

Amb la col·laboració de:



Monogràfic 4

ANÀLISI DEL SERVEI D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA (SAD) A CATALUNYA

Document elaborat pel Grup de Treball de l'Àmbit de les Discapacitats, del Col·legi Oficial de Treballadors Socials i Assistents Socials de Catalunya

Per a l'elaboració d'aquest document agraïm la col·laboració de la nostra col·lega Maria Ramos



1.- DEFINICIÓ

El Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) és un conjunt organitzat i coordinat de funcions, assistencials, educatives, preventives i socialitzadores, que es realitzen en el domicili de l'usuari amb la finalitat de prestar suport personal i social, atenció i ajuda a persones o famílies en situació de falta d'autonomia personal, dificultats de desenvolupament o amb problemàtiques familiars especials.

2.- HISTÒRIA I EVOLUCIÓ DEL SAD

Segle XIX: al començament el SAD es proporcionava com una ajuda gracieble, només per a persones dependents. Es duia a terme per institucions religioses i benèfiques (Obra de la Visitació).

- Van ser més de 20 les congregacions que atenien els ancians a casa seva.
- La figura de la VETLLADORA s'encarregava de complir la funció de l'atenció domiciliària quan anaven a assistir ancians i malalts a casa seva.

1970: el Ministerio del Interior dicta una ordre en la qual encomana a l'aleshores anomenat Servicio de Asistencia a Ancianos l'organització de l'Ajuda Domiciliària.

1971: any en què es crea el PLAN GERONTOLÓGICO NACIONAL, que anava adreçat als pensionistes amb algun problema de salut. Es contempla l'atenció domiciliària.

1978: a través de l'Article 1r de la Constitució Espanyola es constitueix un Estat Social i de Dret.

1979: Estatut d'Autonomia de Catalunya, Article 7. La Generalitat de Catalunya assumeix competències en matèria de Serveis Socials. Després de les primeres eleccions municipals, els ajuntaments democràtics fan una aposta clara per diferenciar-se del que fins aleshores havien estat. Es creen els Serveis Socials de Base, amb les figures professionals de treballador/a social, educador/a i treballador/a familiar.

1982: creació de l'ICASS (Institut Català d'Assistència i Serveis Socials), que assumeix l'atenció domiciliària de les persones grans.

1985: Llei 26/1985, de Serveis Socials, que reconeix el dret de tots els ciutadans als Serveis Socials.

1994: Llei 4/1994, de Serveis Socials. L'atenció domiciliària passa a ser competència plena d'ajuntaments. Descentralització dels Serveis.

3.- MARC LEGAL

El Servei d'Atenció Domiciliària queda regulat per les normatives següents:

- Departament de Benestar Social, **Decret Legislatiu 17/1994**, del 16 de novembre, en matèria d'Assistència i Serveis Socials

Aquesta llei té per objectiu ordenar, estructurar, promoure i garantir el dret a un sistema de Serveis Socials de responsabilitat pública en l'àmbit territorial de Catalunya.

Tota persona té dret a l'accés dels Serveis d'Atenció Primària als Serveis Especialitzats, d'acord amb les condicions que es determinin per reglament. Aquest accés es produeix en qualsevol cas, en condicions d'igualtat i tenint en compte les necessitats dels beneficiaris.

El Sistema Català de Serveis Socials s'estructura funcionalment en:

- Serveis Socials d'Atenció Primària (dels quals depèn el SAD)
- Serveis Socials d'Atenció Especialitzada
- **Decret 284/1996**, del 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials

El Decret ordena el Sistema Català de Serveis Socials i també actualitza les condicions funcionals i la tipologia de serveis i establiments socials.

4.- SERVEIS QUE ENGLOBA L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA

Decret legislatiu 284/96, sobre el Servei d'Ajuda i Atenció Domiciliària

El SAD, a més de l'**Ajuda a Domicili** pròpiament dita (punt 5), està format per altres serveis que, encara que independents entre si, poden ser prestats al mateix temps en un sol domicili, per a un únic usuari i/o família, amb la finalitat de donar cobertura a diferents necessitats:

- **Servei d'alarma telefònica o teleassistència.** Instal·lació d'un aparell connectat, a través de la línia telefònica, a una central receptora de senyals d'emergència que rep la demanda d'atenció a l'usuari amb només prémer el botó. Aquesta proporcionarà la resposta més adient en funció de la necessitat, contacte amb familiars o persones seleccionades per l'usuari prèviament i/o transport sanitari d'urgència (ambulància, metge, etc.).
- **Neteja.** Servei d'ajuda domèstica adreçat a aquelles persones que per discapacitat i/o malaltia ho requereixin.
- **Reparacions a la llar.** Facilitar a l'usuari i/o família els mitjans tècnics per fer reparacions de primera necessitat a la llar, tenint en compte, fonamentalment, aspectes relacionats amb higiene (arranjaments de cuines i banys, instal·lació d'aigua calenta...), salut (humitats, sortida de fums, ventilació...) i seguretat (instal·lació elèctrica, agafadors al bany, accessibilitat...).
- **Àpats a domicili.** Proporcionar a aquelles persones que no poden cuinar els aliments i no poden assistir a un menjador un àpat diari, suficient, equilibrat i ben preparat.
- **Bugaderia.** Amb la contractació de serveis amb bugaderies es vol assegurar la neteja de la roba dels usuaris, si és més rendible que la instal·lació d'una rentadora a la llar.

5.- SERVEI D'AJUDA A DOMICILI

Definició

És un servei d'ajuda que un professional amb una formació específica presta, de manera individual i/o familiar, al domicili de l'usuari, on atén les seves necessitats bàsiques i de relació.

Objectius

- Objectiu general: millorar la qualitat de vida i autonomia de les persones ateses pel SAD per evitar o endarrerir-ne la institucionalització en centres residencials.
- Objectius específics: els objectius específics que marquen l'acció en l'Ajuda a la llar s'estableixen en funció de la demanda, estudi, diagnòstic i valoració professional.
 - Prevenir situacions de risc
 - Millorar la qualitat de vida i promocionar l'educació higienicosanitària
 - Refer vincles familiars
 - Treballar la relació de la persona amb la comunitat
 - Potenciar l'autonomia personal
 - Millorar l'equilibri emocional i psicològic
 - Oferir una atenció personalitzada
 - Oferir suport, orientació i informació a usuaris i/o familiars

Àmbits d'actuació i funcions de l'equip

L'equip està format per:

- treballador/a social
- treballador/a familiar
- auxiliar de la llar

Les funcions d'aquest equip són educatives, assistencials, preventives i socialitzadores.

1.- Funcions dels treballadors/es socials

- Recepció de la demanda
- Anàlisi de la demanda
- Estudi i diagnòstic de la problemàtica
- Elaboració del pla individual de treball, definició d'objectius, activitats, indicadors d'avaluació, periodicitat de l'atenció i horaris
- Presentació del professional de l'atenció directa
- Clarificació de les funcions i tasques del professional del SAD
- Visites periòdiques a domicili i seguiment
- Supervisió dels professionals del SAD
- Coordinació institucional
- Formació interna, donar a conèixer o facilitar l'accés a aquells temes d'interès professional

2.- Funcions dels treballadors/es familiars

- Promoure hàbits higienicosanitaris
- Suport en la higiene personal, incloent canvi de roba, rentat de cabell i tot allò que requereixi la higiene personal, amb atenció especial en persones enllitades i/o incontinents per evitar la formació d'úlceres
- Petites cures, sempre que estiguin supervisades pel personal sanitari corresponent
- Ajudar o donar suport a la mobilització a la llar. Enllitar i llevar del llit
- Ajudar a vestir
- Ajudar a menjar
- Suport en l'elaboració dels aliments d'acord amb unes dietes establertes
- Diverses gestions relacionades amb la vida diària de l'usuari, contactes amb familiars i veïns, recollida i entrega de documentació, acompanyaments a visites mèdiques i altres
- Suport en l'organització, manteniment i ordre domèstic
- Detecció de possibles canvis en la problemàtica i problemes familiars
- Seguiment dels tractaments mèdics
- Suport personal, social i familiar
- Totes aquelles tasques que no pugui realitzar l'usuari i es considerin necessàries per a una convivència normalitzada i integradora

- Excepcionalment altres serveis diferents dels anteriors, sempre que s'hagi convingut amb els Serveis Socials de referència

3.- Funcions de l'auxiliar de la llar

- Neteja de la llar
- Rentar, repassar i planxar la roba
- Fer compres domèstiques a compte de l'usuari
- Rentar la vaixela
- Cuinar o ajudar a cuinar aliments sempre que no sigui necessària una supervisió dietètica per raons de salut de l'usuari
- Altres tasques pròpies de la vida quotidiana domèstica per a les quals l'usuari es vegi incapacitat

6.- DESTINATARIS

Usuaris del SAD poden ser totes aquelles persones que, amb una discapacitat física, psíquica, sensorial, problemàtiques socials i/o familiars, necessiten el suport d'una tercera persona que asseguri la seva qualitat de vida i en molts casos permeti la continuïtat a casa seva, evitant una institucionalització no desitjada.

7.- REFLEXIONS / CONCLUSIONS

Actualment l'atenció domiciliària es relaciona fonamentalment amb necessitats de persones d'edat avançada, que són avui dia les principals usuàries d'aquest servei, malgrat moltes altres persones amb discapacitat física, psíquica, problemes de salut mental o fins i tot problemàtiques socials i/o familiars són destinatàries potencials d'aquest servei. L'increment de la dependència o de les discapacitats que afecten en la realització de les activitats bàsiques de la vida diària és un fet que, tot i que és més freqüent en les persones grans, afecta a totes les persones independentment de la seva edat, i afecta també de manera molt directa les famílies.

En el moment actual i dins del sector públic, el Servei d'Ajuda Domiciliària es presta des dels ajuntaments –fonamentalment adreçat a persones grans sense recursos

suficients que viuen soles–, i des de l'ICASS dins del Programa d'Ajudes d'Atenció Social a Persones amb Disminució, PUAS, a través del qual es pot concedir una prestació econòmica per ajudar a cobrir el cost d'una atenció domiciliària (persones amb discapacitat menors de 65 anys o que tenen el reconeixement de la disminució anterior a aquesta edat), i aquesta ajuda no suposa en cap cas la totalitat de la despesa.

Des de fa aproximadament un any, a Catalunya existeixen els programes anomenats "Suport a l'autonomia a la pròpia llar", prestació econòmica complementària i adreçada a persones amb discapacitat física, psíquica i/o problemàtica social derivada de malaltia mental que vulguin viure soles, en parella o amb altres persones amb disminució (fins a un nombre màxim de 4); i "Viure en Família", prestació econòmica no superior a 240,40 euros mensuals destinada a persones que amb discapacitat i/o dependència severa necessiten suport domiciliari. Ambdues prestacions són dependents del Departament de Benestar i Família de la Generalitat de Catalunya i incompatibles amb el programa PUAS.

Per culpa de l'escassa cobertura pública, associacions de persones amb discapacitat s'han vist obligades a la creació de programes, generalment finançats a través del 0,52 % de l'IRPF, que poden oferir aquest servei als seus membres.

En qualsevol cas, el Servei d'Ajuda a Domicili atén una mínima part de les persones que, en situació de dependència per discapacitat i/o malaltia, o amb problemàtiques socials i familiars greus, necessiten aquest suport, però és, d'altra banda, una atenció en la gran majoria dels casos incompleta. Una tasca que ara es veu obligada a assumir la família, sobretot les dones, i amb una dedicació que en molts casos supera les 40 hores setmanals, un handicap més per a la incorporació de la dona al món laboral. Existeixen nombrosos estudis sobre les repercussions d'aquest treball en els anomenats *curadors informals*, que s'ha definit com a "Síndrome de la Sobrecàrrega del Curador", amb problemes socials, psicològics, físics i econòmics.

Els Serveis d'Atenció Domiciliària no es troben entre els de més gran abast d'Espanya, ni en cobertura ni en intensitat. Espanya encara és un dels països de la UE que menys gasta en protecció social, 2.700 € per habitant i any enfront de 5.600 € de mitjana europea. Si comparem el nostre sistema amb altres països veiem que, igual que en altres serveis, al SAD ocupem un dels darrers llocs d'Europa. Els models vigents als països de la UE tenen diferents estructures de protecció. S'han aprovat, o

es troben en curs d'aprovació, mesures de reconeixement del dret a la dependència, amb el caràcter d'universal, a Alemanya, Àustria, França, Bèlgica, Regne Unit, Holanda, Luxemburg i els països nòrdics. Dinamarca i Suècia, per exemple, són els països que tenen els sistemes més desenvolupats d'atencions domiciliàries, infermeria de districte, àpats a domicili i treball social, tots finançats amb els impostos.

Així mateix, i pel que fa a l'aplicació de les noves tecnologies, existeix un mínim desenvolupament d'aquestes, que en l'actualitat es limita a la teleassistència o telealarma, amb una implantació baixa i irregular.

Un altre punt important a tenir en compte són els professionals que fan directament aquesta feina, els treballadors/es familiars (TF). En un principi a Catalunya era personal contractat pels ajuntaments o per la Generalitat, i la seva feina formava part d'un equip interdisciplinari. En el moment actual, i amb la política d'externalització de serveis, la major part d'aquests professionals depenen d'empreses privades que són subcontractades, suposant un perjudici clar per a la /al TF, que, a més de disminuir el seu poder adquisitiu, perd reconeixement professional. Amb la desaparició del treball en equip i l'escassa coordinació amb altres professionals les seves funcions queden clarament malmeses, i això afecta la qualitat del servei que s'ofereix.

En aquest sentit cal dir que, fora de la ciutat de Barcelona, ajuntaments de moltes localitats encara mantenen juntament amb el/la treballador/a social i educador/a social, la contractació pròpia d'un/a o més TF, encara que en la majoria dels casos insuficients per al total de la població atesa, recurrent així mateix a contractes amb empreses privades, o al ja estès "Xec-servei", prestació econòmica que, depenent de la renda familiar, cobreix una part del cost del Servei d'Atenció Domiciliària i que també es fa a través d'una empresa privada.

Paral·lelament, els qui tenen mitjans econòmics recorren a treballadors amb una presència cada cop més notable de personal no format. L'oferta privada és majoritària sobre la pública, i el cost elevat d'aquest servei, juntament amb l'escassa implicació dels serveis públics, ha fomentat l'intrusisme professional, amb formació escassa o nul·la i, en molts casos, important precarietat laboral.

Les professionals d'aquesta Comissió defensem un Servei d'Atenció Domiciliària basat en un equip multiprofessional, treballador/a familiar, metge, educador/a social, fisioterapeuta, terapeuta ocupacional, psicòleg/a, infermer/a, treballador/a social,

adreçat de la mateixa manera a totes aquelles persones que, per discapacitat, malaltia o problemàtica social i/o familiar, ho necessiten. Creiem necessària una feina interdisciplinària avançada cap a una integració dels serveis i recursos socials i sanitaris.

Entenem que tant el/la TF com la resta dels professionals que intervenen en un Servei d'Atenció Domiciliària han d'orientar la seva tasca a potenciar les capacitats de la persona assistida, promovent al màxim la seva autonomia i independència i amb respecte absolut envers aquesta. Cap professional pot o s'ha de situar en un pla superior a la persona usuària del servei, a qui, per altra banda, considerem important reconèixer el dret d'autogovern i autodeterminació. Desenvolupar el concepte de qualitat en l'atenció requereix que l'usuari i els familiars siguin el punt de partida del disseny i l'execució de l'atenció a la dependència.

Apostem per la creació d'una "Assegurança de Dependència" que, a través de cotitzacions a la Seguretat Social o impostos, pugui garantir que les necessitats bàsiques de les persones dependents quedin cobertes, assumint igualment l'atenció d'aquelles persones que per qualsevol motiu no hagin pogut cotitzar.

Així mateix, creiem important que la persona interessada, conjuntament amb els equips multiprofessionals, pugui valorar quina mena d'ajuda necessita i en quina intensitat la necessita. A partir d'aquí l'Estat pagaria a la persona amb dependència una ajuda (o a la seva família o persona responsable en cas d'incapacitació), i sempre amb una feina de supervisió i seguiment per part dels professionals implicats.

La Dependència s'ha de cobrir des de la Seguretat Social, similar a la cobertura d'atenció sanitària. Hauria de ser un dret universal de les persones, que no depengui de les circumstàncies econòmiques del sol·licitant i de la disposició pressupostària de l'atorgador. Una atenció domiciliària en funció d'un criteri de necessitat i no únicament econòmic. **Un Servei d'Atenció Domiciliària Públic de qualitat.**

- *Código de ética para profesionales de la Ayuda a Domicilio*. Editat per CADEVI. Juliol de 1997.
- Document de propostes per incloure en el Reglament Marc d'Atenció Primària. Associació de Treballadores Familiars de Catalunya. Març de 1999.
- Llibre Blanc de la gent gran amb dependència. Generalitat de Catalunya. Departament de Benestar i Família.
- Article a *El País*. 16 de març de 2003.
- Guia de recursos per a persones amb disminució. IMD 2002.
- Decret Legislatiu 17/1994, del 16 de novembre, en matèria d'Assistència i Serveis Socials. Departament de Benestar Social.
- Decret Legislatiu 284/1996, del 23 de juliol, de regulació del Sistema Català de Serveis Socials. Departament de Benestar Social.
- Programa de Suport a l'autonomia a la pròpia llar (DOGC núm. 3556, 18/1/2002).
- Programa Viure en Família (DOGC núm. 3669, 3/7/2002).
- INDESCAT

8.- FONTS
