció dels ingressos, fins a un màxim.

Les empreses dedueixen la quantitat directament de la nòmina dels treballadors i ho envia a les caixes d'assegurança de malaltia.

Tots els landers (regions), excepte Sajònia, han eliminat un dia festiu del calendari laboral, en compensació del cost que significa per les empreses la cotització d'aquesta assegurança de dependència.

3 A **França** el finançament de l'AD és complex per diverses causes:

- diferents sistemes d'assegurances,
- diferents competències de l'assistència social pública,
- diferents òrgans i nivells administratius competents,
- diferents regulacions socials i sanitàries que l'emmarquen.

És per això que tots els informes posen l'accent en la necessitat de coordinació entre sistemes i serveis, vers una fórmula d'integració de les modalitats d'AD socials i sanitàries.

Es presenten tot seguit **els dos grans sistemes** de finançament existents per l'AD a França, en el ben entès que aquesta es troba ubicada en l'esquema general, conjuntament amb altres prestacions econòmiques o de serveis de caràcter residencial.

Les "**Caixes d'Assegurances**", organismes quasi autònoms (no són governamentals), constitueixen la xarxa bàsica de cobertura de riscos per a la gran majoria de població. Estan regulades a nivell estatal i estretament articulades amb el govern central.

El pla general d'assegurances cobreix el 80% de la població, i altres plans d'assegurances més petits, definits en funció de l'ocupació, com per exemple el dels funcionaris públics, el dels agricultors, el dels treballadors dels transports ferroviaris, etc... completen l'esquema general de les assegurances, arribant a gairebé la totalitat de la població.

Una part dels ciutadans resta però sense aquesta cobertura. En aquestes situacions poden adreçar-se al sistema d'assistència social pública.

Entre les modalitats de risc que cobreixen les assegurances citades, tres concerneixen directament a les persones d'edat.

- El risc de salut.
- Les pensions per a persones grans.
- L'assistència a la família.

El **Sistema d'Assistència Social**, és la xarxa de seguretat per protegir les persones que no tenen suficients recursos personals ni familiars per a fer front al manteniment i als diferents riscos socials bàsics. Està finançat mitjançant els pressupostos de l'"Aide Sociale" (Ajuda Social), que a partir del procés de descentralització (1980) dels serveis socials recau en el Departament (govern similar a les Comunitats Autònomes, o als Counties de Gran Bretanya).

Entre les seves prestacions inclou l'**atenció a la llar bàsica**, que són 30 hores setmanals garantides. També facilita altres prestacions que col·laboren en el manteniment a domicili, com són : uns ingressos mínims de manteniment per aquells que es troben sense poder accedir a les prestacions de "l'Ingrés Mínim per a la Gent Gran", o ajudes per l'arranjament de la llar, o lloguers, etc..

En síntesi el finançament de l'Atenció Domiciliària correspon a diferents organismes segons les modalitats de la pròpia AD, de la situació social, del seu sistema d'assegurances, del grau de dependència, i de la situació econòmica del receptor.

Totes les Caixes d'Assegurances tenen l'obligació d'oferir AD a majors de 65 anys amb pèrdua d'autonomia. El finançament concret es fa:

- Caixes d'Assegurances de la persona atesa, segons el preu de l'AD sanitària, regulada detalladament.
- Una part del propi usuari (barem segons ingressos).
- Una part finançament de l'Ajuntament.

Els mòduls econòmics i els barems

Un dels temes clau per al desenvolupament de l'AD rau en els mòduls econòmics establerts i el seu valor o muntant econòmic, així com en l'existència o no de llindars econòmics d'accés i al grau de baremació estipulat.

- 3 A **Alemanya**, la prestació d'atenció a la dependència és universal, de base contributiva de treballadors i empresaris, i el seu accés és regulat per la necessitat sociosanitària de la persona i no per la seva situació econòmica. Cal recordar que en el cas de rendes baixes el sistema alemany d'assistència social atorga també la prestació d'AD.

L'accés es realitza en funció de la categoria d'autonomia-dependència establerta. A cadascuna de les tres categories correspon una aportació econòmica mensual (any 2002)¹¹.

Categoria I:	205 €
Categoria II:	410 €
Categoria III:	665 €

¹¹ Federal Ministry of Labour and Social Affairs. "Social Security at a glance". Bonn. 1-1-2002.

Prestacions 2002	Categoria I	Categoria II	Categoria III
Total mensual per a l'ajut	205 €	410 €	665 €
Prestacions mensuals en recursos materials fins i tot en casos especialment greus fins a...	384 €	921 €	1.432 € 1.918 €
Ajut durant les vacances i en cas d'impediment fins a quatre setmanes anualment (requisit: ajut anterior prestat durant 12 mesos) fins a un import de			
a) Per serveis professionals de cura i assistència, com a màxim fins a...	1.432 €	1.432 €	1.432 €
b) Per serveis de cura i assistència prestats per persones no professionals, per exemple membres de la família o d'altres persones... En el cas, demostrant les corresponents despeses en concepte de cures i assistència a la persona disminuïda, com a màxim fins a...	205 €	410 €	665 €
	1.432 €	1.432 €	1.432 €
Ajut i cures diürnes i nocturnes en una institució amb un règim semiintern i que és un soci de les caixes, mensualment fins a...	384 €	921 €	1.432 €
Cures i ajut a curt termini fins a quatre setmanes l'any en una institució amb règim totalment intern fins a...	1.432 €	1.432 €	1.432 €

Font: Federal Ministry of Labour and Social Affairs. "Social Security at a glance". Bonn. 1-1-2002.

Complementàriament a aquestes aportacions mensuals, la prestació pot ampliar-se en casos greus, prèvia sol·licitud amb quantitats que oscil·len entre els 384€ i els 1.918€, segons les categories. A més existeixen també aportacions puntuals per períodes de vacances o per impediment. La prestació inclou també l'atenció en centre de dia o d'estada nocturna.

Concretament el finançament de l'AD es fa:

- a) Per mitjà de l'Assegurança de Malaltia: atenció sanitària, mèdica bàsica durant quatre setmanes; després es passa a:
 - b) Atenció llarg termini: assegurança dependència.
- 3 A França, existeix baremació d'ingressos tant a la PSD (Prestació específica d'autonomia), substituïda per l'APA¹² (Prestació personalitzada d'autonomia) i vigent des de l'1 de gener de 2002.

En concret la **quantia** de la prestació de l'APA és fixada per una tarifa nacional corresponent als diferents nivells (GIR) de dependència, segons el següent barem màxim:

¹² Llei nº 2001-647 de 20/7/2001.

GIR I: 1.166,7 €

GIR II: 1.000 €

GIR III: 750 €

GIR IV: 500 €

Aquestes quanties s'adaptaran als recursos i a les rendes dels beneficiaris. Així, a continuació s'ofereixen alguns exemples.

Nivells de dependència	Recursos del beneficiari	Quantia de la prestació
GIR I	Menys de 1.000 €/mes	1.167,70 €/mes
GIR I	Fins a 3.333 €/mes	233,30 €/mes
GIR IV	Menys de 1.000 €/mes	500 €/mes
GIR IV	Fins a 3.333 €/mes	1.000 €/mes

El finançament de l'APA depèn de tres fonts:

- Una contribució dels departaments (1.033 milions d'Euros).
- Una participació de les Caixes de Seguretat Social que gestionen un fons d'acció social per a les persones grans (83,33 milions d'Euros).
- Un 0,1 punt de la contribució social general (CSG), actualment imputada al Fons de Solidaritat Vellesa (FSV) (833,3 milions d'Euros).

A títol de solidaritat nacional, la llei crea un Fons de finançament de prestació personalitzada d'autonomia, amb l'objectiu de contribuir al finançament de l'APA. Aquest Fons rep l'aportació esmentada procedent de les Caixes de la Seguretat Social i el de la CSG, una part de les quals va a parar als Departaments per completar la seva aportació.

Els valors econòmics de les ajudes són diversos segons la modalitat d'AD i de l'entitat i règim que atorgui la prestació. Per 1999 eren les següents:

"Aide Menager" Ajuda a la llar	<ul style="list-style-type: none">• 30h. mensuals per 1 persona/ 48h mensuals per una parella.• Participació de l'usuari fixada pel Departament.	
PSD Prestació Específica de Dependència (fins desembre 2001)	Màxim mensual de 860,35 €	Nivells d'ingressos 1persona: 1.031,20 € 1parella: 1.718,70 €
"Allocation Aide à Domicile" Prestació d'ajuda a la llar	214,60 € mensuals	Nivell d'ingressos anuals 1persona: 7.252 € 1parella: 12.036 €

- 3 A **Itàlia**, existeix també un sistema de baremació. El llindar de participació econòmica se situa (1998) a partir dels 4.664 €. Amb ingressos inferiors no es contribueix econòmicament. Les aportacions oscil·len entre els 120 € i els 2.300 € en cas d'ingressos elevats.

A l'Ajuntament de Bologna (Barri de Reno), com a exemple descentralitzat, existeix un document del còmput de la contribució econòmica dels usuaris a l'AD, segons la seva renda per capita mensual, i que es reflecteix a continuació.

CONTRIBUCIÓ DE L'USUARI EN L'ASSISTÈNCIA DOMICILIÀRIA	
(Acord del Consell N. 127 del 25/05/98) Ajuntament de Bologna (Barri de Reno)	
Renda per capita mensual	Contribució mensual de l'usuari 1998
1 Franja directa fins a 470 €	12 €
2 Franges directes de 470 € a 600 €	30 € x un sol – 10% = 35 €
3 Franges directes de 600 € a 700 €	58 € x un sol – 10% = 52 €
4 Franges directes de 700 € a 875 €	116 €
5 Franges directes de 875 € a 1.050 €	174 €
6 Franges directes de 1.050 € a 1.400 €	232 €
7 Franges directes per sobre de 1.400 €	-

- 3 A **Holanda** existeix el que s'anomena un **Pressupost Personalitzat (PGB)**, és a dir, "el lliurament d'una determinada quantitat de diners a un assegurat la situació del qual requereix una assistència i/o unes atencions sanitàries o socials específiques". L'objectiu dels PGB és enfortir el sentiment d'autosuficiència dels pacients, així com l'increment de l'eficàcia de l'assistència que se'ls presta. Es tracta de promoure una assistència a mida. En donar a l'usuari la capacitat de decisió sobre les despeses relacionades amb la seva assistència, aquest va esdevenint menys dependent de la voluntat dels seus assistents. Els pacients acaben essent els "caps" dels seus infermers, cuidadors i no sols decideixen el tipus d'assistència i d'assistents, sinó que també poden acordar amb ells el moment en què se'ls presti els serveis.

El finançament públic per a aquest tipus d'assistència va representar l'any 1995 un 40 milions de florins (89 milions d'Euros). El finançament del PGB és el mateix de l'Assistència Domiciliària Regular, és per això que cada persona pot optar per una modalitat o una altra.

11. ELS PERFILS PROFESSIONALS

Es pot afirmar, de manera general, que existeix una diversitat de perfils professionals segons els països i el sector social o sanitari a què pertanyen. No es pot parlar, doncs, d'un perfil exclusiu de les persones que atenen l'AD.

El que sí que es pot dir és que es dona una correlació entre el major desenvolupament de l'AD en segons quins països i una major varietat de perfils professionals per atendre'l.

Com a perfils bàsics, en general, es pot parlar d'Auxiliars domiciliaris, infermeres domiciliàries i treballadors socials. Sense oblidar d'altres com fisioterapeutes, logopedes, educadors socials, psicòlegs, animadors socials, etc.

En la Taula 6 es pot contemplar una aproximació a la realitat de perfils professionals als països de la Unió Europea.

Taula 6.	
PERFILS PROFESSIONALS D'INFERMERIA DOMICILIÀRIA I AUXILIARS DOMICILIARIS.	
TENDENCIA	Combinació de 2 o més professionals: Infermeres + Auxiliars d'infermeria i/o geriàtrics, i/o atenció domiciliària.
Diferència	1 sol professional: Infermeres: Itàlia, Luxemburg, Espanya
A	
A. Infermeres	
<ul style="list-style-type: none">• Infermeres comunitàries^(*): Àustria, Bèlgica, Dinamarca, Alemanya, Itàlia, Luxemburg, Holanda, Gran Bretanya, Suècia.• Infermeres de Salut Pública^(*): Finlàndia, Irlanda, Portugal.• Infermeres particulars/autònomes^(*): França• Infermeres visitadores: Grècia.• Infermeres "diplomades": Portugal, Espanya.	
B	
B. Auxiliars	
<ul style="list-style-type: none">• Auxiliars geriàtrics: Àustria, Alemanya.• Auxiliars d'infermeria: Àustria, Bèlgica, Dinamarca, Finlàndia, França, Alemanya, Grècia, Irlanda, Holanda, Gran Bretanya.• Auxiliars atenció domiciliària: Suècia.	
^(*) Diplomats oficials.	
Font: "Indicadors Socials Bàsics". Euroccat-Gabinet d'Estudis Socials (GES), 2000. Elaboració pròpia a partir de MISSOC, EUROSTAT. 2 nd World congress on Home Care. Viena, 2000.	

- 3 A **Alemanya** els **serveis d'assistència** sanitària són atesos preferentment per **infermeres comunitàries i auxiliars d'infermeria i/o geriatria especialitzats en atenció domiciliària**, que actuen en el si d'una agència independent de prestació de serveis o com a autònoms. Es constata un fort increment del mercat laboral en els darrers anys, principalment en el sector femení.

D'altra banda, en els **serveis d'ajuda social els perfils més freqüents són també d'infermeres comunitàries i d'auxiliars geriàtrics, i, a més, d'auxiliars socials**. Es constata una important col·laboració del voluntariat (servei civil, estudiants, organitzacions voluntàries i de ciutadans/veïns) principalment en tasques d'acompanyament, activitats de socialització, manteniment d'hàbits i actes culturals, no en la majoria de les tasques que constitueixen els mòduls del catàleg de prestacions.

Concretant a les "**sozialstation**", els perfils dels recursos humans són preferentment professionalitzats en un 95% i personal voluntari i de servei civil (aquests amb una petita remuneració econòmica) en un 5%.

Entre els professionals, al voltant d'un 75% són de l'àrea sanitària (infermeres domiciliàries) amb una formació específica i regulada per tres anys, especialitzada en atenció i educació domiciliària, tant en persones d'edat com en infància, o adults amb diferents tipus de dependències.

Un altre 15% són professionals d'atenció social especialitzats en persones dependents que viuen a casa, amb una formació específica en escoles acreditades socialment. Les infermeres domiciliàries són preferentment contractades per la pròpia agència, tot i que aquesta estableix contractes puntuals amb infermeres particulars o "autònomes" segons els casos i les èpoques, en funció de la feina acumulada.

En algunes iniciatives existeix un cert nombre de professionals amb un nivell similar al coneixem aquí com a treballadors familiars.

- 3 A **França**, el perfil dels professionals depèn de les diferents tasques que realitzen.

Així els qui atenen "l'Aide Ménagère" (AM) són en general dones amb formació general bàsica, completada amb cursos específics (sovint formació contínua) d'atenció a la llar.

L'edat es mou en dos grups:

- a) de 21 a 26 anys, que estan en fase de formació i que s'inicien en el mercat laboral mitjançant aquest treball, i
- b) de 40-45 anys que després d'una època de criança, o d'altres treballs, s'incorporen de nou al mercat de treball, o es reciclen en aquesta nova activitat. La dedicació laboral va entre jornada completa i jornada parcial.

En "Le Service de Soins Infirmière à Domicile" (SSIAD), el perfil correspon a un nivell de titulació mitjana alta. En general les tasques són realitzades per infermeres diplomades, amb especialitat d'atenció a la llar.

A l'Ajuntament de Montpeller, per exemple, els perfils professionals estan ben diferenciats segons les tasques siguin d'AD o d'atenció sanitària:

Perfil del professional de l'"ajuda domiciliaria"

- Qualificació mitjana bàsica, amb formació complementària per les tasques d'atenció a la llar.
- No intervé en tasques mèdiques ni para-mèdiques, com per exemple vestir, enllitar, transferències, cures, ...
- En general dones d'edats compreses entre els 35 i 50 anys.

Perfil de l'"auxiliar de vida"

- Ajuda a fer les accions personals que s'han perdut amb la malaltia, com per exemple : aixecar-se del llit o de la butaca, enllitar, prendre el menjar, acompanyar a fora de la llar.
- Són diplomades de nivell similars a FP de primer grau o menor. Cursos de mesos de duració.

Perfil de l'"atenció sanitària"

- Professionals més qualificats, són infermeres diplomades.
- S'encarreguen de tot el que sigui cura personal, tant sanitària com quotidiana. Per exemple: higiene personal, pedicura, control de sondes,....També medicació, injeccions, tractaments, cures de nafres...
- Es coordina amb el metge de família i amb el de l'entitat mutual.

Complementàriament als itineraris curriculars del sistema d'ensenyament francès, algunes empreses desenvolupen, en el marc de la formació contínua, accions de suport i qualificació. Un exemple és el que està realitzant l'Associació "Présence Verte", a la regió del Llenguadoc, que considera la formació del personal una eina bàsica per la tasca d'atenció domiciliaria.

Desenvolupa diverses accions formatives. Es realitza mitjançant tres modalitats bàsiques:

- **La formació “quotidiana”**, practicada mitjançant els consells en les reunions o en les supervisions individuals. En la programació hi destinen una part del temps.
 - **La formació “interna”** o sessions amb el personal d'atenció domiciliària de la pròpia associació. Organitzen sessions formatives periòdiques, en realitzen dues o tres anuals. Són sessions d'un dia o de dos mitjos dies. Han elaborat materials específics, indicant els procediments i el contingut de temes concrets de la pràctica de l'ajuda domiciliària.
 - **La formació “oberta”**. Consisteix en cursos destinats a tots els professionals que treballen en l'atenció domiciliària o en una residència. S'adrecen tant als qui treballen en l'associació “Présence Verte” com els qui ho fan en altres entitats.
- 3 A Itàlia (Ajuntament de Bologna), **el perfil dels professionals d'atenció directa és molt semblant als nostres treballadors familiars, s'anomenen “Assistents de base”**, majoritàriament dones de dos grups d'edat: de 20-25 anys i d'entre 40-45 anys. La seva formació és de nivell bàsic general, alguns amb cursos equivalents a una formació professional, i amb cursets d'especialització periòdics.

Aquesta **formació** específica sovint és oferta per les pròpies cooperatives que atenen l'AD, i és considerada com un element necessari i imprescindible en la realització de l'AD. Aquesta formació pot ser acordada amb els serveis de l'Ajuntament i generalment considera dues línies bàsiques. Una, més formal, mitjançant l'organització regular i periòdica de mòduls de formació, i una altra, la quotidiana, més informal, consistent en una supervisió dels casos atesos, en la qual es realitzen orientacions metodològiques i informacions temàtiques. Un exemple d'aquesta formació és l'oferta de la Cooperativa “Dolce” (Bologna), dirigida a tot el personal de la Cooperativa implicat en l'AD, especialment a les Assistentes de Base.

S'organitzen un o dos mòduls l'any dins el còmput d'hores laborals. **El contingut de la formació segueix dos criteris bàsics:**

- a) Els objectius marcats pels serveis socials de l'ajuntament que defineixen les tasques concretes a realitzar, i també les orientacions de l'actuació, per exemple el com s'ha d'actuar, com s'estableix la relació del professional amb la persona atesa, el secret i confidencialitat de les informacions del nucli familiar, els contactes amb l'entorn social, etc...

- b) L'especificitat temàtica en funció de la població atesa. En aquest sentit indiquen que de manera creixent tracten temes relacionats amb les demències senils: significats i processos, autonomia personal, manteniment d'habilitats, tutela i drets de la persona, relacions amb altres familiars, etc...

A més de la formació en mòduls, la cooperativa preveu el que anomena "la formació continuada". Consisteix en una "supervisió" quotidiana dels casos atesos, en la qual es realitzen orientacions metodològiques i informacions temàtiques. És realitzada per la responsable territorial de la cooperativa. És un espai individual, i també col·lectiu, mitjançant reunions de petit grup en la seu habitual de la cooperativa en el centre cívic del barri.

- 3 A **Holanda**, els professionals generalment pertanyen als grups d'infermeres comunitàries, amb diplomes oficials, i auxiliars d'infermeria. A més, en segons quins serveis, intervenen altres professionals més lligats als serveis sanitaris (metges, llevadores, infermeres) i altres perfils com assistents de barri, assistents socials, assistents geriàtrics i familiars.

12. L'OCUPACIÓ I ELS SERVEIS DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA: QUANTITAT I QUALITAT

Com s'ha anat comprovant al llarg de l'estudi, el sector de l'AD s'ha anat progressivament professionalitzant i d'aquesta manera ha estat una font d'ocupació en el sector global de serveis i concretament entre els jaciments d'ocupació de serveis a les persones.

Així s'ha constatat l'aparició de diversos perfils professionals que han assumit l'atenció a les persones objecte de l'AD. És prou evident que aquesta professionalització és un element complementari al que encara d'una manera prou important s'està donant a tots els països de la Unió Europea: l'atenció a les persones fràgils o dependents, de diferents edats, té uns cuidadors bàsics, i els primers, que són els familiars, els veïns i les xarxes de ciutadans/voluntaris que assumeixen una bona part de l'acompanyament de les persones dependents i l'atenció en aspectes que no precisen un nivell professional específic.

En aquest sentit és remarcable la importància que es dóna al que s'anomena **assistència informal** en els diferents països, tal com ja s'ha fet esment en diferents apartats.

El suport a l'ajuda informal

Per exemple, a **Holanda** uns 1,3 milions de persones presten una atenció o **assistència informal**, és a dir, la que depèn de la família, la parella, els amics, els veïns o els voluntaris. Des d'un punt de vista polític i social, cada vegada es dóna més valor i suport a aquesta assistència informal i al desenvolupament de cures substitutives per a malalts en fase terminal. ***Es considera molt important que els assistents professionals donin suport a les capacitats dels cuidadors informals.*** Aquestes capacitats (i les necessitats dels pacients) han de ser avaluades de manera independent i objectiva de cara a assolir la màxima qualitat possible en l'atenció i les cures.

En la "Regulació del Consell de la Seguretat Social", fins i tot s'atorguen l'any 1995 uns 300.000 € per a la coordinació de l'assistència domiciliària voluntària, qualitat que el 1996 es va elevar a gairebé 500.000 €.

L'AD és un dispositiu que incideix, doncs, en el mercat de treball, com a jaciment d'ocupació en augment, i potencia l'ocupació principalment femenina, en edats diverses i sovint de difícil ocupabilitat. Els contractes es mouen entre les jornades a temps complet o parcial i permeten una major adaptació i oportunitats de flexibilitat. La regulació de l'AD, d'altra banda, és sens

dubte un camí per la regularització del treball submergit que molt freqüentment és prou present en les activitats domèstiques, sense garantia de qualitat i control per als ciutadans, i sense les condicions laborals i de cotització adequades, exigides per les altres feines laborals.

L'ocupació

Per països, **Alemanya** compta amb uns 250.000 treballadors que es dediquen a l'AD globalment. A **França**, l'ocupació arribava l'any 1997 a prop de 40.000 llocs de treball, dels quals el 54% a temps complet. A **Holanda**, tal com s'ha indicat, són uns 150.000 els treballadors ocupats que atenen els diferents nivells de l'AD. Per **Itàlia**, en general, és difícil fer un càlcul aproximat atès que no hi ha una regulació de caire estatal, i les experiències existents remetent al marc territorial de les diferents regions.

En aquest tema de l'ocupació, sovint s'ha parlat que un objectiu de l'AD és la creació d'un nou jaciment d'ocupació. Si bé és evident que els serveis de l'AD ocupen, com s'ha vist, un ampli sector de la població, cal no invertir la prioritat, atès que l'objectiu principal de l'AD és l'atenció als grups de població dependents, i en conseqüència el seu desenvolupament estimula nous llocs de treball, no a l'inrevés.

Cada cop més, en l'àmbit europeu, es posa l'accent sobre l'objectiu de la regularització dels serveis de l'AD, per aconseguir la seva normalització i ordenació dins el mercat laboral, atès que a molts països (sobretot de l'arc mediterrani) es desenvolupa sovint submergit i sense les necessàries garanties per als usuaris.

La normalització laboral dels professionals que atenen els serveis d'AD comporta immediatament que es vagi més enllà del simple contracte de treball. Cal analitzar les condicions de treball en què desenvolupen les seves tasques i també com s'atén i es fomenta la formació necessària per anar a complint cada cop amb més qualitat les exigències derivades del seu lloc de treball.

És per això que a tot arreu es multipliquen, com s'ha anat veient, els cursos formals i informals que es van oferint des de diferents instàncies i entitats, dirigits a elevar la professionalitat dels treballadors.

13. SÍNTESI I CONCLUSIONS: QUINZE PUNTS BÀSICS DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A ALEMANYA, FRANÇA, ITÀLIA I HOLANDA

1. Als països de la Unió Europea estudiats es constata un interès progressiu pels serveis d'AD com a alternatiu dels sistemes d'atenció tradicionals, institucionalitzats i centralitzats.
2. L'objectiu bàsic perseguit és el manteniment de les persones dependents dins de la seva família i en el seu propi entorn.
3. La tendència actualment més estesa consisteix en la necessària simplificació i coordinació dels serveis d'AD amb els d'atenció sanitària.
4. Altres tendències presents són les següents:
 - l'objectiu més generalment acceptat és arribar a la integració dels serveis socio-sanitaris, tot i que encara es veu una mica en la llunyania i no de forma immediata;
 - que els serveis de l'AD siguin cada cop més generalitzats (experiència d'Holanda) i arribin a més sectors de la població;
 - hi ha qui defensa, d'altra banda, que els serveis d'AD mantinguin el seu caire estrictament social, sense barrejar-los amb els serveis sanitaris.
5. La població diana no és només la gent gran, sinó que abasta altres persones dependents com ara disminuïts, nens, etc.
6. Tot i que la responsabilitat organitzativa i financera és primordialment pública, cada cop més s'accepta i es promou la participació d'entitats sense ànim de lucre i, fins i tot, d'entitats privades lucratives com a entitats gestores dels serveis d'AD i dispensadores dels serveis.
7. Es va ampliant el nombre de països que van concretant d'una forma operativa el que s'ofereix en les diferents carteres de serveis i els mòduls d'intervenció, així com els costos respectius de les diferents modalitats.
8. En el finançament i en la cobertura dels costos relatius a l'AD es contempen les aportacions de les administracions públiques, en els diferents nivells territorials, així com les de les entitats d'assegurances i les del propi client.

9. Es fa un esforç permanent per arribar a definir els diferents perfils professionals que intervenen en la dispensació dels serveis d'AD, distingint els que són bàsics i els que tenen unes funcions complementàries.
10. S'insisteix notablement en l'atenció a la formació contínua dels professionals dels serveis d'AD. Aquesta formació està a la base de la qualitat de l'oferta d'aquests serveis.
11. La participació dels voluntaris i dels membres de les famílies de les persones dependents és considerat com prou important i quantitativament molt significatiu. Cal, però, en qualsevol cas conjugar i complementar el seu treball amb les tasques realitzades pels professionals.
12. Cal fer atenció i intentar limitar l'anomenada "pseudo-atenció domiciliària", atès que no respecta els mínims regulats, generalment compta amb un finançament "submergit" i la seva qualitat no compleix amb l'objectiu que han de tenir aquests serveis.
13. La responsabilitat de l'AD pertany a cada Estat, atès que no hi ha uns denominadors comuns a tots els països que conformen la Unió Europea. En aquest sentit cal dir que els sistemes menys desenvolupats dels serveis d'AD es troben en els països del Sud o mediterranis.
14. Cal no oblidar la tendència de l'estratègia promoguda per la Unió Europea en els darrers anys consistent a donar una major importància a les polítiques d'ocupació. És el que s'entén com a transició del "welfare" al "workfare" que té repercussions en el món social. Això, segons com, pot provocar que els recursos es desviïn vers el món laboral, deixant de banda els que no poden treballar o no han treballat (important en els països que basen les prestacions en les contribucions prèvies); però també pot significar un incentiu per coordinar millor les polítiques laborals i socials i les vies comunes de finançament.
15. Per tot el que s'ha analitzat al llarg d'aquest estudi cal concloure que el desenvolupament efectiu de l'AD està en funció directa al desenvolupament de la política social i del model de l'Estat de Benestar implantat a cada país. Quant més recursos s'hi dediquen globalment a les polítiques socials, millors serveis d'AD i en major quantitat s'ofereixen als ciutadans dependents i altres.

Barcelona, març de 2003.

BIBLIOGRAFIA

COMISSIÓ EUROPEA. "Social protection for dependency in old age in the 15 E.U. Member states and Norway". Employment & Social Affairs. Luxemburg, 1998.

EUROCCAT. "Atenció Domiciliària a Alemanya". Barcelona, 2000.

EUROCCAT. "L'Atenció Domiciliària a França". Barcelona, 2000.

EUROCCAT. "L'Atenció Domiciliària a Itàlia". Barcelona, 2000.

EUROCCAT. "Servicios de Atención Social Domiciliaria en la Unión Europea". Barcelona, juliol 2001.

FEDERAL MINISTRY OF LABOUR AND SOCIAL AFFAIRS. "Social Security at a glance". Bonn. 1-1-2002.

GABINET D'ESTUDIS SOCIALS (GES) – EUROCCAT. "Política Social i Serveis Socials a Holanda". Barcelona, 1999.

HUTTEN I KERKSTRA. 1996. A: "Atención Domiciliaria. Organización y práctica". Contel, Gené i Peya. Ed. Springer Verlag Ibérica. Barcelona, 1999.

JANSSENS, P. "Los Servicios de Ayuda a Domicilio en la Unión Europea". Jornades d'Atenció Social Primària. Una reflexió europea. ICASS. Departament de Benestar Social. Generalitat de Catalunya. Barcelona, juny de 1999.

PACOLET, JOZEF. "Major Trends in the Organisation and Financing of Care for the Elderly in Europe". EACHH 2nd Word congress on Home Care. Viena, 7-10 Maig 2000.

LES VEUS DELS EXPERTS

MARÇ 2002

Sumari

Presentació	3
Relació d'experts consultats	4
Metodologia	6
El Sistema d'acreditació	10
Els Models d'Atenció Domiciliària	17
La Població diana	23
La Cartera de Serveis	28
Sistemes de Valoració de l'autonomia-dependència	35
Els Perfils professionals i el Voluntariat	39
La gestió dels Serveis d'AD: el rol dels diferents actors	48
El sistema de finançament	61
Els standards de qualitat	65
Altres temes aportats	68

Presentació

El document "LES VEUS DELS EXPERTS" presenta les aportacions de 55 professionals vinculats als serveis d'Atenció Social Domiciliària de Catalunya, i correspon a l'objectiu nº 2 de l'estudi "Per una nova atenció domiciliària a Catalunya".

La consulta als professionals és un element cabdal en els treballs de planificació, la seva experiència, "sabers", anàlisi crític i capacitat propositiva, han de ser consultats i incorporats. Aquest ha estat el propòsit de la consulta realitzada.

El conjunt de les aportacions dels experts és ampli, ric, matisat, crític, i amb un alt grau de proposició. Aquest document recull de forma sintètica les seves opinions i suggeriments.

Què conté?

Les opinions i propostes dels experts es presenten en deu apartats temàtics, corresponents a cada un dels temes proposats en les entrevistes. Són: És necessari un sistema d'acreditació per a totes les entitats?, Quin model d'atenció domiciliària?, A quina població diana han d'adreçar-se els serveis?, Cal construir una cartera bàsica de serveis?, Quins serveis hauria d'incloure?, És necessari o convenient disposar d'un sistema comú de valoració de l'autonomia-dependència?, Quins són els perfils professionals participants en l'atenció domiciliària?, Cal o pot incloure's el voluntariat?, Quins són els principals rols dels diferents actors, gestors, i proveïdors dels serveis d'AD?, Quin sistema de finançament?, i És necessari elaborar standards de qualitat específics per aquests serveis?

Un apartat de metodologia completa el document.

Des d'ací volem agrair sincerament a tots els professionals consultats la seva participació, disponibilitat i aportacions, que han fet possible i han enriquit aquesta part de l'estudi.



Relació d'experts consultats

Sra. Montserrat del Aguila (Consell Comarcal del Baix Ebre)
Sra. Maria Astasio (Cooperativa de Treballadors Familiars. Tarragona)
Sra. Montserrat Bacardit (Escola Universitària de Diplomats en Treball Social. UB)
Sr. Rafael Barba (MUTUAM)
Sra. Rosa Bastida (ESSER)
Sra. Victòria Blajot (Generalitat Catalunya, Departament de Benestar i Família)
Sra. Maria Bosch (Associació de Treballadors Familiars)
Sra. Eva Calero (Amics de la Gent Gran)
Sr. Josep Carapuig (AGERID)
Sra. Maria Carrera (Generalitat de Catalunya, Departament Benestar i Família)
Sra. Anna Casanovas (Consell Comarcal de l'Alt Penedès)
Sr. Ignasi Casals (ESSER)
Sra. Teresa Fàbregas (Consorti de Benestar Social de la Garrotxa)
Sra. Asunción Fernández (Fundació Sociosanitària de Manresa)
Sra. Carme Fernández (Escola de Formació de Treballadors Familiars. Fundació Pere Tarrés)
Sra. Sandra Ferrer (Associació de Familiars Malalts Alzheimer)
Sra. Maria Dulce Fontanals (Fundació SAR)
Sra. Fidència Foz (Ajuntament de Barcelona)
Sr. Francesc Frisach (Ajuntament de Terrassa)
Sra. Rosa Maria Fumà (Consell Comarcal del Pallars Jussà)
Sra. Nona Galí (Fundació Sociosanitària de Manresa)
Sra. Marta García (Consell Comarcal del Bages)
Sra. Montserrat Ginés (CREU ROJA)
Sra. Mariona Giró (Institut de Promoció Social)
Sr. Enric Gómez (RAMPERSON)
Sra. Rosa Graells (Ajuntament de Sabadell)
Sra. Montserrat Grisó (Col·legi Oficial Diplomats en Treball Social)
Sra. Josefina Guinardo (Institut de Promoció Social)
Sra. Carolina Homar (CREU ROJA)
Sra. Margarita Ibáñez (EUROSANSER i ACRA)
Sr. Jordi Lecha (FISS i ACRA)
Sra. Mercè Llongueres (CARITAS)
Sra. Montserrat Mestres (Ajuntament de Manresa)
Sr. Carlos Moreno (Ajuntament de Sant Boi Llobregat)
Sra. Mariví Mur (Ajuntament de l'Hospitalet Llobregat)

Sra. Montserrat Nebot (Ajuntament de Girona)
Sra. Soledad Nieto (Ajuntament de Tarragona)
Sr. Carlos Núñez (SOCIOSANIDAD)
Sra. Anna Olivé (Ajuntament de Montcada i Reixac)
Sra. Maria Cinta Pascual (L'ONADA i ACRA)
Sra. Margarita Pellicer (Associació de Familiars Malalts d'Alzheimer)
Sra. Rosa Pruna (Generalitat de Catalunya, Departament Benestar i Família)
Sra. Maria Ramos (Associació de Treballadors Familiars)
Sra. Dolors Rodríguez (Fundació Domicilia)
Sra. Montserrat Rosinés (Consell Comarcal del Vallès Oriental)
Sra. Maria Àngels Serra (Fundació Sociosanitària de Manresa)
Sra. Mercè Solans (Institut Guttmann)
Sra. Mercè Tabueña (Escola Universitària de Diplomats en Treball Social. UB)
Sra. Carme Tobella (Ajuntament de Lleida)
Sra. Agustina Ureña (Centre de Dia Eixample)
Sr. Sergi Valentí (CREU ROJA)
Sra. Maria Carmen Vera (SCCL de Treballadors Familiars)
Sra. Conxita Vila (Generalitat de Catalunya, Departament Benestar i Família)
Sra. Dolors Vila (Associació de Treballadors Familiars)

També agraïm la consulta realitzada a la Sra. Montserrat Buisant de la Fundació "La Caixa", i Sra. Eulàlia Cucurella.



1. METODOLOGIA

El coneixement de l'opinió dels experts ha estat dissenyat en dues fases:

- a) La primera, destinada a realitzar una consulta individual a professionals de diversos perfils que treballen directament o indirectament en els serveis d'atenció domiciliària a Catalunya.
- b) La segona, una "Jornada Tècnica" de treball amb experts d'entitats públiques i privades, a fi de perfilar i debatre els resultats de la primera consulta.

En aquest document es presenten els resultats de la **primera fase de consulta**. La segona, prevista per (a determinar pel Departament de Benestar i Família), permetrà concloure el conjunt de les aportacions, i donar pas, conjuntament amb les altres parts de l'estudi, al redactat del document final de caràcter propositiu.

➤ L'instrument bàsic: L'entrevista personalitzada

Per conèixer l'opinió dels experts (objectiu d'informació qualitativa), es va escollir ***l'entrevista personalitzada i presencial, a fi de disposar d'un espai específic d'escolta i aprofundiment*** de les seves aportacions.

El Plantejament de les entrevistes

Les entrevistes es realitzaren amb concertació prèvia. En primer lloc, una carta oficial de la Directora de l'ICASS, Sra. Montserrat Cervera, comunicava la realització i els objectius de l'estudi, tot indicant que ens posaríem en contacte amb l'expert. Posteriorment es procedí al contacte telefònic a fi d'exposar la finalitat, el mètode previst i concertar la trobada.

Es va preparar una pauta d'entrevista semi-oberta que centrava l'interès en nou temes i conclouïa amb un punt obert a "altres aportacions". En la presentació de l'entrevista es donava l'opció de triar entre: a) una entrevista oberta, sense pauta, a fi que l'expert tractés el tema que més li interessava comunicar, b) seguir els temes proposats, i c) seguir la pauta de l'entrevista. Les opcions elegides han estat: 93% seguiren la pauta proposada acompanyada de múltiples comentaris. El 4%, seguir els punts proposats de forma oberta, i un 3% tractar un tema prioritari. En tots els casos les seves aportacions han estat incorporades a aquest document.

Els temes proposats en la pauta són:

- El Sistema d'acreditació
- Els Models d'Atenció Domiciliària
- La Població diana
- La Cartera de Serveis
- Sistemes de Valoració de l'autonomia-dependència
- Els Perfils professionals i el Voluntariat
- La gestió dels Serveis d'AD: el rol dels diferents actors
- El sistema de finançament
- Els standards de qualitat

✓ **A qui s'ha consultat?**

El perfil dels experts

Professionals de titulació i formació diversa i treballadors socials, psicòlegs, educadors socials, treballadors familiars, advocats,... tots ells vinculats directament amb serveis d'AD, amb pràctica professional i responsabilitat laboral divers, però tots ells vinculats amb l'exercici diari, gestió o l'estudi dels serveis d'Atenció Social Domiciliària a Catalunya.

Experts privats, vinculats a les administracions públiques i a entitats d'iniciativa social i mercantil, així com a Col·legis Professionals, Associacions de Treballadors Familiars, Associacions de directors i gestors de serveis, i també a responsables d'entitats mutuels.

El nombre d'entrevistes i d'entrevistats

En concret s'han realitzat 43 entrevistes, en les quals han participat 55 experts més un grup d'un col·legi professional. En concret s'han realitzat: 35 entrevistes individuals, 2 en les que han participat 2 experts, 4 amb la participació de 3 professionals, i 1 amb quatre. Més una entrevista en la qual es recollí l'opinió d'un grup d'un col·legi professional.

Els experts entrevistats estan vinculats a:

Ajuntaments	10
Consells Comarcals	5
ConSORCI de Benestar Social	1
Departament de Benestar i Família	4
<hr/>	
Entitats d'Iniciativa social	9
Entitats d'Iniciativa mercantil	7
Associació representativa d'empreses i entitats prestadores	1
<hr/>	
Col·legi Professional	1
Associacions Professionals	2
Escola de Formació Treballadors Familiars	1
Escola Universitària de Treball Social UB	2

De quina àrea geogràfica?

S'ha entrevistat a professionals d'administracions públiques i d'entitats d'Iniciativa social i mercantil d'arreu de Catalunya. L'àrea d'actuació de les entitats socials o mercantils consultades és molt diversa. Les entitats de major dimensió tenen incidència en tota la geografia catalana, i en algunes ocasions s'estenen a altres CCAA.

En el sector públic s'ha consultat a 10 Ajuntaments (Barcelona, Girona, Lleida, Tarragona, L'Hospitalet, Manresa, Sabadell, Sant Boi, Montcada i Reixac, Terrassa), a 5 Consells Comarcals (Alt Penedès, Baix Ebre, Pallars Jussà, Vallès Oriental) i al Consorci Benestar Social de la Garrotxa.

El Col·legi professional i les Associacions professionals consultades responen a tot l'àmbit català. Així mateix succeeix amb les Escoles de formació dels Treballadors socials i dels Treballadors familiars.

Quan s'ha consultat?

Les entrevistes s'han realitzat durant el període del 29 Agost de 2002 al 16 de gener de 2003.

El temps de les entrevistes

La durada es preveia d'1 hora 15 minuts, en la pràctica la mitjana de les entrevistes ha estat d'1 hora 18 minuts.

Previsió d'entrevistes i entrevistes realitzades

El nombre d'entrevistes previst era de 50, i finalment se n'han realitzat 43, però s'ha arribat a 55 experts, més un grup d'un Col·legi Professional.

L'escenari i el clima de les entrevistes

L'escenari. La majoria de les entrevistes (93%) es realitzaren en les seus i municipis de les entitats dels experts consultats. L'equip de l'estudi es desplaçà als municipis corresponents, i només en tres ocasions els experts residents en municipis forans a Barcelona, es desplaçaren a la Ciutat Comtal, sempre a partir de les seves possibilitats i proposta.

El clima. La percepció dels membres de l'equip ha estat coincident en ***el clima positiu*** en el que s'han desenvolupat les entrevistes. ***La participació dels experts ha estat alta, evidentment qualificada, amb múltiples aportacions, i amb voluntat participativa.***



2. EL SISTEMA D'ACREDITACIÓ

L'objectiu d'aquest tema és doble:

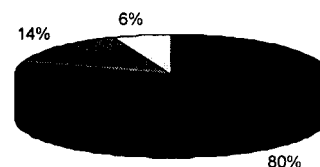
- a) En primer lloc, conèixer si es considera **necessari un sistema d'acreditació comú** de les entitats prestadores d'AD, i
- b) en cas afirmatiu, saber quins **elements consideren que caldria incloure's** en l'acreditació.

➤ Comentari

- La resposta dels experts és majoritàriament afirmativa.
- Es verbalitza que és necessari, i que es "troba a faltar" per a poder "treballar millor", treballar amb qualitat i competència, i fer front a l'actual "mercat opac".
- Alguns experts posen l'accent, no tant en l'existència d'un sistema d'acreditació, sinó en el QUI i en el COM de l'acreditació.
- El tema dona pas a parlar d'un altre element: **El Registre d'entitats prestadores d'AD de Catalunya.**

➤ Les respostes

Molt necessari	80%
Necessari	14%
NC	6%



➤ Perquè és necessari un sistema d'acreditació?

Els motius expressats giren al voltant de vuit elements:

1. **Garantir**
2. **Controlar**
3. **Unificar-Homogeneitzar**
4. **Ordenar el mercat de treball**
5. **Identificació de les entitats operadores**
6. **Informació, confiança i elecció**
7. **Reconeixement i transparència del sector**
8. **Condicció per establir acords amb les administracions**

1. Garantir

La funció de garantir, de **“donar confiança”**, és el primer argument aportat pels experts.

Es considera que els serveis d'AD tenen imatges socials diverses, sovint confoses i equívokes. No és clar per a tothom, qui els presta, amb quines qualificacions, etc. **Un sistema d'acreditació avalat per l'administració pública** es considera un instrument eficaç per a donar confiança als ciutadans mitjançant la garantia de qualitat, de drets, etc. als ciutadans.

Què es garanteix? L'opinió dels experts s'adreça vers varis objectius:

- La seguretat als ciutadans en general, i en particular als usuaris del servei.
- La qualitat dels serveis, que es respectin els mínims-bàsics establerts pel sistema d'acreditació.
- La cartera de serveis.
- La legalitat de la prestació. És a dir, si el servei acreditat compleix amb les condicions legals de contractació, assegurances, alta d'empresa o d'entitat, solvència en el sector, etc. Es considera un instrument important per a lluitar contra l'economia submergida i contra el frau.
- L'entitat o empresa disposa dels RRHH adequats, en qualificació i en condicions contractuals

2. Control

El control com a tal, és considerat necessari. La multiplicitat de serveis existents avui dia (privats i públics) requereixen, en la veu dels consultats, d'un sistema de control.

El control té diverses dimensions:

- Control de la prestació en general
- Control de les entitats prestadores de l'AD

Correspon a les **administracions públiques** realitzar el control dels serveis d'AD en la seva àrea geogràfica, per “saber qui són” i controlar la qualitat de la prestació. En aquest punt s'apela a la funció d'Inspecció de l'administració autonòmica.

3. Unificar-Homogeneitzar la prestació

Els experts constaten que avui dia existeix una alta disparitat en la prestació dels serveis d'AD, i que ***l'equitat de la prestació als ciutadans no està garantida***.

Les diferències intermunicipals i intercomarcals són importants, tant en la cartera de prestacions, com en els criteris i barems d'accés.

Es considera que un sistema d'acreditació, operatiu, eficaç i adequat, pot ajudar a millorar aquesta situació, en el camí d'aconseguir i garantir l'equitat de la prestació.

Així mateix és vist com un instrument d'unificació de criteris professionals.

4. Ordenació del sector

La pluralitat d'iniciatives actuals, amb ofertes i qualitats diverses, no ofereixen seguretat als ciutadans. El mercat no regulat, de "pseudo atenció domiciliària", fa encara més necessària l'ordenació del sector. Un sistema d'acreditació seria un instrument per ***lluitar contra l'economia submergida i la competència deslleial***.

Així mateix es valora que podria ajudar a la ***millora del reconeixement social del sector i a la transparència econòmica***.

5. Saber qui som

Un dels temes que preocupa als propis operadors és el "desconeixement" de "qui és qui". Aquesta mateixa necessitat és compartida per algunes administracions locals que coneixen les entitats instal·lades en la seva àrea, però no a altres operadors, i troben en falta un sistema de referència.

Es considera que "saber qui som" mitjançant la garantia de l'acreditació és un element de millora, clarificació i ordenació del sector.

6. Informació dels ciutadans, confiança i elecció

Es valora molt necessari oferir als ciutadans un sistema, un lloc, de consulta i d'identificació de les entitats prestadores d'AD.

Els ciutadans tenen dret a saber quina és l'oferta i quins són els operadors. Un sistema d'acreditació pot ser un instrument per discernir aquells que compleixen el requisits i han estat acreditats, dels que no. Aquest és un primer nivell de confiança.

La informació als ciutadans ha de ser transparent i qualificada. ***Cal poder conèixer, mitjançant Registre Específic i Públic, les entitats prestadores que han estat acreditades.*** La informació és un pas imprescindible per l'elecció, i aquesta és un element bàsic per a la qualitat dels serveis.

La confiança i la seguretat són altres valors que pot potenciar un sistema d'acreditació.

7. Millora i control del mercat laboral

Un sistema d'acreditació pot ser una eina eficaç per regular el mercat laboral, distingint les entitats, que compleixen els criteris necessaris per a l'acreditació, de les que no ho fan.

Es valora que un dels efectes positius pot ser ***la garantia de les condicions de treball i de seguretat professional***, i una eina per lluitar contra l'economia submergida.

8. Condició per establir acords amb les administracions

L'acreditació hauria de ***ser una condició per a les entitats col·laboradores*** de les administracions públiques.

Les administracions contractants haurien de facilitar un "certificat", reconeixent l'entitat prestadora contractada i donant conformitat per a que operi en el territori.

Aquest "certificat" equivaldria a la identificació, que podria ser presentada com a credencial als usuaris.

➤ **Qui i com s'acreditarà?**

Alguns experts consideren que un sistema d'acreditació té avantatges per què ajuda a conèixer la qualitat mínima (o bàsica) del servei prestat, clarifica l'oferta del mercat, etc. però també plantegen límits a la acreditació, indicant que **cal estudiar la qualitat i eficàcia d'un sistema d'acreditació**. Es pregunten:

Qui acreditarà?

Com s'acreditarà?

Quina qualificació tindrà l'òrgan, o els tècnics, acreditadors?

Les opinions respecte al **"qui acreditarà?"** es situen en dues posicions diferenciades: a) l'Administració Pública, concretament el Departament de Benestar i Família, i b) una Agència Independent d'Acreditació. Aquesta proposta, si bé minoritària, prové tant dels sector públic com del privat, en veu d'experts amb alta experiència i qualificació en el sector.

Com s'acreditarà?

Es valora que l'acreditació hauria de **ser progressiva**, mitjançant sistemes de qualitat com els ja existents, com per exemple ISO, EFQM, o altres més específics de serveis socio-sanitaris.

➤ **Arguments no favorables a l'acreditació**

De fet no s'han registrat opinions en desacord a un sistema d'acreditació, sinó que alguns experts **alerten o matisen la bonhomia absoluta de l'acreditació**. Cal un sistema de qualitat i operatiu. En cas contrari, un sistema d'acreditació pot ser inoperant o contraproductiu, i per tant no cal posar-lo en funcionament.

➤ **Elements prioritaris que caldria incloure en un potencial sistema d'acreditació**

En la pauta d'entrevista es suggerien set elements a valorar (prèvia consulta de documentació i professionals) com a possibles integrants.

Els tres elements prioritaris: contractació dels recursos humans, pòlissa d'assegurança i tipificació de la persona jurídica responsable, poden semblar obvis i de obligat compliment, però moltes veus han indicat que cal incloure'ls degut a la situació actual del sector.

La definició de la cartera de serveis i l'adequació de la formació i titulació dels recursos humans citats assenyalats en quart i cinquè lloc, remetent a dos temes claus de l'organització de l'AD. Es comenta que cal saber "què ofereix cada entitat", i concretar el tipus de prestacions que inclou l'AD, en definitiva una cartera de serveis clara.

Així mateix s'indica la necessitat d'acreditar la qualificació necessària i suficient dels professionals.

Respecte a incloure els "standards de qualitat" en l'acreditació, es valora que estaria en funció de segons "quins fossin els standards", i que prèviament seria necessari un procés de treball i consens, així com un temps per anar-los assolint.

La consulta sobre els "certificats de col·legiació dels professionals autònoms", produí, en moltes ocasions, una certa interrogació i sorpresa, degut fonamentalment a l'escassa pràctica d'aquesta modalitat de treball en el sector. Es considera equivalent al compliment de les condicions laborals generals

Contractació RRHH normativa vigent - Conveni de sector	75%
Certificació pòlissa d'assegurances	75%
Identificació de persona jurídica titular	72%
Definició cartera bàsica de serveis	66%
Certificats de situacions-qualificacions dels RRHH	64%
Conformitat amb standards qualitat establerts pel Dp. Benestar i Família	56%
Certificats de col·legiat dels professionals autònoms (1)	44%

(1) Opinió de que és poc freqüent, si es dóna el cas sí que seria necessari

Altres elements proposats per incorporar a un sistema d'acreditació

- Certificats de Qualitat de les empreses prestadores
- Sistema d'avaluació de resultats utilitzat per l'entitat
- Referència a l'ètica professional

➤ **L'acreditació i el Registre Específic d'Entitats**

Com s'ha indicat a l'inici d'aquest apartat, paral·lelament al sistema d'acreditació, ha sorgit la necessitat d'un REGISTRE d'entitats prestadores d'AD.

Aquest és un element demanat com informació i garantia als ciutadans, i s'inclou com un pas previ, o paral·lel, al sistema d'acreditació.

Els experts consideren necessària l'existència d'un **Registre Específic i Públic**, de les entitats prestadores d'AD que actuen a Catalunya. No exclusiu de les entitats amb concertació amb l'administració autonòmica.

El Registre i el Sistema d'Acreditació són dos objectius diferents però necessaris (el sistema d'acreditació amb les matisacions comentades) per a l'ordenació del sector d'AD a Catalunya.



3. ELS MODELS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

L'objectiu d'aquest tema fa referència al model que caldria impulsar en una nova època de l'Atenció Domiciliària a Catalunya.

La definició d'un model està subjecte a diverses variables. En aquest punt es centrà el debat sobre les **possibles articulacions dels serveis d'AD social amb altres sectors d'atenció personal, com són el sanitari o el d'ensenyament.**

Altres variables:

- La universalització o no de la prestació, variable important en la definició del model, és tractada en parlar dels possibles models de finançament (veure punt 9).
- El caràcter descentralitzat de la prestació, no ha estat objecte de debat específic. En les consultes es contempla com un tema adquirit, sense modificacions, amb els mateixos paràmetres actuals de descentralització a l'administració local.
- En canvi, en la definició de funcions dels diferents actors (veure punt 8) es constata una clara orientació vers l'externalització de la prestació directa dels ens locals vers les entitats d'iniciativa social i les empreses.
- Les administracions, en opinió dels experts, han de reservar-se altres funcions importants com són la responsabilitat i garantia de l'oferta, la gestió dels operadors en el territori, la inspecció, etc.

En la línia del debat europeu

En els països de la UE ¹ **el debat sobre un model sociosanitari** és un dels temes claus pel futur de les serveis d'AD. Es centra fonamentalment en la possible convergència vers un **Model Integrat d'Atenció Domiciliària** a partir de dos sistemes, el social i el sanitari, que avui per avui, tenen dimensions, estructures, capacitat de gestió, dinàmiques, presència social, interessos, etc. diferents.

¹ Veure per exemple, l'Atenció Domiciliària a "Indicadors Socials Bàsics". Euroccat-Ges 1999, o Janssen P. "Los servicios de ayuda a domicilio en la Unión Europea", a "Jornades d'Atenció social primària" ICASS 1999, o a Congrés Mundial d'Atenció Domiciliària. Viena 2000.

Les opinions d'experts europeus s'orienten vers una convergència progressiva, però també alerten de les dificultats del procés a partir dels dos sistemes citats, amb lògiques socials, estructures, sistemes de finançament, pes social, etc. tant diferents.

La consulta als experts catalans mostra el mateix debat. En les entrevistes, sorgeix la necessitat o conveniència, d'articular els serveis d'AD socials amb diversos sistemes, principalment el sanitari, però no es descarten altres vinculacions, com per exemple amb ensenyament, o amb el sistema judicial.

➤ **Comentari: El model, un debat esperat**

- Aquest tema ha estat rebut amb expectació i amb "ganes d'entrar-hi". S'ha manifestat que era un tema "esperat", i ha motivat moltes aportacions i debat.
- S'ha discernit entre el model "desitjable" i el model "més possible i operatiu".
- En general s'ha considerat que no existeixen models "purs", i que en la pràctica es creuen els models socials i els sanitaris, amb major o menor grau d'eficàcia.
- L'articulació (integració o coordinació) amb altres sistemes (sanitari, educatiu, judicial) es considera necessària, o convenient, per a la millora de qualitat de l'atenció als ciutadans.
- Definir un model és un repte, però es considera necessari i urgent fer-ho.

➤ **Les respostes: Diversitat de models i orientació vers un sistema sociosanitari de coordinació o d'integració.**

L'anàlisi de les respostes dibuixa 5 posicions diferents:

- Un model sociosanitari Integrat
- Un model de Coordinació "efectiva-eficaç-eficient" sociosanitària
- Un model social, que pot actuar sol o coordinadament
- Un model sanitari, integrant les prestacions socials dins l'esquema sanitari
- Un model social general, els serveis d'AD com a dispositius de suport a necessitats i situacions generals.

La prioritització es situa al voltant d'un model sociosanitari, ja sigui a nivell d'integració o de coordinació, en aquest cas, conservant i millorant el dispositiu dins de l'àrea social.

Model d'Integració sociosanitària	78%	<ul style="list-style-type: none"> • És considerat el desitjable • Cap a on s'ha d'anar • Es considera difícil plantejar-lo en un futur immediat
Model de Coordinació sociosanitària	53%	<ul style="list-style-type: none"> • És considerat desitjable i més possible-viable • La coordinació no ha d'ésser formal. S'ha de plantejar per objectius del Pla d'Atenció Personal • Es considera necessari el "creixement" de les prestacions i de l'estructura del SAD social.
Model exclusiu d'Atenció Social	34%	<ul style="list-style-type: none"> • Es considera que "hi ha atencions només de caràcter social" i que cal ofertar-les com a tals. • Es considera necessari el "creixement" de les prestacions i estructura del SAD social. • No és incompatible amb model de Coordinació sociosanitària.
Model exclusiu Sanitari	19%	<ul style="list-style-type: none"> • És considerat una alternativa de major viabilitat de desenvolupament, degut a la major estructura del sector sanitari • Es valora favorablement el "caràcter universal" de la prestació sanitària.
Model AD Social General	2%	<ul style="list-style-type: none"> • No adreçat específicament a "problemes socials" • Servei de suport a situacions generals de la família o persona, no necessàriament vinculat a la dependència, promoció de l'autonomia, etc. • Canvis en la societat i necessitat de suport a la família, a domicili, de diferents grups de població

➤ **Els arguments de cada model**

Per un model d'Integració:

- **La necessitat és sociosanitària**

La població usuària té necessitats alhora sanitàries i socials

La persona és bio-psico-social

L'atenció a la dependència (% majoritari del SAD) és sociosanitària

- **La universalització i els drets socials**

Si s'integra amb els criteris del sistema sanitari: Seria universal, no exclouria als ciutadans, garantiria el dret als serveis socials que atorguen les lleis de serveis socials.

- **L'eficàcia en la gestió**

Agilitat en la prestació dels serveis, no repetir valoracions, estudis, etc..

Disminuir la burocràcia en la sol·licitud i en la prestació

Facilitar l'accés: que els ciutadans "no donin voltes"

No prendre decisions unilaterals

Major cobertura dels serveis

Els actuals programes sanitaris-socials : PADES, ATDOM,... són molt interessants però encara insuficients.

- **El prestigi del servei**

La imatge social del món sanitari és més valorada que la del sector social

Les titulacions del sector sanitari són més reconegudes socialment. Fer esforç en la qualificació del sector social.

Per un model de Coordinació

- Per **millorar la gestió, disminuir la burocràcia, adequació a les necessitats sociosanitàries**,... igual que en model d'integració sociosanitari, però mantenint "la personalitat" del sector social.
- Permet més **flexibilitat i adequació** del servei a les necessitats de les persones.
- **Ara per ara és molt difícil pensar en la integració**, un pas previ seria potenciar un sistema potent de coordinació.
- Moltes **necessitats socials no són sanitàries**, per exemple, l'atenció a la infància o tasques concretes d'atenció a les necessitats bàsiques, cura de la llar, mantenir o

potenciar les xarxes relacionals, etc. en l'atenció a la dependència. Caldria coordinar més amb EAPS, o EAIA, etc..

- Per una “bona coordinació” ha de **créixer el sector social**.

Per un model exclusiu d'Atenció social

- **Les demandes i les tasques a realitzar són específicament socials** i no sanitàries (per exemple, higiene personal, suport a l'alimentació, vestir, acompanyaments, etc.)
- Es **més operatiu** definir bé les tasques socials i **menys costós**.
- Cal que el sector dels **serveis d'AD social s'organitzin i estructurin millor** per consolidar-se, i poder establir coordinacions amb altres sectors, entre ells el sanitari.
- Els serveis d'AD social són un **servei constitutiu de la Xarxa Bàsica de Serveis Socials de Responsabilitat Pública** important.
- L'AD social és **una alternativa** per atendre molts temes socials, com per exemple la infància, la immigració, els malalts mentals, els drogodependents, etc.

Per un model exclusiu Sanitari

- Els arguments giren a l'entorn de la **major potència del sistema sanitari** (més mitjans, més estructuració, més presència social, etc.) i de la **universalització del servei**.
- Alguns experts, l'indiquen com una possibilitat operativa, més que com un “model desitjable”

Per un model social general

- Aquestes aportacions plantegen els serveis **d'AD social com un dispositiu d'ampli espectre**, adreçat a la població en general i per atenció de circumstàncies diverses, no especialment vinculades a situacions de risc o necessitats socials específiques. Per exemple atenció a les mares i a infants en els primers mesos, amb finalitat d'orientació i assessorament, amb una vessant preventiva.
En aquest cas els perfils professionals són més diversos i haurien de ser adequats a la necessitat o a la circumstància a atendre.
- Des d'aquesta perspectiva els serveis d'AD poden ampliar i diversificar les seves funcions, i ser un **suport a les famílies en les diverses situacions de la vida quotidiana**.

- Aquest model **no exclou l'atenció a la població més necessitada i vulnerable.**
- **Inclou també la coordinació** amb diferents sistemes socials.

➤ **Altres aportacions**

Els experts indiquen també que:

- Potenciar la creació d'una **Xarxa Integrada d'Atenció Domiciliària** amb la participació d'operadors públics i privats.
- En qualsevol model, **cal millorar l'estructura actual dels serveis socials d'AD i millorar – adequar la formació dels professionals.**
- En un "futur model" caldria **diferenciar entre l'assistència professional i les ajudes tècniques.** Aquestes podrien ser gestionades independentment. Les ajudes tècniques es consideren importants i cal que siguin potents.

En síntesi

Prioritat vers
 ↓↓
Model sociosanitari
 de
Coordinació o d'Integració



4. LA POBLACIÓ DIANA

L'objectiu d'aquest punt és veure a quina població cal adreçar els serveis d'AD, més enllà del que s'indica en la legislació actual.

La definició de la població és una variable bàsica per a la definició del model. Ho és també per definir la cartera de serveis, concretar els perfils professionals, i per l'operativitat de la prestació.

En realitzar la consulta es van preveure dos escenaris possibles:

- a) La definició per col·lectius (edat, característica, grups familiars, ...) o
- b) Per "necessitat", independentment del grup o col·lectiu. Per exemple, la necessitat de suport en les ABVQ que pot afectar a edats i col·lectius diversos.

➤ Comentari

Les aportacions dels experts reafirmen **la diversitat de la població diana dels serveis d'AD**, d'acord amb la definició actual de polivalència.

- Les opinions es situen al voltant de quatre grups de ciutadans diferents:
 - a) L'AD centrada en col·lectius habitualment atesos pels serveis socials principalment **persones d'edat i infants i famílies amb problemes**.
 - b) L'AD adreçada a **l'atenció a la dependència**, indistintament del grup d'edat, malaltia o problemàtica, es presenti.
 - c) L'AD com a suport a **nous grups socials**, com per exemple els immigrants extracomunitaris
 - d) L'AD és una modalitat d'atenció que pot adreçar-se a la població en **general i a moltes situacions**, no necessàriament de dependència, problemàtiques o carencials

- **La prioritització es situa en:**

L'atenció a la dependència, i en concret a les persones d'edat dependents, però sense excloure altres grups.

- Es constata que en la pràctica:
 - a) la majoria dels usuaris dels serveis són d'edat avançada, i amb dependència de grau divers, i
 - b) l'emergència progressiva d'atenció a "nous" col·lectius: disminució física i psíquica, malalts mentals, immigrants, pobresa i drogodependència.

➤ **Les respostes**

Cinc aportacions per emmarcar les respostes:

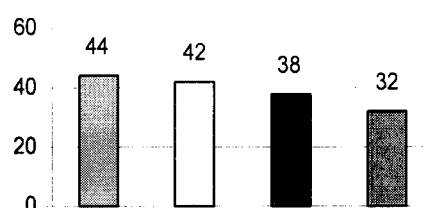
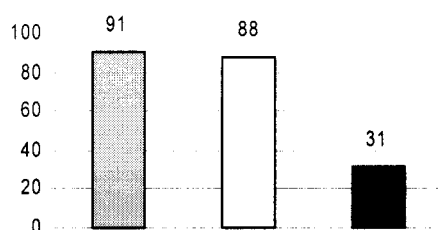
- La variable **edat no és considerada la prioritària**. És més important atendre la necessitat, i en particular la dependència.
- **La població diana està en relació directa a l'oferta del servei** més que de la necessitat. Si la dimensió i la dotació dels serveis és potent, la població diana serà més amplia.
- **Conceptualment** els serveis d'AD poden adreçar-se a amplis sectors de població. **"No tenen fronteres"**.
- La població **diana és diferent per l'oferta privada que per la pública**. En la privada els serveis d'AD tenen un ampli ventall de possibilitats, no està limitada i pot adequar-se a les necessitats i a la demanda (el límit és econòmic). En l'oferta pública, cal prioritzar perquè el límit és també econòmic.
- Els **cuidadors principals han de ser considerats població diana** dels serveis d'AD.

Els grups prioritaris

En demanar un exercici de priorització, els experts consideren que, avui per avui, els grups prioritaris són:

Gent Gran depenent (ABVD)	91%
Gent Gran 75 anys i més	88%
Gent Gran 65-75 anys	31%

Disminuïts físics	44%
Disminuïts psíquics	42%
Infants i famílies (risc)	38%
Adults malalts crònics	32%



Els grups emergents com a població diana

S'indica **l'emergència d'altres grups**, que progressivament van sent atesos pels serveis d'AD si es troben en situació de dependència per a les ABVD, o amb dificultats per exercir rols socials de responsabilitat (ex. Pares i mares adolescents i joves). Els professionals consideren **important la inclusió d'aquest grups**, encara que confirmen que, avui dia, quantitativament, són menys nombrosos.

Malalts SIDA	28%
Pobresa	25%
Disminuïts sensorials	19%
Drogodependències	16%
Alcoholisme	19%
Pares i mares joves (15-18anys)	12%

➤ La dependència

Es considera una **variable principal per a l'atenció social domiciliària**, que travessa les edats i característiques dels potencials usuaris.

Un tema de debat important ha estat la hipòtesi d'un model de serveis d'AD específic per l'atenció a la dependència. L'opinió en aquest tema és contradictòria.

- Per una banda la majoria dels consultats consideren necessari donar atenció d'AD a la dependència, però no limitar l'AD a aquest col·lectiu.
- Es considera que si s'articula un **sistema de protecció social a la dependència**, els serveis d'AD tindrien un desenvolupament qualitatiu i quantitatiu important.
- Centrar l'atenció de l'AD en la dependència pot ser operatiu i eficaç.
- La cartera de prestacions hauria de ser adequada als diversos graus de dependència (com per exemple a Alemanya o a França), així com de la tipologia (ex. disminuïts físics i malalts mentals) de les persones ateses.

➤ **Població diana i l'accés dels serveis d'AD**

Els experts posen l'accent en que la valoració del tipus de serveis d'AD està en funció de les característiques de la població a atendre, però que ***l'accés al servei, no es pot valorar a partir d'aquesta única variable***. Com a mínim cal valorar:

- El grau de dependència
- El suport familiar funcional-real
- Si la persona viu sola
- La dimensió i l'oferta del servei d'AD, i
- Els recursos econòmics (capacitat d'adquirir suport en el mercat) si la prestació no és universal.

En síntesi

- **La població diana és plural. Conceptualment parlant, la població de l'AD "no té fronteres"**
- **Centrada en l'atenció a les necessitats més que en les edats o en els col·lectius específics**
- **Prioritat per l'atenció a la dependència**

- **Hipòtesi d'un model d'AD centrat en la dependència**
- **Emergència de nous grups usuaris d'AD**
- **Diferència entre població diana del sector privat i del sector públic**
- **La universalització com a repte**
- **Cinc variables per a valorar l'accés i adequació de l'AD**

**Potencia metodològica de la definició
de la Població Diana**



**El model i la definició de la Cartera Bàsica està en funció de
la definició de la població diana**



5. LA CARTERA DE SERVEIS

L'objectiu d'aquest apartat gira entorn a quines prestacions o serveis haurien de constituir un Servei Bàsic d'AD.

En la consulta es presentaren dues àrees de possibles prestacions:

- a) Els Serveis adreçats a l'atenció a la persona, a la família, i al seu entorn material i relacional immediat, i
- b) Les Ajudes tècniques, l'adequació de l'habitatge, i l'accessibilitat de l'edifici.

➤ Comentari

La cartera de serveis es considera **un tema clau i pendent de definir**. Despertà molt interès, aportacions i matisacions qualitatives.

Es considera necessari un **treball conjunt i de consens per la definició d' "una cartera bàsica de serveis"**.

Els arguments per la creació d'una Cartera Bàsica, són:

- Dotar d'una equitat d'oferta (mínima o bàsica) el servei d'AD, en tot el territori de Catalunya.
- Transparència informativa. Els ciutadans han de poder "saber què es fa, que s'oferta concretament en l'AD", determinant tasques i prestacions, en lloc d'identificar el servei en funció del professional que va al domicili.
- Els professionals i el operadors puguin planificar i avaluar millor la seva acció.
- Les administracions puguin ordenar, planificar, inspeccionar, avaluar, etc. a partir d'una base comú de prestacions.

Es considera que la definició d'una "cartera inicial" no exclou la seva ampliació, i que si cal, es poden establir categories de carteres.

L'amplitud, o els límits, de la cartera de serveis (mínims o bàsics) està en funció de la inversió que es realitzi.

La definició de la cartera es vincula directament amb la metodologia de treball dels serveis, i aquesta s'ha de basar en un Pla d'Atenció Personalitzat i Participat (PAPP).

➤ **Les respostes**

En primer lloc es comenten les relacionades amb l'atenció personal, i posteriorment les corresponents a les ajudes tècniques.

A) Les prestacions d'atenció directa a la persona, als familiars i a l'entorn material i relacional immediat.

En la pauta d'entrevista es suggerien 19 possibles serveis, i un punt d'altres aportacions ².

a.1) Les prestacions prioritàries: Sis grups de prestacions per a sis necessitats bàsiques.

Sis àmbits d'atenció són els que tenen una valoració més elevada. Les respostes es polaritzen en els valors més elevats de la pregunta (1.2). Tots ells tenen relació **directa amb les necessitats bàsiques de la persona**: higiene, alimentació, suport en el vestir, mobilitzacions i manteniment de la salut (control i seguiment de la medicació prescrita). Així mateix es pot considerar necessitat bàsica l'accés als recursos socials (control i seguiment de recursos socials). Les respostes dels experts és majoritària en la inclusió d'aquestes prestacions en la cartera bàsica (el 80-90% de les respostes).

Un altre grup de prestacions considerades també necessàries per una àmplia majoria (valors del 60-75%), són les relacionades amb els objectes i l'entorn material bàsic i immediat de l'usuari: l'atenció a la roba i la bugaderia, la neteja de l'entorn immediat de la persona atesa, i la "conversa"

² Prèviament al llistat de prestacions es consulta documentació diversa de serveis d'ací, d'altres CCAA i d'Alemanya, Itàlia i França. S'optà per presentar una relació d'activitats diverses, sense classificació prèvia a fi de no atorgar, a priori, cap prioritat.

La “conversa” amb les usuaris i els familiars és altament valorada, però no en una modalitat de “conversa específica”, amb un temps determinat destinat a parlar, sinó com una comunicació directa i en procés, alhora que s’atén a la persona. Es considera que l’atenció ha d’incloure aquesta acció, així com escoltar, donar informació, etc.

L’acompanyament a l’exterior del domicili és una tasca altament valorada. Es vincula amb el sistema relacional, amb persones o entitats, i amb el manteniment o establiment de comunicacions. En aquest cas s’indica que els acompanyaments poden ser realitzats per familiars, veïns, amics o voluntaris, no necessàriament pels professionals, però incloses en els plans de treball.

Les prestacions més valorades i considerades necessàries:

a) Atenció a la higiene personal b) Suport a l’alimentació c) Ajuda en el vestir d) Mobilitzacions e) Gestions i seguiment de recursos socials f) Control i seguiment medicació prescrita	80-90%	g) Neteja de l’entorn immediat usuari h) Acompanyament exterior domicili i) Conversa amb usuaris-familiars j) Atenció roba i bugaderia	60-75%
--	--------	---	--------

a.2) Altres prestacions interessants i necessàries en alguns casos

En aquestes propostes, a diferència de les anteriors, les respostes es reparteixen entre els valors que ocupen les posicions centrals (3-4-5) i en ocasions, i són objecte de polèmica.

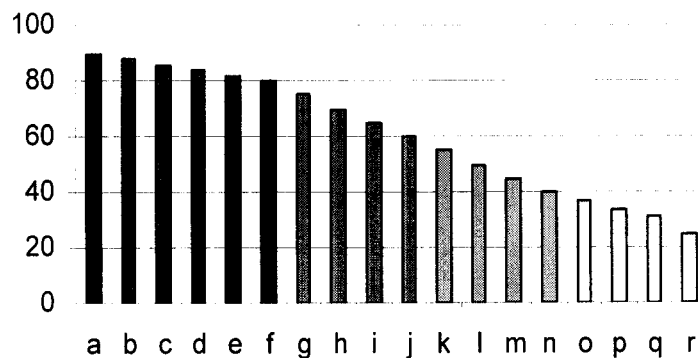
- **Activitats de manteniment de memòria.** Es considera que, si la persona ho requereix, cal ofertar-la, però que la seva prestació pot oferir-se en altres indrets fora del domicili (en centre de dia, centres cívics, comunitaris, etc.), S’opina que també pot incloure’s en les activitats de la vida diària en el domicili, degudament orientades, incloses en el Pla Personalitzat. Una tercera modalitat contempla oferir un servei específic, extern, realitzat per una entitat especialitzada.
- **La fisioteràpia** obté una alta valoració entre els consultats, si bé s’indica que caldria coordinar-la amb el sistema sanitari. L’actual prestació es considerada, en general, limitada. Es valora com un tema a potenciar.
- **L’acompanyament a gestions fora la llar i la farmàcia personalitzada** (portar els medicaments a domicili) són considerats importants, deuen valorar-se en el PAP i poden ser realitzats pels professionals o per altres persones de confiança de l’entorn familiar o amical de la persona atesa.

- **Ajudar a les petites coses de bricolatge**, suscita polèmica, i en ocasions sorpresa. Polèmica entre els partidaris d'incloure aquesta tasca, definint-la com "allò que fem a casa sense necessitat de demanar l'actuació d'un professional", per exemple: canviar bombetes, collar un cargol, posar un tac a la porta, però no: reparar una instal·lació elèctrica, o els fogons. El problema és la delimitació, les fronteres, entre el que "hom fa a casa" i el que "encomana a fora", degut a la diversitat d'habilitats i pràctiques de cadascú.
- **La perruqueria**, és un tema també polèmic. Es considera una prestació vinculada a l'autoestima i manteniment de la imatge personal. Des d'aquest punt de vista s'inclouria en els serveis, però des d'una perspectiva operativa i possibilista es considera convenient, però no necessària.
- **La logopèdia**, al igual que en la fisioteràpia, és valorada necessària en casos concrets i caldria incloure-la, però majorment s'opina que la seva provisió correspon a l'àrea sanitària.

Altres prestacions interessants i necessàries en casos concrets:

k) Manteniment memòria i habilitats l) Fisioteràpia m) Acompanyament gestions fora de la llar n) Farmàcia personalitzada	40-60%	o) Podologia p) Ajudar petites coses de bricolatge q) Perruqueria r) Logopèdia	25-40%
---	--------	---	--------

La valoració de les prestacions:



B) Les Ajudes tècniques, l'adequació de mobiliari i espais de l'habitatge

Els experts consideren les ajudes tècniques, adequacions, etc. ***molt necessàries per aconseguir una doble finalitat:***

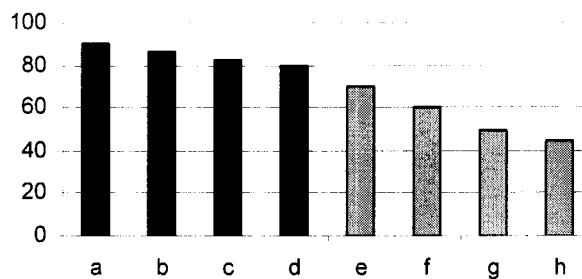
- com elements bàsics de millora del benestar de la persona atesa i dels cuidadors, i perquè faciliten autonomia.
- a fi de millorar les condicions de treball, major eficàcia, i prevenció de riscos laborals.

En general consideren **totes les ajudes tècniques i adequacions necessàries**, en funció de la necessitat de la persona. A la demanada de prioritització, les seves opinions s'emmarquen, i es limiten, en relació a les possibilitats econòmiques dels serveis o dels usuaris.

Les prioritzacions en les Ajudes tècniques i adequacions:

a) Adequació bany b) Adequació WC c) Adequació llits d) Adequació llar en general	80-90%	e) Adequació butaques i cadires f) Adequació cuina g) Neteja en profunditat de la llar (1) h) Adequació escales i portes d'entrada	45-70%
--	--------	---	--------

(1) En els casos que es requereix és prioritari.



Altres ajudes tècniques i suports:

Els experts indiquen la conveniència d'incloure altres instruments tècnics, senzills, de baix cost i que tenen una funció preventiva important. Són:

- Baranes de passadissos,
- Agafadors en els banys i escales
- Simplificar i protecció d'endolls
- Detectors de gas
- etc.

Experiència de programes

En les entrevistes, es citen experiències de programes d'ajudes tècniques i suports a la seguretat en la llar . En concret: el programa de prevenció de "Riscos a la Llar" de l'Àrea Bàsica

de Salut del Raval del Servei Català de la Salut i el programa "Ajuts tècnics i adaptació de l'entorn" promogut per la Creu Roja i adreçat a les persones d'edat.

Es valora positivament la incorporació de programes com els citats, com un instrument molt adequat i preventiu a incloure en els serveis d'AD.

La Teleassistència i la Telealarma

El nivell d'implantació del sistema de teleassistència és alt . En deu anys (1999-2001) s'ha passat de 600 usuaris a 11.313 entre usuaris privats i públics ³. El creixement i la implementació del servei és elevada, si bé, avui dia, els usuaris privats són majoria.

Aquest servei és considerat molt necessari i adequat de tal manera, que ja s'inclou com una prestació regular de l'AD. Es considera que cal ampliar la cobertura en general i l'oferta pública en particular.

En síntesi

- Cartera de serveis **plural, oberta i flexible**.
- Delimitació de cartera de serveis (bàsics o mínims) mitjançant un **procés de consens**
- La cartera bàsica és un **instrument d'equitat de la prestació de l'AD**. De claredat i definició del dispositiu, de confiança per els usuaris
- Els límits i les possibilitats de la cartera **radiquen en les dotacions econòmiques**
- **Serveis bàsics** de la cartera:
 - Sis grups de prestacions bàsiques (higiene personal, alimentació, vestir, mobilitzacions, recursos socials, control medicació)
 - Quatre molt necessàries (neteja entorn immediat, acompanyament fora del domicili, conversa usuaris-familiars, roba i bugaderia)
 - Quatre necessàries i convenients (manteniment memòria-habilitats, gestions fora de la llar, farmacia personalitzada, fisioteràpia i podologia)

³ Creu Roja. Teleassistència domiciliària: La qualitat al servei de les persones. Barcelona, juny 2002.

- Quatre convenients (ajudar petit bricolatge, logopedia, perruqueria)
- Les Ajudes tècniques i l'adequació del mobiliari i de la llar són considerades necessàries pels usuaris i pels treballadors, formant part de la cartera de serveis.
- La cartera ha d'incloure els serveis d'assessorament i orientació social en l'inici , decurs i final del servei.
- La teleassistència, és una prestació incorporada plenament en la cartera regular. Malgrat el creixement experimentat, cal millorar i ampliar la cobertura pública.
- Incorporar programes experimentats d'ajudes tècniques i de prevenció de riscos a la llar.
- La dotació de la cartera pot ser diferent en el sector públic que pel privat.
- La cartera bàsica inicial pot ser ampliada.



6. SISTEMES DE VALORACIÓ DE L'AUTONOMIA - DEPENDÈNCIA

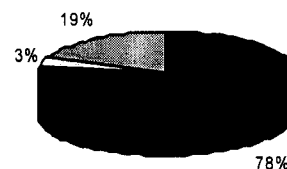
L'objectiu d'aquest punt es centra en la conveniència d'un barem o escala de valoració de la dependència, com instrument d'accés als serveis d'AD.

➤ Comentari

- Es considera que l'aplicació d'escales o barems és diferencial segons es tracti del sector privat o del públic.
 - En el primer cas, s'opina que l'accés ha de ser obert, delimitat per la demanda de l'usuari, l'orientació professional, i l'oferta del servei. Un instrument de valoració global pot ajudar i millorar la qualitat de la prestació, però no ha de condicionar l'accés.
 - En canvi, en el sector públic, els experts coincideixen en que és necessari i convenient un sistema de valoració. (els motius, tipus d'instruments, i propostes, es tracten seguidament)
- Majoritàriament (78%) es considera necessari disposar **d'instruments de valoració consensuats i comuns.**
- No totes les escales han de ser de valoració autonomia-dependència. Cal pensar instruments per altres col·lectius, per exemple l'Atenció a la infància.
- Tant en la iniciativa pública com en la privada, s'utilitzen escales o barems de valoració, encara que la seva pràctica no és homogènia ni general.
- S'observa més aplicació d'escales/barems en l'àrea sociosanitària que en el sector social.
- En termes generals es constata un alt desconeixement de les escales proposades (un 23% les coneixen). Entre aquests, algunes entitats públiques i privades mostren un alt nivell de coneixement i ús dels instruments.

Valoració de necessitat/existència escala o barem qualitatiu d'accés:

Consideren necessari	78%
No consideren necessari	3%
NS/NC	19%



➤ Les argumentacions

Els arguments a favor són múltiples.

El sector públic, ho considera necessari i convenient, per:

- Garantir la igualtat d'accés a tothom i eradicar/disminuir les diferències intermunicipals o intercomarcals actuals, per fomentant l'equitat.
- Per garantir els drets socials i la justícia social, potenciant un tracte igualitari.
- Per unificar criteris professionals, entre els serveis, i amb les administracions públiques.
- Un instrument comú ajudaria a les administracions públiques a: objectivar, programar i planificar millor, orientar les prioritzacions de l'atenció, determinar els serveis a prestar, realitzar estudis, etc.

En el sector privat, facilitaria la concertació amb l'administració, i seria un referent qualitatiu comú conjuntament amb altres instruments que cada entitat consideri adequats.

Els arguments en contra són minoritaris, més que oposició, posen l'accent en: Com arribar?, quin procés seguir per consensuar una escala tipus?, Quin tipus d'escala?. Hauria de ser un instrument operatiu, adequat a l'AD, que permeti discriminar. També s'indica que cal analitzar les limitacions/exclusions derivades dels barems, i vigilar la possible rigidesa de l'escala.

Les escales o barems considerats més operatius. Algunes consideracions prèvies:

- "No hi ha un instrument perfecte", tots tenen els seus límits.
- Varis ajuntaments han avançat en el disseny d'escales qualitatives.
- En general es considera que les escales actuals inclouen pocs aspectes socials, i que caldria treballar en la proposta i valoració dels ítems socials.

- Caldria incloure la valoració del “suport familiar operatiu” (diferenciant-ho de l’estructura familiar estàtica). Alguns barems municipals ja ho fan.
- El barem de sol·licitud única del Departament de Benestar i Família, és un dels més utilitzats, però es considera que caldria millorar-lo, i sobretot adequar-lo als serveis d’AD.
- Es valora també la incorporació de variables psicològiques.

No coneixen escales-barems proposades	77%	El grau de coneixement de cada escala o barem oscil·la entre els valors citats
Escales proposades i conegudes: (1)		
Autovaloració Dependència Departament Benestar i Família	22%	El més conegut
Índex de Katz	17%	El més conegut en el sector sociosanitari
Escala de Lawton y Brody	8%	
Geronte	3%	
Escales d’altres CCAA i països	3%	Navarra, Canadà
Altres escales	6%	Índex de Barthel, Norton, Blessed Mini examen cognitiu

(1) El 23% coneix alguna o varies escales.

En síntesi

- La majoria dels consultats consideraren necessari un sistema de valoració comú.
- Cal distingir la utilitat i la conveniència de les escales qualitatives entre els sector públic i el privat.
- Un sistema de valoració qualitatiu d’accés, és un instrument fonamental per lluitar contra les desigualtats intermunicipals i intercomarcals actuals, i garantir l’equitat, i la pràctica dels drets socials.
- Diferenciar escales segons grups de població, no exclusivament sobre dependència, perquè els serveis d’AD tenen un caràcter plural.
- És un instrument de millora per a l’ordenació del sector, la programació i planificació, adequació de l’oferta, investigació, etc.

- Treballar amb escales d'accés de valoració qualitativa donaria un altre caire a la prestació. Cal valoració qualitativa per sobre de les escales econòmiques.
- La decisió i l'aprovació d'una escala de valoració és un procés, i es proposa fer-ho amb un treball tècnic previ, (taula-comissió) amb les aportacions de les entitats públiques i privades que han avançat en aquest tema.
- Treballar la inclusió de variables socials en les escales.
- Millorar i adequar a l'AD, l'escala d'autovaloració dependència del Departament de Benestar i Família.
- Estudiar en profunditat el possible sistema per eliminar o disminuir els efectes no desitjats, com per exemple la rigidesa o el tipus d'exclusions que provoquen les escales de valoració.
- Polarització entre professionals en el coneixement - desconeixement i ús d'escales i barems.



7. ELS PERFILS PROFESSIONALS I EL VOLUNTARIAT

En aquest punt es demanà opinió sobre els perfils professionals que haurien de constituir els serveis d'AD, i també sobre la participació del Voluntariat.

7.1 Els perfils professionals

L'objectiu d'aquest tema és aprofundir en quins són els perfils professionals adequats i prioritaris, més enllà del que actualment està definit a Catalunya.

Recordar breument que les CCAA no contempnen els mateixos perfils professionals (veure document "Anàlisi dels Reglaments del Servei d'Atenció Domiciliària en les CCAA").

➤ Comentari

És considerat un **tema clau en l'ordenació dels serveis d'AD** tant des del sector públic com del privat, així com per les entitats professionals consultades.

Quatre punts d'atenció abans d'entrar en la concreció dels perfils professionals.

- Tema que despertà molt interès i polèmica, donant pas ràpidament a altres qüestions en la conversa: aspectes laborals (de definició de tasques, conveni, etc.), econòmics i de formació.
- Les opinions coincideixen en: la **necessitat de regular/ordenar** els perfils professionals, i les situacions laborals.
- Així mateix es considera necessària la **definició de tasques dels perfils professionals**, tema que es vincula directament amb:
 - **la formació** (diverses formacions, intensitat de la funció, CV, pràctiques, titulacions diferents) i
 - **amb l'ocupació** (a qui contractar? per a quines tasques?, amb quins costos?)

- Alguns experts han fet aportacions importants en el tema, informant del treball de regulació de les tasques i perfils professionals per part del Consell Català de Noves Professions i del "Ministerio de Educación" a fi de dotar de contingut formatiu teòric i pràctic, regular i homogeneitzar les titulacions, o de la constitució de convenis laborals a nivell estatal.
- Paral·lelament sorgeix la preocupació per l'economia submergida, el "mercat opac", que avui dia oferta una acció no professional de "pseudo atenció domiciliària", però que "resol necessitats d'atenció a un preu més assequible". Afrontar aquest tema i regular aquest mercat es planteja com un repte ineludible en el procés de regulació i ordenació d'aquest servei.

Les opinions respecte quins perfils són adequats, coincideixen en:

- ***Els perfils professionals dels serveis d'AD són plurals***, i estan en funció de les poblacions diana que es determinin. Si els serveis s'adrecen a diferents col·lectius, o a diferents necessitats, les habilitats i capacitats professionals hauran de correspondre a la diversitat.
- En termes generals ***els perfils més destacats són els "clàssics"*** dels serveis d'AD actuals de Catalunya.
- ***Es distingeixen dos grups de perfils***, "els bàsics" que haurien de constituir el nucli dels serveis d'AD, i els "perfils complementaris" d'ampli espectre professional.
- La proposta dels perfils professionals va acompanyada d'una pregunta: ***"a qui pertoca la contractació d'un determinat perfil?"*** Als serveis socials? Als sanitaris? A l'entitat prestadora? A l'administració local amb qui s'ha establert conveni? (per exemple, els Diplomats en Treball Social són els de les Àrees bàsiques socials, o són contractats per les entitats prestadores?).
- Els Treballadors Socials són un perfil consolidat en els serveis d'AD, però no està exempt de crítiques.
- En línies generals ***s'observa un cert decantament*** vers "perfils d'auxiliars" de la llar d'atenció domiciliària, o els geriàtrics. Els treballadors familiars adquireixen una imatge

més qualificada, però **existeix polèmica i discussió** en relació a l'espai laboral entre els perfils d'auxiliars i els dels treballadors familiars.

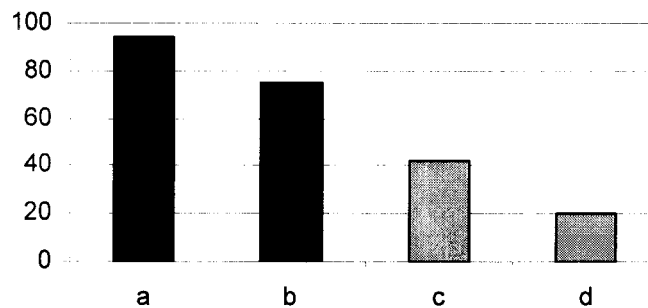
➤ **Les respostes**

Els perfils prioritaris

a) Treballadors/es Socials Treballadors/es Familiars Auxiliars de la Llar	88 i 94%	b) Fisioterapeutes Infermers/es Educatadors Socials	65-75%
--	----------	--	--------

Altres perfils complementaris

c) Metges	42%	d) Logopedes Animadors socio culturals Tècnics inserció social	17-20%
Altres: Podòlegs, Psicòlegs, Terapèutes ocupacionals			



➤ **Observacions per a cada perfil**

1. Els Treballadors/es Socials

Són considerats en general un perfil bàsic dels serveis d'AD.

Les seves funcions es situen en diferents àmbits: recepció de la demanda o detectació de la necessitat, estudi-diagnòstic de la situació, proposta de pla de treball, coordinació dels diferents professionals que participin en el pla, seguiment, propostes de canvi, cercar alternatives, etc..

Es recull una certa crítica a l'entorn de les funcions de seguiment i coordinació. Tasques que en ocasions, són assumides per altres perfils del servei, o pels gestors o simplement deixen de realitzar-se.

Es plantegen preguntes en relació a: quina és la ubicació laboral d'aquests professionals? En l'administració local en els serveis socials d'atenció primària?, en les pròpies entitats prestadores? en ambdues?. Les opinions es situen en totes les possibilitats.

Plantegen quin és el **model o sistema d'accés ("porta d'entrada")** al servei? És convenient continuar amb el disseny actual? Els experts plantegen: a) les dificultats i sobrecàrrega dels Equips d'Atenció social primària, i b) la possibilitat d'un sistema d'Accés als serveis d'AD específic, independent i coordinat-supervisat per els ens locals.

2. Els Treballadors/es Familiars

Aquest és un perfil considerat clàssic a Catalunya, i que en general es valorat com a "part constitutiva" del serveis d'AD per la gran majoria dels experts. Paral·lelament, però, s'indiquen temes "no resoltos" en relació a la formació (regulació i qualificació), clarificació de rols i tasques i també laborals.

3. Els "Auxiliars", de la Llar i d'ajuda domiciliària

Són perfils de més en més inclòs en els serveis, tant en opinió dels experts del sector públic com del privat.

Es plantegen qüestions a l'entorn de la qualificació, la formació, "l'adequació dels sabers" als serveis d'atenció domiciliària, i a l'atenció a les persones.

S'assenyala un tema crucial i polèmic: la delimitació de rols entre els auxiliars de la llar o d'atenció domiciliària i els treballadors familiars.

4. Els auxiliars de geriatría

Aquest perfil, és sovint evocat paral·lelament al dels treballadors familiars i al dels auxiliars de la llar.

La primera distinció radica en que l'objecte (subjecte en aquest cas) de l'atenció és la persona d'edat i el que l'envolta. Precisament en aquest "entorn" és on es plantegen les confrontacions de rols amb els auxiliars de la llar. Així mateix succeeix amb els treballadors familiars on la confrontació es situa en l'atenció a la persona.

Aquests perfils (treballadors familiars, auxiliars de la llar o d'atenció domiciliària, i auxiliars de geriatría) tenen "espais" de treball comuns en els quals es produeixen confrontacions de rols i de tasques.

5. Els Fisioterapeutes

Moltes veus consideren convenient incloure la fisioteràpia en els serveis d'AD. Principalment aquells que treballen amb persones deponents, i en serveis socio-sanitaris.

Les opinions són diverses quan es valora des de quin servei o sistema caldria proveir aquest perfil. En general s'indica que correspondria als serveis sanitaris, com està previst, però altres veus es pregunten "per què no des del sistema social?"

6. Els Infermers/es

En aquest cas, de manera similar al perfil anterior, es considera que en situacions de dependència, malalties cròniques, i també per infants i famílies, la participació d'aquests professionals és important.

Es considera que la provisió correspon clarament al sistema sanitari.

7. Els Educadors Socials

En general es consideren molt importants en serveis d'atenció a les famílies i a la infància - adolescència. Les seves funcions es situen prioritàriament en l'esfera de l'educació en l'àmbit familiar.

En aquest cas s'opina que la provisió correspon al sistema social.

8. Els Metges

Són considerats professionals de referència, tant en l'atenció socio-sanitària com social. Amb funcions en el domicili i externes. La seva incorporació està en relació a la dimensió i característiques del servei.

Es considera que la provisió correspon al sistema sanitari.

9. Els Logopedes

Les seves funcions són considerades molt importants quan són necessàries, i en aquest cas caldria portar l'atenció al domicili però no incloure'ls de manera genèrica en l'AD.

S'opina que la seva provisió correspondria preferentment al sistema sanitari, però no s'exclouen altres possibilitats tot evocant el suport dels logopedes a partir del sistema educatiu.

10. Els Animadors socioculturals

En general es valora que aquest perfil és més propi d'altres serveis externs al domicili. No s'exclou la possibilitat d'articular accions conjuntes.

Els Tècnics inserció social

Com en el cas anterior, es considera un perfil propi d'altres serveis. La finalitat de la inserció social (no específicament laboral) és compartida amb els serveis d'atenció domiciliària, i per això els diversos perfils citats i que participen en l'AD, haurien d'incorporar, en la mesura adequada, aquest objectiu.

Altres perfils proposats: Podòlegs, Psicòlegs i Terapeutes ocupacionals

Des de la perspectiva de pluralitat de perfils professionals de l'AD, els experts mencionen també altres tres perfils, entre sí molt diferents.

- **Els psicòlegs:** es vincula al treball de les relacions intrafamiliars, a l'atenció a grups familiars i a la infància, a situacions de dependència, principalment en atencions de llarga durada. Així mateix s'esmenten en l'atenció als cuidadors.
- **Els podòlegs:** principalment en l'atenció a les persones d'edat, i en l'atenció de malalties cròniques que ho requereixin. Es diferencia clarament de l'atenció pedicura en la higiene personal. Així mateix s'indica que es tracta d'atencions de poca freqüència, però de molta necessitat per la salut, la mobilitat i el benestar de la persona.
- **Els terapeutes ocupacionals:** En termes generals es vincula a serveis de caràcter extern sense limitar la seva acció en el domicili. S'indica que algunes funcions d'estimulació i manteniment poden ser incorporades en les activitats diàries en l'atenció de l'AD. La funció d'aquest perfil pot ser directe, o bé de suport a altres perfils professionals dels equips d'AD.

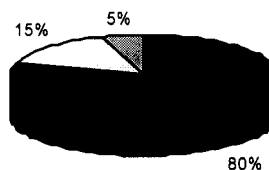
7.2. VOLUNTARIAT

➤ Comentari

- La gran majoria (80%) dels experts **considera apropiada la participació del voluntariat** en els serveis d'AD.
- El rol atorgat és important però **sempre de caràcter complementari** i diferenciat dels perfils professionals.
- L'acció del voluntariat és diferent de l'acció veïnal o amical. La primera es situa en el marc d'una organització, amb una acció regular i prevista.
- **El voluntariat aporta un "valor afegit"**, de qualitat al servei, a les tasques bàsiques desenvolupades pels professionals.
- És important que el **voluntariat estigui "coordinat-articulat"** amb el professional responsable del Pla d'Atenció Personal, i en la mesura del possible, participi en les reunions de l'equip.
- Aquesta posició majoritària, **no és compartida** per una entitat professional que considera que no s'ha d'integrar l'acció voluntària en els serveis d'AD. Una altra entitat no es pronuncia ni a favor ni en contra, indicant cert temor de confusió de rols i el caràcter complementari de l'acció voluntària.

➤ Les respostes

Si	80%
No	5%
N/C	15%



➤ Les argumentacions

- El voluntariat és una aportació que **amplia i millora el servei** (algunes veus alerten, però, sobre els possibles problemes d'orientacions divergents entre els professionals i els voluntaris)
- **Incorporació degut a límits econòmics**. Algunes accions de suport i de companyia personal, no es poden realitzar si no es compta amb la participació dels voluntaris.

- Per **potenciar el manteniment actiu** de les persones ateses: activitats lúdiques, culturals, informació al dia, suports a noves tecnologies,
- Per **ampliar la xarxa de contactes i de relacions** de les persones ateses i dels familiars cuidadors. Sovint les persones ateses pels serveis d'AD, amb limitacions de sortir de la llar, veuen reduïda la seva xarxa relacional, i en ocasions, els voluntaris i els professionals, són les úniques persones que arriben al domicili.

➤ **Les Tasques del voluntariat**

Com s'ha indicat, les tasques que s'atorguen als voluntaris són diverses, principalment en l'àrea de les relacions personals, i sempre complementaries a les dels professionals.

El ventall d'aportacions és ampli i en dues ocasions s'ha informat de **programes específics d'AD amb voluntariat**.

Les principals tasques:

- Acompanyament en la llar
- Lectura, veure la televisió, escoltar música, comentar diari,...
- Jocs de sobretaula, etc.
- Trucar-los per telèfon, portar la premsa,...
- "Fer visita"
- Acompanyament fora de la llar. A passejar, a comprar, a activitats lúdiques, esportives, culturals,...
- etc.

Els programes d'AD amb voluntariat citats, un d'una administració municipal, i un altre, d'una entitat privada, informen de les moltes possibilitats del voluntariat en aquest servei.

- El primer centra l'acció en l'acompanyament fora de la llar a persones grans o d'altres edats amb mobilitat reduïda, a fi de participar en activitats culturals, lúdiques, esportives, de formació, etc. Activitats que es realitzen en el municipi per a tots els ciutadans. Amb el suport-acompanyament del voluntariat les persones amb mobilitat reduïda poden també participar-hi. S'ha organitzat en col·laboració amb una entitat de voluntariat social.

- El segon, també amb una organització de voluntariat per la gent gran, centra l'acció en donar suport personal o telefònic a persones d'edat , establint un contacte periòdic, previst i segur. La seva finalitat és ampliar contactes i estimular la socialització.

En síntesi

- **Pluralitat** de perfils professionals en els serveis d'AD
- **Professionalització** de l'atenció social d'AD i **lluitar contra el "mercat opac"** no professional que no dóna garanties als ciutadans
- Identificació de **perfils bàsics i perfils complementaris**
- Problemes en la definició de **tasques, rols, i formació**
- Cal **diferenciar entre el perfil professional adequat** i a qui correspon la **provisió** d'aquest professional: al sector social? al sanitari?
- **Valoració positiva de la participació del Voluntariat organitzat** i en rols complementaris.
- **Confrontació de tasques** dels Treballadors familiars, els Auxiliars de la llar i els Auxiliars d'Atenció domiciliària.



8. LA GESTIÓ DELS SERVEIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA: EL ROL DELS DIFERENTS ACTORS

L'objectiu d'aquest tema radica en definir les funcions prioritàries dels actors socials en la provisió, ordenació i gestió del serveis d'Atenció Domiciliària.

Observació inicial

Es consultà el paper de cinc actors: L'administració autonòmica, l'administració municipal, l'administració comarcal, les entitats d'iniciativa social i les entitats d'iniciativa mercantil.

Com s'ha indicat en la metodologia la pregunta s'ha formulat plenament oberta, sense cap suggeriment dels rols possibles, o dels regulats per la normativa actual. Així, les aportacions que seguidament es comenten, corresponen a les evocacions que el concepte "funció-rol" despertà en cada interlocutor.

Es preguntà volgudament sobre el concepte de "rol-funció" i no el de "competència". Com es veurà les aportacions dels experts es situen però, al voltant dels dos conceptes: en algunes ocasions "van més enllà" del concepte competencial, però en altres, aquesta estructura ha limitat la reflexió crítica i la proposició més innovadora.

Complementàriament a aquesta observació inicial, cal assenyalar que les aportacions dels experts en aquest punt han estat nombroses, asseveratives, formulades amb interès, i demanant més intervenció a les administracions públiques en temes clau com l'ordenació, la regulació, la inspecció, la planificació i el finançament.

➤ Comentari

- Es constata una **"creixent diferència" entre les funcions de les administracions i de les entitats o empreses prestadores:**
 - A les primeres, se'ls hi atorga rols de regulació, planificació i programació, control-supervisió, contractació, i finançament, amb diferències de grau entre l'administració autonòmica i la local.
 - A les segones, de manera prioritària, rols de prestació directa del serveis i els seus derivats.

- S'afirma la tendència de **desplaçament de la funció "prestadora"** de les administracions locals a favor de les entitats i empreses. Pocs ajuntaments i consells comarcals consultats mantenen la totalitat o majoria de la prestació directa com a funció pròpia. Es reserven rols de gestió, en ocasions molt propers a la prestació directa, però tendeixen a l'externalització dels serveis.

➤ **Les respostes**

1. La Generalitat de Catalunya

Constatar en primer lloc que els **experts inclouen la participació i funcions de tres Departaments de la Generalitat en aquest servei**: el Departament de Benestar i Família, el Departament de Sanitat, i el de Treball, per:

- el caràcter intertemàtic que caracteritza al dispositiu,
- la necessitat de coordinació entre sistemes de provisió.
- la intervenció del Departament de Treball pels afers laborals i ocupacionals en la regulació del sector.

Entre tots, el Departament de Benestar i Família és al qui s'atorguen els rols prioritaris.

El Departament de Benestar i Família

Les funcions atorgades aquest Departament són múltiples. Totes elles corresponen a funcions de l'administració superior i fan referència a la regulació, registre, ordenació, definició de models, planificació, seguiment, avaluació, inspecció, formació, disseny i dotació d'eines tècniques de treball, i finançament.

Moltes d'aquestes funcions (principalment la planificació, la definició de models, propostes d'ordenació, els dissenys tècnics, l'avaluació) **es consideren alhora compartides per administracions locals** d'acord amb el grau d'aplicació i la dimensió del municipi o comarca.

Així mateix, els experts de les entitats d'iniciativa social o mercantil d'una certa dimensió i presència en el mercat, consideren important i proposen participar - col·laborar en funcions de l'administració autonòmica, com la definició de model, la formació, l'elaboració d'eines de treball, etc.

Les principals funcions atorgades

Agrupant les aportacions es poden distingir 12 funcions principals. Totes elles presenten un elevat nivell de prevalença.

- **Creació d'un Registre Específic i Públic**
- **Finançament**
- **Regulació del sector**
- **Definir el model**
- **Regulació mercat laboral i normatives**
- **Garantia de mínims de cobertura i de qualitat**
- **Definir una cartera-catàleg de serveis bàsics**
- **Establir barems d'accés i de qualitat**
- **Planificació**
- **Avaluació**
- **Inspecció i control**
- **Funció estadística**

Regulació del sector

Aquesta és la funció prioritària de l'administració autonòmica. La regulació dels serveis, conjuntament amb l'ordenació del sector és necessària i "es troba a faltar".

Els motius són múltiples i estan en relació a cinc eixos:

- **Clarificar als ciutadans:** el contingut dels serveis d'AD, els criteris d'accés als serveis públics, els criteris de qualitat, i l'equitat territorial.
- Fer normativa a fi **d'acabar amb les desigualtats en la prestació** i tenir marcs comuns de referència
- **Establir les "regles de joc"** per a la prestació del servei que facilitin una "clara competència" de les entitats prestadores, vetllar per la qualitat i lluitar contra el mercat "opac" actual.
- **Clarificar i concretar una cartera de serveis bàsics**, barems econòmics comuns de referència per a tot Catalunya.
- Concretar els **rols dels diferents actors**.

Les propostes són concretes:

- Fer un Reglament Específic de l'AD,
- Establir criteris comuns, amb acords amb els diferents actors
- Elaborar normativa a més de la corresponent a l'atenció primària (reglament marc)

Creació d'un Registre Específic i Públic

Es considera convenient i necessari, la creació i manteniment d'un Registre Específic i Públic d'entitats prestadores d'AD.

Els motius aportats giren a l'entorn de la informació, la garantia, la seguretat.

Informació

Es constata la manca d'un "lloc" on trobar informació de les entitats prestadores d'AD. Aquesta finalitat podria ser acomplida mitjançant una guia o fitxer consultable en diferents formats (suport paper, informàtic) i consultable per diferents mitjans. Però la proposta de registre va més enllà.

Confiança i garantia als ciutadans

S'atorga al Registre Específic l'atribut informatiu i també el de "confiança", en la mesura de que pot donar seguretat del compliment d'obligacions mínimes-bàsiques per part de les entitats públiques i privades prestadores d'AD.

De totes les entitats

El Registre Específic de totes les entitats prestadores, no exclusiu de les que estableixin acords amb les administracions

Per "saber qui som"

La desinformació i la necessitat de coneixement i confiança citada en relació als ciutadans , és també present entre els professionals i entitats

El Registre s'entén com un instrument diferent a l'acreditació

Garantia de mínims de cobertura i de qualitat

La funció de garantir uns nivells de cobertura mínims o bàsics és clarament atribuïda i demanada al Departament de Benestar i Família.

Així mateix es considera que les administracions locals han de participar en aquesta garantia, establint acords amb l'administració autonòmica, així com millorant els nivells de cobertura d'acord amb les seves necessitats, prioritats territorials, i voluntats polítiques.

Definir uns standards mínims-bàsics de qualitat en la mateixa línia expressada pels nivells de cobertura.

Definir una cartera-catàleg de serveis bàsics

La definició d'una cartera de serveis d'AD d'acord amb les administracions locals i entitats prestadores.

Establir barems d'accés i econòmics

Les diferències interterritorials actuals són importants provocant desigualtats i inequitat. Estudiar, consensuar i establir barems i criteris d'accés, basats en la valoració de necessitats i també econòmics, de referència comú per a tota la societat catalana.

Planificació, Avaluació i funció Estadística

Les tres funcions a nivell de Catalunya.

Control - Inspecció dels serveis

Es considera *molt important la funció inspectora* que correspon a l'administració autonòmica.

Aprofundir i adequar la funció inspectora als serveis d'Atenció Domiciliària, i complementar-la amb la de supervisió.

Aplicar, si cal, el règim sancionador per lluitar contra les "situacions perverses" (abusos, desatencions, maltractaments, etc.), l'incompliment de normativa mínima laboral, de qualitat, etc.

Aquestes funcions poden ser realitzades en col·laboració amb les administracions. Locals.

Finançament

Aquesta és una *funció capdal atorgada al Departament*, amb participació d'altres administracions, aportacions d'altres entitats, o dels particulars (veure apartat nº)

Les preferències en relació al finançament, no es limiten a la participació econòmica, si bé aquesta és la més identificada. Es proposa estudiar:

- Finançar nous sistemes de suport als usuaris i sistemes de participació financera a les entitats.
- Estudiar i establir ajuts financers a les empreses o a les Entitats Iniciativa social.
 - Estudiar nous sistemes de finançament: per exemple: "crèdits tous".
 - Estudiar formes més globals de finançament, per exemple tractament fiscal.
 - Estudiar un tractament econòmic dels serveis d'AD similar als sistema establert en els serveis residencials.

Regular el mercat laboral

Aquesta funció és demanada al Departament de Benestar i Família amb la participació del Departament de Treball.

Es considera una funció i actuació prioritària per:

- Seguretat i confiança dels usuaris
- L'actual "competència deslleial" i un "mercat lliure" en el què tot és possible, dificulta el treball ("no es pot treballar") i baixa la qualitat.
- Per garantia i prestigi del dispositiu
- Per qualitat de la prestació
- Condicions de treball desiguals i en ocasions precàries
- Es proposa estudiar la incorporació de clàusules socials

Departament de Sanitat

- Determinar conjuntament amb el Departament de Benestar i Família, la col·laboració sociosanitària.
- Definir perfils professionals sociosanitaris
- Estudiar model sociosanitari per AD, més enllà dels programes actuals.

Departament de Treball

- Com s'ha indicat, hauria de participar en la regulació i el control del compliment de la normativa laboral i convenis dels serveis d'AD. S'atorga a aquest Departament una funció de garant i d'inspecció important.
- Participació en la Formació Contínua i Ocupacional (cal tenir en compte el procés de regulació dels CV formatius en curs) dels treballadors dels serveis d'AD.
- Potenciar alguna iniciativa d'inserció socio laboral en els serveis d'AD

2. Els Ajuntaments

Les administracions locals municipals són un dels actors principals dels serveis d'AD.

Els experts els hi atorguen un ampli conjunt de funcions, a mig camí entre la garantia, el control, la planificació i la prestació directa del servei.

Com es mostra en la taula comparativa de funcions entre els diferents actors, alguns rols atorgats a les administracions municipals, sobre tot als ajuntaments de major dimensió, són coincidents amb els de l'administració autonòmica. Així per exemple el rol de "garant" és atribuït a ambdues administracions, també als consells comarcals, en diferència de grau i espai.

En concret, 15 funcions que es presenten agrupades en 10 eixos funcionals.

- **Garantia i responsabilitat**
- **Definició de model**
- **Definir serveis bàsics**
- **Controlar i garantir la qualitat dels serveis**
- **Anàlisi i planificació**
- **Prestació directa del servei**
- **Contractació externa dels serveis**
- **Finançar**
- **Garant i ordenació laboral**
- **Potenciar el serveis**

Garantia i responsabilitat

Els experts atorguen diverses funcions de garants als municipis:

- La cobertura bàsica dels serveis als ciutadans del municipi.
- L'oferta correcte i de qualitat
- Aplicar i fer complir la normativa
- L'equitat i eficàcia dels serveis en el municipi

Des d'aquest aspecte s'apel·la també a la responsabilitat de "donar" el servei a les ciutadans, i el responsables dels serveis d'AD que operen en el municipi.

Definició de model

- Definir el model que vol l'ajuntament
- Adequar el model a les necessitats i característiques del territori
- Establir un "catàleg - cartera" de serveis bàsics en el municipi, a partir de la cartera bàsica general que pugui adaptar-se i marcar les prioritzacions en la cartera de serveis.

Anàlisi i planificació

Es considera que els ajuntaments tenen una posició idònia per a conèixer, investigar, i analitzar les necessitats d'AD dels ciutadans del municipi.

- Detectar necessitats
- Anàlisi i diagnòstic dels usuaris
- Planificació

Prestació directa del servei, versus externalització

- S'aprecia que la prestació directa del servei és un rol que disminueix, a favor de l'externalització dels serveis.
- La prestació directa s'emmarca en situacions concretes: a aquelles persones que no disposen de rendes per un copagament.
- També en els casos detectats per SSAP o altres serveis públics, en concret en l'Atenció a la infància i la família. S'apel·la a criteris de responsabilitat, obligatorietat, d'extrema necessitat i de baixes rendes.

Contractació externa dels serveis

- Establir convenis amb entitats externes per prestar servei
- Realitzar el seguiment dels convenis
- Millorar la contractació de serveis externs

Coordinació de les entitats

- La coordinació territorial de les entitats que treballen en el territori, principalment les que han establert convenis amb l'administració, i amb els serveis del sistema sanitari.
- En alguna (dos) ocasió es manifesta que la coordinació abastaria també a les entitats no concertades però presents en el municipi.

Finançar

- Les administracions municipals (sobretot les de municipis grans) són cofinançadores.
- Establir criteris de millora en el finançament i en els períodes d'abonament.

Garant de les condicions laborals

Els ajuntaments també tenen la funció:

- Ordenar i regular el mercat d'AD.
- Vetllar per les condicions laborals dels treballadors de SAD

Potenciar el serveis

La promoció i potenciació de serveis d'AD vinculada a la dinamització econòmica dels municipis.

3. Rols dels Consells Comarcals

En general s'identifiquen les funcions dels Consells Comarcals amb les dels Ajuntaments

S'indiquen alguns rols específics:

- **Garantir equitat** del servei en la Comarca
- **Suport i assessorament** tècnic i financer complementari als ajuntaments de la comarca.
- Programes **d'intercanvi d'experiències** intra i intercomarcal
- **Formació continuada i supervisió** pels treballadors del SAD

4. Les Entitats d'Iniciativa Social (EIS)

Les aportacions dels experts identifiquen un rol prioritari i gairebé exclusiu: **la prestació directa del servei**

En la iniciativa social s'identifiquen les cooperatives, les associacions i també les fundacions. El rol de les entitats mutuais és escassament citat en les entrevistes.

Es valora positivament la seva funció social, i s'atorga un "valor afegit" a la seva tasca com a dinamitzadors de l'economia social.

Rol i dimensió de l'entitat

Es considera que les entitats de major dimensió tenen la possibilitat de realitzar altres funcions a més de la prestació del servei: investigació, formació, supervisió, elaboració d'instruments i protocols de treball, i difusió.

Millorar la qualitat de la prestació

- Les entitats d'iniciativa social, talment les d'iniciativa mercantil, han de garantir la qualitat dels serveis.

- Cercar “bons professionals” per a bons serveis.
- Treballar amb standards de qualitat.

La Funció d’innovació de les EIS

Dos experts assenyalen que “les entitats d’iniciativa social tenen una funció d’innovació creant nous serveis, essent pioners en àrees no dotades, o en nous col·lectius”.

Dues preocupacions bàsiques:

a) Les condicions laborals

Els experts alerten de diversos riscos laborals i econòmics de les EIS amb efectes negatius per a si mateixes, els treballadors, i per la prestació del servei.

- Poden ser “la germaneta pobre de la prestació”
- Els salaris són més baixos que en sector públic. Confrontació, insatisfacció i inestabilitat laboral.
- Cal millorar les condicions laborals, no exclusivament les salarials.

b) El finançament

En aquest cas les EIS són els subjectes passius de certs problemes de finançament. Els experts alerten de la necessitat de rebre “el finançament adequat i a temps” i millorar les condicions econòmiques i laborals dels acords amb les administracions.

Es proposa establir noves formes de suport econòmic per la prestació AD, per exemple, similar a concertació places residències.

En síntesi

- Rol de prestació directa del servei
- Valor afegit de les entitats d’iniciativa social
- Objectiu de millora de la qualitat de la prestació
- Possibilitats d’innovació de les entitats socials
- Dues preocupacions importants: Les condicions laborals i el finançament

Les Entitats d'Iniciativa Mercantil (EIM)

Els experts coincideixen en una funció prioritària: **la prestació directa del servei**. En general els rols són similars-iguals als descrits per les Entitats d'Iniciativa Social

Es manifesta preocupació per:

- La continuïtat i viabilitat del sector
- Per possibles "oligopolis"
- Les condicions laborals d'algunes empreses
- Cert temor de com actuen i/o poden dominar el mercat
- Certa preocupació per les empreses grans.
- Quin és el seu rol social?

Es proposa:

Vetllar per la Qualitat de la prestació

- Les EIM han d'oferir una atenció de qualitat
- Cal cercar equilibri qualitat-preu
- L'administració, o agències externes, han d'intervenir per garantir la qualitat.

Coordinació amb altres prestadors

- Coordinar-se amb les Xarxes Socials dels municipis/ comarques.
- Articular-se i informar regularment de la gestió als ajuntaments o consells comarcals

Comunicar els serveis realitzats als ens locals contractants

Es considera convenient que les EIM, i també les EIS, mantinguin informats als ens locals contractants dels serveis prestats.

Es demanda:

La Regulació del sector

- Regulació per a ser més operatius i "jugar amb les mateixes regles i instruments".
- Necessitat de regulació i ordenació per poder "competir" amb l'economia submergida.
- Regulació i ordenació per establir marcs d'acords: objectius, qualitat, preus.
- Estudiar i millorar els sistemes de finançament.

En síntesi

- **La prestació directa dels serveis**
 - **Vetllar per la Qualitat**
 - **La coordinació amb altres entitats operants en el mateix espai territorial**
 - **La coordinació i comunicació dels serveis realitzats a les administracions**
 - **Una demanda: la regulació del sector i millorar sistemes financers**
- **Els rols de cada un dels actors**
- Diferència i similituds de rols entre les administracions públiques:
 - Es consideren propis de **l'administració autonòmica** les funcions de regulació, registre, ordenació del sector, disseny de model general, planificació, inspecció, en certa mesura l'acreditació, etc.
 - S'opina que alguns d'aquest rols també ho són de les **administracions municipals o comarcals**, en funció de la dimensió dels municipis (més a ajuntaments grans), o que algunes funcions com la planificació o el model (definició o concreció de model) tenen diferents graus d'aplicació.
 - **Les administracions locals**, a més de les funcions citades, tenen funcions d'adequació-adaptació de model, coordinació, programació, contractació, control, supervisió, etc.
 - **Pels consells comarcals** es plantegen funcions similars a les dels ajuntaments, però amb la prioritització de les funcions de coordinació, supervisió, suport i formació, i control de qualitat.

	Generalitat Catalunya	Ajuntaments	Consells Comarcals	EIS	EIM
Garantir servei, cobertures i qualitat	X	X	X	--	--
Regulació del sector	X	--	--	--	--
Creació d'un Registre Específic i Públic	X	--	--	--	--
Definir model	X	•	•	--	--
Definir cartera-catàleg de serveis bàsics	X	X	X	o	o
Establir barems d'accés i de qualitat	X	X	X	o	o
Planificació	X	X	X	•	•
Avaluació	X	X	X	•	•
Funció estadística general	X	--	--	--	--
Inspecció	X	•	•	--	--
Controlar i garantir la qualitat	X	X	X	X	X
Finançament	X	X	X	--	--
Regulació mercat i normativa laboral	X	--	--	--	--
Aplicació normativa laboral	--	X	X	X	X
Prestació directa del servei	--	X	X	X	X
Potenciar nous serveis	--	X	--	•	--
Contractació externa dels serveis	--	X	X	--	--
Coordinació dels ajuntaments	--	--	X	--	--
Suport tècnic, Formació,...	X	•	X	o	o
Coordinació de/amb serveis	--	X	X	X	X

Nota: X = atorgat; • = atorgació de diferent grau; o = possible col·laboració; -- = no atorgat



9. EL SISTEMA DE FINANÇAMENT

L'objectiu d'aquesta consulta és conèixer l'opinió dels experts sobre el sistema de finançament dels serveis d'AD.

Metodològicament s'optà, com s'ha dit, per presentar tres possibles opcions, i a partir d'elles recollir les aportacions dels entrevistats.

➤ Comentari

Els experts consultats coincideixen en que és un **tema clau pel futur immediat del dispositiu i pel benestar dels ciutadans. Així mateix coincideixen en la seva complexitat.**

Clau pel futur i el benestar: perquè l'actual suport financer a les entitats públiques i privades és insuficient, i deixa fora a un ampli conjunt de població que en té necessitat i que no poden pagar un servei totalment privat.

Complex: perquè el sistema de finançament de l'AD està vinculat al finançament dels serveis socials en general, o a la protecció de les necessitats socials, en particular a la prestació de la dependència.

- La "solució" financera **es vincula als "futurs" sistemes de protecció a la dependència**. Si existeix un suport econòmic de protecció pública a la dependència, els ciutadans afectats i llurs famílies disposaran de certs recursos per accedir als serveis adequats, entre ells els d'AD.
- El tema dóna pas ràpidament al debat **sobre els models de política social, els drets socials i la universalització** dels serveis socials. L'accés i les prestacions del sistema sanitari són posades d'exemple i com una via pel finançament de l'AD social.
- Des del sector social i mercantil s'indica la conveniència de definir un **"tractament econòmic"** (fluxos, regulació, desgravacions, etc.) que permetin un desenvolupament del dispositiu, talment succeeix en altres serveis, com per exemple els residencials.
- L'opinió dels experts s'emmarca entre "el desitjable" i "el possible", amb predomini del segon criteri (67%).

- Moltes respostes es situen en “el marc actual”, indicant-se que “en un altre marc socio-polític”, les respostes serien diferents.

➤ **Les respostes: entre el “desitjable” i el “possible”**

La gran majoria de les opinions es situen entre: un sistema de finançament mixt i el sistema públic. El primer és vist com a “més possible”, el segon (en la majoria dels casos) com a “més desitjable”. El finançament privat és considerat complementari, i únic en cas de rendes altes.

Sistema públic (de la Seguretat Social)

Volgudament es presentà el tema com “sistema públic de la seguretat social” per donar pas a comentaris sobre quin sistema públic?, quines administracions? quin tipus de sistema impositiu? de base contributiva? d'impostos generals i universalització? etc.)

Moltes veus (45%) es decantaren per la fórmula “finançament públic de la seguretat social”, amb accés universal, fent el símil amb el sistema sanitari o el d'ensenyament.

La participació econòmica de l'administració autonòmica i dels ens locals és considerada com una segona opció, prioritant un sistema d'abast universal i amb càrrec als pressupostos generals de la seguretat social ⁴.

Sistema mixt

És el considerat “més possible”, i que en certa mesura s'està practicant mitjançant els sistemes de “copagament” actuals. L'aportació pública és feble i es considera que hauria de ser ampliada.

Es dibuixa un “sistema mixt de fórmules diverses”, amb dos o més fonts financeres, públiques, més l'aportació dels usuaris. Les modalitats més freqüents són:

- a) Seguretat social + administració autonòmica + administració local.
- b) Seguretat social + administració autonòmica + administració local + aportació usuaris.

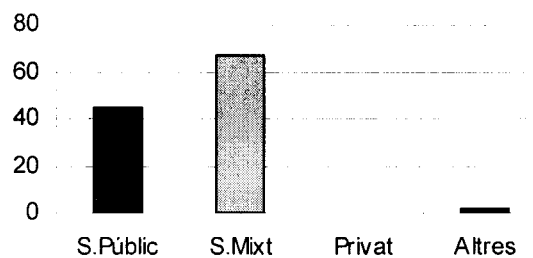
⁴ En general s'identifica seguretat social amb sistema de provisió general, i no s'ha diferenciat entre sistema de base contributiva i/o sistema de protecció social d'imposició general.

- c) Administració pública (de diversos nivells) + aportació dels usuaris mitjançant mútues o assegurances privades.

Finançament privat d'usuari-família

- L'opció d'un finançament exclusivament privat és valorada com a "no desitjable" i "inviabile".
- Un 81% es pronuncia clarament en aquest sentit. Deixar el finançament en l'àrea exclusivament privada és un factor negatiu, tant pels usuaris (manca de poder adquisitiu privat) com pel desenvolupament i qualitat del dispositiu.
- La participació econòmica dels usuaris és vista **com a complementària** a partir d'un ampli finançament de base públic, i amb barems econòmics inversos als nivells de renda. També es considera que en rendes "altes" (no es quantifiquen) l'aportació econòmica hauria de ser total.
- Es constata que, avui dia, existeix una contradicció entre prioritzar l'accés als serveis fonamentalment amb un criteri econòmic, fer-ho a partir de les necessitats d'atenció.

Sistema públic (de la Seguretat Social)	45%
Sistema mixt	67%
Finançament privat (usuari-família)	--
Altres	2%



En síntesi

- El finançament és un element clau pel desenvolupament del sector d'AD
- Vinculat als models de protecció social i a la "futura" assegurança de dependència
- L'ampliació de la cobertura del servei depèn del sistema de finançament
- Les opinions s'emmarquen entre "el desitjable" i "el possible" amb predomini d'una posició possibilista
- Un sistema mixt d'àmplia base pública és la fórmula predominant
- El sistema de seguretat social és considerat la principal font de finançament.
- Les administracions autonòmica i local podrien ser complementàries al finançament de la seguretat social
- Un sistema basat en l'economia particular seria negatiu pels ciutadans i pel desenvolupament del sector



10. ELS STANDARDS DE QUALITAT

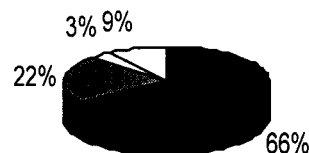
La qualitat dels serveis socials, i en particular la dels serveis d'atenció domiciliària, és un repte per les administracions i les entitats. L'objectiu és en primer lloc, conèixer l'opinió dels experts sobre **standards de qualitat comuns** per a les entitats prestadores d'AD i recollir, en segon lloc, els seus **suggeriments sobre els elements que podrien configurar els criteris de qualitat**.

➤ Comentari

- La gran majoria 86(%) dels experts consultats consideren entre “molt necessari i necessari” **l'existència d'standards de qualitat comuns**.
- Es posà l'accent, tant en la elaboració d'uns **bons standards** com en que siguin **comuns** per a totes les entitats prestadores, públiques i privades.
- És important assenyalar que una minoria d'experts, amb experiència en la elaboració d'standards i la seva aplicació, fan **aportacions crítiques importants sobre la “bonhomia genèrica” atribuïda als standards de qualitat**, i alerten de que cal treballar “la qualitat i adequació” dels standards a aquests serveis (talment s'ha indicat en parlar dels sistemes d'acreditació).
- Les aportacions i qüestions d'aquests professionals es centren en:
 - a) **Quina qualitat i quina operativitat pels standards?** Abans de pronunciar-se a favor o no, cal valorar la operativitat del sistema, i no incloure elements innecessaris que burocratitzen i encareixen.
 - b) **Qui elabora els barems?** Es considera important partir de l'experiència de les entitats i administracions que ja en tenen i els apliquen, i la dels professionals especialitzats en aquest tema.
 - c) **Qui avalua la Qualitat?** Tant important com el procés d'elaboració dels standards, és determinar “Qui” avalua la qualitat. Es diferencia aquesta funció de la “d'inspecció”, pròpia de l'administració, i es posa sobre la taula la possibilitat d'una **Agència Independent de Valoració**.
 - d) Aquestes preguntes (Qui?, Com?) són considerades **més importants que la pròpia existència dels standards de qualitat comuns**.

➤ **Les respostes**

Molt necessari	66%
Necessari	22%
Bastant necessari	3%
Poc necessari	---
NC	9%



➤ **Les argumentacions**

Els arguments tenen uns denominadors comuns: els drets dels usuaris, l'homogeneïtat i equitat en les prestacions, ser una garantia per a les administracions públiques, etc.

- Manera de garantir la qualitat 24%
- Unificar el control i controlar els serveis 20%
- Garantia de seguretat per usuaris (ara problemes importants: buidat pisos, lucres econòmics degut a sistema caòtic,...) 16%
- Cobrir els mínims bàsics 10%
- Empreses que ja passen qüestionaris als usuaris 10%
- Millor auditors de qualitat externs 10%
- Equitat en l'oferta 10%
- Per avaluar i anàlisi de resultats 5%
- Standards sí, homogeneització no 5%
- Per "com fer la feina" 5%
- Perquè són serveis d'atenció a la persona i cal un tractament igual que en el sector sanitari 5%
- No diferència entre públic i privat 5%

Proposta d'elements a incloure en els standards de qualitat

<ul style="list-style-type: none"> • Protocols de seguiment de casos diversos: d'activitat, de comunicació • Registres documentals vida activa diària • Formació, titulació adequada lloc de treball • Sistemes de formació continuada 	38%
--	-----

<ul style="list-style-type: none"> • Complir normativa SAD que s'estableixi • Pla de l'Atenció personalitzat • Complir condicions laborals, retribucions, conveni. Bones remuneracions. 	30-28%
<ul style="list-style-type: none"> • Definició Cartera de serveis • Horaris adequació i puntualitat • Descripció-concreció de les tasques pels professionals • Instruments tècnics (exemple: ordinadors, telèfon directe de l'auxiliar) 	10-12%
<ul style="list-style-type: none"> • Enquestes de satisfacció als usuaris • Enquestes de satisfacció als professional • Sistemes d'avaluació objectius i supervisió • Bateria d'indicadors. Elaboració i consens • Sistemes control servei i professionals • Sistema de presentació i identificació dels professionals • Imatge i tracte correcte dels professionals • Professionals qualificats amb estudis adequats i reglats • Capacitat oferir "confiança" • Garantia i control del secret professional • Garantia de respectar els bens i l'entorn dels usuaris • Barems i controls igual que sistema sanitari • Treball en grup • Valoració valor social afegit: cooperatives, associacions • Respecte a les decisions i voluntat dels usuaris • Coordinació amb altres entitats 	< 10%

En síntesi

- Valoració favorable sobre la creació d'standards de qualitat comuns
- No standards burocràtics i rígids. Són ineficaços. Millor no crear-los
- Importància del procés d'elaboració de qui, i com s'avalua
- Són instruments de garantia, de qualitat, control, seguretat dels usuaris, cobertura serveis mínims-bàsics
- Aportació d'elements plurals per la construcció d'standards.



11. ALTRES TEMES APORTATS

L'objectiu d'aquest darrer punt de la pauta d'entrevista consisteix en recollir tots aquells temes que els consultats vulguin comunicar.

El conjunt d'aportacions s'han agrupat en dos apartats:

- a) temes no tractats en el conjunt de les entrevistes, i
- b) els ja tractats en el conjunt, però que no ho havien estat en l'entrevista concreta.

A) Les noves aportacions

Quatre temes de caire molt diferent entre sí:

Escoltar, comunicar-se

- Si bé "l'escolta, escoltar en profunditat" és una activitat intrínseca de tota acció d'atenció a les persones, alguns experts (quatre) han fet esment que és un "element essencial en la pràctica professional dels serveis d'Atenció domiciliària". Es considera que cal introduir aquesta dimensió en la formació dels diferents perfils professionals, en la supervisió i en la formació contínua.
- Escoltar significa, entre altres "reconèixer i acceptar les capacitats de la persona escoltada", en aquest cas els usuaris i familiars, valorar les seves aportacions i en conseqüència, incorporar-les en el Pla de treball i en els actuacions quotidianes.
- "Escoltar" forma part de l'objectiu de "participació dels usuaris en els serveis" i es considera un element de qualitat.

Crear comissions mixtes

- Promoure la creació d'espais de treball entre entitats prestadores, administracions locals i administració autonòmica, com a fórmula de coordinació i debat regular.

Conèixer altres serveis d'Atenció domiciliària d'altres països

- Aquesta proposta s'emmarca en la voluntat d'obertura, d'ampliació de pràctiques, de millora dels actuals serveis.

Preocupació per les petites entitats i empreses

- Des de la iniciativa social mercantil i també des de la iniciativa social, es demana treballar per la continuïtat de les petites i mitjanes entitats i empreses, que avui dia, amb la manca de regulació del sector, i amb un mercat de lliure oferta, veuen amenaçada la seva continuïtat per les “macro-entitats socials” i les grans empreses.

B) L'èmfasi en temes ja tractats

Les aportacions dels experts assenyalen 11 temes clau:

- **Clarificar els límits** dels serveis del SAD
- **Protecció i seguretat dels usuaris**, eradicant situacions d'abús, desatenció i maltracta de la persona i dels seus bens.
- **Potenciar els plans d'actuació personalitzats** i incloure el criteri de la decisió dels usuaris en la seva formulació.
- **Lluitar contra l'economia submergida, el “mercat opac”** actual. Estudiar la dimensió actual d'aquesta oferta, estudiar sistemes per a fer-la aflorar i establir mesures de suport pel previsible increment de preus.
- **Regular el sector**, establir normativa, contractació laboral, establir tarifes de preus, estudiar desgravacions fiscals familiars, etc.
- **Millorar les condicions laborals**: econòmiques, de seguretat, d'higiene, protecció física i jurídica dels treballadors,
- **Formació**. Millorar la formació, formació reglada, homogènia per a cada perfil professional (referència específica als TF i auxiliars), unificació de programes.
- **Supervisió** - Suport emocional.
- Potenciar en les administracions **espais - òrgans específics pels serveis d'AD**.

- **Repensar els sistema d'accés** als serveis d'AD. L'actual es valora saturat, amb múltiples demandes de diversa índole.
- **Més implicació de les administracions autonòmica i local**, en el suport tècnic i econòmic a les entitats.



Barcelona, març de 2003

ESTUDI
“PER UNA NOVA ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A CATALUNYA”

AVENÇ de
CONCLUSIONS I PROPOSTES

MARÇ de 2003

SUMARI

Presentació

1.- Finalitat, treballs realitzats, metodologia i situació

2.- Conclusions principals

3.- Avenç de propostes

Presentació

Aquest document conté la síntesi, millor dit la “síntesi de la síntesi”, dels treballs realitzats en l'estudi “**PER UNA NOVA ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A CATALUNYA**”.

En poques pàgines hem intentat sintetitzar un “Pack informatiu, analític i propositiu” ampli i d'alta densitat, que al nostre entendre, necessitat d'ampliació i comentaris. Les línies següents són només “l'enunciat” dels continguts.

El document s'estructura en tres apartats:

1.- Finalitat de l'estudi, i què hem fet ? i com ho hem fet?. Amb l'objectiu de situar al lector en el punt de partida, els objectius de treball, i la situació del treball realitzat..

2.- Principals conclusions

Es presenten ordenades per objectius. Cal advertir que en aquest document, s'utilitza una fórmula directa, gairebé telegràfica, pràcticament sense comentaris. Aquests es troben en els documents corresponents a cada objectiu.

En l'objectiu nº2, “Les Veus dels Experts”, la síntesi es troba en el document “Suport a la Jornada de Treball Tècnic” , lliurat el febrer de 2003, i adjunt.

3.- Avenç de propostes

Es presenta en primer lloc la proposta principal i les motivacions que la impulsen. Seguidament ens preguntem, què tenim? Sintetitzant punts forts i febles. El tercer punt planteja nou preguntes a l'entorn de com?, vers quin model?, per a qui ?, i amb quins instruments podem avançar?. Finalment ens preguntem a quin ritme?, quan i el perquè? de la temporalitat proposada.

Abans d'iniciar l'exposició volem comunicar la satisfacció per l'alt grau de participació dels experts, entitats i usuaris dels serveis, en aquest treball. La seva col·laboració ha estat un element molt ric i satisfactori.

Així mateix desitgem comunicar que la seva expectativa en els resultats i en l'aplicació de les mesures que se'n derivin, és alta.

1. FINALITAT DE L'ESTUDI, TREBALLS REALITZATS I METODOLOGIA

FINALITAT DE L'ESTUDI

La missió de l'estudi és:

Fornir informació qualitativa sobre els Serveis d'Atenció Domiciliària a Catalunya, Comunitats Autònomes i països Europeus a fi que el Departament de Benestar i Família disposi del bagatge necessari per realitzar la reformulació dels Serveis d'Atenció Domiciliària a Catalunya.

Els treballs encarregats han estat:

1. Conèixer l'opinió dels experts
2. Analitzar la regulació i ordenació d'aquests serveis en altres CCAA
3. Aproximar l'experiència de tres països de l'UE en serveis d'Atenció Domiciliària
4. Recollir i analitzar l'opinió d'usuaris de serveis d'AD
5. Document de propostes

QUÈ HEM FET I COM HO HEM FET?

Els treballs realitzats

S'han realitzat 6 objectius de treball. Als 5 encàrrecs citats s'ha incorporat un altre objectiu, consistent a fer una primera aproximació al perfil de les entitats públiques i privades promotores i prestadores de Serveis d'AD a Catalunya.

OBJECTIU 1. Aproximació al perfil de les entitats ,Fitxer Obert" i anàlisi de seguiment de l'AD

Motivació. Aquest objectiu ha estat incorporat posteriorment a l'estudi per raó que era necessari connectar amb una mostra representativa d'experts mitjançant les entitats prestadores o promotores, públiques o privades, dels serveis d'AD. La manca d'un registre específic o d'altres sistemes registrals va portar a obrir aquest nou espai de treball a fi de:

- a) Realitzar un "Fitxer Obert d'Entitats"
- b) Un perfil de les entitats prestadores de serveis d'AD.

A aquests dos punt s'hi va afegir un tercer treball, el c), que és:

- c) Anàlisi i comentari de la situació del servei d'AD i de teleassistència a Catalunya, segons les dades de les Actes de les reunions de seguiment d'Atenció Primària, entre el Departament de Benestar i Família i els Ajuntaments i Consells Comarcals l'any 2001.

Document	Situació	Com ho hem fet
a) "Fitxer Obert d'Entitats"	Lliurat febrer 2003	Consulta i acumulació informativa de diverses fonts documentals, orals, informàtiques, medis comunicació, i relacions i coneixements previs.
b) Perfil de les entitats	En curs (21 de març)	Entrevistes telefòniques a 61 entitats. Anàlisi i comentari de les dades
c) Situació dels serveis d'AD i teleassistència a Catalunya.	Lliurat novembre 2002	Anàlisi de les Actes de seguiment dels Serveis d'Atenció Primària.

OBJECTIU 2. Les veus dels experts

Motivació. La consulta als experts és un exercici obligat en els treballs de planificació social i en especial quan l'objectiu és reformular i plantejar una nova època en un determinar camp o dispositiu. L'expertesa és un patrimoni amb el que cal comptar i la participació dels professionals és una base fonamental per assentar les innovacions.

Objectiu: Escoltar, analitzar i sintetitzar les aportacions dels experts consultats (55 experts més un grup d'un col·legi professional) d'arreu de Catalunya.

Document	Situació	Com ho hem fet
"Les veus dels experts"	Lliurat març 2003	Entrevistes personalitzades i presencials, concertades prèviament, i amb pauta temàtica.
Síntesi per a la "Jornada de Treball Tècnic"	Lliurat febrer 2003	Síntesi de l'anàlisi de les entrevistes.

OBJECTIU 3. Reglaments dels serveis d'Atenció Domiciliària en les CCAA

Motivació. L'elaboració d'un Reglament pels serveis d'AD a Catalunya, una de les recomanacions que sorgeixen d'aquest estudi, tot recollint la demanda del sector, requeria fer una incursió en les experiències reglamentàries existents en altres CCAA.

L'**objectiu** ha estat analitzar i sintetitzar els continguts més significatius dels Decrets i Ordres d'altres CCAA, en base a 8 temes bàsics.

Document	Situació	Com ho hem fet
Anàlisi dels Reglaments del Servei d'AD en les CCAA	Lliurat febrer 2003	Recopilació i anàlisi de les Lleis, Reglaments, Decrets, i Ordres de 13 CCAA. Mitjançant: contactes directes, consulta documentació legislativa, cerques informàtiques.
Aportacions al text provisional de Reglament d'AD a Catalunya	Novembre 2002 a gener 2003	Reunions temàtiques amb tècnics del Departament

OBJECTIU 4. L'Atenció Domiciliària en 4 països de la Unió Europea

Motivació. Les actuals planificacions socials no poden limitar l'espai d'anàlisi al seu entorn immediat. L'obertura vers les experiències de l'UE és un eix informatiu obligat si es desitja caminar progressivament vers la convergència social amb Europa.

Objectiu. Fornir informació referent a l'organització, model, sistema de finançament, cartera de serveis, perfils professionals, etc. de 4 països, Alemanya, França, Itàlia, i Holanda, i aspectes referencials al conjunt de l'UE, que corresponen a models de política social i desenvolupament de serveis d'atenció domiciliària, diferents.

Document	Situació	Com ho hem fet
"Els serveis d'AD a 4 països de l'UE" i ampliació.	En curs (21 març 2003)	Consulta i anàlisi informatiu mitjançant: Contactes directes (no presencials), documentació i bibliografia

OBJECTIU 5. L'opinió dels usuaris dels Serveis d'AD

Motivació. La participació dels usuaris en els serveis és un tema clau per la seva qualitat. Aquest procés s'inicia amb la consulta de la satisfacció, dels problemes i de la proposta de millores per part dels ciutadans usuaris.

Objectiu. Recollir i analitzar l'opinió d'una mostra d'usuaris de Serveis d'AD d'arreu de Catalunya.

Document	Situació	Com ho hem fet
L'opinió dels usuaris	En curs (21 març 2003)	Consulta telefònica, prèviament concertada, amb pauta d'entrevista a 99 usuaris de Serveis d'AD. Amb la col·laboració de les entitats prestadores.

OBJECTIU 6. Assistència Tècnica a la “Jornada de Treball amb Experts”

Motivació. La “Jornada de Treball amb Experts” és la consulta final a un conjunt de professionals d’entitats del sector públic i privat de Catalunya a fi de treballar els resultats i propostes de l’estudi.

Objectiu. Assistència tècnica a la Jornada.

Data a determinar pel Departament de Benestar i Família

OBJECTIU 7. Propostes

El document final de caràcter propositiu és el resultat de l’anàlisi realitzada i dels treballs sorgits en la Jornada Tècnica. Aquest document n’és un avenç.



2. PRINCIPALS CONCLUSIONS

Seguidament es presenta la síntesi de les principals conclusions segons objectius.

CONCLUSIONS OBJECTIU 1. Aproximació al perfil de les entitats

➤ **“Fitxer obert d’entitats” i Perfil de les entitats**

- Importància del concepte “Obert”. És una primera relació d’entitats que cal continuar i mantenir.
- Important dinàmica de creació i activitat de les entitats d’iniciativa social (EIS) i mercantil (EIM).
- Dinàmica de creació a partir de 1985, punt àlgid el 1992, i manteniment de creació d’entitats fins ara.
- Tendència a l’externalització dels serveis per part dels ens locals vers les EIS i EIM.
- Panorama divers, amb micro i macro entitats
- Entitats prestadores reglamentades i oferta de “pseudo atenció domiciliària” en el mercat opac.

➤ **Anàlisi i comentari de les dades del SAD, en Actes de Seguiment d’Atenció primària entre el Departament de Benestar i Família i els ens locals.**

- Importància de mantenir i aprofundir el seguiment de la prestació d’AD, des del Departament. És un mecanisme clau, a millorar.
- Necessitat d’estructurar una base informativa més operativa, que permeti extreure dades de major fiabilitat, i en curs , “al dia”.
- S’evidencien fortes “inequitats intermunicipals i intercomarcals” en la prestació del servei d’AD a Catalunya.
- Revisió de ràtios.
- Revisió i proposta de barems econòmics i d’accés, comuns.
- Valoració positiva de programes articulats a l’AD com “Viure en família” .
- Entre els 64 ens locals analitzats (31 Ajuntaments i 33 Consells Comarcals), 7 manifesten disposar de reglaments de SAD.

- Teleassistència i telealarma: uns serveis en alça, escassa informació en aquest punt, i desigualtats en la provisió.
- Clarificar els motius de la “NO Demanda” dels serveis de Teleassistència en alguns ens locals.

CONCLUSIONS OBJECTIU 2. Les veus dels experts

- Interès i participació positiva de tots els experts consultats.
- Alta expectativa respecte les decisions i mesures derivades de l'estudi.
- Coincidència en la necessitat de: “endreçar”, regular, organitzar, proposar model, incrementar dotacions i finançament dels serveis.

Moltes aportacions dels experts que es resumeixen en 10 punts:

- El Sistema d'acreditació
- Els Models d'Atenció Domiciliària
- La Població diana
- La Cartera de Serveis
- Sistemes de Valoració de l'autonomia-dependència
- Els Perfils professionals i el Voluntariat
- La gestió dels Serveis d'AD: el rol dels diferents actors
- El sistema de finançament
- Els standards de qualitat
- Altres aportacions dels experts

que **se sintetitzen en el document elaborat per la Jornada de Treball Tècnic i adjunt**

CONCLUSIONS OBJECTIU 3. Reglaments dels serveis d'atenció domiciliària en les CCAA

- **Tretze CCAA disposen actualment d'algun tipus de Decret o Ordre** en relació als Serveis d'AD: Andalusia, Astúries, Balears Illes, Canàries, Cantàbria, Castella La Manxa, Castella Lleó, Extremadura, Galícia, Madrid, Múrcia, País Basc, i País Valencià, No s'ha detectat cap Reglament.

El cas del País Basc mereix una atenció especial en relació a la seva estructura administrativa, i en aquesta ocasió s'han analitzat els programes que inclouen l'AD. Galícia i el País Valencià regulen els Xecs o Bons Multiserveis domèstics.

- L'estructura de les Ordres i Decrets és diversa.

Els punts més coincidents són:

- La població diana
- Els objectius i/o principis
- La Cartera de serveis

Les diferències es troben principalment en:

- L'estructura de la disposició
- La definició o concepte (programa, prestació, servei, bons, etc.)
- Perfils professionals (coincidència en Treballadors Socials, diferències en Treballadors Familiars i Auxiliars d'Ajuda domiciliària o gerontològica, diferències en perfils complementaris: psicòlegs, educadors, etc)

En el document lliurat, cada apartat està compost d'una part descriptiva i d'una síntesi al final.

Es conclou i proposa:

- Necessitat de regular mitjançant reglament, ordre, o decret, els Serveis d'Atenció Domiciliària a Catalunya

- Marcar un diferencial qualitatiu amb els reglaments de les diferents CCAA, regulant el sector públic i el sector privat a Catalunya. Les CCAA analitzades tracten exclusivament del sector públic (en el cas dels Bons Multiserveis o Xecs, no s'especifica). La fotografia de l'oferta de Serveis d'AD a Catalunya és mixt i com s'ha dit amb una important tendència a l'externalització vers el sector privat, social, i mercantil.

CONCLUSIONS OBJECTIU 4. L'Atenció Domiciliària en 4 països de la Unió Europea

En tots els països de l'UE existeixen "fórmules" del servei d'AD.

Les diferències són, però, importants en:

- Drets Socials (accés universal als serveis)
- Cobertura
- Estructura
- Cartera de prestacions
- Grau de professionalització

Avui dia es considera un dispositiu alternatiu (al residencial·centrisme), clau per a les polítiques socials en general, i en especial per l'atenció a les dependències.

Els models d'AD en el panorama europeu:

- ***Orientació vers model sociosanitari.*** Dificultats a partir de dos sistemes actuals molt diferenciats entre si: el social i el sanitari. Major potència (estructuració, finançament, imatge social, professionalització, etc.) del primer, menor estructura, etc. i creixement del sistema d'atenció social. Fórmules d'integració i de col·laboració entre sistemes.
- ***Model d'AD general.*** Experiència d'Holanda i algunes iniciatives en altres països. Considera l'AD un dispositiu d'ajuda social per a situacions de necessitat (no problemàtiques) derivades de les estructures familiars actuals i de les necessitats de la vida diària (no exclusivament la dependència, però sí que la inclou).

- Experiències diverses de models socio-sanitaris (sozialstations Alemanyes, Consorcis Socio-sanitaris en el nord d'Itàlia).

La Cobertura

- **Què inclou la cobertura?** Els percentatges que s'ofereixen no expliquen la intensitat i freqüència, ni els serveis bàsics prestats. Aquestes precisions són importants per analitzar la qualitat dels serveis. En general els països centre europeus i nòrdics presenten alhora uns percentatges de cobertura i unes prestacions més àmplies que els països perifèrics (mediterranis i atlàntics).

- **Percentatges de cobertura:**

Països Nòrdics: Dinamarca, Suècia, Finlàndia, Noruega	13-24%
Holanda, França, Alemanya, Bèlgica, Àustria, Regne Unit	10-6%
Espanya, Grècia, Itàlia, Irlanda, Portugal	1-2%

%, població persones + 65 anys.

- **La cobertura en números absoluts: tres exemples**

Alemanya Assegurança de dependència 1995	Alemanya: 1.750.000 persones requereixen cura per dependència: 490.000 en institucions 1.260.000 en serveis a domicili
França (APA) Llei 2001. Inici gener 2002	900.000 persones 65 i més, depenents
Holanda	2.000.000 persones ateses

- **Els nivells de cobertura estan en clara relació amb els models de polítiques socials** de cada estat. El grup dels països nòrdics corresponen a orientació Beveridge-nòrdics, el grup de països centre europeus més Regne Unit i Països Baixos el model Bismarckià (França, Alemanya, Bèlgica, Àustria i Holanda) i

Beveridge (Regne Unit). Ambdós models es caracteritzen per un nivell de redistribució important. El tercer grup (països perifèrics) corresponen a: orientació Beveridge amb escàs nivell redistributiu, o model residual (Espanya, Grècia, Itàlia i Portugal) i model Beveridge amb baix nivell redistributiu (Irlanda).

Veure mapa en pàgina següent

- ***Aquests models són dinàmics i en el cas dels països perifèrics es troben en “transició”***

Regulació i finançament dels Serveis d'AD

Els països en què existeix un major desenvolupament dels Serveis d'AD i un accés més ampli, en molts casos universal, es regula:

- a) ***El risc a la dependència.*** S'estableixen suports econòmics i de serveis, entre ells els d'AD, a fi que els ciutadans puguin “fer front i compensar” el risc, les necessitats i la disminució del poder adquisitiu que comporta. No es tracta doncs, de la regulació dels serveis, sinó de la protecció d'un risc. Els Serveis (Institucionals o d'Atenció domiciliària, socials o sanitaris) són un instrument d'aquesta protecció.
- b) ***La cobertura de necessitats:*** en els països nòrdics l'accés als serveis socials és molt ampli, freqüentment universal. A Alemanya ho és en funció del reconeixement del grau de dependència, no dels ingressos econòmics o patrimoni.

La legislació i la protecció social a la dependència

Àustria	Llei juliol 1993
Alemanya	Llei federal maig 1994. Inici 1 gener 1995
Luxemburg	Llei 1999
França	PSD (1996) ADA (2001). Inici 1 gener 2002
Regne Unit	Proposta

Font: Assegurança Dependència Winthertur 2001. Euroccat.

La Cartera de Serveis

Diversitat i coincidències en la cartera de serveis ofertats.

- Coincidències en les activitats d'atenció personal, de la llar, als cuidadors principals, l'acompanyament i potenciació de les relacions amb l'entorn.
- Diferències en la concreció de les activitats i tasques, i en l'estructura i regulació dels serveis.

Prestació dels serveis

S'observa una creixent tendència d'externalització dels serveis vers entitats d'iniciativa social, d'iniciativa mercantil, i en ocasions a ens locals que actuen de manera similar als operadors privats en relació a una administració superior.

Les administracions tenen el dret i el deure de garantir (regular, inspecció de qualitat, finançar, concertar-convenir, planificar, establir cobertures,...) la cobertura dels riscos o la prestació, i l'accés als serveis.

OBJECTIU 5. L'opinió dels usuaris dels Serveis d'AD

- Alt nivell de col·laboració de les entitats en facilitar el contacte amb els usuaris
- Alta col·laboració dels usuaris i familiars en les entrevistes
- **Perfil dels usuaris:** Dona, majoria de més de 80 anys, que: a) viu sola, b) parella d'edat, o c) amb fills.
- **L'accés al servei** no es valora complicat. Preferentment l'espai d'informació i la porta d'entrada són públics (principalment d'ens locals)
- **El temps d'espera:** la majoria: menys d'un mes. Un de cada cinc ha hagut d'esperar dos mesos o més per accedir-hi.
- **Els serveis prestats:**
 - La majoria (80%) per suport a les activitats més bàsiques de la vida diària (Higiene personal, menjar, vestir-se, mobilitzacions). Això indica que la població diana estudiada presenta un elevat grau de dependència.
 - Les activitats Instrumentals (acompanyament fer gestions, anar al metge, compra, passeig...) són entre 10-20%.
 - Menys d'un 10% reben serveis més especialitzats: fisioteràpia, massatges, estimulació cognitiva.
- **El grau de satisfacció** general manifestat és molt elevat: Més del 90% considera que el servei que rep és bo o molt bo (cal matisar la resposta a la llum dels efectes de: oferta de servei nova i escassa, oferta limitada (no es pot comparar) i expectatives del col·lectiu atès inferiors a l'oferta d'aquest tipus de servei)
- **El més valorat** són les relacions personals, l'actitud i la relació establerta amb el professionals d'atenció és fonamental. La confiança, l'afecte, la relació positiva, el temps de conversa, l'interès per la salut o altres temes personals,....
- **S'identifica** el servei amb els professionals: "aquesta noia", " la senyora que ve a casa".
- **El nombre d'hores** d'atenció és insuficient (un de cada tres)
- **Els horaris d'atenció**, la majoria els considera adequats.

- **El servei és “costós”** en relació al poder adquisitiu dels usuaris (50%)

- **Valoren negativament:** els professionals d'atenció. Talment és l'element més valorat. El professional “polaritza el grau de satisfacció o d'insatisfacció” del servei. Cal tenir en compte que de fet, és qui realitza les tasques, i que en general no hi ha altres prestacions en l'AD.

- **La reflexió:** L'opinió dels usuaris està mediatitzada per:
 - el coneixement inicial del servei és en general, encara limitat
 - per la limitada oferta i cobertura (qui en té, i més si és de provisió pública, es considera privilegiat, molt satisfet).
 - el model de servei: polaritzat en un/uns professionals, prestacions limitades i homogènies,
 - Per poder “elegir i comparar” cal una oferta àmplia, variada i coneguda.
 - En el cas d'un cert sector de la gent gran, les vivències històriques de referència, de l'atenció social, incrementa el valor positiu dels actuals serveis (“Ara ve aquesta noia!”, “Abans no hi era”,..)

3. AVENÇ DE PROPOSTES

Propostes per emmarcar el projecte:

1. Aposta decidida per impulsar els Serveis d'AD a Catalunya

Per què?

- Resposta a la demanda social ciutadana (els estudis sobre preferències d'atenció de la gent gran i disminuïts, indiquen clarament l'elecció a ser atès a casa i en l'entorn.
- Per garantir els drets socials dels ciutadans
- Per donar suport als "projectes de vida, autònoma, i independent"
- Reorientar el model actualment dominant a Catalunya, bàsicament residencial centrista (veure estudis preparatoris pel IV PAS, tema envelliment)
- Per potenciar la qualitat de vida i millora del benestar de les persones i grups.
- Sovint l'atenció a domicili és proveïda pel sistema informal i aquest no pot arribar a cobrir totes les necessitats, s'esgota i necessita "ser cuidat". Si no existeixen serveis de suport com l'AD la desatenció és un risc probable.
- Per donar suport i comptar amb el patrimoni actual dels cuidadors informals.
- Les recomanacions dels tècnics consultats, dels estudis tècnics i les orientacions europees, coincideixen en potenciar serveis de suport, en l'entorn pròxim.
- Perquè les nostres ratios de cobertura estan lluny de les proposades per institucions professionals i de representació administrativa i política a Catalunya i Espanya, i de les cobertures dels països de l'UE.
- Per atendre, prevenir i per aminorar al fenomen de la dependència en les diverses edats de la vida.
- Per disminuir la pressió de la demanda vers serveis institucionals.
- Perquè existeix una actuació de "pseudo ajuda domiciliària" en l'economia submergida, que confon als ciutadans i l'objecte dels serveis d'AD

2. Què tenim?

Punts forts

- La voluntat expressada dels ciutadans
- Les orientacions tècniques manifestades reiteradament en diferents documents
- L'expectativa positiva dels experts consultats vers el desenvolupament d'aquest dispositiu.
- Una experiència acumulada en els darrers anys, a millorar
- Uns operadors públics i privats amb experiència, amb expectativa i desig d'ordenació i regulació del sector
- Una voluntat política, de diferents partits, a favor de potenciar els Serveis d'AD, elevar la cobertura actual i millorar-ne la qualitat
- Una certa dotació i un cert finançament, a ampliar i millorar
- Un dispositiu d'atenció amb més desenvolupament i experiència en els països europeus

Punts febles

- Dotació, cobertura i finançament escassos.
- Uns fenòmens socials (envelliment, disminucions, canvis en les estructures familiars, etc.) que pressionen la demanda de més serveis d'atenció i protecció social. Les necessitats d'aquests fenòmens socials són importants i el nivell de cobertura actual, malgrat el creixement dels darrers anys, deficitari.
- La societat catalana es troba immensa en el model de política social del conjunt de l'Estat Espanyol, pels Serveis Socials de caràcter residual. La convergència social vers Europa significaria una aposta decidida per un canvi de model. El cas dels Serveis d'AD pot ser una oportunitat
- Una economia submergida que produeix una "competència deslleial", i que està desacreditant la qualitat del servei i no dóna garanties de qualitat ni de seguretat
- Una desregularització del sector que potencia desigualtats importants entre els operadors, afavoreix a les grans entitats, no contempla el "valor afegit" de les

entitats d'iniciativa social, i que no estableix-dificulta les "regles de joc" necessàries, dificulta el desenvolupament d'uns serveis d'una qualitat bàsica i del sector en general.

- Les funcions dels serveis d'AD estan poc delimitades, (recordar que s'identifica el servei amb la persona d'atenció) i l'oferta de prestacions és reduïda, no és disposa d'una cartera de serveis clara a comunicar i a potenciar.
- La formació i la delimitació de tasques d'alguns perfils professionals (auxiliars de la llar, treballadors familiars) estan poc regulades, i cal una concreció i millora de la formació i delimitació de tasques.
- Una part important dels potencials usuaris té un poder adquisitiu baix (els qui depenen de pensions de jubilació, invalidesa, PNC i RM), que principalment són: dones, d'edat elevada i vídues. Però cal no oblidar, les persones o nuclis amb persones, amb disminució, o problemes de salut mental, o malalties cròniques, que lesionen les energies personals i el poder adquisitiu, empobrint als afectats.

3. Amb quins instruments podem avançar?

3.1. La regulació dels serveis

- Elaboració del **Reglament i la creació d'un Registre Específic d'Entitats de Serveis** d'AD. En aquests dos casos l'opinió dels experts és altament coincident.
- A fi d'una major transparència del sector ("qui és qui", "què es fa", garantia de seguretat als ciutadans, informació,...) i lluitar contra l'economia submergida que envolta al sector.
- Mitjançant un procés de participació i consens.

3.2. Amb un model definit

- Progressivament, vers un model de coordinació sociosanitària, potenciant decididament i operativament l'atenció social.
- De prioritització de la valoració de "necessitat" per sobre l'econòmic.
- D'accés universal. Caldria delimitar la temporalitat del procés (objectius en X anys), les prestacions de la Cartera bàsica (prioritzar unes prestacions de caràcter universal i altres complementàries). Estudiar i analitzar els sistemes de copagament (possibilitats i riscos).
- Per a totes les poblacions o centrat en la dependència (estudiar les diferències entre el model desitjat i el model operatiu-prioritari).

3.3. Per a quina població?

- **La població diana és dual:** a) la persona o grup a atendre, i b) els "cuidadors" principals. Un nou model d'atenció domiciliària ha de focalitzar l'atenció en aquestes dues dimensions.
- Definició a partir de la necessitat a atendre, per exemple la dependència. No definició per grups d'edat.
- Incorporar grups específics i emergents com: salut mental, drogodependències, infants en risc, persones amb disminució, pobresa, immigrants,...

3.4. Amb quina cobertura?

- Determinar objectiu vers la mitjana europea, establint calendaris efectiu i operatiu, i d'acord amb les recomanacions de les institucions representatives del sector.
- La ratio general mínima (caldrà estudiar freqüències i intensitats) caldrà situar-la en el 5% de la població major de 65 anys (aquest percentatge no inclou els altres grups de població citats).
- Estudiar la cobertura en relació a determinades prestacions (cartera mínima garantida).

3.5 Vers l'equilibri territorial

- Cercar decididament l'equitat de: l'oferta, l'accés, finançament, als Serveis d'AD als ciutadans de Catalunya, independentment de l'àrea geogràfica de residència

3.6. Un model participatiu

- Potenciar la participació - decisió dels usuaris en els Serveis d'AD mitjançant els plans d'atenció personalitzats (PAP), fent protagonistes als usuaris i familiars, i accentuant l'objectiu de "suport" dels serveis.

3.7. Amb quins recursos humans?

- Serveis de caràcter professionalitzat, amb definició i concreció de tasques professionals i de perfils formatius corresponents. És important definir bé les tasques i rols professionals a fi d'una major eficàcia, eficiència, qualitat, i costos del servei.
- Urgència de regulació de la formació dels perfils: de treballadors familiars d'auxiliars domiciliaris i d'auxiliars de la llar.
- La participació del voluntariat pot ser un element de qualitat i de major viabilitat dels serveis, sempre que les tasques desenvolupades no entrin en contradicció amb l'espai professional i es realitzin a partir del voluntariat organitzat. Experiències positives de programes amb voluntaris, articulats amb els Serveis d'AD.

3.8. Amb una aposta financera definida i suficient

- El desenvolupament d'una nova proposta per l'atenció domiciliària no és viable sense el suport econòmic corresponent. Un canvi de model d'atenció social implica també una major dotació de recursos i la seva redistribució.
- El sistema de finançament ha de comptar amb una àmplia base pública que permeti garantir una atenció mínima-bàsica als ciutadans. Un sistema de cofinançament amb una feble base pública planteja riscos en l'objectiu de cobertura i pot significar un parany.

3.9. Amb participació i consens

- La participació dels ens locals, de les entitats d'iniciativa social i mercantil que avui dia estan presents en el sector, és alhora un patrimoni de "sabers", d'opinions i necessitats diversos. La seva implicació en un procés de remodelació dels serveis és necessari-convenient pels objectius fixats.
- Així mateix les diverses posicions i interessos dels diferents actors aconsella treballar amb una metodologia de consens.

4. Quan ho farem?

La implementació d'una reformulació com l'exposada requereix un procés.

Cal dir, però, **que la urgència de regular, ordenar i millorar el sector és important** a causa dels diversos factors que ja s'han assenyalat, entre els quals volem recordar:

- Els fenòmens socials citats que pressionen la demanda d'atenció i que poden, si no s'atenen, disminuir el nivell de benestar assolit.
- Una oferta diversa sense regles de joc i una "pseudo oferta" de serveis.
- Algunes pràctiques no controlades que ocasionen lesió de drets bàsics en les persones ateses i/o els seus bens.
- Si es mantenen els actuals nivells de cobertura la demanda d'atenció es polaritzarà progressivament vers l'atenció residencial, i si aquesta no és assolible, situacions necessitades d'atenció quedaran desatenses.

Aquestes alertes són un motiu d'embranchada per iniciar, amb promptitud la reformulació dels Serveis d'Atenció domiciliària a Catalunya.



Euroccat, març de 2003.