

# Propuestas y recomendaciones de mejora de la atención domiciliaria en la UE



**Pilar Rodríguez**

# EL SAD EN SUECIA Y EN DINAMARCA (Lindström, 2015)

- El modelo tradicional (1960/1980): *la racionalidad de los cuidados* (K. Waerness)
- Los pequeños grupos autogestionados (80/90) (Eliasson): ampliación de cobertura, intensidad y coordinación.
- Modelo de taylorización de los SAD (años 90) (Eliason): se separa la planificación y la producción.
- La crítica y la readaptación

# Los servicios de proximidad



Mientras descende el SAD tradicional, se incrementa la provisión de servicios de proximidad.



Ratio 10% >65 años

# Innovaciones introducidas en Suecia y Dinamarca

- Libre elección de proveedor y ayuda a domicilio flexible
- Comparaciones abiertas entre Municipios (continuidad, seguridad, influencia, trato, flexibilidad, caídas),
- Prestaciones para adaptación vivienda y para productos de apoyo.
- Simplificación de sistemas de información, a través del móvil.
- Implementación de servicios de proximidad

# EL SAD EN ALEMANIA. Prestaciones derivadas de la Ley de Cuidados (M. Montero, 2015)

- Prestaciones para la permanencia en el domicilio (no existen incompatibilidades):
  - SAD profesional
  - Prestación económica para cuidados familiares (PECEF)
  - Combinación SAD + prest. Económica + comidas a domicilio
  - Respiro familiar: SAD, centro de día o estancia temporal
  - Prestaciones para productos de apoyo y adaptación vivienda (17% de las personas beneficiarias, con un coste medio de 2.382 €)
  - Afiliación a la Seguridad Social familias cuidadoras
  - Formación individual (*in situ*) o grupal

# LA REFORMA DE 2008

- Excedencia para cuidar de hasta 6 meses, conservando el alta a la S.S. y el puesto de trabajo.
- Creación de puntos de asesoramiento, organizando la gestión de los casos, inventariando recursos y servicios, incluido el voluntariado. Tramitan las solicitudes de prestaciones
- Derecho a tener un gestor/a de caso con las siguientes funciones:
  - Valoración de las necesidades del caso
  - Elaborar un plan personalizado con todo tipo de prestaciones y ayudas
  - Supervisar y, en su caso, adaptar el plan
  - Evaluar y documentar el proceso

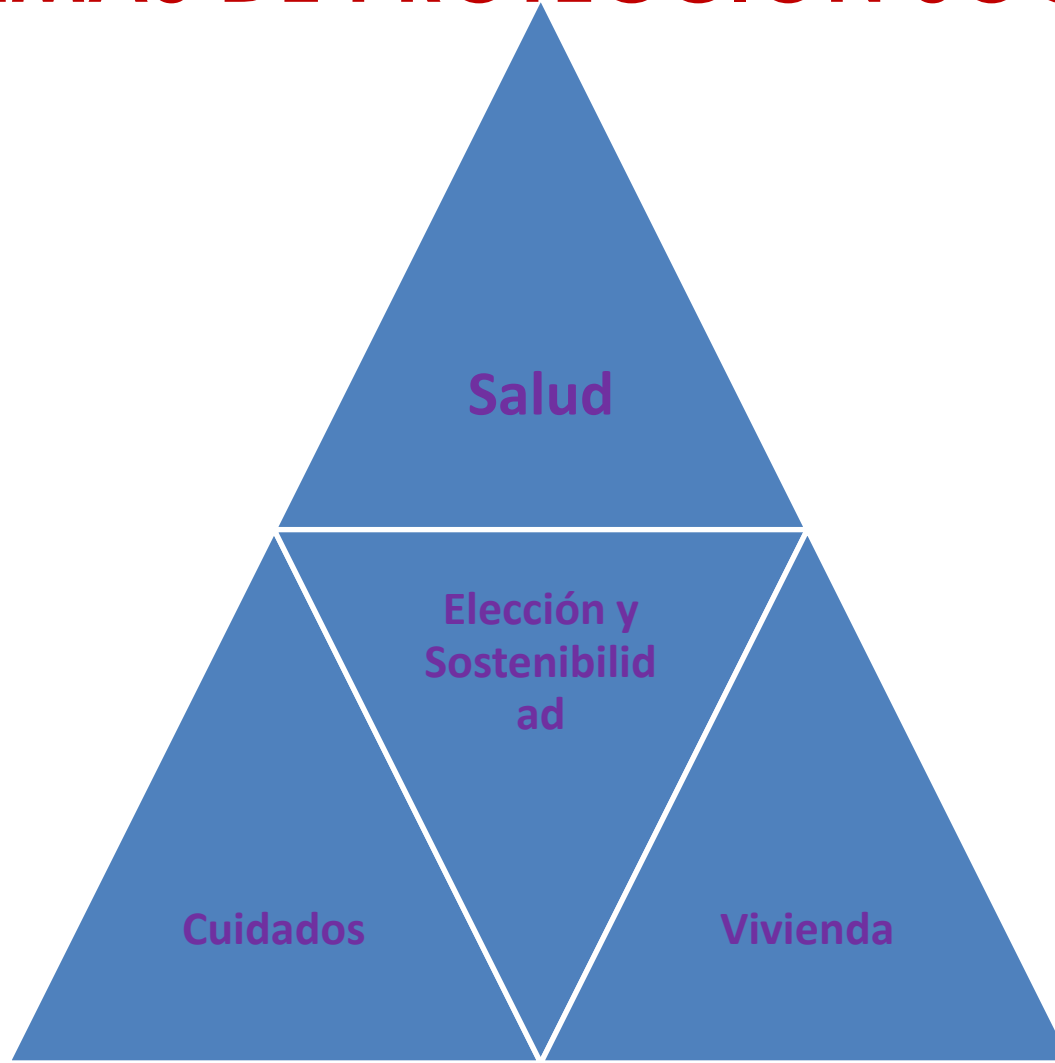
# **: LAS PREGUNTAS CLAVE**

***¿Los alojamientos que tenemos continúan siendo valiosos o tenemos que modificarlo?***

***¿Cómo encontrar el equilibrio entre los derechos de las personas, su libertad y sus preferencias, la salud y la seguridad?***

- Hemos reflexionado en serio sobre cómo queremos vivir?***
- Las Administraciones, los proveedores de servicios, arquitectos... están planificando de acuerdo a lo que las personas desean?***

# REINO UNIDO: EL PAPEL DE LA VIENDA EN LOS SISTEMAS DE PROTECCIÓN SOCIAL





# ESTUDIO SOBRE LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO. RESULTADOS ESTUDIO CUALITATIVO



FEDERACION ESPAÑOLA DE  
MUNICIPIOS Y PROVINCIAS



Para la Dependencia



# **METODOLOGIA: GRUPOS FOCALES A INFORMANTES CLAVE**

## **Participantes:**

- **Técnicos y directivos de Servicios Sociales de Administraciones Locales (Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales), procedentes de: Cataluña, Andalucía, Madrid, Castilla León y Castilla La Mancha.**
- **Profesionales y directivos de empresas prestadoras de SAD.**
- **Representantes de Colegios profesionales de Educación Social y de Trabajo Social.**

# CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL SAD

- ➔ Gran heterogeneidad de situaciones
- ➔ Necesidad de una reconceptualización, que se acentúa tras la implantación de la LAPAD
  - ➔ Tras la LAPAD el SAD ha sido “absorbido por la Dependencia”, dejando de dar servicio o disminuyendo la intensidad de éste a personas que antes se beneficiaban del mismo
- ➔ Tras el Real Decreto-ley 20/2012, el servicio ha sufrido una disminución considerable de horas y, con ello, una mayor rigidez de éste, provocando deficiencias en el servicio, dejando de cubrir las necesidades de la modalidad básica.
- ➔ Se considera un aspecto negativo la externalización y subcontratación con grandes empresas privadas prestadoras de servicios (es difícil competir con ellas desde la Admón Local) y que prime el precio sobre la calidad.
- ➔ Dificultades para controlarlo por proveedores externos
- ➔ Excesiva rotación auxiliares y baja cualificación

# TAREAS DOMÉSTICAS

*¿Han de permanecer las tareas domésticas como prestación propia del SAD o se han de incorporar a los servicios de proximidad complementarios?*

## A FAVOR DE QUE PASEN A SER SERVICIO DE PROXIMIDAD

- Se podría profesionalizar más la figura de auxiliar de SAD incrementando su dedicación a la atención personal
- Se podría ajustar mucho más la cualificación-salario

## EN CONTRA DE QUE PASEN A SER SERVICIO DE PROXIMIDAD

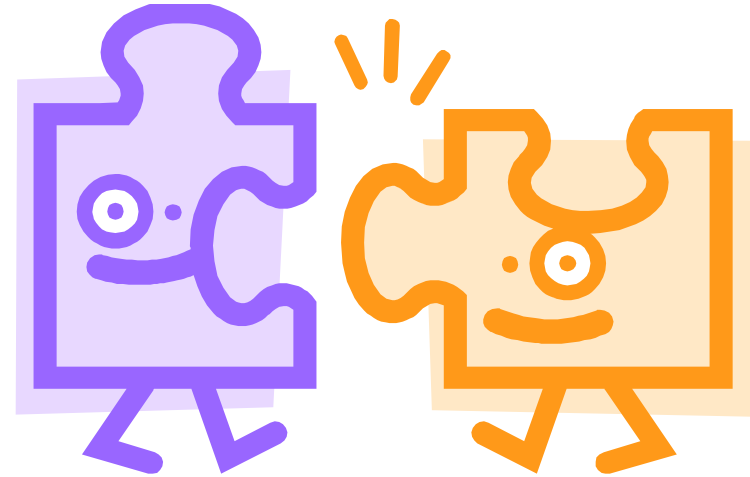
- Se aumenta el número de trabajadores/as que acuden al domicilio
- Se perdería el trabajo de prevención y de estimulación que pueden realizar las auxiliares de SAD aun cuando prestan sólo ayuda en tareas domésticas

# TELEASISTENCIA

¿Qué papel juega la teleasistencia y cuál debe ser su relación con el SAD?

➔ **COMPLEMENTARIEDAD** juntos facilitan la permanencia en el domicilio. Deben prestarse por la misma empresa

➔ Complementa al SAD prestando un apoyo 24 horas al día y 365 días al año. Al proporcionarse por vía telemática minimiza la “invasión” en los domicilios,

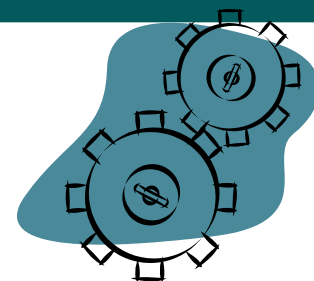


➔ Servicio muy **COSTO EFICIENTE**

➔ Se apuesta por sacarle más rendimiento a ésta a través de la puesta en marcha de otros servicios **TELEASISTENCIA AVANZADA y DOMÓTICA**

# COORDINACION SOCIOSANITARIA

*Líneas de actuación que deban emprenderse para la coordinación formal y estable entre el SAD y la atención domiciliaria sanitaria*



- ➔ Ambos sistemas y sus profesionales son igualmente necesarios y complementarios; en muchas ocasiones ninguno puede resolver por sí mismo la problemática que se presenta.
- ➔ La coordinación se produce la mayoría de las veces de manera informal, y depende de la voluntad de los y las profesionales que intervienen. La óptima utilización de los recursos pasa por:
  - ➔ encontrar cauces de auténtica coordinación.
- ➔ Creación de una figura de referencia para cada caso atendido
- ➔ Creación de mesas de coordinación de casos entre instituciones sociales y sanitarias

# EL SAD EN LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA GRADO III

- ❑ Es preciso reforzar la formación de los profesionales que intervienen (auxiliares, coordinadores, etc.) para que realmente se convierta en una modalidad especializada de ayuda a domicilio.
- ❑ Sin que suponga un encarecimiento del servicio hasta niveles insostenibles, porque lo convertiría en una inadecuada opción para personas con gran situación de dependencia.
- ❑ Esto requiere llevar a cabo una óptima gestión del SAD, incluyendo la coordinación sociosanitaria, para evaluar y conseguir que las personas que mejor puedan aprovechar este tipo de servicio no se queden fuera del mismo.
- ❑ La gestión y prestación del servicio debe llevarse a cabo desde los Ayuntamientos, como administración más cercana.

## Los cambios sociales:

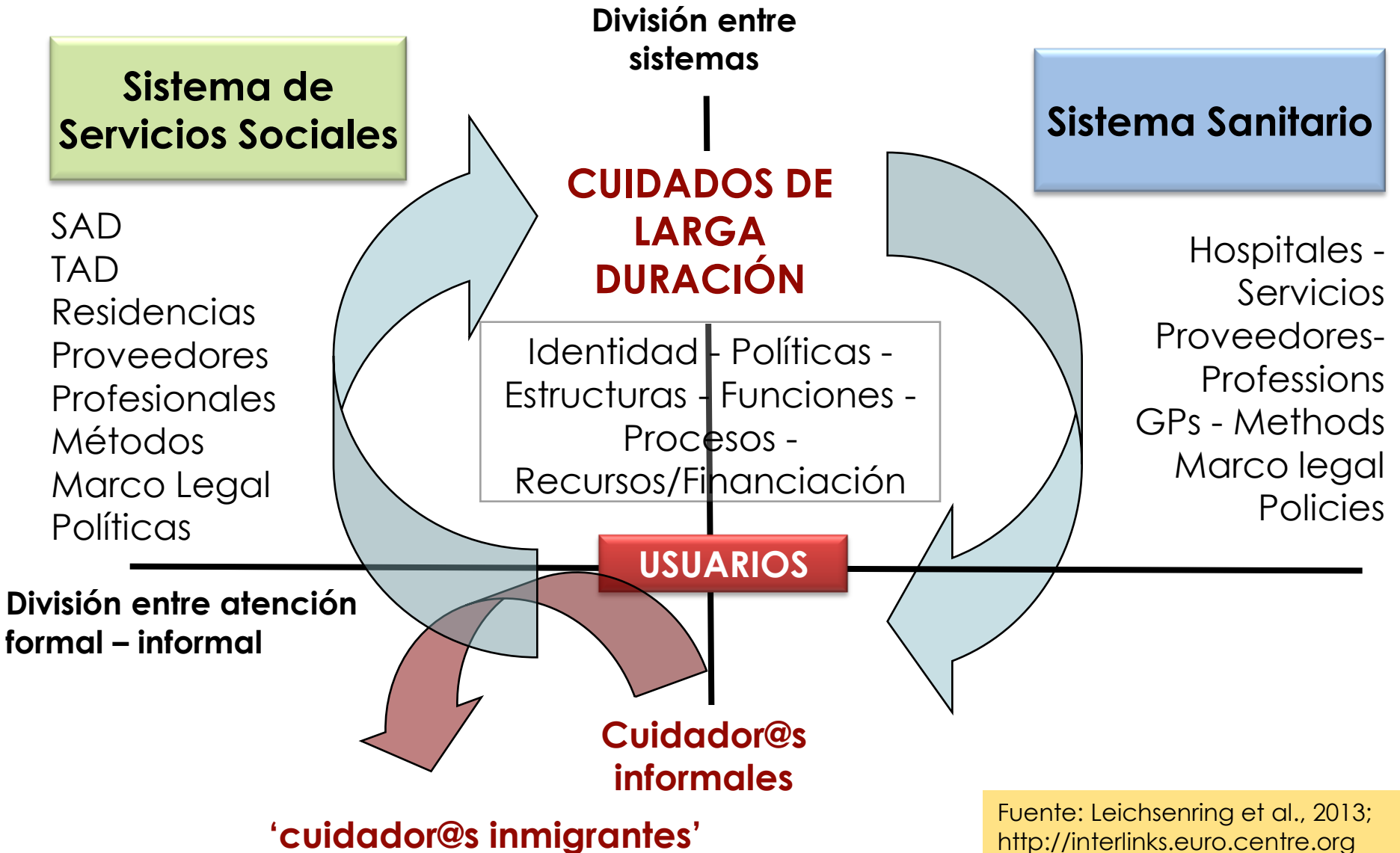
- transición demográfica,
- incremento de las situaciones de dependencia
- cambio de rol de las mujeres



**reparto cuidados entre familia (mujeres y hombres) y Estado**



# Hacia un sistema integrado de CLD



# METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE CASOS

La metodología de gestión de casos requiere de un profesional de referencia que diseñe el plan personalizado de atención, que coordine los recursos públicos y privados y a los profesionales y redes sociales comunitarias para dar una respuesta integral a las necesidades de las personas.

Para la elaboración del plan personalizado de atención es fundamental la efectiva participación de la persona y familia

# METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE CASOS

- ➔ Los profesionales no están familiarizados con esta metodología pero ven las ventajas que supondría llevarla a la práctica.
- ➔ Necesidad de desarrollar acciones formativas que faciliten la transmisión de este marco metodológico para aprender a trabajar desde itinerarios de atención integral y personalizada.
- ➔ Dificultad para que llegue a aceptarse que alguien asuma la responsabilidad de una intervención compartida y de la coordinación entre profesionales.
- ➔ Se conseguiría generar un único expediente por caso, en el que se incluiría tanto servicios sociales como dependencia, facilitando enormemente la coordinación.



**MUCHAS GRACIAS!**