

14 Projectes transformadors

Revisió d'experiències internacionals i estatals d'innovació a l'atenció domiciliària



**Diputació
Barcelona**

www.diba.cat

14 Projectes transformadors

Revisió d'experiències internacionals i estatals d'innovació a l'atenció domiciliària



Direcció i coordinació tècnica dels continguts:

Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona.

1a edició: febrer de 2023.

© **de l'edició:** Diputació de Barcelona

© **dels textos:** Joseba Zalakain, SIIS (Servei d'Informació i Investigació Social), Fundación Eguía-Careaga Fundazioa.

Edició i producció:

Subdirecció d'Imatge Corporativa i Promoció Institucional.

Disseny editorial:

Gal·la Pascual.

Maquetació:

Edicions MIC.

Sumari

PRESENTACIÓ	9
1. INTRODUCCIÓ	10
1.1. Objectius de l'informe	11
1.2. Metodologia i estructura	11
2. ALGUNES DADES BÀSIQUES SOBRE LA PRESTACIÓ DEL SERVEI D'AJUDA A DOMICILI A L'ESTAT ESPANYOL	14
3. EL MARC COMPETENCIAL I ORGANITZATIU DE L'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA ALS PAÏSOS ANALITZATS	26
4. DADES BÀSIQUES SOBRE L'ABAST, LA INTENSITAT I LA DESPESA DESTINADA AL SAD A DIVERSOS PAÏSOS D'EUROPA	34
5. PERFILS POBLACIONALS ATEsos PEL SAD, CRITERIS DE FOCALITZACIÓ I EINES DE VALORACIÓ I ESTRATIFICACIÓ	38
5.1. La focalització del SAD en les persones amb necessitats més intenses	39
5.2. Criteris d'accés al SAD als països analitzats	40
5.3. Eines de valoració, estratificació i planificació de l'atenció domiciliària	42
6. FÓRMULES D'ACCÉS AL SAD: PRESTACIONS ECONÒMIQUES I ASSIGNACIÓ DE SERVEIS EN ESPÈCIE	46
6.1. La creixent importància de l'elecció de les entitats proveïdores per part de les persones usuàries	47
6.2. Experiències d'interès	48
6.3. L'impacte de l'accés al SAD a través de prestacions econòmiques davant de l'assignació directa del servei	55
7. ASPECTES RELACIONATS AMB LES ENTITATS PROVEÏDORES DEL SERVEI	58
7.1. Característiques de les entitats proveïdores als països analitzats	59
7.2. L'impacte de la prestació privada del SAD en la qualitat de l'atenció	61
8. FÓRMULES DE CONTRACTACIÓ PÚBLICA DEL SERVEI	64
8.1. Innovacions en relació a la contractació pública del servei	65
8.2. Clàusules socials i contractació pública responsable	65
8.3. La concertació social en l'àmbit del SAD	65
8.4. Contractació per resultats	67
8.5. Promoció de noves fórmules empresarials	68

9. EL FINANÇAMENT DEL SAD I LA PARTICIPACIÓ ECONÒMICA DE LES PERSONES USUÀRIES	78
9.1. El finançament del SAD: elements generals	71
9.2. Experiències d'interès	75
10. CONTINGUTS I PRESTACIONS DEL SERVEI	80
10.1. Serveis bàsics del sad: entre cures personals i atenció domèstica	81
10.2. Serveis addicionals al SAD convencional	85
11. EINES PER A L'ATENCIÓ INTEGRADA	90
11.1. La integració de serveis en l'àmbit domiciliari	91
11.2. Experiències d'interès	91
12. SERVEIS DE REHABILITACIÓ A DOMICILI I ATENCIÓ A LES NECESSITATS SOCIOSANITÀRIES AL DOMICILI	96
12.1. Els serveis de rehabilitació a domicili: descripció general	97
12.2. Experiències d'interès	98
13. DIGITALITZACIÓ I NOVES TECNOLOGIES EN L'ÀMBIT DEL SUPORT A DOMICILI	100
14. ASPECTES RELACIONATS AMB LA QUALIFICACIÓ I L'ORGANITZACIÓ DEL PERSONAL I LES SEVES CONDICIONS LABORALS	106
14.1. Les professionals del SAD: entre la taylorització, la desprofessionalització i l'autogestió	107
14.2. Dotacions, requisits i perfils professionals en l'Atenció Domiciliària	110
14.3. Experiències d'interès	113
15. MECANISMES D'INSPECCIÓ, AVALUACIÓ I GARANTIA DE QUALITAT	118
15.1. La creixent importància de l'avaluació i la gestió de la qualitat en l'àmbit de l'atenció domiciliària	119
15.2. Experiències d'interès	120

16. SÍNTESI: TENDÈNCIES, BONES PRÀCTIQUES I INNOVACIONS EN ELS SERVEIS D'ATENCIÓ DOMICILIÀRIA A EUROPA	132
16.1. Models d'organització del SAD a alguns països d'europa	133
16.2. Principals tendències internacionals en relació amb el SAD	135
17. ORIENTACIONS I LÍNIES D'AVENÇ PER A LA MILLORA DEL SAD A LA PROVÍNCIA DE BARCELONA	140
17.1. Introducció	141
17.2. Orientacions i recomanacions	141
17.3. Línies prioritzades	150
18. ANNEX 1. PRIORITZACIÓ DE RECOMANACIONS PER PART DEL FÒRUM DE PERSONES EXPERTES EN CURES I DEL GRUP DE DISCUSSIÓ DE RESPONSABLES DE SERVEIS SOCIALS I DE SAD DE MUNICIPIS I COMARQUES DE LA PROVÍNCIA DE BARCELONA	152
BIBLIOGRAFIA I FONTS	157

Presentació

El Servei d'Ajuda Domiciliària (a partir d'ara, SAD), en el marc del conjunt dels SSAD, és un servei social bàsic amb una incidència important en l'accés a l'atenció i cures en el propi domicili, i també en el suport a les persones cuidadores no professionals, que fa possible una vida amb més autonomia, benestar i connexió amb la comunitat.

En el context actual de creixement de la població amb edats avançades, calen polítiques de promoció de l'envelliment actiu i, alhora, es fa imprescindible una reconfiguració estratègica del SAD per donar resposta a les necessitats de cures al llarg de la vida i, específicament, per revertir les cures de llarga durada cap al domicili i la comunitat.

En aquest marc, el projecte transformador 'Cap a un nou sistema públic de cures en la comunitat' de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona fa una aposta per repensar els models de SAD als municipis de la província de Barcelona, des d'un enfocament que millori l'impacte en la qualitat de vida i l'autonomia personal, així com la garantia d'una ocupació digna i de més equitat territorial en l'accés i intensitat del servei.

En aquest procés de revisió estratègica del SAD i d'impuls de la innovació en les formes de prestació, volem partir d'una anàlisi de tendències, models i experiències innovadores del nostre entorn europeu i estatal, que poden ser un factor inspirador i motivador en la millora dels serveis d'ajuda domiciliària als municipis i ens locals de la província de Barcelona.

Així doncs, el document que us presentem vol promoure la reflexió i la reorientació del servei d'atenció domiciliària a partir, fonamentalment, de la identificació de tendències de canvi pel que fa a l'organització i la provisió del servei.

Per això, s'ha fet una recerca exhaustiva en col·laboració amb una entitat experta en l'anàlisi de polítiques socials, el SIIS -*Centro de Documentación y Estudios, de la Fundación Eguía Careaga*-, liderada per Joseba Zalakain, i s'ha comptat amb la col·laboració d'un grup de responsables de serveis socials d'ajuntaments de la província de Barcelona, així com amb els membres del Fòrum de Persones Expertes en Cures, per a la valoració i contrast de les recomanacions que recull l'informe.

Com a resultat d'aquest procés, aquest document és un punt de partida per seguir treballant a través d'espais de debat i d'acompanyament en la transformació, enfortiment i millora d'un servei clau en les polítiques municipals, l'economia local, la igualtat i la sostenibilitat de la vida en la comunitat.

Lluïsa Moret i Sabidó

Vicepresidenta primera i Presidenta de l'Àrea d'Igualtat
i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona

Introducció



01.

1.1 Objectius de l'informe

Com s'ha assenyalat en treballs previs del SIIS [1], els serveis d'ajuda a domicili o d'atenció domiciliària¹ han constituït, durant dècades, el principal suport públic ofert a les persones amb limitacions en la seva autonomia per romandre al seu entorn. Aquest protagonisme s'ha vist amenaçat, els darrers anys, a causa de la creixent demanda –que s'espera que continuï augmentant empenya per factors com l'envelliment de la població i la reducció de la capacitat de la xarxa informal d'atenció–, la irrupció de nous serveis i prestacions, i les dificultats de finançament que han portat, des d'algunes òptiques, a qüestionar la seva sostenibilitat financera a mig i, fins i tot, a curt termini. En aquest context, molts països europeus han optat per reformar la regulació del servei i la manera de prestar-lo.

Al nostre entorn més proper, les modificacions introduïdes per la Llei de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a la Dependència, juntament amb els canvis en els perfils i les necessitats de la gent gran i dels qui en tenen cura, han posat de manifest una situació relativament clara d'estancament o esgotament del servei d'atenció domiciliària, caracteritzat, en general, per una certa rigidesa i inflexibilitat, així com per dificultats creixents per donar resposta adequada a les necessitats de les persones potencialment beneficiàries del servei. Davant d'aquesta situació, s'ha posat de manifest **la necessitat de flexibilitzar, diversificar, enriquir i, alhora, especialitzar el servei d'atenció domiciliària**, de manera que pugui contribuir a garantir els suports necessaris a la gent gran o amb dependència que volen continuar residint al seu domicili.

En aquest context, l'objectiu d'aquest projecte és el de **facilitar la reflexió i marcar les línies bàsiques d'una possible reorientació del servei d'atenció domiciliària als municipis de la província de Barcelona, a partir, fonamentalment, de la identificació d'experiències internacionals i estatals d'innovació a l'atenció domiciliària**. Per això, l'objectiu fonamental d'aquest informe és identificar experiències internacionals i estatals d'innovació en aquest àmbit, descriure les principals característiques del SAD en una sèrie de països d'Europa, identificar les tendències de canvi

respecte a l'organització i la provisió del servei, i descriure algunes bones pràctiques concretes desenvolupades en l'àmbit local.

Més concretament, els objectius del projecte són:

1. Conèixer les característiques i el funcionament dels serveis d'assistència domiciliària en una selecció de països del nostre entorn.
2. Identificar tendències, innovacions i elements de bona pràctica en l'organització i la provisió del servei.
3. Identificar, a partir d'aquesta anàlisi, orientacions i recomanacions bàsiques per al reposicionament del SAD en el marc dels serveis de suport a la gent gran i per a l'actualització de les funcions i fórmules organitzatives.

1.2 Metodologia i estructura

L'informe recull informació de tres tipus:

- D'una banda, descriu els **elements principals del funcionament del SAD en una sèrie de països i regions d'Europa**. En aquest cas, es tracta d'un enfocament bàsicament descriptiu, amb el qual es pretén donar compte dels elements que defineixen el servei en aquestes regions i països.
- D'altra banda, s'identifiquen i es descriuen algunes **tendències definides a la revisió de la literatura que s'ha realitzat**. Aquesta descripció també té un caràcter descriptiu i, sense valorar en quina mesura aquestes tendències són o no positives, s'han inclòs en la revisió per poder conèixer en quin sentit(s) està evolucionant el SAD als països del nostre entorn.
- Finalment, es recullen algunes innovacions i exemples de pràctiques que s'han considerat d'interès dins de cadascun dels àmbits analitzats a cada país. No es tracta, estrictament, de parlar en tots els casos de bones pràctiques, donat que no en tots ells s'ha acreditat suficientment l'efectivitat o la replicabilitat d'aquestes experiències; però, en tots els casos, es tracta d' **experiències o innovacions d'interès** que podrien ser tingudes en compte per millorar els serveis d'assistència domiciliària a la província de Barcelona.

¹ A l'informe s'utilitzen de forma indistinta els termes d'assistència domiciliària, atenció domiciliària, ajuda a domicili i assistència a domicili, en la mesura que les quatre fórmules s'utilitzen, més o menys, habitualment al nostre entorn.

L'informe no recull, per tant, únicament experiències innovadores realitzades en el marc del SAD, sinó que descriu també el funcionament i les característiques del servei en bona part dels països del nostre entorn, així com algunes tendències de canvi que resulta convenient conèixer.

Des del punt de vista metodològic, la informació recollida ha estat obtinguda d'una revisió de la literatura publicada sobre el funcionament i les tendències de canvi, que es relacionen amb el SAD, als països del nostre entorn². S'han consultat diversos informes, investigacions i articles científics, així com les pàgines web de les entitats responsables de la prestació d'aquests serveis i la base de dades del MISSOC (*Mutual Information System on Social Protection*). També s'han consultat, en alguns casos, les estadístiques que als diversos països es publiquen en relació amb les cures de llarga durada i, més concretament, en relació amb els serveis d'assistència domiciliària.

Algunes de les experiències recollides a l'informe han estat resumides d'una sèrie d'anàlisis monogràfics més amplis realitzats per a la Diputació de Barcelona per Vanessa Davey. Aquests anàlisis monogràfics es recullen, a més a més, en una publicació sobre estudis de cas del SAD (Diputació, 2022)

Pel que fa a l'estructura de l'informe, s'ha optat per articular tota la informació recollida segons una sèrie d'eixos temàtics. Aquesta estructura obliga que determinades qüestions s'assenyalin més d'una vegada, en la mesura que és difícil delimitar algunes qüestions d'altres, i, potser també, a plantejar la informació relacionada amb les experiències de cada país de manera relativament inconnexa. S'ha considerat, en qualsevol cas, que aquesta estructura és preferible a la descripció del model país per país, ja que aquest esquema obliga a una anàlisi molt més exhaustiva de la realitat de cada país. Per a cadascun dels eixos temàtics, s'ofereix, en primer lloc, una informació descriptiva bàsica de caràcter general i, després, els models d'organització i/o les experiències de bona pràctica que s'han detectat als països analitzats. Els eixos temàtics que s'han tingut en compte han estat els següents:

- Informació bàsica sobre el marc competencial i organitzatiu relatiu a l'atenció domiciliària als països analitzats.
- Dades bàsiques sobre l'abast, la intensitat i la despesa destinada al SAD als països analitzats.
- Perfils poblacionals atesos pel SAD, criteris de focalització i eines de valoració i estratificació.
- Fórmules d'accés al SAD: prestacions econòmiques i assignació de serveis en espècie.
- Aspectes relacionats amb les entitats proveïdores del servei.
- Fórmules de contractació pública del servei.
- El finançament del SAD i la participació econòmica de les persones usuàries.
- Continguts i prestacions del servei.
- Eines per a l'atenció integrada.
- Serveis de rehabilitació a domicili i atenció a les necessitats sociosanitàries al domicili.
- Digitalització i noves tecnologies en l'àmbit del suport a domicili.
- Aspectes relacionats amb la qualificació i l'organització del personal i les seves condicions laborals.
- Mecanismes d'inspecció, avaluació i garantia de qualitat.

A més d'aquests eixos temàtics, s'hi ha inclòs un capítol inicial on es contextualitza la situació del SAD en el marc de l'Estat espanyol, i un altre capítol final de conclusions i orientacions.

La informació relativa als països i als eixos temàtics analitzats no és homogènia i, de fet, no es recull informació respecte de tots els eixos per a tots els països. Alguns països produeixen més informació, dades, avaluacions o investigacions que altres –o ho fan, almenys, de manera més accessible– i, a més, alguns temes han estat molt més analitzats i avaluats que altres. En aquest sentit, és evident que les qüestions més vinculades a la planificació

2. Part d'aquesta informació es deriva d'un informe anterior sobre la reorientació del SAD municipal, realitzat pel SIIS en 2020 per a l'Ajuntament de Vitòria-Gasteiz [2].



i la definició de les polítiques reben a la literatura internacional disponible una atenció més freqüent i més sistemàtica que les relacionades amb l'atenció directa.

Pel que fa als països analitzats, es fa referència fonamentalment a **la situació a Alemanya, França, Escòcia, Anglaterra, Suècia, Dinamarca, Holanda i algunes comunitats autònomes espanyoles** (especialment, pel que fa a les bones pràctiques i no tant al funcionament del sistema, ja prou conegut). Aquesta selecció de països permet conèixer la realitat del SAD als països amb models de benestar més desenvolupats i, alhora, recull informació de països amb sistemes de benestar i trajectòries organitzatives molt diferents en l'àmbit de la dependència o les cures de llarga durada.

Finalment, cal assenyalar que **la feina s'ha centrat en els serveis d'ajuda domiciliària per a persones grans en situació de dependència**. Tot i que, en alguns casos, és obligatori fer referència als serveis d'assistència orientats a altres col·lectius –persones adultes, persones grans autònomes amb necessitats d'un altre tipus... – i a aquells que s'emmarquen en altres sistemes d'atenció

(assistència social, salut, serveis sociosanitaris...), depenent de la configuració del model a cada país. D'altra banda, si bé el centre d'atenció de l'informe és l'ajuda a domicili, tal com es defineix a la Llei 39/2006 de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones amb Dependència,³ en alguns casos, l'anàlisi s'estén a altres prestacions adreçades a les persones dependents que resideixen al seu domicili i que es poden entendre com a complement del SAD (o, a la inversa, que són complementats pel SAD). En aquest sentit, si bé l'informe se centra de forma específica al SAD, fa referència també al conjunt dels serveis a domicili prestats a la gent gran i/o amb dependència.

3. D'acord amb l'article 23 d'aquesta Llei, el servei d'ajuda a domicili el constitueix el conjunt d'actuacions dutes a terme al domicili de les persones en situació de dependència per tal d'atendre les necessitats de la vida diària, prestades per entitats o empreses acreditades per a aquesta funció, i podran ser els següents:

- Serveis relacionats amb l'atenció personal en la realització de les activitats de la vida diària.
- Serveis relacionats amb l'atenció de les necessitats domèstiques o de la llar: neteja, rentat, cuina o altres.

Algunes dades bàsiques sobre la prestació del Servei d'Ajuda a Domicili a l'Estat espanyol

02.

Com s'acaba d'assenyalar, a fi de contextualitzar el contingut de la resta de l'informe, en aquest apartat es descriuen algunes dades bàsiques en relació amb el funcionament i l'organització del Servei d'Ajuda a domicili (SAD) a les CCAA espanyoles. En la mesura que la realitat del servei a les diferents comunitats –i, fins i tot, als diferents municipis, comarques o províncies– és molt diferent, la informació que es recull és molt genèrica i pretén únicament servir de marc per contextualitzar la descripció de les experiències, tendències i bones pràctiques que es descriuen en els capítols següents.

Abast, cobertura i intensitat del SAD a Espanya

Pel que fa a les dades bàsiques sobre l'abast del SAD a Espanya, les dades oficials en relació amb la cobertura del SAD són les següents:

- Segons l'últim informe de l'IMSERSO sobre els serveis socials per a la gent gran a Espanya, amb dades relatives al 2019 [3], el 2019 van utilitzar aquest servei un total de 454.068 persones, fet que suposa una cobertura del 4,93% en relació amb la població gran. D'acord amb aquestes dades, les taxes de cobertura oscil·len entre l'1,72% a la regió de Múrcia i el 9,33% a la Comunitat de Madrid. La intensitat mitjana és de 20,5 hores mensuals, amb taxes que oscil·len entre 10 hores mensuals a Catalunya i la Comunitat Foral de Navarra, i 46 hores/mes a la ciutat autònoma de Melilla. A la província de Barcelona, segons el Diagnòstic de serveis de cures d'àmbit domiciliari i comunitari elaborat per la Diputació de Barcelona [8], la cobertura del SAD és del 4,2% de la població de 65 anys i més, i la intensitat mitjana és de 21,4 hores mensuals al SAD dependència i 8,6 al SAD social, la qual cosa dona una intensitat conjunta de 16,5 hores al mes, per sota de la mitjana estatal.
- D'acord amb les darreres estadístiques del SISA-AD, el nombre de persones usuàries del SAD, en el marc del sistema d'atenció a la dependència, és de 265.947, fet que suposa el 17% de totes les prestacions concedides en el marc del SAAD. El percentatge més elevat correspon a Andalusia (34%) i el més reduït a les Canàries (0,08%). En termes de cobertura, el percentatge de persones usuàries del SAD de dependència equival al 2,8% de la població de 65 anys i més. A elles, caldrà afegir prop de 43.000 persones que, dins del SAAD, accedeixen

al SAD a través de la Prestació Econòmica Vinculada al Servei (PEVS), de manera que la cobertura total pujaria al 3,1% de la població major de 65 anys. A la província de Barcelona, segons el Diagnòstic de serveis de cures d'àmbit domiciliari i comunitari elaborat per la Diputació de Barcelona [8], la cobertura del SAD de dependència (en servei i PEVS) equival al 2,7% de la població més gran de 65 anys, per sota de la mitjana estatal.

En el cas de les persones usuàries del SAD de dependència, no hi ha estadístiques relatives a la intensitat del servei, si bé s'estableixen, a nivell estatal, una sèrie d'intensitats màximes, que els municipis i les CCAA poden, en qualsevol cas, si ho desitgen, incrementar.¹ Es tracta d'intensitats legalment establertes com a nivell mínim de protecció, de manera que les administracions competents –autònòmiques o forals– poden incrementar el nombre d'hores sempre que ho facin amb càrrec al nivell addicional de protecció, el finançament del qual correspon totalment a les esmentades administracions. Tot i això, atenent les hores mensuals de SAD efectivament assignades a cada perceptor, resulta que la mitjana d'intensitat horària del servei no arriba a les 20 hores mensuals, és a dir, al màxim establert per a les persones dependents amb menys necessitat de cures (el grau I). Encara que aquesta mitjana amagarà diferències per grau de dependència i serà, en part, el resultat de la distribució per graus de dependència de la població de cada territori, no deixa de cridar l'atenció per la seva escassetat [4]. En aquest mateix sentit, al Diagnòstic de serveis de cures d'àmbit domiciliari i comunitari, elaborat per la Diputació de Barcelona, s'observa que, a la província de Barcelona, el SAD per a persones amb grau I compleix de mitjana la intensitat fixada per llei (amb 16,9 hores mensuals); però, tot i així tampoc no arriba al màxim previst.

1. Les intensitats contemplades a l'Annex II del Reial Decret 1051/2013, de 27 de desembre, pel qual es regulen les prestacions del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència, establertes a la Llei 39/2006, de 14 de desembre, de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les persones en situació de dependència són les següents:

- Grau III. Entre 46 i 70 hores mensuals.
- Grau II. Entre 21 i 45 hores mensuals.
- Grau I. Màxim 20 hores mensuals.

Perfils poblacionals atesos i criteris d'accés

D'acord amb les dades de l'IMSERSO, gairebé el 50% de les persones usuàries del SAD (incloent tant el SAD prestat en el marc del sistema d'atenció a la dependència, com el denominat SAD social, bàsic o per a persones autònomes) són dones més grans de 80 anys i el 18% homes més grans d'aquesta edat, també. El 22% són dones de 65 a 79 anys i el 9% restant homes d'aquesta edat.

Com s'acaba d'assenyalar, les vies bàsiques d'accés al SAD a l'Estat espanyol són dues:

- D'una banda, la majoria de les persones usuàries accedeixen al servei en el marc del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència (SAAD), una vegada obtinguda la valoració de dependència (Graus I, II o III) i una vegada prescrit el servei al Pla Individual d'Atenció (PIA). Si bé aquesta modalitat es pot considerar una prestació especialitzada [5], a la major part de les carteres de serveis socials s'engloba dins dels serveis socials d'atenció primària.

Les persones que tenen dret a accedir al SAD com a prestació específica d'atenció a la dependència són aquelles que tenen reconeguda la situació de dependència mitjançant resolució de l'Administració autonòmica o foral corresponent, que és la que té la competència de reconeixement, i el PIA, elaborat amb motiu d'aquest reconeixement, estableix que el SAD és la prestació –o una de les prestacions– que s'ajusta més a les seves necessitats. Si bé el dret a accedir al SAD és definit per la LAPAD com un dret subjectiu, l'accés efectiu està condicionat (1) pel grau de dependència –prioritat dels dependents de més grau– i, (2) a igual grau, per la capacitat econòmica del sol·licitant –prioritat dels dependents amb menys capacitat econòmica– [4].

- Una part important de les persones usuàries no compten amb una valoració de dependència i accedeixen al servei mitjançant altres fórmules, generalment en el marc dels serveis socials municipals d'atenció primària. Encara que la denominació del servei sol ser diferent (SAD social, SAD per a autònoms, SAD bàsic, etc.), la pràctica totalitat de les CCAA ofereixen aquest servei a les seves carteres de serveis socials, orientat a les persones en



risc social, risc de dependència o altres situacions de vulnerabilitat o desprotecció. En aquests casos, el contingut del servei està més orientat a les tasques domèstiques i a les d'acompanyament social o intervenció socioeducativa. En CCAA amb temps d'espera elevat per accedir a la valoració de la dependència o al PIA, com és el cas de Catalunya (un 31,8% de les persones amb grau de dependència reconegut estaven a l'espera d'una prestació el 2020; una de les comunitats autònomes que presenta més temps d'espera entre la sol·licitud de valoració i la recepció efectiva de la prestació, amb terminis propers als dos anys, segons l'informe del Consell Econòmic i Social de 2020), el SAD social també es presta a persones en situació de dependència que estan a l'espera de l'exercici efectiu del seu dret a atenció.

Tot i que les fórmules organitzatives són diferents a les diferents comunitats autònomes, els serveis d'assistència domiciliària són, en general, prestats pels ajuntaments des dels serveis socials d'atenció primària, si bé intervenen també en el seu finançament i, en ocasions, en la seva gestió –especialment, en el cas del SAD per a persones amb valoració de dependència–, altres instàncies de l'administració, com els Governos autonòmics o les Diputacions. D'altra banda, si en el cas del SAD de dependència es tracta, en totes les comunitats autònomes, d'una prestació garantida, el SAD social, bàsic o d'autònoms no té en tots els casos aquesta consideració.

Tot i que no hi ha dades globals sobre el nivell de cobertura de les necessitats, diferents estudis apunten a la insuficiència del model actual de SAD per donar resposta a les necessitats de la població gran i/o dependent. Segons un estudi de la Fundació Caser publicat el 2015 [6], es pot dir que “els recursos disponibles són insuficients per atendre totes les peticions existents i que, per tant, no s’aconsegueix cobrir la demanda i segueixen existint llistes d’espera per al SAD en una part dels municipis, si bé són la majoria els que no en tenen, cosa que contrasta amb resultats d’anys anteriors. Si es té en compte, d’altra banda, que els pressupostos per a serveis socials en general i per al SAD en particular s’han anat reduint durant els darrers anys, encara resulta més sorprenent que les llistes d’espera s’estiguin reduint, cosa que sembla un indicador que aquest servei està perdent atractiu entre els seus potencials destinataris”.

Un altre dels motius de la insuficiència del SAD està lligat al creixement de les necessitats per sobre de l’esforç pressupostari, fins i tot a municipis que han incrementat la partida dels SSAD. És el cas dels municipis que participen del Cercle de Comparació Intermunicipal de serveis socials de la província de Barcelona, on s’observa un creixement sostingut dels pressupostos des del 2010, però la cobertura es manté en el mateix 4,2% de la població de 65 i més anys, i la intensitat tampoc no incrementa. Això s’explica pel creixement de 2,3 punts percentuals de la població més gran de 65 anys a la província de Barcelona, durant aquest mateix període, a més de l’increment del preu/hora del servei; de manera que, atesa la tendència incremental de la població més gran, si s’aspira a mantenir o incrementar les taxes de cobertura actuals, caldrà ampliar la prestació del servei per sobre de la taxa d’envelliment de la població.

En sentit semblant, l’informe de 2020 del Consell Econòmic i Social (CES) sobre el sistema de promoció de l’autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència [4] assenyalava que “amb l’aprovació de la LAPAD, el servei d’ajuda a domicili es comença a desenvolupar com una prestació específica de dependència, professionalitzada i garantida –atesa la naturalesa de dret subjectiu que li atorga la LAPAD– dins del SAAD; un sistema que també ha comportat millores en termes de participació i de coordinació dels tres nivells de l’Administració pública”. L’informe afegeix, però, que “actualment, transcorreguts catorze anys des de l’entrada en vigor de la LAPAD, encara s’observen problemes i deficiències en la configuració i l’ús del servei d’ajuda a domicili com a prestació específica de dependència”.

Al marge de les assenyalades, hi ha, a més, altres vies d’accés a altres serveis d’atenció domiciliària, com els serveis d’hospitalització o d’infermeria a domicili presats a l’àmbit de l’atenció sanitària, o, en l’àmbit de les prestacions econòmiques de la Seguretat Social, el Subsidi per Ajuda de Tercera Persona (SATP), en vies de desaparició. Aquest informe se centra, en qualsevol cas, en els serveis d’atenció domiciliària que es presten des del sistema públic de serveis socials.

Fórmules d’accés al servei: contractació pública i prestacions econòmiques

En aquest marc, l’accés al servei s’articula, fonamentalment, al conjunt de l’Estat espanyol, a través de tres vies:

- La via majoritària és l’assignació del servei per part de l’administració competent a la persona usuària, independentment que en contracti la provisió directa a altres proveïdors externs. Així, l’administració competent (generalment municipal) és l’encarregada de l’assignació i la prestació del servei, bé mitjançant personal propi –cosa que resulta relativament infreqüent–, bé mitjançant la contractació del servei a altres entitats proveïdores, generalment empreses privades amb finalitat de lucre i cooperatives. En aquests casos, l’Ajuntament licita el servei i estableix l’entitat que atindrà cada persona (en ocasions, en funció del domicili, quan la contractació es divideix en lots).
- En el marc del SAAD, ha anat creixent la fórmula d’accés al servei mitjançant la Prestació Econòmica Vinculada al Servei (PEVS), destinada, originalment, a contribuir al finançament del cost d’un servei, prestat per un centre o entitat privada, degudament autoritzada, quan no sigui possible l’accés a un servei de la xarxa pública. D’acord amb les dades de l’IMSESO relatives a desembre del 2020, gairebé un 25% de totes les PEVS concedides en l’Estat es vinculen a un servei d’atenció domiciliària, la resta correspon, bàsicament, a les prestacions vinculades a serveis residencials i als d’atenció diürna. Aquestes més de 43.000 prestacions econòmiques vinculades al SAD representen, en total, el 3% de totes les prestacions en vigor al desembre del 2020 en el marc del SAAD i al voltant del 15% de les persones usuàries del SAD, sumant els serveis d’atenció directa i els finançats mitjançant les PEVS. A la província de Barcelona, les PEVS també

representen el 3,3% de les prestacions del SAAD i el 15% de les persones usuàries del SAD de dependència, per tant, just a la mitjana estatal.

- Algunes Comunitats Autònomes i territoris forals –particularment, el Territori Històric de Guipúscoa– han apostat per l'extensió de la Prestació Econòmica d'Assistència Personal (PEAP) per donar resposta, bàsicament, a les mateixes necessitats que cobreix el SAD. Si bé, al territori històric de Guipúscoa, la cobertura d'aquesta prestació assoleix el 3,42% de la població major de 65 anys –igualant la cobertura de la Prestació Econòmica de Cures a l'Entorn Familiar (3,72%) i superant la del SAD (2,02%)–, en el conjunt de l'Estat espanyol, la cobertura d'aquesta prestació és, en qualsevol cas, molt reduïda i gairebé no representa el 0,6% de totes les prestacions i els serveis vinculats al SAAD.

El finançament del SAD i la participació econòmica de les persones usuàries

L'informe 2020 del Consell Econòmic i Social (CES) sobre el sistema de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència [4] assenyalava, en relació amb el finançament del SAD, que atenent l'article 33 de la LAPAD, els perceptors del SAD participen en el finançament de l'esmentada prestació en funció de dos criteris: el cost del servei i la seva capacitat econòmica. En tot cas, «cap ciutadà no quedarà fora de la cobertura del sistema per no disposar de recursos econòmics» (art. 33.4).

D'acord amb l'informe del CES, les administracions autonòmiques o forals són les competents per determinar la manera com els perceptors del SAD participen en el finançament del cost del servei. Ara bé, donat que existeix una reserva material d'ordenació del SAD a favor de les Administracions locals, «les reglamentacions autonòmiques remetent, en general, a les previsions que a aquests efectes assenyalin les ordenances municipals». Aquestes ordenances solen establir taxes o preus públics per la utilització del servei i copagaments –determinats per l'instrument d'adjudicació– quan el servei és prestat per una empresa adjudicatària. Per tant, el copagament, si s'estableix com a tal, serà el que determinin les ordenances municipals.

L'informe del CES afegeix dues qüestions d'interès pel que fa als criteris per determinar la contribució dels per-

ceptors del SAD: per una banda, que el cost del SAD varia considerablement a nivell territorial. D'altra banda, que no existeixen uns criteris clars i homogenis sobre el concepte de capacitat econòmica sobre el qual es concreta la quantia del copagament a les diferents comunitats autònomes, ja que l'Acord del Consell Territorial del SAAD de 13 de juliol del 2012 establia, únicament, uns criteris molt generals i sense caràcter vinculant.

Així doncs, existeixen poques dades comparables sobre les fonts de finançament públic del servei, sobre el cost mitjà per hora de servei que abonen les administracions, sobre el preu públic establert a les persones usuàries i sobre l'aportació que realment aquestes realitzen. Es tracta, en qualsevol cas, d'un servei generalment subjecte a copagament, si bé no tots els ajuntaments apliquen una taxa o preu públic i, quan ho fan, els criteris per establir la participació econòmica de les persones usuàries són molt diferents.

A continuació, es recullen algunes dades relatives al conjunt de l'Estat espanyol i a la província de Barcelona:

- D'acord al ja esmentat informe de l'IMSERSO sobre els serveis socials per a la gent gran a Espanya [3], el preu públic mitjà per hora de servei a Espanya és de 14,1 euros, dels quals les persones usuàries aporten de mitjana 1,65 euros (11,3%). Si es té en compte una intensitat mitjana de 20 hores mensuals, s'obtingria un copagament mitjà mensual de 300,3 euros, que oscil·la, segons les dades de l'IMSERSO, entre els 150 euros de Navarra i els 460 euros d'Andalusia.
- Un estudi de la Fundació Caser realitzat el 2015, amb dades relatives al 2013 i corresponents a una mostra d'uns 300 municipis [6], assenyalava que el cost mitjà de l'hora del SAD se situa en 16 euros, mentre que el preu públic mitjà és de 10 euros. I si prenem com a indicador més ajustat la mitjana, s'obté un cost per hora de 14,67 euros i un preu públic d'11,00 euros, essent, en aquest últim cas, la subvenció que s'aplica per cada hora de prestació de 3,67 euros. El cost hora mitjà oscil·lava, en qualsevol cas, entre els 7,6 euros d'Extremadura i els 26,9 del País Basc.
- En el cas de la província de Barcelona, les dades del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials posen de manifest que la despesa municipal corrent per habitant destinada al SAD ascendeix a 22

euros anuals (dades pel 2019) i que aquesta despesa representa el 33,8% de la despesa corrent dels Serveis Socials de Base. El cost mitjà del servei externalitzat és de 16,5 euros l'hora. Cal tenir en compte que el 48,3% dels 58 municipis participants, a l'any 2019, al Cercle de Comparació, van oferir el servei d'ajuda domiciliària de manera, totalment, gratuïta.

D'altra banda, en relació exclusivament a l'àrea metropolitana de Barcelona, el darrer informe de l'Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona [7] posa de manifest, com s'assenyala més endavant, que el copagament del SAD cobreix al voltant del 8% de la despesa que representa el servei, amb un preu públic mitjà que ronda els 14 euros per hora. Aquest mateix informe indica que, en el cas d'una atenció de 30 hores mensuals, l'aportació econòmica mitjana requerida és de 50,3 euros per a les persones de l'estrat de renda més baix (6,4% dels seus ingressos), 175,2 euros per a les persones de l'estrat de renda intermedi (15,7% dels seus ingressos) i 328 euros (21% dels seus ingressos) per a l'estrat de més renda. Aquest estudi també assenyala l'existència d'un nombre determinat de municipis –que agrupen el 20% de la població de l'àrea metropolitana– en els quals no s'estableix un copagament a les persones usuàries, independentment del tipus de SAD que rebin.

Continguts i prestacions del servei

En el marc del SAAD, el Servei d'Ajuda a Domicili es defineix com el conjunt d'actuacions dutes a terme al domicili de les persones en situació de dependència a fi d'atendre les seves necessitats de la vida diària, prestades per entitats o empreses acreditades per a aquesta funció. Aquestes actuacions podran ser:

- Serveis relacionats amb l'atenció personal en la realització de les activitats de la vida diària.
- Serveis relacionats amb l'atenció de les necessitats domèstiques o de la llar: neteja, rentat, cuina o altres.

D'acord amb la concepció del SAD com a servei social de promoció, la normativa esmentada anteriorment estableix que els serveis d'atenció a la llar o domèstica no més es podran prestar conjuntament amb els d'atenció personal; excepcionalment, i de forma justificada, es podran prestar separatament, quan així es disposi al programa individual d'atenció (PIA) [4].

Al conjunt de l'Estat, d'acord amb les dades de l'IM-SERSO [3], el 63,7% de les hores d'atenció prestades corresponen a cures personals i el 33,9% a tasques domèstiques, mentre que a la província de Barcelona, el 37% de les persones ateses pel SAD ho van ser per la seva situació social i el 62% per una dependència legalment reconeguda. En el cas d'aquestes darreres, el 85% de les hores prestades correspon a cures personals i el 15% a tasques domèstiques [8].

En aquest marc, el perímetre del SAD i les tasques que contempla es defineixen de forma diferent en la normativa de les diferents CCAA i es complementen, en qualsevol cas, amb altres prestacions com serveis d'atenció diürna, serveis de prevenció de les situacions de dependència, de promoció de l'autonomia personal i de teleassistència, etc. El SAD contempla, en general, les tasques següents:²

- Atenció a les necessitats domèstiques o de la llar:
 - ▶ Pel que fa a l'alimentació:
 - Preparació d'aliments al domicili.
 - Servei de menjar a domicili.
 - Compra d'aliments a càrrec de la persona usuària.
 - ▶ En relació amb el vestit:
 - Rentat de roba al domicili i fora d'aquest.
 - Repàs i ordenació de roba.
 - Planxat de roba al domicili i fora del mateix.
 - Compra de roba a càrrec de la persona usuària.
 - ▶ Pel que fa al manteniment de l'habitatge:
 - Neteja quotidiana i general de l'habitatge, llevat de casos específics de necessitat en què aquesta tasca serà determinada pel personal tècnic responsable del servei.
 - Petites tasques domèstiques que faria la persona per si mateixa en condicions normals, i que no són objecte d'altres professions.

2. La descripció ha estat extreta de la pàgina web de la Junta d'Andalusia.

- Actuacions de caràcter personal:

► Relacionades amb la higiene personal:

- Planificació i educació d'hàbits d'higiene.
- Neteja i higiene personal.
- Ajuda a vestir.

► Relacionades amb la ingesta i hàbits alimentaris:

- Ajuda o donar de menjar i beure.
- Control de l'alimentació i l'educació sobre hàbits alimentaris.

► Relacionades amb la mobilitat:

- Ajuda per aixecar-se i ficar-se al llit.
- Ajuda per fer canvis posturals.
- Ajuda per a la mobilitat dins de la llar.

► Relacionades amb cures especials:

- Suport en situacions d'incontinència.
- Orientació temporal i en l'espai físic.
- Control de l'administració del tractament mèdic en coordinació amb els equips de salut.
- Assistència i acompanyament nocturns (vetlla).

► D'ajuda a la vida familiar i social:

- Acompanyament dins i fora del domicili.
- Suport a l'organització domèstica.
- Activitats de lleure dins del domicili.
- Activitats de foment de la participació a la seva comunitat i en activitats de lleure i temps lliure.
- Ajuda a l'adquisició i el desenvolupament d'habilitats, capacitats i hàbits personals i de convivència.

En el cas de Castella i Lleó, per assenyalar un altre exemple, el servei inclou les activitats següents:

- Atenció personal centrada en activitats bàsiques de la vida diària: relacionades amb la higiene personal, l'alimentació, la mobilitat, cures especials i d'ajuda a la vida familiar i social.
- Atenció domèstica centrada en activitats instrumentals de la vida diària: relacionades amb l'alimentació, el vestit i el manteniment de l'habitatge.
- Actuacions de suport psicosocial: intervencions educatives dirigides a promoure i fomentar l'adquisició, la recuperació, l'aprenentatge i el maneig de destreses, conductes i habilitats bàsiques, per po-

tenciar al màxim l'autonomia de la persona usuària i el seu entorn (tant d'habilitats psicosocials com sociocomunitàries).

D'altra banda, encara que el llistat d'activitats complementàries i/o modalitats del SAD és ampli i divers, cal recordar la prestació de forma complementària o addicional al SAD de serveis com ara:³

- menjars a domicili;
- bugaderia a domicili;
- adaptacions de la llar;
- productes de suport;
- transport accessible o adaptat;
- actuacions de suport a la família i/o a les persones cuidadores, incloent-hi suport psicològic, formació i serveis de respir.

A més, en alguns àmbits locals, els plecs tècnics estableixen el compliment de tasques preventives, alineades amb l'objectiu de prevenció que el servei també comporta en aquestes localitzacions. Les activitats de caràcter preventiu identificades en aquests casos són les d'escolta activa i les d'observació, detecció i comunicació de canvis i situacions de risc en la persona usuària o a l'entorn físic domiciliari [5].

També difereixen entre les diferents comunitats les normes establertes per a la compatibilitat del SAD amb altres serveis i prestacions. Si bé s'estableix a nivell estatal un règim d'incompatibilitat de les prestacions –en virtut del qual, per una banda, les prestacions econòmiques seran incompatibles entre si i amb els serveis del catàleg, llevat dels serveis de prevenció de les situacions de dependència, de promoció de l'autonomia personal i de teleassistència, i, per l'altra, els serveis seran

3. L'estudi de la Fundació Caser, prèviament assenyalat [6], indica que al voltant de la meitat dels municipis que van participar a la seva recerca ofereixen algun d'aquests serveis complementaris. Encara que les proporcions puguin oscil·lar una mica, la comparació d'aquests resultats entre municipis, segons el seu nombre d'habitants, mostra que, a mesura que s'incrementa la mida, més proporció de municipis presten serveis de proximitat finançats públicament, si bé amb escassa cobertura.

incompatibles entre si, a excepció del servei de teleassistència-, les administracions públiques competents podran establir la compatibilitat entre prestacions per a suport, cures i atenció que facilitin la permanència al domicili a la persona en situació de dependència, sempre que la suma d'aquestes prestacions no sigui superior, en conjunt, a les intensitats màximes reconegudes al grau de dependència.

Aspectes relacionats amb la qualificació i l'organització del personal i les seves condicions laborals

Pel que fa als aspectes relacionats amb la qualificació i l'organització del personal i les seves condicions laborals, no existeixen dades globals sobre la dotació del personal que treballa als serveis d'atenció domiciliària al conjunt de l'Estat, ni sobre les seves qualificacions. En tot cas, d'acord amb Franco i Ruiz [5], l'equip bàsic de treballadors amb què ha de comptar qualsevol entitat proveïdora està format per:

- Les auxiliars d'ajuda a domicili, que són les que desenvolupen les funcions d'atenció personal i domiciliària en el domicili de l'usuari, i que han de comptar amb les titulacions exigides (tècnic sociosanitari d'atenció a persones dependents al domicili, treball familiar, auxiliar d'ajuda a domicili, de geriatria o certificats de professionalitat).
- Les coordinadores tècniques: coordinen les auxiliars d'ajuda a domicili, en nombre variable segons els plecs. Solen tenir la titulació de treballador/a social, atès l'important component d'intervenció i promoció social de la seva funció. S'encarreguen de la prestació adequada del servei a la persona usuària, del seguiment dels casos, de l'elaboració d'informes d'atenció, de la resolució quotidiana d'incidències i de la coordinació amb els centres de serveis socials.

En alguns municipis, es produeix un desdoblament de la figura de l'auxiliar d'ajuda a domicili. De manera que les cures personals passen a ser exercides per auxiliars d'ajuda a domicili o treballadores familiars; mentre que les actuacions de neteja i cura de la llar es presten per auxiliars de llar, de menys qualificació, donat que, per a l'exercici de les seves funcions, és suficient estar en possessió de certificats d'escolaritat obligatoris. En altres casos, es detalla als plecs de contractació l'obligació d'incorporar, a cada zona de-

limitada, un coordinador tècnic amb titulació d'Infermeria, encarregat de la supervisió i el seguiment de l'atenció a aquells usuaris valorats amb el Grau III de dependència.

Pel que fa a les condicions laborals de les professionals del servei, tal com expliquen Franco i Ruiz [5], la relació laboral de les auxiliars d'ajuda a domicili ve regulada específicament als diferents convenis laborals i existeix, a gairebé totes les províncies, un conveni provincial específic d'ajuda a domicili. En termes generals, els convenis regulen relacions laborals que inclouen clausulats ordinaris, compartits amb altres convenis. Així, s'hi inclouen jornades que oscil·len entre les 36 i 40 hores setmanals (a Biscaia només són 30), incloent-hi un descans setmanal obligatori de 36 hores, o 30 dies naturals de vacances i 4 d'assumptes propis. Els convenis estableixen unes retribucions molt baixes (excepte el conveni provincial de Biscaia), particularment per a les auxiliars d'ajuda a domicili, en alguns casos, escassament superiors al salari mínim interprofessional.

Tots els convenis analitzats per aquestes autores, sense excepció, reconeixen la Llei de Prevenció de Riscos Laborals com a norma d'aplicabilitat a l'activitat preventiva de la relació laboral i, en general, al·ludeixen amb certa vaguetat a l'establiment d'accions formatives a l'empresa. Una particularitat d'aquests convenis és la clàusula de subrogació obligatòria de l'empresa adjudicatària. Establerta per millorar la qualitat de l'ocupació i promoure l'estabilitat laboral, els convenis inclouen una clàusula típica que obliga l'empresa adjudicatària a incloure a la seva plantilla el personal que va prestar serveis per a l'adjudicatària anterior, sempre que aquesta prestació prèvia s'hagués prolongat per un temps mínim de 3 o 4 mesos, segons els convenis.

Pel que fa a la formació, cal distingir almenys tres moments [5]:

- L'Acord de 27 de novembre de 2008, sobre acreditació de centres i serveis del SAAD, adoptat pel CTSAAD, va establir les qualificacions professionals amb què havia de comptar el personal que prestés serveis en el sistema de dependència. En concret, els que exercissin com a auxiliars d'ajuda a domicili havien de comptar amb la qualificació professional d'Atenció Sociosanitària a Persones al Domicili, el Certificat de profes-

sionalitat d'Atenció Sociosanitària a Persones al Domicili i les titulacions o els certificats de professionalitat requerits per a cuidadores o gerocultores. Transitòriament, podrien admetre's certificats d'accions de formació professional per a l'ocupació que poguessin impartir-se a cada comunitat autònoma. Aquest acord estableix un règim progressiu d'obtenció d'aquestes acreditacions, perquè tota la plantilla d'auxiliars d'ajuda a domicili ha de comptar amb alguna de les qualificacions anteriors a data 31 de desembre de 2015.

- Un Acord del CTSAAD, de 7 d'octubre de 2015 modificava l'anterior de 27 novembre de 2008, introduint una habilitació excepcional i una pròrroga de dos anys en el termini d'exigència: habilitació o acreditacions professionals serien exigibles a 31 de desembre de 2017.
- Finalment, un darrer Acord del CTSAAD, de 19 d'octubre de 2017, modifica novament l'Acord del 2008 adequant el catàleg de qualificacions professionals, actualitzant els títols i certificats de professionalitat vigents, establint habilitacions conjunturals i prorrogant l'exigència d'acreditació i d'habilitació. Més concretament, l'acord defineix amb més precisió el catàleg d'acreditacions de la competència professional i estableix dos tipus d'habilitacions (una de caràcter excepcional i una altra de caràcter provisional).

En tot cas, les successives pròrroques i canvis en les exigències formatives no semblen haver produït avenços substancials en els nivells de qualificació dins del sector. D'acord amb Franco i Ruiz, "bona part de les treballadores amb més antiguitat al servei han convalidat la seva experiència, però no tenen formació reglada, cosa que influeix en la seva pròpia percepció com a treballadores i en les seves expectatives laborals. Les més recents no sempre tenen formació reglada i estan accedint a certificats de professionalitat. La pròrroga continuada de terminis per assegurar que totes les noves treballadores tinguin formació professional formal està influïnt en el prestigi professional i en la qualitat del servei". En sentit semblant, l'informe del CES a què s'ha fet referència prèviament assenyalava que "actualment, si bé les qualificacions i les competències professionals necessàries per treballar com a auxiliar d'ajuda a domicili del SAD estan clarament identificades, la pròrroga continuada dels ter-

minis per acreditar-les sembla estar repercutint en la qualitat del servei" [4].

Per a Rodríguez et al. [6], tanmateix, "la professionalització del Servei d'Ajuda a Domicili està generalitzada a Espanya, ja que a la immensa majoria dels ajuntaments s'informa que existeixen requisits relacionats amb la formació i la capacitació professional dels auxiliars de llar o treballadors familiars, compliment que resulta exigible per accedir a un lloc de treball, tant si es tracta de formar part de la plantilla de l'Ajuntament com si els llocs de treball són oferts pels proveïdors de serveis. Això no és obstacle per afirmar que la formació professional existent és encara en molts llocs molt precària".

Nombroses dades i informes apunten, en qualsevol cas, a l'existència de condicions laborals inadequades en bona part dels serveis, amb taxes de rotació elevades, nivells alts de temporalitat i parcialitat,⁴ baixos salaris,⁵ elevada prevalença de riscos laborals⁶ i problemes per al reclutament de personal. També són evidents les diferències entre els diversos convenis provincials, que estableixen variacions molt importants pel que fa a salaris, dies de vacances, consideració dels desplaçaments, borses d'hores, etc.

Serveis complementaris del SAD: el servei de teleassistència, els centres d'atenció diürna i els serveis de prevenció de la dependència i promoció de l'autonomia personal

4. D'acord amb Franco i Ruiz [5], "en general, hi ha un percentatge important de treballadores amb contractes fixos, la majoria amb una jornada laboral a temps parcial; i un altre percentatge menor de contractes eventuais, però també a temps parcial. La tendència general és augmentar l'eventualitat dels contractes i la reducció d'hores, entre altres raons perquè les treballadores amb el dret adquirit a contractes fixos i a jornada completa es van jubilitant".

5. D'acord amb Franco i Ruiz [5], "En el cas de les auxiliars d'ajuda a domicili, els seus ingressos no superen en cap cas la renda mitjana per llar del conjunt d'Espanya. Només al territori de Biscaia s'acosten a la renda mitjana i, a la resta de localitzacions, són inferiors entre un 44,9% i un 61,5%. Aquesta situació s'agreuja a Madrid i a Barcelona, perquè el nivell mitjà de despesa és més alt que a la resta d'Espanya. Són, per tant, treballadores pobres, que formen part del que ja s'anomena precariat. En ocasions, elles mateixes són usuàries dels serveis socials o, fins i tot, han estat cooptades per les empreses a partir de convenis amb ONG entre població vulnerable de programes de promoció de l'ocupació".

6. D'acord amb Franco i Ruiz [5], "la prestació d'aquest servei comporta riscos físics –derivats de la mobilització de persones i càrregues, de la repetició de moviments, de les condicions i elements del domicili, etc.–; psíquics –generats pel *burnout*, la càrrega emocional o el solipsisme del treball– i altres derivats del factor gènere –assetjament laboral, minusvaloració... que es barregen sovint amb els de caràcter psíquic–. Molts d'aquests factors es poden agreujar a mesura que avança el grau de dependència de la persona usuària, per això cal dur a terme una important activitat preventiva, en la qual tant l'avaluació –sovint continua– com la planificació són fonamentals".

El SAD constitueix un dels diversos serveis que es presenten a les persones grans, fràgils o dependents a l'entorn domiciliari. Aquest servei es complementa amb altres,

com ara la teleassistència, els centres d'atenció diürna, els àpats a domicili, els programes de suport a les persones cuidadores o els serveis de promoció de l'autonomia, contemplats a la normativa del SAAD. Si bé no és objecte d'aquest informe analitzar detalladament la situació de cadascun d'aquests serveis, es recullen a continuació algunes dades bàsiques sobre tres d'ells:

- D'acord amb un informe recent de Tunstall-Televida sobre el servei de teleassistència a Espanya, la cobertura d'aquest servei és del 10% de la gent gran, amb més de 888.000 persones usuàries. Les taxes de cobertura oscil·len entre l'1% a les Canàries i el 18% a Andalusia, i arriben al 14% a Catalunya. La gestió i finançament del servei és molt diferent, de manera que en algunes comunitats autònomes la gestió es realitza des dels ajuntaments, en altres des del Govern autonòmic i en altres s'han desenvolupat fórmules mixtes amb la participació de les dues administracions. Les avaluacions realitzades posen de manifest que els nous models de teleassistència avançada⁷, orientats a la proactivitat i la personalització, permeten a les persones usuàries viure de manera independent durant més temps, augmentant els beneficis a mesura que el servei es va personalitzant.
- D'acord amb les darreres dades publicades sobre els centres de dia i serveis d'atenció diürna per a la gent gran i/o dependents, el nombre de places és actualment d'unes 99.000, fet que suposa una cobertura de l'1,08% de la població major de 65 anys. La cobertura més gran es registra a Extremadura (2,75%) i la més petita a Aragó (0,63%). D'acord amb aquest informe, la cobertura d'aquest servei ascendeix a Catalunya a l'1,34%.
- Finalment, els serveis de promoció de l'autonomia personal i prevenció de la dependència –caracteritzats per la seva diversitat– són utilitzats, en el marc del Sistema Nacional d'Autonomia i Atenció a la

Dependència, per més de 60.000 persones, que representa el 4% de totes les prestacions concedides a l'octubre del 2021 en el marc del SAAD.

Mecanismes d'inspecció, avaluació i garantia de qualitat.

El SAAD no té, a la pràctica, un sistema d'avaluació i garantia de la qualitat aplicable al conjunt dels serveis que conformen el sistema, almenys en els termes en què aquests sistemes s'han desenvolupat a altres països del nostre entorn. Si bé, com ha posat de manifest la pandèmia de COVID, la debilitat dels instruments d'inspecció, avaluació i gestió de la qualitat ha tingut conseqüències especialment clares en l'àmbit residencial, sembla clar que la feblesa d'aquests sistemes és encara més gran en el cas dels serveis no residencials i, més concretament, en els serveis d'ajuda a domicili.

Les comunitats autònomes i els ajuntaments, per la seva part, amb prou feines han desenvolupat eines d'inspecció i avaluació de la qualitat, estàndards de bones pràctiques o eines de valoració d'ús comú. Més enllà d'algunes iniciatives específiques i puntuals, com ara els Cercles de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials –amb informació comparable sobre el desenvolupament d'aquests serveis a nivell municipal– o la Xarxa local de Serveis Socials d'Atenció Domiciliària, ambdues promogudes per la Diputació de Barcelona, el desenvolupament d'eines comunes per a la gestió del coneixement, l'avaluació i, fins i tot, la inspecció dels serveis d'assistència domiciliària encara és feble i incipient.

En tot cas, en general, en el marc de la regulació dels concerts socials, les CCAA semblen haver començat a establir marcs més ambiciosos per a l'avaluació i la gestió de la qualitat per al conjunt dels serveis socials, sovint a partir de l'assumpció dels paradigmes relacionats amb l'atenció centrada en la persona, la qualitat de vida i la provisió de suports a la comunitat. El Decret Foral 92/2020, de 2 de desembre, pel qual es regula el funcionament dels serveis residencials, de dia i ambulatoris de les àrees de gent gran, discapacitat, malaltia mental i inclusió social, del sistema de Serveis Socials de la Comunitat Foral de Navarra, i el règim d'autoritzacions, comunicacions prèvies i homologacions o el Decret 69/2020, de 14 de juliol, d'acreditació, concert social i gestió delegada a la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública de Catalunya poden ser un exemple d'aquests avenços.

7. Resolució de 15 de gener de 2018, de la Secretaria d'Estat de Serveis Socials i Igualtat, per la qual es publica l'Acord del Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència, sobre determinació del contingut del servei de teleassistència bàsica i avançada.

En aquesta mateixa línia, el Consell Interterritorial del SAAD ha aprovat al juliol del 2021 un *Acord de bases i full de ruta per a la modificació dels criteris comuns d'acreditació per garantir la qualitat dels centres i serveis del sistema per a l'autonomia i l'atenció a la dependència (SAAD)*, que permet iniciar els treballs per a l'elaboració d'un nou acord, el resultat final del qual haurà de:

- Estar enfocat a assegurar l'accés a uns serveis definits, personalitzats, adaptables a cada persona al llarg del cicle vital i que assegurin el ple respecte a la seva dignitat, autonomia i participació social.
- Respectar els principis de dignitat i respecte; personalització i atenció centrada en la persona; participació, control i eleccions; dret a la salut i benestar personal; i proximitat i connexions comunitàries.
- Ser aplicable a tots els serveis susceptibles d'estar continguts al PIA de cada persona, ja siguin aquests de titularitat pública o privada; de provisió pública directa o concertada, incloent-hi també els serveis la provisió dels quals s'articuli mitjançant una prestació econòmica vinculada dirigida a la persona en situació de dependència.
- Establir requisits mínims comuns per a l'acreditació dels diferents serveis, començant pels de caràcter residencial.
- Promoure que tots els serveis (ja siguin domiciliaris o residencials) es concebin com serveis "de proximitat" amb un enfocament comunitari.
- Determinar les figures i els perfils professionals per a la prestació de suports: la seva qualificació, el seu enquadrament i les seves funcions.
- Establir el procediment d'acreditació de personal de suport, així com els plans de formació oportuns.
- Manca de finançament. La retallada en els pressupostos i les subvencions el 2012 i 2013 ha fet que el servei disminueixi la seva intensitat i no es cobreixin, satisfactòriament, les necessitats dels usuaris.
- Intensitat del servei. S'adverteix la necessitat de més intensitat o freqüència. Més temps de prestació en general i, especialment, els caps de setmana. Molts dels usuaris es queixen del poc temps de servei. En casos de persones amb greus situacions de dependència, el SAD no cobreix les necessitats d'atenció, tant pel temps i la freqüència de la prestació, com per les tasques a desenvolupar.
- Cobertura / Llistes d'espera. A força municipis, la demanda del SAD és més gran que l'oferta, per la qual cosa es produeixen llistes d'espera per manca de capacitat pressupostària, tant en la modalitat de prestació bàsica, com en l'atenció a persones en situació de dependència. L'alentiment o la paralització en determinats casos de la LAPAD està originant que la llista d'espera es dispari.
- Copagament. S'expressa la necessitat d'una reducció del copagament o, fins i tot, expandir el marge de gratuïtat del SAD. El baix poder adquisitiu de molts dels usuaris fa impossible que puguin abonar el copagament corresponent, cosa que fa que nombroses persones i famílies rebutgin el servei o que no hi puguin accedir.
- Qualitat. En general, s'assenyala la dificultat per controlar la qualitat del SAD per l'àmbit privat en què es desenvolupa i la llunyania de l'empresa proveïdora. Aquesta dificultat s'incrementa a l'hora de dur a terme l'avaluació i el seguiment adequat del treball dels auxiliars perquè el treballador social ha de simultaniar aquesta funció amb moltes altres al departament.
- Recursos humans. Escàs nombre de professionals i d'auxiliars fixos/es, cosa que també té un impacte en la qualitat. Dificultats a l'hora de substituir, quan hi ha una baixa per malaltia o cobrir les baixes en general. Moltes vegades no se substitueixen les baixes ni les vacances de les auxiliars. Les dificultats a les substitucions es produeixen per la concentració d'horaris en una part de la jornada i per la dependència de proveïdors externs. Contractació temporal, fet que origina molta rotació d'auxiliars i períodes de baixa intensitat.

Principals dificultats del SAD a Espanya

L'estudi de la Fundació Caser sobre la situació del servei d'ajuda a domicili a Espanya a què prèviament s'ha fet referència [6] planteja, esquemàticament, les dificultats següents per al desenvolupament del SAD a Espanya. Es recullen, de manera literal, les dificultats apuntades en aquesta investigació:

- Absentisme laboral i control del personal. L'absentisme dels auxiliars implica variacions constants en no poder substituir-se en totes les ocasions. D'altra banda, també es detecta manca de compliment d'horaris, tasques i manca de més implicació en els casos.
- Formació. Manca de determinades habilitats per atendre casos delicats, per tant cal més formació.
- Horaris. Canvis freqüents en els horaris dels serveis. Gairebé tots els usuaris han de ser atesos a primera hora i això, per la compatibilitat amb els horaris de feina, no sempre és possible. Aquesta circumstància genera dificultats a l'hora de quadrar horaris, sobretot les neteges personals. Dificultat per assignar nombre d'hores i horari ajustat a les expectatives de les famílies.
- Dispersió. La dispersió geogràfica dels nuclis de població que formen alguns municipis fa que les auxiliars perdin molt de temps en desplaçaments amb la consegüent despesa extra que això suposa. A això s'afegeixen dificultats en el transport.
- El procediment d'accés al servei per part de les persones usuàries. És comú a tot el territori d'algunes CC.AA., però alhora és lent i complex. Les condicions que estableixen les CC.AA. per a la prestació són molt estrictes.
- Professi6. El treball d'ajuda a domicili no té el valor social merescut, per això hi ha força economia submergida i treballadors sense qualificar. En general, manca de reconeixement social i oficial de la professió, a la qual cosa cal afegir que la important tasca que exerceixen aquestes persones treballadores no està ben remunerada. També s'esmenten dificultats pel fet de no diferenciar-se les tasques domèstiques i les d'atenció personal, sobretot quan, en la majoria de casos, el preu/hora és el mateix.
- Famílies. Implicació escassa de les famílies. A algunes famílies i auxiliars els costa entendre la part més social-relacional de l'atenció prestada.
- Informatització. En general, no hi ha sistemes informàtics adequats per a la gestió del servei i el tractament de la informació que es genera.

A aquestes dificultats caldria afegir-ne d'altres, com la dificultat per a l'elecció de les entitats proveïdores del servei per part de les persones usuàries, el pes creixent de les plataformes digitals com a intermediàries per a la contractació de les tasques d'assistència domiciliària, l'escassa flexibilitat i la rigidesa del servei, l'increment de les grans empreses proveïdores, poc especialitzades i poc arrelades al territori on operen, o les dificultats per a un adequat reposicionament del SAD en el marc dels serveis socials.

El marc competencial i organitzatiu de l'atenció domiciliària als països analitzats

03.

Com s'ha assenyalat a la introducció, aquest informe resumeix les fórmules a què s'ha recorregut a diversos països d'Europa per donar resposta a diverses qüestions relacionades amb l'organització dels serveis d'atenció domiciliària: eines de valoració, estratificació i assignació de recursos, fórmules d'accés al servei i prestacions contemplades, models de finançament, formes de contractació i característiques de les entitats prestadores, elements relacionats amb el personal, models d'acreditació, inspecció i avaluació... Lògicament, cadascuna d'aquestes qüestions està estretament interrelacionada a cada país i no sempre és fàcil descriure, de manera aïllada, cadascun dels components del sistema.

Per això, abans d'oferir algunes dades bàsiques sobre l'abast, la intensitat i la despesa destinada al SAD a diversos països d'Europa, aquest epígraf recull els elements bàsics relacionats amb el model de cures de llarga durada (CLD) desplegat a la majoria dels països que s'analitzen en aquest estudi. L'objectiu d'aquest epígraf, per tant, és contextualitzar els elements que s'analitzen a la resta de l'informe, descrivint el marc general existent a cada país i, en aquest marc, les característiques bàsiques de l'atenció domiciliària.

a) L'atenció domiciliària en el marc de les CLD a Alemanya

Els serveis d'atenció domiciliària a les persones en situació de dependència es presten a Alemanya, essencialment, en el marc de l'Assegurança de Dependència, als quals s'hi accedeix mitjançant una prestació econòmica que oscil·la entre els 689 i els 1.995 euros mensuals i es presten, fonamentalment, per part d'entitats privades amb i sense fi de lucre. Una altra de les característiques bàsiques del sistema alemany és la possibilitat de combinar el servei d'atenció domiciliària amb altres prestacions (ajudes tècniques, serveis de respir, prestacions econòmiques per a persones cuidadores...) i l'estricta sistema d'avaluació imposat a les entitats prestadores de serveis.

Més concretament, les principals característiques del sistema alemany d'atenció a les persones amb dependència són les següents:

- Model d'assegurament. A la lògica del conjunt del model de protecció social alemany, l'atenció a la dependència s'articula a Alemanya mitjançant un sistema d'assegurament social. L'Assegurança de

Cures o Dependència és un pilar independent de la Seguretat Social, juntament amb les assegurances de malaltia, pensions i atur, i accidents de treball, i està funcionalment adscrita a les assegurances de malaltia (*Krankenkassen*). A més d'un sistema de finançament específic –articulat al voltant d'una cotització de les empreses i els treballadors que ascendeix actualment al 2,55% del salari–, aquest model implica el protagonisme de les caixes o entitats gestores de l'Assegurança de Dependència (*Pflegekassen*) en la gestió del sistema. Actualment, hi ha 161 assegurances públiques i 43 assegurances privades. La cobertura d'aquestes assegurances és universal i arriba a tota la població alemanya.

- Autoregulació. La segona característica important del model alemany es relaciona amb el concepte d'autoregulació. El sistema alemany delega als principals actors la configuració del sistema de cures, i la normativa bàsica d'àmbit federal només estableix les bases generals del contingut dels serveis i prestacions. Partint de la base del dret a la lliure elecció de l'usuari, les federacions d'assegurances de dependència regionals negocien amb les organitzacions regionals de proveïdors els preus dels serveis i signen els convenis o els acords que detallen les condicions de prestació del servei –ja sigui residencial o domiciliari– i els elements relacionats amb la qualitat de l'atenció, així com el funcionament del sistema d'avaluació establert. En aquest sentit, el sistema d'atenció a la dependència està regulat a Alemanya mitjançant el poder compartit de l'administració central, la regional i els agents socials encarregats de la gestió i la provisió dels serveis.
- Competència entre proveïdors. La tercera característica bàsica del model alemany d'atenció a la dependència es relaciona amb el paper que s'assigna al funcionament del mercat i a la competència entre els diversos operadors, des d'una lògica mercantil en què es considera que el consumidor –suficientment informat– tria el proveïdor de serveis que presta un servei de millor qualitat i/o millor preu. Aquesta lògica té com a conseqüència la importància que es dona a la publicació dels resultats de les avaluacions que es realitzen de forma periòdica a tots els centres residencials, així com a les empreses proveïdores de serveis a domicili.

- Autonomia regional i diversitat territorial. La regulació del model d'atenció a la dependència gira a Alemanya al voltant de dos pols: l'atenció prestada es regula en el marc de l'Assegurança de Dependència, de forma comuna per al conjunt del país i mitjançant la concertació entre les entitats asseguradores i les empreses proveïdores. La regulació dels requisits funcionals, materials i personals dels centres diürns o residencials, així com la planificació de l'oferta de places, correspon per contra als Estats, que han establert regulacions molt diferents en relació a aquestes qüestions. Tot això té com a conseqüència l'existència de diferències territorials molt marcades pel que fa a la cobertura dels serveis, les regulacions aplicades o els costos assumits per cada agent.
- Prioritat a l'atenció al domicili. Tot i que en el marc de l'assegurança de dependència hi ha diverses prestacions i serveis (assessorament, ajudes tècniques, subvencions per a l'adaptació de l'habitatge, serveis de respir, etc.), la distinció clau és l'existent entre l'atenció domiciliària i l'atenció residencial. En qualsevol cas, l'atenció domiciliària, les prestacions d'atenció residencial a temps parcial i d'atenció de curta durada tenen prioritat sobre les prestacions d'atenció residencial a temps complet, a fi de prioritzar la permanència al domicili davant de l'atenció institucional.
- Provisió privada de serveis. Com en la major part dels països analitzats, l'administració pública no centra la seva tasca en la prestació directa dels serveis d'atenció a la dependència, encara que pot ser titular de serveis d'atenció directa, sinó que se centra a regular-los i inspeccionar-los, així com a cofinançar-los mitjançant les prestacions econòmiques contemplades a l'Assegurança de Dependència. L'administració no es responsabilitza, per tant, de la provisió del servei, i la seva funció se centra en el seu cofinançament i en les tasques de regulació, inspecció i avaluació.

D'altra banda, és important assenyalar que al marge dels serveis d'atenció domiciliària previstos i finançats en el marc de la Llei de Dependència, també hi ha a Alemanya un servei d'atenció domiciliària prestat en el marc del sistema de salut i finançat per l'Assegurança de Malaltia. Aquest servei inclou, exclusivament, els serveis mèdics proporcionats per infermeres titulades a un pacient que necessita atenció a domicili sobre la base de prescripció mèdica.

A més, en el marc de la normativa d'assistència social, els ajuntaments també presten serveis d'atenció domiciliària, diferents dels establerts en el marc de l'Assegurança de Dependència, si bé aquests serveis s'enfoquen, fonamentalment, a les persones sense recursos econòmics i/o que poden no estar cobertes per l'Assegurança de Dependència, que constitueix la forma prioritària d'accés a les cures de llarga durada. L'anàlisi del cas alemany s'ha centrat, per tant, preferentment, en l'assistència domiciliària prestada mitjançant l'Assegurança de Dependència.

b) L'atenció domiciliària en el marc de les CLD a França

El model francès d'atenció a la dependència s'articula, des de fa gairebé 20 anys, a través, fonamentalment, d'una prestació econòmica anomenada *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA). Aquesta prestació presenta una doble modalitat, en funció del lloc on es presten les cures:

- D'una banda, la prestació adreçada a l'atenció al domicili, que constitueix l'opció predominant, amb el 60% dels casos atesos. L'APA, en la seva modalitat a domicili, finança els ajuts necessaris per facilitar el manteniment de la persona dependent al domicili. Per això, en funció de la situació personal i les preferències de cada persona beneficiària, es poden finançar mitjançant aquesta prestació tant hores d'assistència domiciliària, com serveis de menjar a domicili, teleassistència, feines d'adaptació de l'habitatge o adquisició de productes de suport i ajuts tècniques, etc.
- De l'altra, la prestació adreçada a la cura en centres residencials, mitjançant la qual es cobreix una part de la despesa que suposa l'estada en un centre residencial.

L'APA és una prestació no contributiva, finançada principalment via impostos, d'àmbit nacional i les seves condicions estan, per tant, definides de manera idèntica a tot el territori. Es tracta, a més, d'una prestació de caràcter universal, ja que tota persona d'edat avançada resident legal a França hi pot accedir, sense que la seva percepció estigui condicionada al nivell de recursos econòmics de la persona beneficiària. En qualsevol cas, aquest caràcter universal no impedeix que els recursos econòmics de la persona atesa es tinguin en compte a l'hora d'establir la quantia de la prestació i,

per tant, la participació econòmica de la persona usuària en el finançament dels serveis que rep. Es tracta, a més, d'una prestació adreçada, únicament, a les persones majors de 60 anys.¹

Com s'ha explicat, l'APA es configura com a prestació personalitzada, adaptada a les necessitats pròpies de la persona i a les seves preferències. Des d'aquest punt de vista, la llibertat d'elecció dels serveis finançats mitjançant aquesta prestació i del tipus de proveïdor del servei d'atenció constitueix un principi clau del sistema d'atenció a la dependència francès, tant pel que fa als serveis residencials, com als serveis que es presten a domicili.

Des del punt de vista competencial, el model de l'APA té dues característiques bàsiques:

- Tot i que la regulació general del sistema es realitza de manera centralitzada per part del Govern francès, l'elaboració del pla d'atenció i l'abonament de la prestació és competència dels Consells Generals dels departaments o províncies respectius. A diferència del que passa a altres països, el protagonisme dels ajuntaments en la prestació del SAD és residual a França.
- La prestació directa dels serveis d'atenció a domicili, com s'explica més endavant, pot realitzar-se tant per part de centres públics municipals de serveis socials, com d'empreses privades o d'entitats sense fi de lucre contractades de forma directa o indirecta per la persona usuària. És la persona usuària la que tria l'entitat que vol que li presti el servei, en funció de les seves preferències i de l'oferta disponible a la seva zona. Aquesta oferta pot ser tant pública com privada.

És important destacar també, en qualsevol cas, que, juntament amb l'APA, existeixen altres dues vies d'accés als serveis d'assistència domiciliària, especialment per a persones autònomes o amb nivells de dependència reduïts:

- Les caixes de l'assegurança de jubilació ofereixen, a les persones assegurades, alguns serveis d'assistència domiciliària, en funció dels recursos

econòmics i el grau de dependència de la persona assegurada.

- Els ajuntaments i centres comunals d'acció social ofereixen, a les persones autònomes o amb nivells de dependència reduïts que no es beneficien de l'APA i tenen ingressos baixos,² serveis d'atenció domiciliària bàsicament orientats a les tasques domèstiques. La prestació es pot abonar tant directament a l'entitat prestadora del servei –que ha d'estar habilitada o acreditada pel Departament–, com a la persona usuària perquè contracti el servei requerit, i s'estableix, en alguns casos, un cert nivell de copagament, depenent dels departaments.³

A més, també cal fer referència a dues modalitats de SAD sociosanitari relativament esteses a França:

- Els Serveis de Cures d'Infermeria a Domicili (SSIAD) són finançats per l'Assegurança de Salut i ofereixen, després de la prescripció mèdica corresponent, serveis d'infermeria domiciliària a persones dependents i/o amb discapacitat. Les seves intervencions tenen els objectius següents:
 - ▶ evitar la pèrdua d'autonomia,
 - ▶ evitar l'hospitalització,
 - ▶ facilitar el retorn a casa després de l'hospitalització,
 - ▶ endarrerir l'entrada a una institució residencial.

Aquestes intervencions poden ser a curt, mitjà o llarg termini, segons l'estat de salut i les necessitats del pacient. La SSIAD pot intervenir 7 dies a la setmana si cal.

- Els Serveis Polivalents d'Ajuda i Cures a Domicili (SPASAD) constitueixen una barreja de SAD convencional i SAD d'infermeria. En el marc d'aquest sistema, les cures d'infermeria són gratuïtes i es presten sota prescripció mèdica, mentre que les cures no corresponents a l'àmbit mèdic poden ser finançades per l'APA, les caixes de l'assegurança de jubilació o per la pròpia persona usuària.

1. El sistema francès organitza de manera separada la protecció de la gent gran dependent, de forma que les persones joves i adultes amb discapacitat accedeixen a una altra prestació especial per compensar la pèrdua d'autonomia (PCH *prestation de compensation du handicap*, amb condicions d'accés més exigents, però amb serveis i quanties més favorables que l'APA).

2. El llindar se situa als 903 euros en el cas d'una persona sola i 1.402 euros en el cas d'una parella.

3. També s'estableix, en aquests casos, un sistema de reconeixement de deute, quan els béns deixats en herència a la mort superen els 46.000 euros.



c) L'atenció domiciliària en el marc de les CLD a Holanda

Els elements principals que defineixen el sistema holandès d'atenció a les persones amb dependència són els següents:

- Universalitat. El model d'atenció a la dependència es defineix als Països Baixos pel seu caràcter universal, en la mesura que el dret als serveis (residencials o domiciliaris) és obert al conjunt de la població que acredita un determinat nivell de necessitat. A més de pel caràcter universal, el model neerlandès es caracteritza per l'elevada despesa pública que es destina als serveis socials d'atenció a la gent gran.
- Desinstitucionalització i aposta per l'atenció domiciliària. L'Estat holandès fomenta polítiques de prevenció i promou que els ciutadans visquin de manera independent durant més temps al propi habitatge, la qual cosa es tradueix en la prioritat que el Govern atorga als serveis d'atenció domiciliària davant de la institucional. A més, hi ha subvencions per a l'adaptació funcional dels habitatges, així com avantatges fiscals per a les noves promocions d'allotjaments per part d'associacions d'habitatge.
- Model d'assegurament. Com a Alemanya, l'atenció a la dependència a Holanda es finança mitjançant una assegurança obligatòria per a tots els treballadors i les empreses del país. La prima que es paga

per l'assegurança de cures de llarga durada és del 9,65% de l'impost sobre la renda, amb un límit màxim de 33.589 euros el 2020. Aquesta prima es destina a finançar el Fons d'Atenció a la Dependència (*Fonds Langdurige Zorg* o FLZ), mitjançant el qual s'ofereix una cobertura universal a tota la població holandesa en matèria d'atenció a la dependència.

L'atenció a domicili es configura a Holanda com un servei personalitzat, adaptat a les necessitats pròpies de la persona i a les seves preferències. Com en la major part dels casos analitzats en aquest informe, la llibertat d'elecció de la naturalesa de l'atenció -prestació o atenció directa-, així com del proveïdor de serveis constitueix un element clau del sistema d'atenció a la dependència holandès, tant a l'atenció residencial, com a la que es presta a domicili. Els centres responsables de la valoració de les necessitats de la persona sol·licitant no poden imposar el proveïdor que prestarà els serveis prescrits, ja que aquesta decisió recau, en darrera instància, en la persona usuària.

En tot cas, com s'assenyala més endavant, els serveis d'assistència domiciliària s'articulen a Holanda en funció de tres sistemes –simplificant: social, salut i dependència, cadascun amb la seva corresponent normativa i criteris d'accés–, cosa que complica la descripció general del model.

A la taula següent es resumeixen les principals característiques de les tres lleis que regulen l'atenció a domicili a Holanda:

Taula 1. Principals elements de les lleis que regulen l'atenció a domicili als Països Baixos

	Llei d'Atenció Social (Wmo)	Llei de l'assegurança de salut (Zvw)	Llei d'Atenció a la Dependència (Wlz)
Tipus d'atenció	Serveis d'atenció a la llar.	Atenció mèdica i serveis d'atenció personal.	Paquet integral d'atenció sociosanitària.
Requisits de les persones beneficiàries	No ser del tot independent i no tenir suport per part de l'entorn.	Presentar necessitats sanitàries.	Requerir atenció i supervisió permanent.
Finançament	- Mitjançant impostos. - Copagament màxim de 19 euros/mes.	- Assegurança obligatòria. - No subjecte a copagament.	- Assegurança obligatòria. - Subjecte a copagament.
Responsable de gestionar la provisió de serveis	Els 380 municipis del país.	25 asseguradores de salut.	31 oficines regionals d'atenció sanitària.
Dret a	La llei no fixa serveis ni prestacions, els ajuntaments els organitzen en funció de les necessitats de les persones sol·licitants.	Dret al paquet d'atenció sanitària bàsic.	Dret a atenció sociosanitària permanent.
Natura	- En espècie. - Pressupost personal.	En espècie.	- En espècie. - Pressupost personal.

Font: elaboració pròpia.

Finalment, cal assenyalar que la prestació de serveis ha estat, tradicionalment, en mans d'associacions sense ànim de lucre que concertaven aquests serveis amb el Govern. En els darrers anys i amb l'objectiu d'augmentar la competitivitat, s'ha fomentat la inclusió del sector privat amb ànim de lucre.

d) L'atenció domiciliària en el marc de les CLD a Escòcia

El model de prestació del servei d'atenció domiciliària a Escòcia es caracteritza per quatre elements principals:

- Des del punt de vista competencial, Escòcia té un marge ampli de maniobra per a l'articulació de les seves polítiques socials i sociosanitàries. En aquest marc, els serveis per a la gent gran dependents són prestats i finançats pels ajuntaments o *local autho-*

rities (que tenen una mida mitjana molt superior als ajuntaments espanyols), en coordinació amb el Servei Nacional de Salut (NHS).

- La gestió dels serveis es realitza, per altra banda, mitjançant els anomenats *Health and Social Care Partnerships*, dissenyats per facilitar una millor coordinació de l'atenció social i sanitària. L'autonomia dels municipis, per altra banda, és elevada, tant pel que fa als criteris d'accés a les diverses prestacions, com pel que fa referència al contingut de les prestacions o a l'establiment de les tarifes per a les persones usuàries, dins del marc general establert per l'administració regional i per l'administració central.
- Un altre dels elements essencials, en el marc escocès, és la importància concedida a l'autonomia i autodeterminació de les persones usuàries, que

es materialitza amb la introducció el 2014 del sistema de *self-directed support* o suport autodirigit. Com s'explica més endavant, a Escòcia, el gruix dels serveis socials per a persones adultes i gent gran es presta mitjançant aquest sistema, segons el qual les autoritats locals estan obligades a oferir a les persones amb dret a la recepció de serveis socials quatre opcions diferents: a) una prestació econòmica (*direct payment*) que s'abona a la persona usuària i que ella administra per al pagament dels serveis comunitaris o domiciliaris que requereix; b) un pressupost o fons individual per al finançament dels serveis, que es destina a una entitat proveïdora triada per la persona usuària; c) un servei d'atenció directa gestionat (encara que no necessàriament prestat) per l'autoritat local; i d) una combinació de les tres opcions anteriors.

- El tercer element és el marc de regulació, inspecció, avaluació i estandardització de l'atenció, que desenvolupa una agència específica –anomenada *Care Inspectorate*–, a partir, entre d'altres elements, dels estàndards de qualitat establerts el 2018.
- Finalment, cal destacar la gratuïtat dels serveis de cura personal establerts en el marc dels serveis d'assistència domiciliària. Així, mitjançant l'anomenat *free personal care* les persones més grans de 65 anys reben cures personals de forma gratuïta en el marc dels serveis d'assistència domiciliària, establint-se un pagament –en funció de la renda–, únicament, per als serveis d'atenció domèstica. Aquest model d'atenció personal gratuïta s'aplica també a les residències, on els serveis de cures lligats a la dependència són gratuïts, mentre que són de pagament –en funció dels recursos econòmics de les persones usuàries– els serveis d'allotjament i manutenció, així com la resta dels serveis complementaris que es puguin rebre.

e) L'atenció domiciliària en el marc de les CLD a Suècia

Els elements principals que defineixen el model d'atenció a les persones amb dependència a Suècia són els següents:

- Universalitat. El model d'atenció a les persones grans dependents es defineix a Suècia pel caràcter universal, en la mesura que el dret als serveis (residencials

o domiciliaris) no està determinat pel nivell de renda de les persones usuàries i està obert al conjunt de la població que acredita un nivell determinat de necessitat. Com s'assenyala més endavant, a més del caràcter universal, el model suec es caracteritza per l'elevada despesa pública que es destina als serveis socials d'atenció a les persones grans i pels reduïts nivells de copagament establerts.

- Provisió pública dels serveis. La segona de les característiques del model d'atenció a la gent gran a Suècia es relaciona amb el paper de l'administració pública –en aquest cas, municipal–, no només com a regulador, avaluador o finançador dels serveis, sinó també com a proveïdor directe. Com s'assenyala més endavant, malgrat que en els darrers anys s'ha produït un procés relativament intens de mercantilització dels serveis, amb la irrupció d'operadors privats, la provisió directa dels serveis per part de l'administració municipal continua sent generalitzada, tant pel que fa a l'atenció residencial com a l'atenció domiciliària.
- Autonomia local i descentralització. El model suec de serveis socials també es caracteritza per la descentralització i l'ampli marge d'autonomia local en la prestació dels serveis. Els ajuntaments són els responsables de la gestió dels serveis socials en un marc normatiu relativament lax, que deixa un marge ampli per a l'autonomia local. En aquest sentit, les eines per a la definició del model d'atenció a Suècia es caracteritzen per la seva simplicitat: a diferència del cas francès o alemany, no existeix una normativa que reguli detalladament la prestació dels serveis ni tampoc hi ha un marc estricte per garantir la qualitat de l'atenció mitjançant inspeccions i avaluacions –ja siguin internes o externes– com existeix a França, Alemanya o el Regne Unit. En aquest context, ni les instal·lacions, ni les dotacions de personal, ni els procediments d'atenció no estan explícitament regulats en una norma de caràcter estatal i els defineixen els municipis, que estableixen les característiques dels centres o serveis dels quals ostenten la titularitat.
- Desinstitucionalització. Una altra de les característiques bàsiques del model suec d'atenció a la gent gran fa referència al concepte de desinstitucionalització, que es tradueix en la prioritat que es dona als serveis d'atenció domiciliària, d'una banda, i a

les característiques dels centres residencials, tant pel que fa a la seva mida, com al seu disseny ambiental i arquitectònic, de l'altra.

f) L'atenció domiciliària en el marc de les CLD a Dinamarca

El model danès de cures de llarga durada es caracteritza per la seva àmplia cobertura i el caràcter universal, així com pel seu caràcter gratuït. Com en el cas suec, el sistema d'atenció a les persones amb dependència que hi ha a Dinamarca es caracteritza també per l'important paper que juguen els serveis de provisió pública directa, si bé al llarg dels darrers 20 anys s'ha anat consolidant una major presència d'entitats de titularitat privada, en el marc del sistema de lliure elecció introduït el 2003. El model danès es caracteritza també per la importància de les visites preventives i l'èmfasi que es posa en els serveis de rehabilitació –que tenen caràcter obligatori–, així com pels processos de reducció de les cobertures i de focalització de l'atenció realitzats en els darrers anys.

De manera resumida, les principals característiques del sistema danès són les següents:

- Els serveis d'atenció a la dependència són competència dels 98 ajuntaments danesos, que ofereixen a les persones en situació de dependència cinc grans tipus de serveis: mesures preventives, serveis de rehabilitació, assistència domiciliària, serveis residencials i altres mesures, entre les quals destaquen els serveis d'assistència personal i els àpats a domicili.
- El model és àmpliament universal i no s'estableix un copagament -llevat de les activitats addicionals o complementàries que les persones usuàries puguin requerir⁴; si bé, la cobertura de l'atenció domiciliària s'ha anat reduint i focalitzant en les persones amb més necessitat d'ajuda, passant del 15% de la població major de 65 anys el 2011 al 10% el 2020. La intensitat mitjana ascendeix a 15 hores mensuals, en el cas dels serveis de cures personals.
- Com s'explica posteriorment, els ajuntaments estan obligats a oferir a totes les persones més grans de 75 anys, almenys, una visita domiciliària a l'any,

de caràcter preventiu, a fi de revisar la seva situació funcional, social, psicològica i relacional. També s'ofereixen visites d'aquest tipus a les persones de menys edat que es consideren en situació de risc.

- Com també s'explica posteriorment, els serveis de rehabilitació formen part intrínseca del sistema i és obligatori oferir, a totes les persones usuàries dels serveis d'assistència domiciliària, un programa específic d'activitats de rehabilitació.
- A més dels serveis d'assistència domiciliària, les persones en situació de dependència que resideixen a casa seva poden rebre altres serveis, com ara la contractació d'un assistent personal –que pot ser una persona de l'entorn familiar– o una prestació econòmica per a les persones cuidadores que interrompen la seva activitat laboral. Aquesta prestació es diferencia d'altres prestacions per a les cures familiars, com la PECEF a l'Estat espanyol, per la seva superior quantia⁵ i menor durada temporal, donat que estan dissenyades per a la cobertura de situacions temporals o excepcionals, així com pel fet que estan dirigides, exclusivament, a les persones que deixen temporalment de treballar al mercat laboral per dedicar-se a les cures.
- Pel que fa a la prestació dels serveis d'atenció domiciliària, aquests inclouen tant cures personals com atenció domèstica. La seva provisió està basada en la idea de la lliure elecció, de manera que tots els ajuntaments danesos estan obligats a oferir a les persones usuàries, almenys, dos proveïdors diferents, un dels quals pot ser de titularitat pública.

4. Serveis de jardineria, per exemple, o reparacions domèstiques.

5. La prestació equival al 100% del salari que deixa de percebre la persona cuidadora, sempre que no se superi un llindar situat al voltant dels 3.000 euros.

Dades bàsiques sobre l'abast, la intensitat i la despesa destinada al SAD a diversos països d'Europa

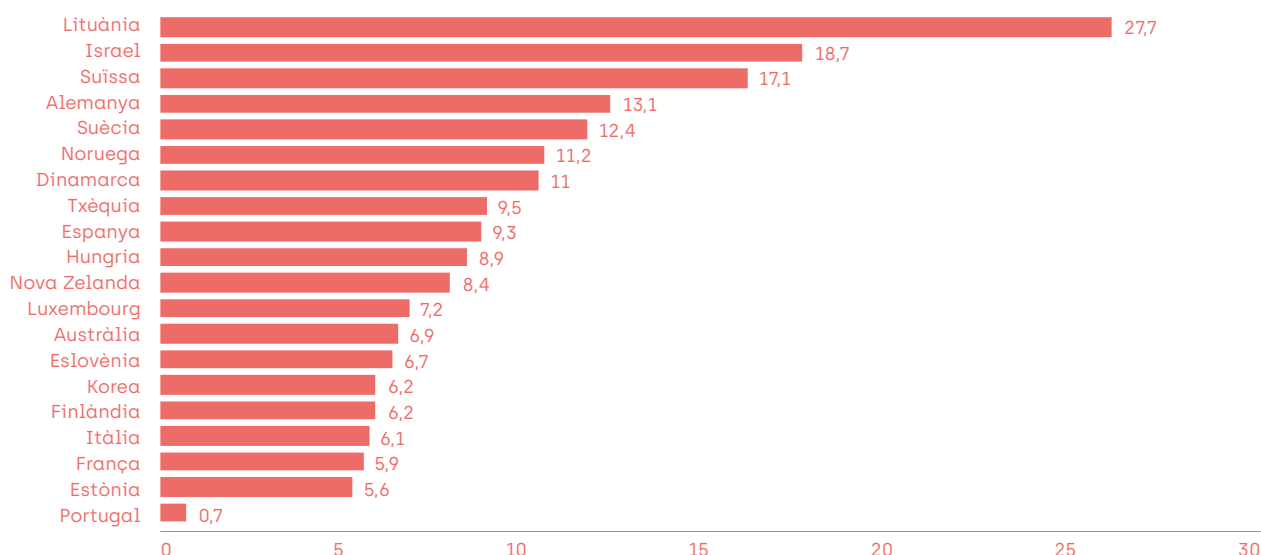
04.

La disponibilitat de dades comparables respecte a l'abast dels serveis d'atenció domiciliària a Europa, en el marc dels sistemes d'atenció a la dependència, és complexa: les estadístiques conjuntes sobre aquests serveis són escasses i no sempre prou fiables, i les dades que s'ofereixen, a nivell de cada país, presenten nombrosos problemes (utilització d'indicadors no comparables, dificultat per diferenciar l'assistència domiciliària sanitària de la social, disponibilitat de dades globals per al conjunt de cada país o estat que amaguen les diferències que es produeixen a nivell regional o local...). Malgrat aquestes dificultats, en aquest apartat es recullen les dades disponibles en relació amb la cobertura, la intensitat i la despesa destinada al SAD en diversos països d'Europa.

En primer lloc, es recullen algunes dades generals obtingudes a partir de les estadístiques conjuntes que publiquen EUROSTAT i l'OCDE. Amb les seves limitacions, es tracta de les úniques fonts estadístiques que recullen aquestes dades amb un mínim de fiabilitat. Un cop presentades aquestes dades generals, es recullen algunes dades més específiques respecte als països dels quals s'han identificat dades suficientment completes.

Pel que fa a les estadístiques conjuntes, el gràfic 1 mostra la cobertura de l'atenció domiciliària recollida en les estadístiques de l'OCDE en relació amb les persones més grans de 65 anys. El gràfic posa de manifest que la cobertura oscil·la entre el 0,7% de Portugal i el 27,7% de Lituània, amb una cobertura del 9,3% per a Espanya. És important assenyalar que, en el cas d'Espanya, la cobertura del 9,3% que assenyalava l'OCDE inclou les dades de l'IMSERO relatives al SISAAD, a l'atenció de llarga durada sanitària i altres prestacions de la Seguretat Social, com ara el complement del 50% a les pensions de gran invalidesa en concepte d'ajuda per a tercera persona anteriors a la LAPAD i que es mantenen per a les persones que ja la tenien concedida. En tot cas, aquesta cobertura del SAD contrasta amb el 4,9% assenyalat a l'últim informe de l'IMSERO sobre serveis socials per a gent gran a Espanya [3] (que engloba el SAD social i el SAD dependència) o el 2,8% que correspon a les persones usuàries del SAD en el marc del sistema d'atenció a la dependència (SAAD), d'acord amb les darreres dades proporcionades per l'IMSERO.

Gràfic 1. Cobertura de l'atenció domiciliària entre les persones més grans de 65 anys
[% de població beneficiària en relació amb el conjunt de més grans de 65 anys]



Font: Elaboració pròpia a partir de l'OCDE Social Policy Database. Les dades fan referència al darrer any disponible per al període 2016-2019.

Taula 2 % de la població ocupada que treballa a serveis socials no residencials i despesa en PPA destinada a la despesa en assistència per a les activitats de la vida diària en la funció gent gran

	% de la població ocupada	Despesa en PPA per habitant en assistència per a les activitats de la vida diària
Noruega	7,0	377,8
Dinamarca	6,9	638,5
Finlàndia	5,2	162,4
Luxemburg	5,0	–
França	4,4	98,7
Bèlgica	4,2	68,7
Suècia	4,0	307,7
Irlanda	3,8	–
Holanda	3,5	–
Regne Unit	3,1	32,3
Suïssa	2,9	–
Alemanya	2,7	–
Eurozona	2,6	36,9
Islàndia	2,5	38,3
UE28	2,4	49,0
Àustria	2,2	60,3
Eslovàquia	1,7	40,0
Portugal	1,5	27,0
Turquia	1,5	0,5
Hongria	1,5	41,7
Malta	1,2	74,0
Espanya	1,2	53,1
Itàlia	1,2	7,9
Bulgària	1,1	–
Croàcia	1,1	11,4
Polònia	1,0	7,0
Letònia	1,0	12,0
Txèquia	0,8	10,8
Grècia	0,7	–
Lituània	0,6	5,8
Romania	0,6	1,0
Eslovènia	0,5	11,1
Estònia	0,4	1,7

Font: Elaboració pròpia a partir d'ESPROOS i ELFS d'EUROSTAT

La taula següent recull, per als països de la UE i a partir de les estadístiques de EUROSTAT, dos indicadors indirectament relacionats amb l'abast del SAD: d'una banda, el percentatge de població activa que treballa a l'àmbit dels serveis socials no residencials a cada país. Si bé aquest indicador no recull, únicament, les persones que treballen al SAD, permet una imatge aproximada del personal que treballa al sector, en la mesura que les treballadores del SAD constitueixen, a la majoria de països del nostre entorn, el principal col·lectiu dins dels treballadors/es dels serveis socials no residencials. La segona columna recull la despesa per habitant, en poders de paritat adquisitiva (PPA),¹ que destina cada país als serveis en espècie englobats a la categoria “assis-

tència per a les activitats de la vida diària”, en la funció vellesa.

Com en el cas anterior, les dades són merament orientatives, ja que recullen personal i partides de despesa no estrictament vinculades al SAD ja que –tot i tractar-se d'estadístiques europees harmonitzades– els criteris utilitzats per cada país per al registre de les dades no són sempre idèntics. Tot i així, les dades exposen clarament que la major extensió d'aquests serveis es dona als països del Nord d'Europa, on el percentatge de la població ocupada que treballa en serveis socials sense allotjament oscil·la entre el 4% i el 7%, mentre que la despesa en PPA oscil·la entre els 162 euros de Finlàndia i els 638 euros de Dinamarca. A Espanya, el percentatge de població ocupada en aquest sector equival a l'1,2% de la població ocupada i la despesa puja a 53 euros a PPA.

1. La paritat del poder adquisitiu (PPA) és un indicador econòmic per comparar el nivell de vida entre diferents països, tenint en compte el producte interior brut per càpita en termes del cost de vida a cada país.

Al marge de les dades recollides de les estadístiques de l'OCDE i EUROSTAT, no sempre estrictament vinculades al SAD i no sempre metodològicament homogènies, com s'ha dit, és també possible recollir, a partir de fonts locals, les dades més significatives en relació amb la cobertura i la intensitat del SAD. En aquesta línia, la taula següent recull les principals dades disponibles per a alguns dels països que s'analitzen en aquest informe. Si bé els anys de referència i els indicadors disponibles per a cada país no són en tots els casos homogenis, les dades de la taula permeten tenir una altra perspectiva sobre l'abast dels serveis d'assistència domiciliària als països els models d'assistència domiciliària dels quals s'analitzaran a continuació.

Les comparacions que deriven de la taula anterior són fonamentalment orientatives, ja que la metodologia que se segueix per a la recollida de les dades no sempre és la mateixa. En tot cas, deixant de banda el cas holandès, s'observa que les cobertures dels set territoris analitzats oscil·len entre el 4,2% de la població més gran de 65 anys a la província de Barcelona i el 10,8% de Dinamarca, mentre que la intensitat mensual oscil·la entre 15 hores mensuals a Dinamarca i 38 hores a Escòcia. L'abast del SAD –és a dir, la relació entre cobertura i in-

tensitat– més elevat es dona a Suècia i el més baix a la província de Barcelona. Si a partir de les dades de l'informe *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari a la Província de Barcelona* [8], s'estima una cobertura del 4,2% de la població major de 65 anys i una intensitat mitjana ponderada de 16,5 hores mensuals (a partir de les dades sobre les intensitats mitjanes del SAD social i del SAD de dependència), l'abast del SAD a la província de Barcelona seria del 0,69 davant del 2,52 a Suècia, l'1,68 a França i el 0,93 al conjunt de l'Estat.

Des del punt de vista econòmic, la despesa sueca és amb diferència la més elevada, tant des del punt de vista de la despesa per persona usuària, com de la despesa per habitant. Sense dades relatives al conjunt d'Espanya, França, Alemanya i la província de Barcelona, aquests països registren nivells de despesa, sensiblement, més baixos. La despesa realitzada a la província de Barcelona s'ha estimat en 125 milions d'euros, a partir d'una despesa de 22 euros per habitant el 2019 recollida al quadre de comandament del Cercle de Comparació Intermunicipal de Serveis Socials, fet que es tradueix en un despesa de 2.900 euros per persona usuària i 116 euros per cada habitant més gran de 65 anys.

Taula 3. Comparació entre les taxes de cobertura, intensitat i despesa del SAD a diversos països

	Cobertura	Intensitat (hores/mes)	Abast ² (cobertura x intensitat/100)	Despesa per persona usuària	Despesa per habitant de 65 i més anys
França	5,8	29	1,68	4.555	295
Escòcia	4,7	38	1,79	8.944	421
Alemanya	4,6	–	–	6.000	272
Holanda	24,7*	–	–	5.151**	2.119
Suècia	8,4	30	2,52	24.000	2.000
Espanya	4,9	20	0,98	–	–
Dinamarca	10,8	15	1,62	8.611***	931
Prov. Barcelona	4,2	16,5****	0,69	2.900***	116

Font: Elaboració pròpia a partir de diverses fonts. *Sense tenir en compte SAD sanitari. **Suma de despesa i usuaris de tot tipus de SAD. ***S'estima un cost mitjà de 60 euros per hora. ****La cobertura s'ha extret de l'informe *Diagnosi dels serveis de cura d'entorn domiciliari i comunitari a la Província de Barcelona, 2021*. La intensitat s'ha calculat a partir de la mitjana ponderada d'usuaris SAD dependència i social al conjunt de la província de Barcelona recollida al mateix informe.

2. L'indicador d'abast és un indicador sintètic que alhora té en compte la cobertura i la intensitat. Permet identificar els països amb taxes baixes o altes en tots dos aspectes, i permet modular les dades dels països que poden registrar taxes molt elevades en un aspecte i molt baixes en l'altre.

Perfils poblacionals atesos pel SAD, criteris de focalització i eines de valoració i estratificació

05.

5.1. La focalització del SAD en les persones amb necessitats més intenses

L'estudi del SIIS sobre les tendències de reorientació del SAD realitzat el 2012 [1] ja assenyalava que, almenys, des de finals dels anys 90, una de les principals tendències detectades a l'àmbit dels serveis d'atenció a domicili ha estat el de la focalització del servei en les persones amb més necessitats d'atenció. Aquesta tendència ha estat particularment clara als països nòrdics – on les cobertures eren prèviament molt elevades – i s'ha realitzat mitjançant tres mecanismes:

- Endurir els criteris d'accés al servei, limitant-lo a les persones amb més necessitats d'atenció.
- Reduir la intensitat d'atenció, ja sigui establint límits màxims a l'atenció finançada públicament o mitjançant la delimitació de les responsabilitats de les persones que hi conviuen en l'atenció de la persona dependent.
- Limitar l'oferta a l'atenció personal, és a dir, excloure l'atenció domèstica dels serveis públics d'ajuda a domicili.

Efectivament, una de les tendències fonamentals que s'ha produït pel que fa al disseny dels serveis públics d'assistència domiciliària en els darrers anys es refereix a la progressiva focalització en les persones amb més necessitats assistencials i/o amb graus de dependència més severa, i la diferenciació més gran entre el SAD orientat a les activitats domèstiques o de la llar i el SAD orientat a les cures personals. Més enllà de la diferenciació entre el SAD de dependents i el SAD social, o el SAD autonòmic i el SAD municipal, els països del nostre entorn diferencien, bàsicament, el tipus d'atenció prestada, i estableixen sistemes d'accés i de finançament diferents per a cadascun d'aquests serveis.

- El cas més clar és l'escocès, on l'accés a les cures personals és gratuït, mentre que l'accés a les cures domèstiques ho és només per a persones amb rendes inferiors a un llindar determinat.
- França estableix un sistema similar, en virtut del qual el SAD cobert mitjançant l'APA es destina a les cures personals, mentre que el SAD domèstic o de la llar entra dins de l'esfera de l'acció social, igual que passa amb l'accés a l'alimentació o a les prestaci-

ons de garantia d'ingressos, i s'orienta, exclusivament, a les persones amb menys recursos.

- A Alemanya, Suècia o Dinamarca, per contra, el SAD pot cobrir les dues esferes, a elecció de la persona usuària, si bé la major part de les hores d'atenció se centren en les cures personals i no pas en l'atenció domèstica. També a Espanya, i a Catalunya, el SAD presta serveis de cures personals i d'atenció domèstica. Al conjunt de l'Estat, d'acord amb les dades de l'IMSERO [3], el 63,7% de les hores d'atenció prestades corresponen a cures personals i el 33,9% a tasques domèstiques; mentre que, a la província de Barcelona, el 37% de les persones ateses pel SAD ho van ser per la seva situació social i el 62% per una dependència legalment reconeguda. En el cas d'aquestes últimes, el 85% de les hores prestades correspon a cures personals i el 15% a tasques domèstiques [8].

Al marge de la prioritització de les cures personals davant de l'atenció domèstica, una altra de les estratègies que s'ha desenvolupat a diversos països ha estat la de restringir l'accés al servei a les persones amb necessitats més intenses i/o xarxes de suport més febles. La focalització en les persones amb necessitats més intenses ha vingut acompanyada, a la majoria dels països analitzats, d'una reducció de la cobertura i d'un increment de la intensitat, especialment pel que fa a les persones usuàries amb necessitats més intenses d'atenció¹. Alhora, cal pensar que ha perdut protagonisme en la prestació del SAD l'objectiu preventiu, que s'intenta assolir, generalment, mitjançant altres serveis diferents del propi SAD, orientant la prestació del servei a les necessitats relacionades amb les cures personals.

La focalització del SAD en les persones amb més necessitats, així com el creixent recurs a la provisió de serveis per part d'entitats privades, ha portat a alguns autors/es a parlar de re-familiarització i re-mercantilització dels serveis de suport a les persones dependents al seu domicili. Per a Rodríguez Cabrero, per exemple, al llarg dels darrers anys s'ha produït en el conjunt dels serveis d'atenció a la dependència a Europa “una individualització més gran del risc, reforçat mitjançant una llibertat d'elecció més gran; re-feminització de les cures alhora que es potencia el discurs de la inclusió laboral de les dones; una creixent presència de l'oferta mercantil en la gestió de

1. Cal assenyalar al respecte que el Pla Estratègic de Serveis Socials de Catalunya preveu augment de cobertura (fins al 4% per al 2024 de SAD dependència), però sense creixement en intensitat.

serveis públics i com a oferta específica per a grups de renda que no valoren com a suficient l'oferta i la qualitat dels serveis públics; i una certa deriva assistencial en concentrar l'oferta pública en les dependències greus en detriment de la resposta a les de tipus sever i moderat" [9].

5.2 Criteris d'accés al SAD als països analitzats

A continuació, es recullen els criteris que se segueixen en alguns dels països analitzats per determinar els criteris d'accés al servei.

a) Criteris d'accés a l'APA a França

Com hem assenyalat prèviament, el funcionament de l'APA a domicili es deriva de dos elements relativament independents.

- D'una banda, l'elaboració d'un pla d'atenció individualitzat, on s'estableixen, en funció del grau de dependència i de les necessitats i preferències individuals de la persona atesa, una sèrie de prestacions específiques i la seva quantificació. En el cas del SAD, en aquest pla s'estableix el nombre màxim d'hores d'atenció subvencionades.
- Per altra banda, la determinació de la quantia de la prestació o, expressat a la inversa, la part del cost total del paquet d'atenció que ha de ser finançat per la persona usuària.

El grau de dependència de les persones sol·licitants de l'APA es determina mitjançant l'escala AGGIR, que estableix sis nivells diferents de dependència a partir d'una escala que oscil·la entre els 70 i els 1.000 punts: el GIR 1 correspon a les persones enllitades que tenen les seves funcions mentals greument danyades i necessiten supervisió constant. A l'altre extrem, el GIR 6 correspon a les persones que mantenen la seva autonomia per a les principals activitats de la vida quotidiana. L'APA es concedeix a persones amb nivells GIR que van d'1 a 4.

Un cop determinat el grau de dependència, i en funció de les necessitats de la persona usuària, el personal sociosanitari del Departament elabora un pla específic d'atenció, en el qual es recullen, entre d'altres elements, el nombre d'hores d'atenció que s'inclouen en el marc de l'APA (i que són, per tant, cofinançades per part de l'administració).

b) Criteris d'accés al SAD a Escòcia

Com s'ha assenyalat prèviament, els serveis per a les persones adultes i gent gran dependents es gestionen a Escòcia des dels municipis, que treballen de forma conjunta amb les autoritats sanitàries als anomenats *Health and Social Care Partnerships*.²

No hi ha un barem únic d'accés al sistema, i cada municipi o partenariat sociosanitari estableix els requisits d'accés i els criteris per a l'assignació dels serveis, així com el contingut de la valoració. En tot cas, el procés de valoració té en compte tant les necessitats específiques de la persona i les seves limitacions funcionals, com la disponibilitat de xarxes de suport i els desitjos o expectatives de la persona usuària en relació amb els serveis que vol rebre.

c) Criteris d'accés al SAD a Alemanya

Deixant al marge els serveis d'atenció domiciliària que poden prestar els municipis en l'exercici de les seves competències d'assistència social o els serveis que es presten en el marc de l'Assegurança de Salut, els criteris d'accés als serveis d'atenció domiciliària que es presten en el marc de l'Assegurança de Dependència són els comuns a la resta dels serveis i prestacions que s'inclouen en aquesta assegurança.

L'accés a les prestacions de l'Assegurança de Dependència alemanya es fa mitjançant un barem de valoració que, des del 2017, estableix cinc nivells de necessitat diferents. Inicialment, es diferenciaven únicament tres graus de dependència, que es definien de la manera següent:

- Les persones en el nivell d'atenció I requereixen assistència per a les activitats bàsiques (higiene personal, alimentació i mobilitat), almenys, una vegada al dia i diverses vegades a la setmana per a la neteja.
- Les persones en el nivell d'atenció II requereixen assistència per a activitats bàsiques, almenys, tres vegades al dia i diverses vegades a la setmana per a la neteja.

2. Hi ha 31 organismes d'aquest tipus a Escòcia i cadascun d'ells agrupa al Servei Nacional de Salut i l'autoritat local corresponent per a la gestió dels serveis sociosanitaris. Les formes d'integració dels serveis socials i sanitaris són diferents en cadascun d'ells, amb funcions, competències i tasques diferents, en funció de la realitat de cada zona o comarca.

- Les persones en el nivell d'atenció III requereixen assistència diària i les 24 hores per a activitats bàsiques i diverses vegades a la setmana per a la neteja.

La quantitat de temps que un/a cuidador/a no professional passa de mitjana per dia cuidant a la persona dependent ha de ser:

- Almenys 90 minuts, més de 45 minuts dels quals són per a les activitats bàsiques de la vida diària, en el nivell d'atenció I.
- Almenys tres hores, de les quals un mínim de dues són per a les activitats bàsiques de la vida diària, al nivell d'atenció II.
- Almenys cinc hores, de les quals un mínim de quatre són per a les activitats bàsiques de la vida diària, al nivell d'atenció III.

Des del 2017, s'ha establert un sistema de cinc nivells a partir de la consideració de sis àrees funcionals que es ponderen de manera diferent:

- Mobilitat (10%)
- Habilitats cognitives i comunicatives (fins a 15%)
- Comportament i problemes psiquiàtrics (fins a 15%)
- Autocura (40%)
- Maneig de la malaltia i dels tractaments (20%)
- Organització de la vida quotidiana i contactes socials (15%)



Per a cadascun dels criteris esmentats, s'estableix una escala que va del 0 (la persona pot realitzar activitat sense una altra persona que l'ajudi o amb l'ús d'ajudes tècniques) al 3 (la persona no pot fer l'activitat, ni tan sols de forma parcial). Un cop valorats tots els àmbits i aplicades les ponderacions corresponents, s'obté una puntuació global que correspon a un dels cinc nivells establerts.

- Grau I (12,5-26 punts). Deficiències menors d'autonomia o d'habilitats.
- Grau II (de 27 a 47,4 punts). Impediments considerables d'autonomia o d'habilitats.
- Grau III (de 47,5 a 69 punts). Greus deficiències d'autonomia o d'habilitats.
- Grau IV (de 70 a 89 punts). Impediments severos d'autonomia o d'habilitats.
- Grau V (de 90 a 100 punts). Impediments molt severos d'autonomia o d'habilitats.

L'assignació del grau de dependència a partir d'aquesta escala no es tradueix en una assignació determinada d'hores, sinó en una quantia de la prestació, que, com s'explica més endavant, oscil·la entre 689 euros mensuals per a les persones amb grau II (les persones amb Grau I no reben la prestació) i 1995 euros per a les persones amb Grau V. El nombre d'hores d'atenció cobertes per aquesta prestació dependrà dels preus unitaris de l'empresa proveïdora pels diversos serveis prestats, en el marc dels acords establerts entre els proveïdors i les caixes gestores de l'Assegurança de Dependència, com s'explica a l'apartat de finançament.

d) Criteris d'accés al SAD a Suècia

Com s'ha assenyalat prèviament, els municipis suecs són responsables de la prestació del conjunt dels serveis a la gent gran dependent, incloent-hi tant els serveis domiciliaris, com els serveis residencials. No existeix una escala o barem d'accés als serveis, que s'utilitzi a escala nacional, i, cada municipi, utilitza els seus propis criteris per determinar quines persones poden rebre serveis d'atenció a la dependència i quin tipus de serveis (residencials, domiciliaris, etc.) poden correspondre a cada persona, així com, en cas d'optar per l'atenció domiciliària, el nombre d'hores i les tasques a realitzar.

En tot cas, les sol·licituds de servei són analitzades per un/a gestor/a de casos que, després d'una entrevista individual, una visita a domicili, i una valoració de la situació i les necessitats de cada persona, estableix un pla d'atenció en el qual es detallen els serveis corresponents a cada persona. Alguns dels elements que es tenen en compte a l'entrevista són:

- Condicions de l'habitatge i de l'entorn físic de residència.
- Condicions físiques i psíquiques.
- Activitats i hàbits quotidians.
- Autonomia per a la realització de les activitats de la vida diària.
- Interessos personals.

Com s'explica posteriorment, en cas d'optar per atenció domiciliària, un cop establert el nombre d'hores i les tasques a realitzar, les persones usuàries tenen la possibilitat de seleccionar l'empresa o l'entitat que prestarà el servei.

e) Criteris d'accés al SAD a Dinamarca

Els criteris d'accés al servei d'atenció domiciliària s'estableixen a Dinamarca per part dels municipis competents pel que fa a la provisió del servei. Tot i que no hi ha una norma general al respecte, els ajuntaments solen valorar el grau de necessitat de les persones que sol·liciten el servei en funció d'una escala de cinc graus, després d'una visita domiciliària de l'equip municipal de valoració.

El nombre d'hores del servei s'estableix en funció d'aquesta valoració i es va modulant a mesura que es realitzen les visites anuals d'avaluació. Les persones usuàries, en cas que no estiguin d'acord amb la valoració de necessitats i l'assignació d'hores, poden interposar un recurs davant d'un Consell d'àmbit estatal.³

3. Es tracta de la Junta Nacional d'Apel·lacions (*Ankestyrelsen*) que gestiona els recursos i les apel·lacions de la ciutadania, a més de realitzar altres tasques d'avaluació i anàlisi, en diferents àmbits de l'administració.

5.3 Eines de valoració, estratificació i planificació de l'atenció domiciliària

Més enllà de les eines de valoració de la situació de dependència, mitjançant les quals es determina el dret d'accés als diferents serveis de cura –i que, com hem vist, en alguns països s'estableixen a nivell local i d'altres a nivell nacional o estatal–, s'han desenvolupat en l'àmbit geriàtric molt diverses eines de valoració i estratificació, algunes de les quals estan especialment orientades al seu ús a l'àmbit domiciliari i/o entre les persones usuàries de serveis d'atenció domiciliària. El seu ús resulta particularment interessant tant per al mesurament de la situació de les persones usuàries, com per a l'estratificació d'aquestes persones, l'elaboració de plans individualitzats d'intervenció i l'avaluació de l'impacte de les intervencions sobre les persones ateses, tant individualment com a nivell agregat.

Es descriuen a continuació, sense ànim d'exhaustivitat, algunes d'aquestes eines:

- **InterRAI Home Care instrument.** Probablement, una de les eines més utilitzades per a la valoració de necessitats i l'estratificació de les persones usuàries de serveis d'atenció domiciliària és l'*InterRAI Home Care (IHC)*, una eina estandarditzada de valoració especialment dissenyada per al seu ús amb persones usuàries del SAD, pertanyent a la família d'escalas de valoració d'InterRAI4 i utilitzada a països molt diversos. Alguns estudis han posat de manifest la utilitat d'aquesta eina tant per a la valoració de les necessitats i l'estratificació de la població usuària –incloent-hi les persones cuidadores–, com per a la gestió de casos individualitzada, l'avaluació de les intervencions i la generació d'indicadors de qualitat a partir de l'avaluació periòdica de la situació de les persones ateses. S'ha posat també de manifest la utilitat de l'eina per millorar la coordinació entre serveis mitjançant la utilització d'una escala de valoració compartida i estandarditzada, la individualització de l'atenció a partir de la determinació de les necessitats individuals i la planificació de l'atenció prestada [10] [11] [12].

4. Els instruments interRAI són un conjunt d'instruments estandarditzats, basats en l'evidència i validats internacionalment. Han estat desenvolupats per interRAI, que és una xarxa de col·laboració internacional de científics, metges i responsables polítics per millorar l'atenció i la qualitat de vida de les persones vulnerables. Actualment, 87 investigadors i clínics de 35 països són membres d'interRAI.

L'eina utilitza 236 indicadors articulats en 20 dimensions, recull informació sobre la situació física, mental i cognitiva de les persones valorades, i es pot utilitzar també per a l'obtenció d'indicadors relatius al nivell de fragilitat de les persones usuàries del servei, mitjançant una escala específica de fragilitat [13]. L'eina ha estat adaptada per al seu ús a diversos països i la seva utilització és obligatòria en alguns d'ells, com Bèlgica o Nova Zelanda.

Més enllà del seu valor a l'hora de l'avaluació de necessitats i l'estratificació de la població, l'eina resulta útil –com la resta d'escala de valoració estandarditzades d'ampli ús– a l'hora de generar indicadors de qualitat basats en els canvis en la situació de les persones ateses. En aquest sentit, a partir de la utilització de diverses escales d'InterRAI s'ha establert un catàleg multidimensional compost per 23 indicadors de qualitat que poden ser utilitzats en l'àmbit de l'atenció domiciliària [14]. Les anàlisis realitzades sobre mostres de persones usuàries del servei, a partir d'aquesta eina, posen de manifest tant la validesa dels indicadors que se n'extreuen, com els aspectes sobre els quals és prioritari intervenir (deteriorament de les capacitats funcionals, tractament del dolor, etc.) [15].

- **The Carer Support Needs Assessment Tool (CS-NAT).** Alguns països, com el Regne Unit, han estès l'ús d'eines de valoració de la situació i de les necessitats de les persones cuidadores, que es planteja com una obligació de les administracions locals. Si bé les eines o escales utilitzades poden ser lliurement triades per cada ajuntament, així com l'entitat o servei responsable de la realització d'aquestes valoracions, aquesta exigència ha comportat el desenvolupament de diverses eines, entre les quals cal destacar l'anomenat *Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT)*, orientat als/a les cuidadors/es de persones que reben cures pal·liatives i/o que tenen una malaltia terminal. Les avaluacions realitzades han posat de manifest millores petites, però significatives, en diversos indicadors i un potencial important pel que fa a la reducció de l'estrès de les persones cuidadores, en la mesura que permet una aproximació més individualitzada a la intervenció i una assignació dels recursos més adequada a les necessitats de cada persona usuària i de la xarxa d'atenció [16] [17].

- **Referent per a l'avaluació multidimensional i l'elaboració de plans d'atenció.** França va establir el 2016 per decret un document marc per unificar

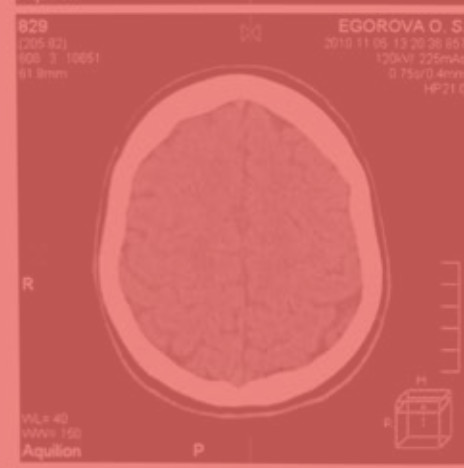
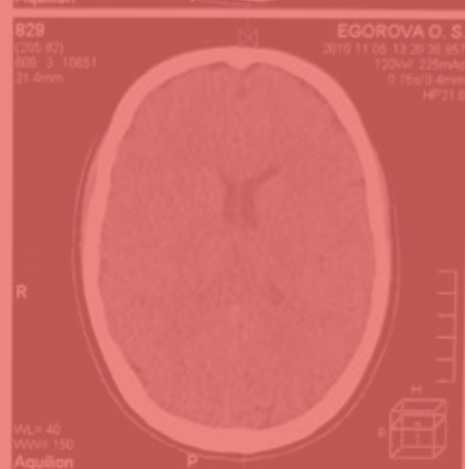
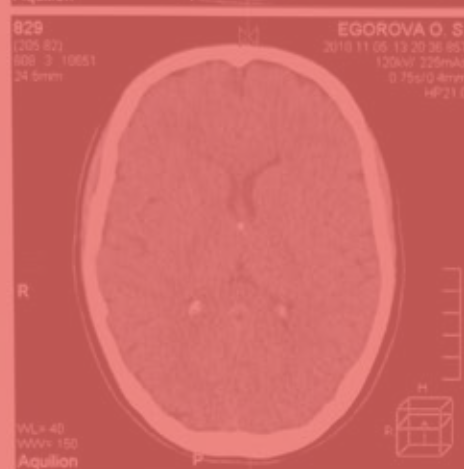
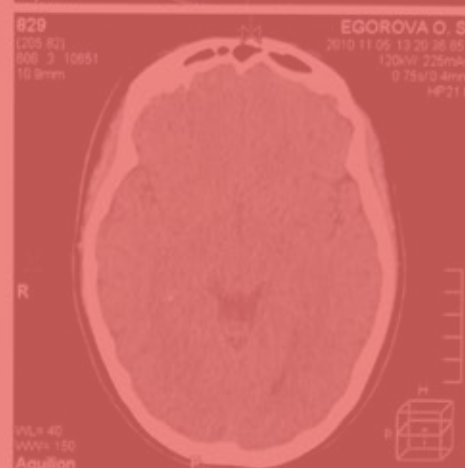
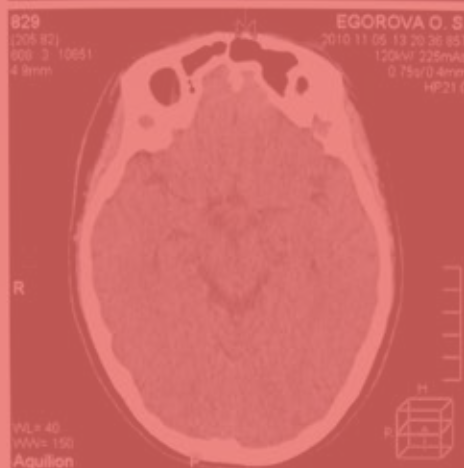


els models d'avaluació de necessitats i elaboració dels plans individuals d'atenció en el marc de la gestió de l'APA, més enllà del sistema de valoració de la situació de dependència que dona accés a la prestació en les seves diferents modalitats (AG-GIR). L'anomenat *Référentiel d'évaluation multidimensionnelle de la situation et des besoins de la personne âgée et de ses proches aidants* considera dotze dimensions diferents per a l'avaluació i estableix una sèrie de criteris comuns per a la realització dels plans d'atenció.

- **Plataforma tecnològica de gestió de la fragilitat (Fragicare).** En el marc de l'Estat espanyol s'han realitzat iniciatives molt diverses per a l'avaluació de les situacions de fragilitat de les persones usuàries de serveis d'atenció a domicili. Una d'elles és Fragicare, una plataforma tecnològica de gestió de la fragilitat de persones majors de 70 anys usuàries del Servei d'Ajuda a Domicili (SAD), que permet detectar les persones fràgils o pre-fràgils, prescriure activitats per aconseguir estils de vida saludables i poder portar el control de la seva realització. D'acord amb els seus promotors, el projecte neix per desenvolupar una plataforma tecnològica i un model de gestió que involucra el pacient i la seva família, i que implica

una coordinació entre el sistema social i el sistema sanitari. Aquesta aplicació possibilitarà als sistemes social i sanitari la realització d'un seguiment diari, regular i mantingut en el temps de les persones a través de l'observació de l'evolució dels seus paràmetres. El projecte és una iniciativa d'un consorci format per Grup Init, Grup SSI, STT Systems, Athlon, Institut Kronikgune, Tecnalia i Home Care Lab, juntament amb l'Àrea d'Acció Social de l'Ajuntament de Bilbao, i pretén assolir els objectius següents:

- ▶ Dissenyar un model de gestió de la fragilitat de persones de més de 70 anys usuàries del servei d'ajuda a domicili.
- ▶ Definir aspectes com els factors a monitoritzar, nivells d'alarmes i ruta assistencial per dur a terme la intervenció sociosanitària.
- ▶ Definir les especificacions tècniques i funcionals de la plataforma tecnològica.
- ▶ Possibilitar als sistemes social i sanitari l'accés a un seguiment diari, regular i mantingut en el temps dels pacients mitjançant l'observació de l'evolució dels seus paràmetres.
- ▶ Facilitar l'enviament d'alertes, davant la combinació de diferents paràmetres que situen la persona en un nivell determinat de risc.



Fórmules d'accés al SAD: prestacions econòmiques i assignació de serveis en espècie

06.

6.1 La creixent importància de l'elecció de les entitats proveïdores per part de les persones usuàries

Deixant de banda les eines i criteris utilitzats per a la valoració de les necessitats de les persones usuàries, i més enllà de la titularitat de les entitats prestadores dels serveis, els sistemes de cures de llarga durada existents al nostre entorn es divideixen en dos grans grups¹ pel que fa a la forma d'accés al servei públic d'atenció domiciliària:

- Alguns països –especialment els nòrdics, però també, teòricament almenys, l'Estat espanyol– mantenen un model de contractació i/o de gestió pública. En aquests casos, l'administració és la que contracta –o presta amb els seus propis mitjans– el servei a les persones usuàries, en funció de les necessitats. Deixant de banda la qüestió de si el servei és prestat directament o subcontractat a entitats externes (amb o sense fi de lucre), en aquests casos, és l'administració pública qui contracta el servei i determina quina serà l'entitat que prestarà el servei a cada persona (si bé, com veurem posteriorment, fins i tot en els casos en què el model es basa en la contractació pública, el principi de la lliure elecció va, progressivament, guanyant protagonisme).
- Altres països aposten per contra –tant en l'àmbit de l'atenció domiciliària com de l'atenció residencial– per l'accés als serveis mitjançant la concessió d'una prestació econòmica, vinculada al nivell de dependència i, en ocasions, al nivell de renda. Per mitjà d'aquesta prestació, la persona dependent accedeix en el mercat als serveis que necessita, contractant directament els serveis de les persones o entitats –privades amb o sense ànim de lucre, encara que, en alguns casos, també puguin ser públiques²– proveïdores.

No hi ha dubte que l'extensió d'aquesta segona opció és una de les tendències principals en l'àmbit de les cures de llarga durada en general i dels serveis d'atenció domiciliària en particular. Aquesta extensió es relaciona tant amb la reivindicació de la capacitat d'autodeterminació i lliure elecció de les persones usuàries, com

amb l'aposta de bona part de les administracions gestores d'aquestes prestacions per l'aplicació de lògiques mercantils basades en la idea que la competència entre proveïdors és la millor manera d'assegurar la qualitat dels serveis, així com l'interès d'aquestes administracions per contenir el cost del servei reduint el pes de la provisió pública directa.

Més enllà de quines siguin les raons que expliquen aquest canvi, no hi ha dubte que una de les tendències més significatives de les últimes dècades, pel que fa a la configuració dels sistemes de cures de llarga durada, ha estat la reivindicació, tant des de la pròpia ciutadania i des de les organitzacions de defensa de persones usuàries, com des de les esferes acadèmiques, d'un model d'atenció centrat en la persona usuària i en la promoció de la seva autonomia, de la seva lliure elecció i de la seva autodeterminació [1]. En aquesta línia, un dels canvis més clarament observables en el disseny dels serveis d'atenció domiciliària és l'expansió de la idea de la lliure elecció de l'entitat proveïdora dels serveis per part de les persones usuàries. Aquesta idea de la lliure elecció entronca amb dos principis o enfocaments relativament independents i es materialitza en general –encara que no sempre, com el model suec permet comprovar mitjançant l'extensió de l'ús de prestacions econòmiques per accedir al servei.

Els dos enfocaments o principis que es relacionen amb aquest moviment són els següents [18]:

- D'una banda, la necessitat de fomentar l'autodeterminació, l'autonomia i la capacitat de control de les persones usuàries. Des d'aquest punt de vista, des de fa dècades, es produeix una crítica a un cert paternalisme dels serveis socials pel que fa a l'assignació i l'organització dels serveis, i es reclama, per part de molts col·lectius usuaris d'aquests serveis, tenir més possibilitats per intervenir en el disseny del seu paquet d'atenció, en l'elecció de les persones o entitats proveïdores dels serveis i en l'organització del sistema [19].
- D'altra banda, la idea que la qualitat dels serveis es pot millorar mitjançant la promoció de la competència entre les entitats proveïdores de serveis, i mitjançant la restricció de les barreres d'accés a nous proveïdors, a partir de l'aplicació de lògiques mercantils o comercials a la provisió de serveis. S'entén, en aquest sentit, que el “mercat” de les cures

1. Tot i que s'han definit dos grups, en alguns casos –com l'escocès– es podria parlar de models híbrids, que permeten triar entre les dues opcions.

2. Com s'assenyala posteriorment, a França és possible accedir a serveis d'atenció domiciliària prestats per un operador públic –que competeix amb altres proveïdors privats– mitjançant una prestació econòmica.

professionals és un mercat com qualsevol altre, en el qual hi ha uns consumidors prou informats, unes entitats amb nivells de qualitat diferents i uns processos racionals de selecció per part de les persones usuàries, que trien els proveïdors de més qualitat dins d'uns marges de cost determinats.

Aquest canvi es tradueix en l'extensió de l'ús de prestacions econòmiques de tipus divers per accedir als serveis de cures, generalment, a partir de la idea de la *personalització* de les cures. En aquest sentit, la possibilitat d'accedir a una quantia econòmica per a l'adquisició de cures personals és una de les principals vies per les quals s'ha intentat donar a la persona usuària un control més gran sobre el tipus d'atenció que rep i la manera d'organitzar les cures que se li presten. Es tracta d'oferir-li la possibilitat de substituir l'atenció dissenyada, organitzada i prestada –directament o indirectament– des dels serveis socials públics, per l'atenció dissenyada, organitzada i contractada per la pròpia persona usuària, dotant-la de mitjans econòmics que pugui utilitzar per contractar els suports requerits, prestats per les entitats o els cuidadors de la seva elecció. Per fer-ho, els sistemes vigents opten, algunes vegades, per utilitzar prestacions econòmiques en sentit estricte, és a dir, quanties concedides en metàl·lic a la persona beneficiària; i, altres vegades, per fer servir una assignació econòmica individual consistent a posar a disposició de la persona usuària un pressupost o fons personal o individual, expressat en hores de suport i/o en quantia econòmica [1].

Un estudi del SIIS realitzat el 2011 sobre prestacions econòmiques i altres fórmules d'assignació econòmica individual en els sistemes d'atenció a la dependència [19] indicava que totes aquestes prestacions tenen en comú que els seus beneficiaris directes són les persones usuàries, és a dir, les persones que necessiten suports per a les activitats de la vida diària; i que s'atorguen perquè la persona usuària s'encarregui d'adquirir o de compensar amb elles l'atenció que requereix, prestada, segons els casos, per entitats de serveis, cuidadores professionals autònomes o cuidadores informals. S'articulen com a alternatives a la prestació de serveis en espècie.

D'acord amb aquest informe, l'extensió a partir dels anys 80 i 90 del segle passat d'aquest tipus de models respon a una crisi tant organitzativa –determinada per la rigidesa i els imperatius administratius associats a la prestació pública de serveis–, com financera –centrada en

la dificultat de sostenir econòmicament la prestació pública de serveis socials davant de la creixent demanda de serveis–. En aquest context, el problema essencial que les noves polítiques havien de resoldre era ampliar l'oferta de serveis sense que això es traduís en una pressió excessiva en els costos. Aquesta necessitat entrava en contradicció amb els límits pressupostaris i fiscals, però també amb la inèrcia i allò que es percebia com una excessiva burocratització dels models vigents; de manera, que es va veure necessari trobar noves fórmules organitzatives que fessin viable l'expansió del sistema combinant diversos objectius:

- reduir les despeses de funcionament, mitjançant una utilització més eficient, eficaç i racional dels recursos disponibles;
- incrementar els recursos econòmics destinats a la prestació de serveis socials personals per garantir-ne la capacitat de resposta a les previsions poblacionals;
- regular l'accés al sistema públic de serveis socials per donar contingut al dret de les persones en situació de necessitat i evitar la discrecionalitat vigent fins aleshores;
- diversificar la gamma de serveis disponibles per afavorir el pas d'un model marcadament institucional a un model comunitari i per reforçar l'existència de solucions de caràcter preventiu que retardessin o evitessin el recurs a solucions més costoses.

6.2 Experiències d'interès

En l'àmbit del SAD, els diversos països analitzats, en aquest informe, s'han adaptat a aquests enfocaments de manera molt diferent. Tot seguit, es descriuen, molt breument, set experiències que s'han considerat d'interès en relació amb aquesta qüestió: en primer lloc, els models d'Alemanya i França, basats en la concessió d'una prestació econòmica per a l'accés al servei; posteriorment, els models d'Holanda i Escòcia, que tenen un caràcter més híbrid i flexible; es descriu després el model suec –també basat en la idea de lliure elecció, però mantenint la responsabilitat pública en la contractació–, així com els models de Dinamarca i Austràlia; i, finalment, dues experiències desenvolupades a l'Estat espanyol: el model de Prestació Econòmica d'Assistència Personal (PEAP) desenvolupat a Guipúscoa

Taula 4 . Quanties mensuals en euros de les principals prestacions de l'Assegurança de Dependència alemanya el 2020

Prestació	Graus				
	Grau I	Grau II	Grau III	Grau IV	Grau V
Prestació econòmica per a atenció al domicili per persones cuidadores no professionals (<i>pflegeld</i>)	–	316	545	728	901
Prestació econòmica per a atenció al domicili per persones cuidadores professionals (<i>pflegesachleistung</i>)	–	689	1.298	1.612	1.995
Servei de dia o de nit	125	689	1.298	1.612	1.995
Servei d'atenció residencial	125	770	1.262	1.775	2.005

Font: MISSOC

i els Ajuts econòmics per a la contractació d'una persona cuidadora professional desplegats a la Comunitat Foral Navarra.

a) L'accés a l'atenció a domicili en el marc de l'Assegurança de Dependència alemanya

Com s'ha assenyalat prèviament, els serveis d'atenció domiciliària a les persones en situació de dependència es presten a Alemanya en el marc de l'Assegurança de Dependència, s'hi accedeix mitjançant una prestació econòmica que oscil·la entre els 689 i els 1.995 euros mensuals, i els presten, fonamentalment, entitats privades amb i sense fi de lucre.³ Una altra de les característiques bàsiques del sistema alemany és la possibilitat de combinar el servei d'atenció domiciliària amb altres prestacions (ajudes tècniques, serveis de respir, prestacions econòmiques per a persones cuidadores...) i l'estricta sistema d'avaluació imposat a les entitats prestadores de serveis.

Si bé l'Assegurança de Dependència contempla fins a quinze prestacions diferents, les prestacions fonamentals estan orientades a cofinançar l'accés als serveis de suport al domicili i als d'atenció residencial, mitjançant prestacions econòmiques determinades pel nivell de dependència (des del 2017 se'n distingeixen cinc nivells o graus de dependència). A diferència del que passa a altres països, com per exemple a França, el nivell de renda no es té en compte a l'hora d'establir la quantia

de la prestació, i sí, en canvi, a l'hora de fixar les cotitzacions que donen accés al sistema d'assegurament.

Les persones que no volen accedir a un centre residencial poden optar entre la prestació per a cures no professionals (*pflegeld*, similar a la Prestació Econòmica per a Cures a l'Entorn Familiar espanyola) o la prestació econòmica per a atenció al domicili per cuidadores professionals (*pflegesachleistung*, equiparable a la Prestació Vinculada a Serveis a Espanya, encara que només es pot destinar a serveis d'atenció domiciliària, centres de dia i de nit, estades de respir, ajudes tècniques, etc.).

Com s'observa a la taula següent, la prestació econòmica per a atenció al domicili per cuidadores professionals oscil·la entre els 689 euros mensuals al grau II de dependència i els 1.995 euros al grau V. La taula posa també de manifest que la prestació per a l'accés a les cures professionals és, per a qualsevol dels nivells de dependència, molt superior a la prestació econòmica per a atenció per cuidadores no professionals i molt similar a la prestació que es concedeix per a l'accés als serveis residencials⁴. Les persones amb el grau de necessitat més baix no tenen accés a aquesta prestació i tampoc a la prestació per a cures no professionals.

D'altra banda, existeix la possibilitat de combinar la prestació per a cures professionals a domicili amb la prestació per a cures no professionals. En aquest cas, es calcula el percentatge de la prestació de cures professionals no utilitzada i s'aplica el percentatge restant

3. En el cas alemany, per tant, l'administració pública no presta o gestiona directament els serveis d'atenció a la dependència, encara que pot ser titular de serveis d'atenció directa; sinó que es limita a regular-los i inspeccionar-los, així com a cofinançar-los mitjançant les prestacions econòmiques contemplades a l'Assegurança de Dependència. L'administració no es responsabilitza, per tant, de la provisió del servei, i la seva funció se centra en el cofinançament d'aquest i en les tasques de regulació, inspecció i avaluació.

4. S'ha de tenir en compte, en qualsevol cas, que, en el cas de l'atenció residencial, la prestació no cobreix les despeses d'allotjament i manutenció que es presten als centres residencials, sinó, únicament, les relacionades amb les cures personals.



a la quantia corresponent a la prestació per cures no professionals. És a dir, si s'ha utilitzat el 50% de la prestació per a cures professionals (*pflegesachleistung*), es percebrà el 50% de l'import de la prestació familiar (*pflegeld*).

També hi ha la possibilitat d'utilitzar una part de la prestació econòmica per al pagament de l'atenció domiciliària al pagament de serveis complementaris, com ara l'ús de places residencials de respir, per exemple. A més, les persones usuàries dels serveis d'atenció domiciliària tenen dret a una sèrie de prestacions complementàries. Entre elles cal destacar:

- Prestació de fins a 1.612 euros per abonar els costos d'un cuidador/a substitut en cas d'absència del cuidador/a habitual durant un màxim de sis setmanes a l'any.
- Prestació de fins a 1.612 euros per abonar els costos d'una estada de respir en un centre residencial, que es poden estendre fins a un 50% en cas que la prestació per a la contractació d'un cuidador/a substitut no hagi estat íntegrament utilitzada.

b) L'accés a l'atenció a domicili en el marc de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie francesa

El model francès d'atenció a la dependència s'articula, des de fa gairebé 20 anys, a través, fonamentalment, d'una prestació econòmica anomenada *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA). Aquesta prestació presenta una doble modalitat, en funció del lloc on es presten les cures:

- D'una banda, la prestació adreçada a l'atenció al domicili, que constitueix l'opció predominant, amb el 60% dels casos atesos. L'APA, en la seva modali-

tat a domicili, finança els ajuts necessaris per facilitar el manteniment de la persona dependent al domicili. Per això, en funció de la situació personal i les preferències de cada persona beneficiària, es poden finançar mitjançant aquesta prestació tant hores d'atenció domiciliària, com serveis de menjar a domicili, teleassistència, feines d'adaptació de l'habitatge o adquisició de productes de suport i ajuts tècnics, etc.⁵

- De l'altra, la prestació adreçada a la cura en centres residencials, mitjançant la qual es cobreix una part de la despesa que suposa l'estada en un centre residencial.

L'APA es configura com una prestació personalitzada, adaptada a les necessitats pròpies de la persona i a les seves preferències. Des d'aquest punt de vista, la llibertat d'elecció dels serveis finançats, mitjançant aquesta prestació, i del tipus de proveïdor del servei d'atenció constitueix un principi clau del sistema d'atenció a la dependència francès, tant pel que fa als serveis residencials, com als serveis que es presten a domicili. L'equip sociosanitari que avalua les necessitats de la persona sol·licitant i prescriu un pla individualitzat amb les prestacions a què té dret la persona amb dependència beneficiària de l'APA no pot imposar el tipus d'agent que prestarà aquests serveis.

El funcionament de l'APA a domicili deriva de dos elements relativament independents:

- D'una banda, l'elaboració d'un pla d'atenció individualitzat, on s'estableixen, en funció del grau de dependència i de les necessitats i preferències individuals de la persona atesa, una sèrie de prestacions específiques i la seva quantificació. En el cas del SAD, en aquest pla s'estableix el nombre màxim d'hores d'atenció subvencionades.

5. És important recordar també, en qualsevol cas, que juntament amb l'APA existeixen dues vies d'accés més als serveis d'atenció domiciliària, especialment per a persones autònomes o amb nivells de dependència reduïts: per una banda, les caixes de l'assegurança de jubilació ofereixen a les persones assegurades alguns serveis d'atenció domiciliària, depenent dels recursos econòmics i el grau de dependència de la persona assegurada; de l'altra, els ajuntaments i els centres comunals d'acció social poden oferir a les persones autònomes o amb nivells de dependència reduïts que no es beneficien de l'APA i tenen ingressos baixos, serveis d'atenció domiciliària bàsicament orientats a les tasques domèstiques. També cal fer referència a l'existència dels serveis d'assistència d'infermeria a domicili (SSIAD), que atenen necessitats eminentment sociosanitàries i que s'expliquen, posteriorment, amb més detall.

- D'altra banda, la determinació de la quantia de la prestació o, expressat a la inversa, la part del cost total del paquet d'atenció que ha de ser finançat per la persona usuària. Com abans s'ha assenyalat, l'accés a la prestació no està condicionat pel nivell de recursos econòmics, encara que sí que ho està la quantia de la prestació. La quantitat percebuda es modula en funció del grau de dependència i dels recursos econòmics de la persona, de manera que l'aportació de la persona usuària oscil·la entre el 0% –en el cas de comptar amb ingressos inferiors a 803 euros mensuals– i el 90% –per a persones amb una renda mensual superior a 2.995 euros– del cost total del paquet. Les persones amb ingressos entre 803 i 2.995 euros abonem una part que oscil·la entre el 0% i el 90% del cost del paquet de serveis. És important assenyalat que el cost del paquet es refereix al cost del paquet subvencionat a partir de la tarifa fixada pel Departament⁶. Si la persona usuària accedeix a un servei que aplica una tarifa superior o consumeix més hores d'atenció de les establertes en el paquet d'atenció, la diferència serà abonada directament per la persona usuària.

D'altra banda, la quantia màxima de l'APA té uns límits determinats, en funció del grau de dependència, que oscil·len entre els 674 euros mensuals, en el cas de les persones amb un grau menys sever de dependència (GIR 4), i els 1.742 euros per a les persones amb dependència més severa (GIR 1).

La prestació pot ser abonada directament a l'entitat que presta el servei d'assistència domiciliària o bé a la persona usuària mitjançant els anomenats xecs d'ocupació (CESU)⁷ que la persona usuària utilitza per abonar el servei a l'empresa proveïdora.

6. Segons un estudi realitzat el 2018 per la Federació Francesa de Serveis a la Persona i de Proximitat (FEDESAP), l'import mitjà de la subvenció abonada pels departaments era de 19,3 euros per hora d'atenció. El cost mitjà facturat per les empreses ascendia a prop de 25 euros. Les estadístiques oficials recullen una quantia mitjana subvencionada molt similar, encara que una mica menor (18,3 euros hora).

7. L'anomenat CESU (Xec Ocupació Servei Universal) permet tant abonar els diferents serveis a la persona que es presten a domicili (cura de nens/es, arranjaments domèstics, neteja, cura de gent gran, etc.), com facilitar les gestions relatives a la contractació i el pagament de les cotitzacions socials de les persones que desenvolupen aquestes tasques. Així, aquest sistema permet, d'una banda, regularitzar les activitats que es realitzen en el marc dels serveis domèstics i, de l'altra, facilitar el pagament d'aquests serveis.

Pel que fa a la prestació dels serveis d'atenció domiciliària en el marc de l'APA, la persona beneficiària pot, en principi, triar entre:

- Un servei públic o privat autoritzat pel Departament, que intervé bé com a prestador del servei (*prestataire*) o bé com a intermediari (*mandataire*).
 - En el primer cas, l'entitat presta directament el servei mitjançant el seu personal. L'entitat ha d'establir unes tarifes prèviament aprovades pel Departament i estar habilitada per a la prestació del servei, així com complir amb el marc d'avaluació de la qualitat establert.
 - En el segon cas, la persona perceptora de l'APA és qui ocupa a la persona enviada pel servei d'atenció a domicili, i aquest es limita a tenir un paper d'intermediació entre les dues parts (selecció, seguiment, gestions administratives, etc.).
- Contractar lliurement a una persona professional o, fins i tot, a un familiar,⁸ excepte espòs/a o persona amb qui conviu.

c) El suport autodirigit escocès

Escòcia ha establert un model de *self-directed support* o suport autodirigit mitjançant el qual les persones usuàries dels serveis prestats a la comunitat⁹ poden triar entre quatre possibilitats a l'hora de rebre els seus serveis:

- Una prestació econòmica (*direct payment*) que s'abona a la persona usuària i que ella administra per a la contractació i el pagament dels serveis comunitaris o domiciliaris que requereix.
- Un pressupost o fons individual per al finançament dels serveis que es destina a una entitat proveïdora elegida per la persona usuària. En aquesta opció, l'administració local competent estableix el pressupost destinat a cada persona, la persona usuària escull l'entitat proveïdora dels serveis i el municipi en contracta la gestió.

8. En aquest cas, es podria dir que la prestació s'assemblaria a la Prestació Econòmica de Cura a l'Entorn Familiar (PECEF) que preveu a Espanya la Llei de Dependència.

9. Tot i que, teòricament, el model no es limita als serveis domiciliaris i es podria estendre als serveis residencials, a la pràctica, l'accés als serveis residencials ha quedat fora d'aquest desenvolupament i només s'han fet algunes experiències pilot. L'ús d'aquest sistema en l'àmbit residencial és, per tant, marginal [20].

- Un servei d'atenció directa gestionat (encara que no necessàriament prestat) per l'autoritat local. En aquest cas, l'autoritat local responsable pot recórrer tant a una empresa privada o a una entitat sense ànim de lucre, com a la prestació directa dels serveis amb els seus propis recursos.
- La combinació de les tres opcions anteriors.

A l'exercici del 2018/2019, un total de 105.280 persones van accedir a aquest sistema de suport autodirigit, de les quals més de 70.000 eren persones majors de 75 anys. De les quatre opcions plantejades, la majoritària va ser la dels serveis d'atenció directa contractats per l'administració, que, entre la gent gran, va ser escollida per prop del 90% de les persones afectades. Entre els menors de 18 anys, per contra, el 54% va optar per la prestació econòmica; i entre les persones d'entre 18 i 64 anys, el 71% ho va fer pel servei d'atenció directa.

L'opció per una d'aquestes modalitats és, en certa manera, independent del tipus de servei utilitzat, ja que, a més d'atenció domiciliària, es poden utilitzar altres serveis com ara estades de respir o ajuts tècnics. De tots els serveis escollits mitjançant aquestes opcions, prop del 10% estaven orientats a l'atenció domèstica i quasi el 50% a les cures personals. La resta es refereixen a equipaments i ajuts tècnics, suport socioeducatiu i recreatiu, respir, menjars a domicili i suport per a la vida independent.

Les 105.000 persones usuàries del model de *self-directed support* representen, en qualsevol cas, al voltant del 40% de les 205.000 persones usuàries de serveis socials al llarg de l'any a Escòcia; de manera, que cal pensar que un nombre considerable de persones accedeix als serveis de cura de forma directa, sense possibilitat de realitzar les opcions prèviament assenyalades.

d) Els pressupostos individuals holandesos

Com en altres països d'Europa, el sistema de cures de llarga durada holandès fomenta les polítiques de prevenció i promou que els ciutadans visquin de forma independent durant el màxim de temps possible al seu domicili, cosa que es tradueix en la prioritat que el Govern atorga als serveis d'atenció domiciliària davant de l'atenció institucional.

L'actual sistema holandès d'atenció a la dependència és el resultat de diverses reformes esdevingudes en els darrers anys. Des del 1968, tots els ciutadans holandesos estaven coberts per una assegurança pública en virtut de la Llei de despeses mèdiques excepcionals (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* - AWBZ).

El 2015, l'AWBZ va ser derogada i les disposicions que afectaven l'atenció domiciliària van ser reestructurades per ser aplicades en virtut de tres lleis:

- la llei d'Atenció Social (*Wet maatschappelijke ondersteuning* - Wmo), que abasta l'ajuda domèstica a la llar per a les persones de baixos ingressos que no requereixen d'atenció o supervisió de manera permanent.¹⁰
- la llei de l'Assegurança de Salut (*Zorgverzekeringswet* - Zvw), que regula l'atenció d'infermeria a la llar i la cura personal finançada per l'assegurança de salut que totes les persones que resideixen i/o paguen impostos sobre la renda als Països Baixos estan obligades a contractar.
- finalment, la llei d'Atenció a la Dependència (*Wet Langdurige Zorg* - Wlz), que regula l'atenció residencial i domiciliària destinada a les persones amb necessitats d'atenció intenses i supervisió permanent les 24 hores del dia.

L'atenció a domicili es configura a Holanda com un servei personalitzat, adaptat a les necessitats pròpies de la persona i a les seves preferències. La llibertat d'elecció de la naturalesa de l'atenció -prestació o atenció directa-, així com del proveïdor de serveis, constitueix un element clau del sistema d'atenció a la dependència holandès, tant en l'atenció residencial, com en la que es presta a domicili. Els centres responsables de la valoració de les necessitats de la persona sol·licitant no poden imposar el proveïdor que prestarà els serveis prescrits, ja que aquesta decisió recau, en última instància, en la persona usuària.

10. Aquesta modalitat d'atenció domiciliària està destinada a les persones grans que no són prou autònomes o no poden participar de forma adequada en la societat i no tenen una xarxa familiar d'atenció que pugui prestar-los les cures necessàries. La llei Wmo estableix que, si es donen les dues situacions, els municipis estan obligats a brindar suport. Cada municipi organitza l'atenció i la seva intensitat en funció de les necessitats de les persones usuàries.

En el cas de l'assistència domiciliària de caràcter social (la coberta per la Llei d'Atenció Social o Wmo), les oficines municipals corresponents determinen el tipus d'atenció i el nombre d'hores que s'atribueixen a cada cas, en funció de les necessitats i preferències individuals. Un cop determinat el paquet d'atenció, la persona usuària pot triar entre serveis en espècie o prestacions econòmiques:

- Si la persona usuària opta pels serveis en espècie, el municipi s'ocupa de contractar-los a les entitats proveïdores de serveis amb les quals opera habitualment. Els ajuntaments també s'encarreguen de finançar els serveis.
- L'opció de rebre una suma en metàl·lic, equivalent a les hores de suport que li han estat reconegudes en forma de prestació econòmica, permet a la persona usuària utilitzar aquests diners per adquirir els serveis d'empreses o persones cuidadores autònomes, o per compensar o retribuir a un familiar. Aquesta fórmula, anomenada pressupost personal (*Persoonsgebonden budget - pgb*), obliga a la persona usuària a pagar a la persona cuidadora, com a mínim, 25 euros/hora.

Davant del caràcter "social" de la Wmo, la Llei d'Atenció a la Dependència (Wlz) cobreix l'atenció de la gent gran amb necessitats intenses d'atenció, que prefereix romandre a casa seva, amb aquesta atenció intensa i supervisió permanent les 24 hores al dia, sempre que es garanteixi la seguretat de la persona usuària i el cost del servei no superi el 75% de la despesa de permanència a un centre residencial. Un cop determinada l'elegibilitat, les oficines regionals d'atenció sanitària (*Zorgverzekeraars*) estableixen amb la persona usuària el tipus d'atenció en funció de les seves necessitats i interessos. En aquest marc, les persones usuàries poden triar entre tres opcions bàsiques:

- La primera consisteix a rebre, per part d'un proveïdor de serveis contractat per l'administració, un paquet complet d'atenció domiciliària (*Volledig pakket thuis*). En aquest cas, la persona usuària rep la mateixa atenció que en un centre residencial, és a dir, una atenció de 24 hores, però ha de seguir pagant les despeses derivades del propi habitatge (alimentació, lloguer, hipoteca, factures, etc.).
- Com en el cas de l'atenció domiciliària de caràcter social, les persones usuàries poden accedir als

serveis d'atenció domiciliària prestats per l'assegurança de dependència mitjançant els pressupostos personals (*Persoonsgebonden budget - pgb*), que consisteixen en prestacions econòmiques per a la contractació dels proveïdors de serveis directament per la persona usuària. Per a aquest tipus d'ajuda, l'oficina regional d'atenció sanitària s'assegura que la persona sol·licitant està capacitada per realitzar els tràmits administratius necessaris per gestionar per si mateixa l'ajuda. El pressupost personal es gestiona a través del Banc de Previsió Social (*Sociale Verzekeringsbank - SVB*), mitjançant el qual la persona usuària rep l'import i ha d'efectuar els pagaments. La prestació en efectiu equival al 75% del cost de l'atenció en espècie.

- Finalment, la persona usuària pot accedir a l'anomenat "paquet modular a casa" (*Modulair pakket thuis*), mitjançant el qual una part de l'atenció és prestada per una empresa proveïdora contractada per l'assegurança de dependència i l'altra mitjançant els pressupostos personals assenyalats.

e) El model suec de lliure elecció

Els municipis suecs són responsables de la prestació del conjunt dels serveis a la gent gran dependent, incloent-hi tant els serveis domiciliaris com els serveis residencials. Com s'ha assenyalat prèviament, no hi ha una escala o barem d'accés als serveis que s'utilitzi a escala nacional, i cada municipi utilitza els seus criteris per determinar quines persones poden rebre serveis d'atenció a la dependència i quin tipus de serveis (residencials, domiciliaris, etc.) poden correspondre a cada persona, així com, en cas d'optar-se per l'assistència domiciliària, el nombre d'hores i les tasques a realitzar.

En tot cas, les sol·licituds de servei són analitzades per un gestor/a de casos que, després d'una entrevista individual, una visita a domicili i una valoració de la situació i les necessitats de cada persona, estableix un pla d'atenció en el qual estableixen els serveis corresponents a cada persona. Alguns dels elements que es tenen en compte a l'entrevista són:

- Condicions de l'habitatge i de l'entorn físic de residència.
- Condicions físiques i psíquiques.

- Activitats i hàbits quotidians.
- Autonomia per a la realització de les activitats de la vida diària.
- Interessos personals.

En cas d'optar-se per l'assistència domiciliària, un cop establert el nombre d'hores i les tasques a realitzar, les persones usuàries tenen la possibilitat de seleccionar l'empresa o entitat que prestarà el servei. La possibilitat d'escollir l'entitat proveïdora es deriva de la Llei de Llibertat d'Elecció en els Serveis Públics (*Lagen om valfrihetssystem*) de 2009, mitjançant la qual es fomenta la possibilitat que les persones usuàries puguin triar lliurement els serveis a què poden accedir en l'àmbit de la salut i els serveis socials. El sistema de llibertat d'elecció significa que l'individu té l'oportunitat d'escollir un proveïdor d'un servei determinat entre els proveïdors que han estat aprovats i amb els quals l'autoritat local contractant ha signat un contracte.

Aquestes entitats proveïdores poden ser bé de titularitat pública, bé de titularitat privada, corresponent a la persona usuària la selecció del proveïdor (que, a més, pot ser substituït en cas que la persona usuària no estigui satisfeta amb el servei). En cas que la persona no esculli una entitat específica, l'Ajuntament li assigna una de les empreses o entitats que operen al municipi.

f) El model danès de lliure elecció

En la línia del que ha passat a Suècia, al llarg dels darrers 20 anys, el servei d'atenció domiciliària a Dinamarca ha experimentat un procés de mercantilització, en la mesura que s'han introduït normes tendents a afavorir l'elecció del proveïdor del servei per part de les persones usuàries. En aquest marc, des del 2003, els ajuntaments responsables de la prestació del servei tenen l'obligació d'oferir a totes les persones usuàries, almenys, dues opcions diferents, una de les quals pot ser una entitat de titularitat pública (de manera que, obligatòriament, almenys una ha de ser de titularitat privada).

A més, les persones amb dret a rebre ajuda al seu domicili poden optar per la contractació d'una persona de la seva elecció per a la realització d'aquestes tasques. L'elecció ha de ser aprovada pel municipi i s'ha de signar un contracte entre el municipi i la persona que presta el servei, en el qual s'especifiquen les tasques a realitzar o la remuneració.

g) El Consumer Directed Care (CDC) a Austràlia

L'accés als serveis d'assistència domiciliària a Austràlia es realitza a través d'un sistema anomenat *Consumer Directed Care* (CDC), mitjançant el qual les persones que tenen dret a accedir a qualsevol dels dos programes d'atenció domiciliària existents escullen, dins del llistat de proveïdors acreditats existents a la seva zona, el proveïdor que volen contractar.

En el marc del CDC no existeix una prestació econòmica com a tal, però el Govern abona directament a les entitats proveïdores una part de la tarifa de cada persona, i la resta es cobreix mitjançant el copagament de la persona usuària. L'aportació pública al pagament de la tarifa s'estableix en funció de la renda, la situació de dependència i el tipus de servei contractat per la persona usuària.

El model australià de lliure elecció diferencia –també des del punt de vista de les tarifes que han d'abonar les persones usuàries– entre els gestors de cas (*care package providers*), encarregats de la coordinació i el seguiment del cas, i els proveïdors directes dels serveis (*care providers*), que poden ser tant empreses com persones treballadores autònomes. Si bé es poden contractar els dos tipus de serveis a una mateixa entitat, també es poden contractar a entitats diferents. També és possible assumir personalment el treball de gestió, sense encomanar-lo a cap entitat. D'altra banda, totes les entitats que ofereixen serveis de coordinació i gestió de casos ofereixen, a més, serveis d'atenció directa; però no totes les entitats d'atenció ofereixen serveis de gestió i coordinació (ni tampoc la mateixa gamma de serveis d'atenció directa).

h) Prestacions d'assistència personal i vinculades al servei a les CCAA espanyoles

La major part dels municipis i CCAA de l'Estat espanyol aposten per una via diferent de les anteriors, en què la lliure elecció de les persones usuàries amb prou feines es té en compte i on la competència entre les empreses proveïdores es dona en l'àmbit de la contractació pública del servei. Cal assenyalar, però, algunes excepcions a aquesta regla:

- El model de Prestació Econòmica d'Assistència Personal (PEAP) –particularment implantat a Guipúscoa– s'assembla força als models de prestaci-

ons ja assenyalats, en la mesura que és la persona usuària la que, mitjançant la prestació econòmica rebuda, tria el proveïdor del servei i realitza la contractació. A Guipúscoa, el nombre de persones més grans de 65 anys perceptores de la PEAP ascendia el 2020 a 5.576 persones, la qual cosa suposa una cobertura del 3,42% de la població d'aquesta edat, davant una cobertura del SAD del 2,02% i una cobertura de la PECEF del 3,72%. A aquestes 5.576 persones més grans de 65 anys se sumen prop de 500 persones usuàries de la PEAP menors d'aquesta edat.

La quantia de la prestació oscil·la a Guipúscoa entre 300 i 844 euros, en funció del grau de dependència i de la renda de la persona usuària. La PEAP és compatible amb el servei d'atenció domiciliària i el d'atenció diürna, si bé la quantia de la prestació es redueix en aquests casos entre un 20% i un 60%.

El pressupost de la Diputació Foral de Guipúscoa per a aquesta prestació puja el 2021 a 29,1 milions d'euros, davant dels 24 milions previstos per a la PECEF. Aquesta despesa equival a uns 40 euros anuals per habitant.

- En el cas de Navarra, hi ha les anomenades Ajudes econòmiques per a la contractació d'un cuidador professional. Com el seu nom indica, es tracta d'una ajuda econòmica per a la contractació d'un cuidador professional i/o empresa de serveis, per a persones dependents a càrrec de les seves famílies. Després d'incrementar-se un 20% al juliol del 2020, la quantia de l'ajuda oscil·la entre 172,8 i 943,2 euros mensuals. Per a la seva concessió, s'exigeix que la persona dependent rebi 80 o més hores mensuals d'atenció, en el cas de les persones que tinguin reconegut un grau de gran dependència i dependència severa, i 60 o més hores mensuals per a aquelles que tinguin reconegut un grau de dependència moderada. A més, són necessaris altres requisits, com ara contracte de treball o mercantil, alta a la Seguretat Social, qualificació professional de la persona cuidadora, etc.
- Altres comunitats autònomes –per exemple, Castella i Lleó– han desenvolupat la Prestació Econòmica Vinculada al Servei (PVS) en relació amb el SAD. De fet, d'acord amb les dades de l'IMSERSO, gairebé un 25% de totes les PVS concedides en l'Estat

es vinculen a un servei d'assistència domiciliària; la resta correspon, bàsicament, a les prestacions vinculades a serveis residencials i als d'atenció diürna. Aquestes més de 43.000 prestacions econòmiques vinculades al SAD representen, en total, el 3% de totes les prestacions en vigor al desembre del 2020 en el marc del SAAD.¹¹

6.3 L'impacte de l'accés al SAD a través de prestacions econòmiques davant de l'assignació directa del servei

El debat sobre els avantatges i els inconvenients de l'accés als serveis d'atenció a la dependència –i, més concretament al SAD– mitjançant el recurs a prestacions econòmiques és amplíssim, i seria molt difícil resumir-lo en aquest informe. Sí que cal assenyalar, en qualsevol cas, que no es poden extreure conclusions generalitzables d'aquest debat i que la validesa d'aquestes fórmules es relaciona, bàsicament, amb la forma concreta en què es dissenyen i s'apliquen. En aquest sentit, cal destacar que, si en alguns casos –el britànic o el suec, per exemple– la literatura acadèmica consultada sembla posar de manifest resultats escassament positius i es tracta, per tant, en certa manera, de fórmules “sota sospita”, en altres casos –el francès o l'alemany– no sembla que l'opció per les prestacions econòmiques hagi estat particularment qüestionada, almenys a la literatura acadèmica especialitzada. El cas suec és, sens dubte, un dels que ha rebut més atenció des del punt de vista de l'avaluació.

Les anàlisis realitzades en aquests països semblen indicar que l'adopció d'aquests models no permet, realment, millorar la capacitat d'elecció de les persones usuàries, encara que sí que ha generat millores, per exemple, pel que fa a una major diversitat d'entitats proveïdores [21]. La promoció de la lliure elecció també sembla haver incrementat la satisfacció de les persones usuàries amb el servei rebut, a causa de la més gran diversitat de l'oferta [22]. Les dades de les avaluacions realitzades també apunten a l'aparició, després de la implantació d'aquests mecanismes de lliure elecció, de desigualtats en l'accés als recursos des del punt de vista econòmic, recurrent

11. En el cas de la província de Barcelona, el servei d'ajuda a domicili es proporciona, majoritàriament, a través de la prestació del servei, però, en els darrers anys, ha crescut la prestació econòmica vinculada al servei d'ajuda a domicili per a les persones amb SAD de dependència, passant d'un 0,2% de persones amb PIA que tenien concedida aquesta prestació l'any 2013 a un 4,1% l'any 2020. Aquest increment pot estar relacionat amb l'accés de les persones dependents de Grau I a les prestacions de la cartera de serveis de la LAPAD [8].

les persones amb més recursos als serveis privats, les persones amb menys recursos als públics i les persones amb més necessitats assistencials a la combinació de tots dos [23]. En tot cas, la major part de les investigacions realitzades, en relació amb el cas suec, posen en qüestió que existeixin les bases suficients per a un exercici real de la lliure elecció, en la mesura que les persones usuàries, moltes vegades, no tenen la possibilitat de realitzar aquesta opció. La visió simplista de les persones usuàries del SAD com a consumidores ben informades que apliquen una lògica d'elecció racional és ingènua o, inclús, cínica, assenyalen Duner et al. [24]: la garantia d'una atenció veritablement individualitzada que tingui en compte les necessitats i expectatives de les persones usuàries va molt més enllà de la lliure elecció.

Tampoc no es pot parlar de resultats concloents en el cas danès. Les anàlisis realitzades semblen apuntar que el procés de mercantilització i d'entrada d'entitats privades al sector s'ha materialitzat en un deteriorament de les condicions laborals del personal, però no necessàriament en un deteriorament de la qualitat de l'atenció. De fet, la idea de la lliure elecció sembla gaudir d'ampli suport entre la ciutadania i entre les persones usuàries del servei, així com entre els gestors municipals, que han trobat en aquesta fórmula més possibilitats per a la contenció de la despesa. D'altra banda, encara que no sembla que la competició entre proveïdors hagi incrementat clarament la satisfacció de les persones usuàries amb el servei, sí que sembla haver incrementat la capacitat de les entitats proveïdores a l'hora de detectar les necessitats, prioritats i expectatives de les persones usuàries [25].

Per a T. Rostgaard, una de les principals expertes daneses en la matèria, la qüestió rellevant, en qualsevol cas, és la de si el deteriorament en les condicions laborals que s'associa al procés de mercantilització de l'assistència domiciliària a Dinamarca és compatible amb els principis del model nòrdic de serveis socials públics i universals. D'una banda, sosté Rostgaard, l'Estat manté la responsabilitat sobre els serveis –encara que no els presti directament– i la universalitat es reforça mitjançant una flexibilitat més gran dels serveis i una millor adaptació a les necessitats de les persones usuàries. D'altra banda, però, el model es basa en el deteriorament de les condicions laborals del personal de les entitats privades, de manera que, conclou, la millora de la capacitat d'elecció de les persones usuàries arriba a expenses de les condicions laborals dels i les treballadores [25].

També en el cas britànic, el recurs a la denominada personalització ha estat objecte d'avaluacions negatives, en part, per culpa del risc de des-responsabilització pública que impliquen. En aquest sentit, bona part de les crítiques que s'han fet al món anglosaxó s'han fet a l'impuls a les prestacions econòmiques per a l'accés als serveis d'atenció, que es relacionen amb el risc de des-responsabilització institucional que aquests sistemes presenten i amb el seu efecte pel que fa a la privatització de l'atenció. En efecte, davant l'assignació directa de serveis per part de les institucions o la prestació directa de serveis per part de l'administració, aquest enfocament es recolza, bàsicament, en lògiques mercantils –les persones consumidores són les que millor poden triar el servei que requereixen– i en fórmules de xec servei que poden no adaptar-se, adequadament, a les necessitats i possibilitats de determinats perfils de persones usuàries.

En aquesta línia, un recent estudi de V. Davey en relació amb els pressupostos personals anglesos [26] posa èmfasi en l'impacte diferencial d'aquests models en funció de les circumstàncies individuals de les persones usuàries i de la manera com aquests models s'articulen. Més concretament, els factors que es relacionen amb un impacte positiu d'aquests models són la intensitat del suport al qual es pot accedir amb la prestació, els suports i orientacions rebuts per a la contractació del servei de cura, i les característiques personals de la persona usuària (la cura familiar, etc.). En tot cas, d'acord amb aquesta investigació, l'existència d'un sistema de suport per a les persones que accedeixen a aquestes prestacions (en relació amb la selecció de les persones cuidadores, les gestions per a la contractació, les incidències amb relació al servei, etc.) es configura com un element clau a l'hora d'explicar l'èxit o el fracàs d'aquests models. Allò que permet assolir resultats positius, conclou Davey, no és el mer accés a aquest tipus de pagaments directes, sinó la prestació dels suports necessaris per a una gestió adequada d'aquests pagaments.

En aquest sentit, algunes de les avaluacions que s'han realitzat en relació amb aquesta qüestió –i, molt particularment, en relació amb la capacitat real d'elecció de les persones que accedeixen als serveis socials– posen de manifest que no totes les persones usuàries tenen la informació i l'orientació necessària per prendre decisions suficientment informades, que el “paper d'empresari” que contracta serveis al mercat privat no és el que moltes persones amb necessitats de cura i suports volen o poden realitzar, que l'oferta de serveis no és ho-

mogènia al territori (i, per tant, no hi ha en aquests casos una veritable llibertat d'elecció) o que la responsabilitat pública sobre els serveis es pot afeblir, si el paper de l'administració es limita a finançar una part del cost d'accés als serveis i es renuncia a desenvolupar les competències en matèria de regulació, inspecció i avaluació que aquest tipus de models requereixen.¹² La pròpia idea de "capacitat d'elecció" és, en si mateixa, vaga i equívoca, assenyalen alguns estudis [28].

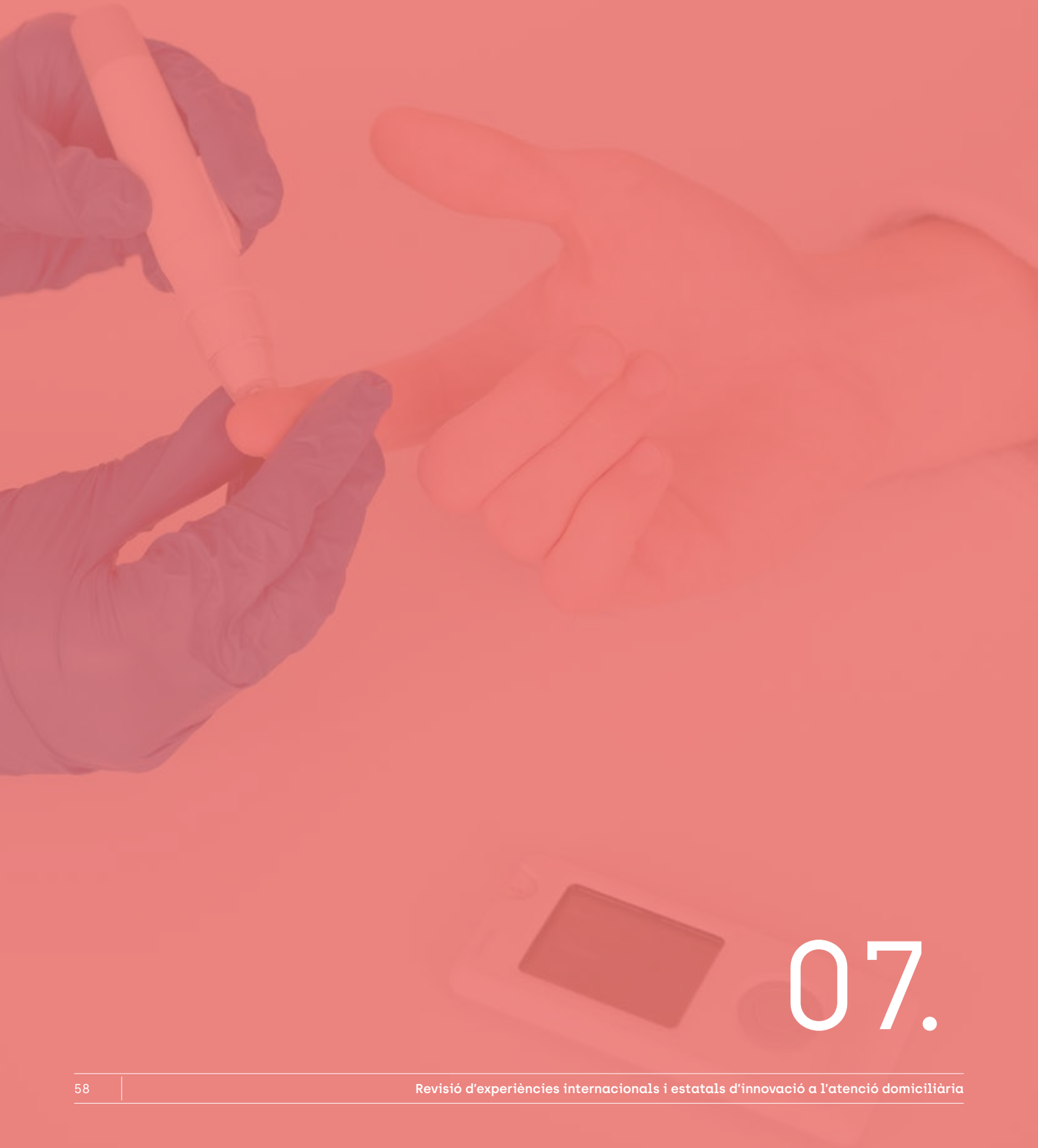
Davant d'aquests riscos, els països que han avançat en la lògica de la personalització han actuat de diverses maneres: per una banda, com en el cas d'Escòcia, oferint a les persones la llibertat d'escollir la forma d'accés als serveis que prefereixen (pagament directe, assignació de serveis, etc.); per altra, mitjançant el desenvolupament de mecanismes de suport i orientació a les persones usuàries, com ara les Oficines de Vida Independent; finalment, mitjançant el desenvolupament de mecanismes per a la garantia de la qualitat, com ara l'acreditació, la inspecció o l'avaluació dels resultats de les intervencions. A partir d'aquestes experiències, cal apuntar alguns dels elements que poden facilitar o

dificultar l'aplicació del principi de lliure elecció mitjançant l'accés a aquest tipus de prestacions en el marc del SAD:

- El nivell de suport que es presta a les persones usuàries, per part de les administracions públiques competents, en relació amb la selecció, la contractació i la supervisió de les empreses proveïdores. En aquest sentit, el funcionament adequat d'aquestes fórmules exigeix la potenciació dels sistemes d'informació, seguiment, supervisió i gestió de casos que permetin una relació equilibrada entre les empreses proveïdores i les persones que accedeixen al servei.
- L'existència d'una oferta d'entitats proveïdores àmplia i variada, arrelada al territori i adaptada a les seves necessitats, i econòmicament viable.
- La quantia de les prestacions i els sistemes d'establiment de les tarifes, que determinen quina quantitat han d'assumir les persones usuàries en concepte de copagament per poder adquirir el paquet d'atenció que realment necessiten.
- Com s'explica més endavant, aquest tipus d'estratègies requereixen reforçar els sistemes d'autorització, inspecció, avaluació, elaboració de directrius i recomanacions i, en general, gestió de la qualitat i articulació dels models d'atenció.

12. Per O'Rourke [27], per exemple, aquest enfocament –englobat al Regne Unit sota el paraigua genèric de la personalització– pot associar-se a una forma de consumisme, en què la independència es confon amb una mínima dependència respecte d'altres i, especialment, respecte de l'acció pública; l'elecció es limita a l'elecció d'uns serveis i proveïdors determinats a un mercat regit per les lleis de la competència; i el control es limita a la gestió d'un pressupost individual per aconseguir els serveis necessaris a un preu més barat que el que correspondria a un servei de gestió pública.

Aspectes relacionats amb les entitats proveïdores del servei



07.

La importància concedida al principi de lliure elecció, l'extensió de les prestacions econòmiques com a mecanisme d'accés al SAD, la recerca d'una flexibilitat més gran i l'interès per reduir la despesa pública associada al servei han comportat –en la pràctica totalitat dels països analitzats– un recurs creixent a la gestió indirecta del servei. En aquest context, la prestació del servei per professionals pertanyents a entitats de titularitat pública ha anat perdent terreny –encara que no hagi desaparegut– i ha guanyat protagonisme la prestació dels serveis per part d'entitats privades amb i sense ànim de lucre. Si bé no es pot parlar, en aquests casos, de privatització –en la mesura en què la determinació de l'accés al servei, la definició de les seves característiques, l'elecció dels proveïdors i el seu finançament segueixen corresponent a l'administració pública–, la prestació directa del servei ha anat, indubtablement, sent transferida a entitats privades, amb i sense fi de lucre.

7.1 Característiques de les entitats proveïdores als països analitzats

A continuació, es descriuen les característiques que, a cadascun dels països analitzats, tenen les entitats proveïdores dels serveis d'atenció domiciliària.

a) Les entitats prestadores del SAD a Alemanya

Com hem assenyalat prèviament, un dels elements bàsics del model de dependència alemany es refereix a la llibertat d'elecció de les persones usuàries pel que fa a la contractació dels serveis (tant residencials, com domiciliaris o d'atenció diürna). En aquest context, les persones usuàries poden triar entre entitats privades amb i sense finalitat lucre, i el paper de les entitats públiques és molt minoritari.



D'acord amb les dades de l'Institut Alemany d'Estadística (DESTATIS), els serveis d'atenció domiciliària són prestats per un total de 14.050 centres o empreses, que atenen de mitjana a 60 persones usuàries. Com s'observa a la taula següent, el 65% dels centres i el 51% de les persones usuàries corresponen als centres privats amb finalitat de lucre. Els centres dependents d'entitats sense ànim de lucre atenen el 46% de les persones usuàries.¹

1. És important assenyalat que les estadístiques en relació amb aquesta prestació inclouen també les persones usuàries de centres de dia i de nit. El conjunt dels serveis domiciliaris d'atenció diürna i nocturna s'engloben a la categoria d'atenció ambulant, davant de l'atenció residencial.

Taula 5. Usuaris i centres dels serveis d'atenció domiciliària diürna o nocturna (2017)

Titularitat	Centres		Persones usuàries		Mida mitjana
Total	14.050	100,0	829.958	100,0	59,1
Privat amb fi de lucre	9.243	65,8	428.159	51,6	46,3
Privat sense fi de lucre	4.615	32,8	387.423	46,7	83,9
Públic	192	1,4	14.376	1,7	74,9

Font: DESTATIS

b) Les entitats prestadores del SAD a França

El 2020, el nombre d'entitats que presten serveis d'atenció domiciliària per al conjunt de l'Estat francès s'estima en prop de sis mil, incloent-hi els serveis convencionals de SAD, els serveis d'infermeria a domicili i els serveis polivalents. Aquestes entitats atenen, de mitjana, unes 116 persones usuàries.

A diferència del que passa a altres països, la major part de les entitats proveïdores de serveis són o bé entitats privades, o bé entitats públiques dependents d'ajuntaments i mancomunitats. A títol d'exemple, en el cas de la regió de la Nova Aquitània, de les prop de 750 entitats prestadores de serveis d'atenció a domicili –incloent-hi les diverses modalitats abans assenyalades–, 185 són entitats privades amb finalitat de lucre, 290 són entitats sense fi de lucre i 286 són entitats públiques, que representen, per tant, gairebé el 40% de les entitats proveïdores (si bé, en aquest cas, s'hi inclouen també les entitats que presten serveis de caràcter sociosanitari mitjançant els anomenats SSIAD).

c) Les entitats prestadores del SAD a Escòcia

Com s'ha assenyalat prèviament, a Escòcia el gruix dels serveis socials per a persones adultes i gent gran es presta mitjançant el sistema de suport autodirigit, segons el qual les autoritats locals estan obligades a oferir a les persones amb dret a la recepció de serveis socials quatre opcions diferents: una prestació econòmica (*direct payment*) que s'abona a la persona usuària i que ella administra per al pagament dels serveis comunitaris o domiciliaris que necessita; un pressupost o fons individual per al finançament dels serveis que es destina a una entitat proveïdora escollida per la persona usuària; un servei d'atenció directa gestionat (encara que no necessàriament prestat) per l'autoritat local; o una combinació de les tres opcions anteriors.

En aquest marc, com s'observa a la taula següent, el 42% de les persones ateses pel SAD a Escòcia ho estan per un proveïdor de serveis de titularitat pública (ja sigui un ajuntament, el servei de salut o un dels partenariats sociosanitaris abans assenyalats), i el 45% per una empresa privada. Només el 3,5% de les persones ateses reben serveis d'entitats del tercer sector.

d) Les entitats prestadores del SAD a Suècia

Com s'ha assenyalat prèviament, les persones usuàries tenen la possibilitat de seleccionar l'empresa o l'entitat que prestarà el servei.² Aquestes entitats poden ésser bé de titularitat pública, bé de titularitat privada, corresponent a la persona usuària la selecció del proveïdor (que, a més, pot ser substituït en cas que la persona usuària no estigui satisfeta amb el servei). En cas que la persona no esculli una entitat específica, l'Ajuntament li assigna una de les empreses o entitats que operen al municipi.

D'acord amb les dades del Consell Nacional de Salut i Serveis Socials (*Socialtyrlsen*), actualment, existeixen a Suècia un total de 1.895 entitats prestadores de serveis d'atenció domiciliària, de les quals 1.449 (el 74%) són de titularitat pública i 446 (el 26%) de titularitat privada³. No obstant això, aquesta distribució no és homogènia als diversos municipis i, per exemple, en el cas d'Estocolm la distribució és la inversa, amb prop d'un 75% d'entitats proveïdores privades.

2. La possibilitat d'escollir l'entitat proveïdora es deriva de la Llei de Llibertat d'Elecció als Serveis Públics (*Lagen om valfrihetssystem*) de 2009, mitjançant la qual es fomenta la possibilitat que les persones usuàries puguin triar lliurement els serveis a què poden accedir en l'àmbit de la salut i els serveis socials. El sistema de llibertat d'elecció significa que l'individu té l'oportunitat d'escollir un proveïdor d'un determinat servei entre els proveïdors que han estat aprovats i amb els quals l'autoritat contractant ha signat un contracte.

3. La distribució de les hores d'atenció prestada és similar. Diversos estudis assenyalen que al voltant del 40% de les hores d'atenció corresponents als proveïdors privats es concentren en quatre grans empreses.

Taula 6. Distribució de les persones usuàries de SAD majors de 65 anys per tipus de proveïdor del servei a Escòcia (2019)

	65-74	75-84	Més de 85	Total
Entitat pública i empresa privada	6,9	7,5	8,1	7,6
Entitat pública i tercer sector	0,8	0,7	0,7	0,7
Entitat pública	40,1	43,4	41,6	42,0
Empresa privada	44,6	44,7	46,3	45,3
Tercer sector	6,4	2,9	2,6	3,5
Altres combinacions	1,2	0,7	0,7	0,8

Font: Public Health Scotland. Social Care Insights Dashboard.

e) Les entitats prestadores del SAD a Dinamarca

Com s'ha assenyalat prèviament, els ajuntaments danesos estan obligats a oferir, almenys, dues opcions diferents a les persones amb dret a accedir al servei d'atenció domiciliària, una de les quals pot ser una entitat de titularitat pública. Actualment, segons l'Institut d'Estadística de Dinamarca, el nombre d'entitats privades proveïdores de serveis d'assistència domiciliària és de 302.

En aquest marc, el 37% de les persones usuàries ha optat el 2020 per un servei de titularitat privada, davant del 26% el 2008. En qualsevol cas, és important assenyalar que aquests percentatges difereixen en funció del tipus de SAD prestat, ja que es redueixen al 9%, en el cas de les persones que només accedeixen a cures personals, i arriben al 43%, en el cas de les persones que només accedeixen a tasques domèstiques o de la llar.

f) Les entitats prestadores del SAD a Austràlia

Es calcula que, el 2015, hi havia a Austràlia unes 2.000 entitats proveïdores de serveis d'assistència a domicili, que atendien prop d'un milió de persones usuàries. Al voltant d'un 70% de les entitats proveïdores són entitats sense fi de lucre, si bé el percentatge d'operadors amb fi de lucre s'ha anat incrementant fins a gairebé el 15% [29].

7.2 L'impacte de la prestació privada del SAD en la qualitat de l'atenció

Com passava amb la qüestió de l'accés al SAD mitjançant prestacions econòmiques i no mitjançant la prestació directa del servei, la qüestió de la participació d'entitats privades en la gestió del SAD està subjecta a un ampli debat que excedeix l'abast d'aquest informe.

Cal, en tot cas, assenyalar alguns elements en relació amb les tendències i realitats observades als països del nostre entorn:

- El sistema de lliure elecció i de competència entre proveïdors no impedeix la provisió dels serveis per part d'entitats de titularitat pública. Tant a Escòcia com a Suècia, per exemple, les persones usuàries poden triar tant entitats privades com entitats públiques per a la prestació dels serveis que necessiten. A França, el paper de les entitats públiques

en la prestació del SAD és inferior, però, en el cas dels centres residencials, és possible –i habitual– que una de les opcions a disposició de les persones usuàries sigui una entitat pública, que competeix, en aquest sentit, amb entitats privades. Lògicament, com s'assenyala més endavant, la qüestió dels mecanismes existents per a la fixació de preus és essencial en aquest aspecte. A Escòcia, les persones poden escollir entre diverses opcions, dins de les quals hi pot haver l'ús d'un SAD públic.

- La prestació del SAD per part d'entitats de titularitat privada no equival a la prestació del SAD per part d'entitats privades mercantils o amb finalitat de lucre. Tot i que té menys pes que a l'àmbit residencial, la participació d'entitats de l'economia social o del Tercer Sector en la prestació de serveis d'assistència domiciliària és important en alguns dels països analitzats. Com s'ha assenyalat prèviament, en el cas de França i d'Alemanya, el pes de les entitats privades sense ànim de lucre en la prestació del servei ronda el 40%.

Pel que fa a la introducció de proveïdors privats en el marc del SAD, cal fer també referència a dues tendències d'interès, que afecten la qualitat del servei:

- D'una banda, la irrupció en el sector d'empreses de serveis no especialitzades –que operen en el SAD i en altres serveis personals com la seguretat, la recollida d'escombraries, el càterring, etc.– i la concentració del mercat en un nombre reduït de grans empreses, sense arribar, en qualsevol cas, als nivells de concentració que s'ha produït en l'àmbit dels serveis residencials (que requereixen, lògicament, una capacitat d'inversió molt més gran).
- D'altra banda, el recurs creixent a l'economia de plataformes per accedir a serveis d'assistència domiciliària i, en aquest sentit, la tendència a la *uberització* del sector. Des d'aquest punt de vista, la irrupció de plataformes com Cuideo a Espanya, *Supercarers* al Regne Unit, *Plegetiger* a Alemanya o *Curadides* a Àustria posa de manifest l'existència d'un nínxol o oportunitat de mercat que està sent aprofitat per empreses multinacionals especialitzades en la intermediació laboral, amb efectes ambivalents pel que fa a les condicions de treball dels i les professionals, la desprofessionalització del sector, la disponibilitat de cures o la qualitat de l'atenció.

En aquest sentit, un informe recent del Comitè Econòmic i Social Europeu posa de manifest els riscos que la proliferació d'aquestes plataformes suposa tant pel que fa a la qualitat de l'atenció, com a les condicions laborals del personal [30]. D'acord amb aquest informe, una de les qüestions crucials en relació a l'impacte d'aquestes plataformes es refereix als mecanismes utilitzats per "aparellar" les persones usuàries i les persones treballadores: la utilització d'algorismes i sistemes d'intel·ligència artificial per a la realització d'aquests aparellaments es pot traduir en una reducció de la personalització del servei i provocar una *uberització* de les relacions de cura⁴. Per als autors de l'informe, l'economia de les plataformes suposa un risc de desprofessionalització del sector de les cures de llarga durada, cosa que requereix una regulació específica d'àmbit europeu i el desenvolupament d'eines adequades per a la vigilància del compliment de les seves obligacions fiscals i laborals, així com el reforçament dels serveis d'avaluació i l'exigència de requisits de qualitat específics en els casos en què els serveis prestats per aquestes plataformes són cofinançats pel sector públic (mitjançant prestacions econòmiques, bàsicament). L'informe posa també de manifest, en qualsevol cas, la possibilitat que siguin les administracions públiques o les entitats del Tercer Sector les que liderin el desenvolupament d'aquestes plataformes o, si més no, la possibilitat que puguin aprofitar el seu potencial mitjançant plataformes d'àmbit local.⁵

En el nostre entorn més proper, un informe recent analitza de forma específica la relació entre l'atenció a domicili i les plataformes digitals a Espanya, i alerta sobre el ràpid creixement d'aquest sector a Espanya, analitzant el funcionament de les vuit plataformes amb més penetració en el país [31].⁶ L'informe distingeix dos tipus diferents de plataformes –les agències digitals de col·locació i les plataformes a demanda–⁷, qüestiona la capacitat d'aquestes empreses per avançar en la professionalització i formalització del sector, i destaca les dificultats d'aquest tipus d'empreses per oferir unes condicions laborals de qualitat.

L'informe destaca, en qualsevol cas, que "no totes les empreses funcionen de la mateixa manera ni comparteixen les mateixes motivacions, encara que siguin categoritzades com a agències de col·locació digitals. Per exemple, el programa BBVA Momentum ha reconegut Aiudo pels seus principis d'impacte social. Aquesta empresa també té acords amb la Creu Roja i altres organitzacions sense ànim de lucre per treballar amb cuidadores en situació de vulnerabilitat (el 20% del total), com ara supervivents de violència de gènere o persones en risc d'exclusió social. A més, en el 98% dels casos, Aiudo aconsegueix que les famílies signin contractes indefinits (en lloc de temporals), encara que només sigui per a serveis a curt termini, com els de substitucions d'un mes durant les vacances d'estiu. Si les cuidadores tenen contracte indefinit, és més fàcil que puguin accedir a un habitatge de lloguer, a crèdit o a altres compres que podrien quedar fora del seu abast amb un contracte temporal".

4. En qualsevol cas, el terme "uberització" s'ha d'usar amb prudència en referència a l'aparició de plataformes digitals en diferents sectors. En primer lloc, no descriu tot l'espectre de models de plataforma que operen, actualment, a l'economia de plataformes. En segon lloc, el sector de les cures és molt diferent d'altres, com el del taxi. El de les cures és molt informal: s'estima que un terç de la feina no es declara. Hi ha una mà d'obra molt feminitzada i barreres d'accés específiques d'aquest sector. La confiança ocupa un lloc molt més important que en altres sectors, i l'ocupador, en el sector de les cures, sol ser la família. Aquests factors tenen implicacions diferents de les d'altres sectors afectats pel fenomen de les plataformes [31].

5. En aquesta línia, cal assenyalar l'existència de diverses experiències com TrustonTap que, si bé ha estat desenvolupada per una companyia privada, basa el seu model de negoci en l'apoderament de les persones usuàries i la qualitat de l'atenció. Cal assenyalar també l'experiència d'EqualCare, una plataforma de cures desenvolupada per una cooperativa britànica que té per objecte apoderar "les persones que importen: les que tenen cura i les que són cuidades".

6. Cuideo, Aiudo, Depencare, Wayalia, Cuidum, Cuorecare, Joyners, i Familiats són plataformes especialitzades en la cura a la gent gran. A elles, se sumen altres plataformes genèriques, com Yocuido o Cronoshare.

7. D'acord amb l'informe, "tot i que els models sota demanda i de col·locació comparteixen diversos aspectes, difereixen en tres àrees principals. En el cas de les agències de col·locació digitals, el procés de selecció continua estant sota la gestió i supervisió d'una persona, encara que els algorismes facilitin i agilitin el procés. Atès que aquests serveis solen prestar-se a llarg termini, les relacions entre el client i la cuidadora també són duradores, de manera que aquesta "assignació" té lloc esporàdicament. En això es diferencia del model sota demanda, on els serveis solen ser puntuals, a curt termini i amb una finalitat específica. Finalment, en el model d'agència de col·locació digital, la família contracta (o hauria de contractar) la cuidadora segons el Sistema Especial, llevat que la contracti la pròpia empresa".

Fórmules de contractació pública del servei



08.

8.1 Innovacions en relació amb la contractació pública del servei

Com s'acaba d'assenyalar, l'accés als serveis d'atenció domiciliària es realitza a diversos països mitjançant la concessió de prestacions econòmiques amb les quals les persones usuàries contracten directament el servei a proveïdors privats amb i sense ànim de lucre o, per exemple, a França, a proveïdors públics. No obstant això, molts països mantenen formes d'accés al servei que passen per la contractació directa per part de les administracions competents a entitats privades amb ànim de lucre o sense, mitjançant fórmules diverses de contractació pública.

En aquest context, encara que no es pot dir que es tracta d'una tendència molt estesa, en alguns dels països analitzats, s'estan introduint canvis pel que fa als models de contractació pública dels serveis d'assistència domiciliària. Aquestes noves formes de contractació es basen en els models de contractació pública responsable i l'aplicació de clàusules socials, d'una banda, i en els models de pagament per resultats, de l'altra. També cal fer referència, en aquest apartat, a les iniciatives que, a diversos països, es desenvolupen darrerament per a la promoció de noves fórmules empresarials a les entitats que presten (o que accedeixen als contractes per a la prestació de) serveis d'atenció domiciliària.

8.2 Clàusules socials i contractació pública responsable

La utilització de clàusules socials en la licitació dels contractes per a la prestació del SAD és una forma relativament estesa per a la contractació d'aquests serveis, en la qual prevalen consideracions socials, ambientals o d'un altre tipus en els procediments d'adjudicació del servei. Malgrat l'extensió d'aquestes fórmules, no es pot dir que hi hagi prou informació en relació amb les entitats públiques que han desenvolupat aquest tipus de contractacions ni del seu impacte des del punt de vista de la creació d'ocupació, la millora de les condicions de treball o la millora de la qualitat de l'atenció.

En qualsevol cas, resulta interessant recollir, a partir del treball realitzat per la Fundació Pilares sobre el paper del SAD a Cantàbria [32], alguns dels elements que s'haurien de recollir en aquest tipus de clàusules a fi d'adaptar el servei als principis i requeriments d'un model d'atenció centrat en la persona.

- Incorporar criteris relacionats amb la reducció de les taxes de rotació de les persones professionals
- A l'hora de la divisió dels contractes per lots, requerir al plec que els adjudicataris de cada lot organitzin els recursos humans del SAD per equips, als quals se'ls assignaran unes àrees territorials amb una població d'entre 8.000 i 20.000 habitants, en la línia de la territorialització del servei a què posteriorment es fa referència.
- A l'hora d'acreditar la solvència tècnica, especificar la relació dels professionals que hi participaran, amb indicació de les titulacions i l'experiència com a element d'acreditació de la solvència.
- Potenciar, a l'hora de determinar els criteris d'adjudicació, els criteris relacionats amb l'atenció personal (participació dels usuaris en l'elaboració i decisions sobre el seu PIA, activitats per a potenciació de l'autonomia, elaboració de la història de vida, cursos de formació als professionals, etc.) i també els relacionats amb l'atenció a la família, que s'han de considerar com a part del SAD; i reduir la importància dels criteris vinculats al cost. Així mateix, s'haurien de revisar les millores dels mínims exigits perquè estiguin més orientats al model d'AICP: paper de coordinador com a gestor de casos, programes d'assessorament i suport a la família i a la persona cuidadora, relacions de coordinació amb altres serveis com, per exemple, els sanitaris i amb els equipaments comunitaris de proximitat, formació inicial i continuada del personal al model d'ACP.
- En relació amb els preus del servei, diverses administracions han optat per distingir entre les tasques pròpies del SAD, relacionades amb l'atenció a la persona que desenvolupa l'auxiliar domiciliari, i les tasques de neteja, assignant a cadascuna un preu, en el segon cas més reduït. També, en algunes normes, s'exclou del SAD l'activitat de la neteja, si no és com a complement a l'atenció personal, sens perjudici que l'auxiliar domiciliària "col·labori" amb les persones en la realització de les tasques domèstiques potenciant la seva autonomia.

8.3 La concertació social en l'àmbit del SAD

Més enllà de la qüestió de la contractació pública responsable, durant els darrers anys, s'han obert amb certa

claredat a l'Estat espanyol, així com a altres països d'Europa, possibilitats per a la concertació social en l'àmbit dels serveis socials i, més concretament, en l'àmbit de l'atenció domiciliària.

Com explica Fresno [33], el concert s'emmarca dins dels sistemes d'acreditació o llicència, una figura molt estesa a alguns països europeus com Àustria i Alemanya a l'àmbit social. A Espanya, s'ha utilitzat, principalment, als àmbits sanitari i educatiu. A diferència del contracte, s'inspira en el principi que la societat civil pot tenir un paper fonamental en la prestació dels serveis de garantia pública. No s'inspira en el principi de la "subsidiarietat", pel qual les entitats actuen allà on no arriba l'Administració, sinó en la idea que l'Administració pública i la societat civil poden actuar de manera complementària en la satisfacció de les necessitats de la ciutadania. És a dir, és desitjable "un Estat fort i una societat civil forta" que es complementin i cooperin estretament. Sota aquesta fórmula:

- L'Administració Pública "acredita" aquelles entitats que reuneixen les condicions per prestar un servei, és a dir, els concedeix un "estatus" que els permetrà concertar la prestació del servei que serà finançat per la mateixa Administració.
- A diferència de la contractació pública, el proveïdor actua en nom propi i té autonomia en la prestació del servei, és a dir, pot prestar-lo de la manera que consideri més convenient, sempre que respecti els requisits establerts per l'Administració.
- Les persones beneficiàries poden tenir la llibertat d'escollir entre les diferents empreses o organitzacions acreditades (existeix una relació contractual entre el proveïdor i el beneficiari) o bé seran derivades per l'Administració a alguna d'elles.

Aquesta fórmula ofereix un marc en què la participació i la presa de decisions entre Administració, proveïdor i persona beneficiària són més equilibrades, cosa que, generalment, pot contribuir a millorar la qualitat, eficàcia i competitivitat dels serveis. Entre els avantatges d'aquesta fórmula cal destacar els següents [33]:

- Permet que la persona beneficiària tingui més capacitat d'elecció, sempre que hi hagi afluència de serveis.
- Es basa en principis de transparència, ja que l'Administració Pública estableix els requisits que han

de reunir les organitzacions que vulguin subscriure el concert.

- Pot fomentar la innovació, atès que el proveïdor, en el marc de la seva regulació, té flexibilitat per fer una adaptació constant a les necessitats i demandes de les persones usuàries.
- Permet estabilitat i continuïtat en els serveis, cosa que és important quan es tracta de serveis adreçats a persones vulnerables. L'estabilitat permet al prestador del servei planificar l'activitat, millorar la qualitat de l'ocupació del personal, planificar inversions a llarg termini, etc.
- És una fórmula flexible i amb més capacitat d'adaptació a les necessitats: el preu és revisable i s'ajusta als costos reals, si s'hi fixen criteris objectius.

D'acord amb aquesta mateixa font, entre els inconvenients en destaquen dos:

- Es tracta d'una fórmula que suposa certs riscos econòmics per al proveïdor, ja que només cobra el preu del servei, si es presta, malgrat haver subscrit el concert; això vol dir que no té ingressos assegurats, llevat que es prevegi, per exemple, el pagament per places no ocupades. A més, pot passar que el preu concertat amb l'Administració no cobreixi el cost total del servei, si els preus no s'han calculat correctament.
- La capacitat d'elecció de les persones usuàries està condicionada al fet que hi hagi diversos proveïdors acreditats.

Bona part de les CCAA -entre elles Catalunya, mitjançant Decret 69/2020, de 14 de juliol, d'acreditació, concert social i gestió delegada a la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública- han promulgat normes legals mitjançant les quals es regula aquesta figura. Aquestes normes difereixen, en qualsevol cas, en elements substancials, en la mesura que algunes permeten l'establiment de concerts amb entitats privades amb ànim de lucre, mentre que d'altres es dirigeixen, únicament, a les entitats d'iniciativa social. Algunes, d'altra banda, exclouen del concert social, de forma expressa, serveis com el SAD; mentre que, en altres, s'entén que poden ser objecte de concert, amb determinades excepcions, tots els serveis continguts a les respectives carteres de serveis socials.

En el cas d'Extremadura, per exemple, els concerts es limiten a les entitats sense fi de lucre, com a la Comunitat Valenciana; però, mentre que a Extremadura poden ser objecte de concert tots els serveis socials especialitzats més l'atenció domiciliària per a persones amb dependència, a la Comunitat Valenciana la prestació d'aquests serveis no pot ser objecte de concert. A Galícia, la contractació està oberta a les entitats privades amb i sense fi de lucre –encara que es donarà prioritat a les entitats sense ànim de lucre, quan hi hagi condicions anàlogues d'efectivitat, qualitat i rendibilitat social, sempre que, en tot cas, es garanteixi la lliure concurrència i es respectin els principis d'igualtat de tracte, de no discriminació i de transparència– i el concert s'estén tant a la reserva i ocupació de places, com a la gestió integral de prestacions tècniques, tecnologies de serveis, programes o centres. També a Andalusia, Balears i Castella La Manxa, el concert s'estén a entitats amb ànim de lucre i sense, i al conjunt dels serveis que conformen el catàleg. Com la Comunitat Valenciana, Aragó, Astúries i Navarra limiten la figura del concert a les entitats sense ànim de lucre, i Aragó i Navarra estenen el camp d'aplicació del concert a tots els serveis de la cartera amb caràcter genèric.

En el cas de Catalunya, l'article 2.1. del Decret 69/2020, de 14 de juliol, d'acreditació, concert social i gestió delegada a la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública obre les possibilitats de concert social al conjunt de les entitats privades, si bé, a l'article 14, s'estableix que, en condicions d'eficàcia, qualitat i rendibilitat social anàlogues, les entitats sense ànim de lucre tenen prioritat. Aquest mateix article introdueix una sèrie de criteris d'assignació i condicions d'execució dels serveis objecte de concert social i gestió delegada, que prioritzen la continuïtat en l'atenció personalitzada i integral a les persones usuàries, i el seu arrelament a l'entorn social, així com la qualitat en l'atenció a les persones en la prestació del servei i la responsabilitat social de l'entitat proveïdora. D'altra banda, les possibilitats de concertació s'estenen al conjunt de la Cartera de Serveis Socials, incloent-hi, per tant, el SAD.

8.4 Contractació per resultats

Diversos països han desenvolupat fórmules de contractació i finançament dels serveis d'atenció domiciliària vinculats a l'obtenció d'uns resultats específics per part de les entitats gestores dels serveis (*outcome based commissioning*). Aquestes fórmules de finançament es

vinculen als models de pagament per resultats (*payment by results*) desenvolupats, en alguns països a l'àmbit de la salut i traslladen a l'àmbit de la contractació pública l'interès per l'avaluació *ex post* de la qualitat de l'atenció a la qual es fa referència posteriorment.

En aquest sentit, la contractació basada en resultats és una forma de contractar els serveis d'atenció domiciliària menys centrada en la definició de les tasques i els processos, i més orientada a l'impacte del servei sobre la qualitat de vida de les persones usuàries [34]. En aquesta línia, la contractació per resultats a l'àmbit de l'atenció domiciliària es basa en la premissa que, si un proveïdor de SAD pot tenir un impacte positiu sobre els seus clients i redueix la necessitat d'atenció a llarg termini, ha de ser recompensat o, en altres termes, que el finançament públic dels serveis s'ha de modular, almenys en part, en funció dels resultats obtinguts.

Alguns municipis anglesos han desenvolupat fórmules de pagament per serveis per a la contractació del SAD que han demostrat bons resultats [35].¹ Per exemple, al comtat anglès d'Hertfordshire, si el proveïdor redueix la necessitat d'atenció després de sis setmanes de rehabilitació, el proveïdor obté el pagament del 50% de les hores d'atenció estalviades durant l'equivalent de 12 mesos [35]. En altres casos, s'ha aplicat un enfocament de “pal i pastanaga”, combinant incentius i penalitzacions: així, en alguns casos, l'autoritat local ha inclòs en el contracte una clàusula fent al proveïdor de SAD responsable d'un percentatge del cost de l'atenció residencial, durant el mateix temps, en cas que la persona sigui ingressada en una residència. En altres exemples (menys freqüents) hi ha penalitzacions per no complir els resultats acordats [34].

En general, però, les avaluacions realitzades fins ara no permeten valorar de manera concloent l'impacte d'aquest tipus de formes de contractació [36] [37]. Les avaluacions són escasses, els programes realitzats molt diversos i resulta complicat determinar els resultats que cal assolir per procedir als pagaments.

1. L'experiència anglesa del pagament per resultats s'explica de manera més detallada a la publicació *Estudis de cas d'innovacions en el servei d'ajuda a domicili* (Diputació, 2023).

8.5 Promoció de noves fórmules empresarials

Més enllà de l'aplicació de clàusules socials, models de concert social i sistemes de pagament per resultats, és possible identificar altres experiències o bones pràctiques orientades a la promoció de noves fórmules empresarials per a la provisió d'aquests serveis. Es tracta, en general, de fórmules sorgides de les mateixes entitats proveïdores, generalment en l'àmbit del Tercer Sector i que, posteriorment, han estat recolzades en més o menys mesura per l'administració. Entre aquestes innovacions, cal destacar les següents:

- **Microempreses comunitàries.**² El model de microempreses comunitàries sorgeix per potenciar serveis de proximitat, de característiques diverses que serveixen de pont entre el “tercer sector” i la ciutadania, i incrementen la participació en rols de cura, atenció i suport de la població local. El concepte “microempresa comunitària” sorgeix per respondre al repte de crear un sistema d'atenció a la dependència sostenible, que satisfaci les necessitats d'una població envellida i que compleixi, a més, una àmplia gamma d'objectius econòmics i comunitaris, és a dir:
 - ▶ reduir la desocupació,
 - ▶ augmentar la qualitat de l'ocupació,
 - ▶ millorar la salut i el benestar de la població,
 - ▶ i donar suport a les comunitats per estar més connectades, tenir més capacitats i, en definitiva, ser més fortes.

A aquesta llista podem afegir contribuir al desenvolupament d'un ecosistema de serveis de cura i suport sostenible i de proximitat, com ara els serveis d'atenció domiciliària. La generació de microempreses comunitàries intenta construir solucions des de dins de les comunitats locals, en línia amb els objectius de personalització, per assolir diversificar l'oferta de suport a persones amb dependència. Les microempreses constitueixen alternatives als SAD tradicionals i ofereixen nous conceptes de suport basats en les capacitats de les persones dins de cada comunitat. Com són serveis més petits i molt més personalitzats, poden adaptar-se més fàcilment a les necessitats i

aspiracions dels seus clients que el menú estàndard de serveis per a la dependència d'un SAD. Són serveis amb potencial d'“arrelar-se a la vida de les persones”, capaços de respondre millor a la immensa diversitat de les nostres comunitats.

Per aquestes raons, es considera que una xarxa de microempreses comunitàries ben gestionada, té potencial per ajudar les persones amb nivells de dependència a obtenir més control sobre les seves vides, a estar en contacte amb les activitats i persones que els importen, i a participar en les seves comunitats, superant una perspectiva d'atenció centrada, únicament, en els dèficits i en la resolució de necessitats.

- **Empreses públiques o de participació pública.** Tot i que no es pot dir que es tracta d'una tendència molt estesa ni que es tracti d'una nova fórmula empresarial, en alguns països i comunitats autònomes espanyoles, s'ha optat per la creació d'empreses públiques i/o públicament participades per a la provisió del SAD. En aquests casos, el capital de l'empresa és –en tot o en part– propietat municipal, si bé les fórmules de gestió de l'activitat es corresponen bàsicament amb les d'una empresa de propietat privada.

A Anglaterra, s'està produint un desenvolupament important d'aquest tipus d'empreses en l'àmbit dels serveis socials, a partir de l'experiència inicial d'Essex Care o NorseCare, a Norfolk, amb més de 10.000 persones empleades. Si bé no s'han publicat avaluacions específiques sobre l'impacte i el desenvolupament d'aquestes entitats, cal pensar que es tracta d'una fórmula en creixement, amb prop de 20 empreses públiques que operen en l'àmbit dels serveis socials. L'experiència més recent en aquest àmbit és Tricuro, una empresa que ofereix serveis d'atenció residencial, diürna i domiciliària, propietat dels ajuntaments de Dorset i Bournemouth, amb prop de 1.500 persones empleades. Si bé cal pensar que aquestes entitats ofereixen millors condicions laborals i una atenció més personalitzada, a més de resultar rendibles, algunes han experimentat importants dificultats econòmiques i/o deficiències en l'atenció, a més de crítiques sindicals en la mesura que l'opció per una empresa pública es considera una altra forma d'externalització del servei.

2. L'experiència anglesa de les microempreses comunitàries s'explica de manera més detallada a la publicació *Estudis de cas d'innovacions en el servei d'ajuda a domicili* (Diputació, 2023).

Al nostre entorn, el municipi de Vilanova i la Geltrú, al seu dia, va fer l'aposta de crear un organisme autònom municipal (Assistència Integral Social i Sanitària AISSA) que presta diversos serveis entre ells el SAD. Altres ajuntaments, com el de Pamplona, han anunciat la creació d'una empresa pública per a la gestió del servei, després dels negatius resultats que, segons els actuals responsables de l'Ajuntament, va suposar l'opció per la municipalització del servei que va prendre l'anterior Corporació. Desenvolupaments similars s'han donat a diversos municipis de la província de Barcelona que estan contractant empreses públiques, després de resultats negatius amb altre tipus d'empreses.

La participació dels ens locals en empreses proveïdores del SAD també es pot produir mitjançant la constitució de cooperatives o altres entitats de l'economia social, de les quals l'administració local en forma part. Seria el cas de la cooperativa de participació pública de gestió de serveis a les persones promoguda per l'Ajuntament d'Arbúcies (província de Girona).³ També cal fer referència, en la mateixa línia, a la possibilitat d'establir cooperatives de serveis públics i/o cooperatives de participació pública, expressament contemplades a les normatives autonòmiques que regulen el funcionament de les cooperatives, per exemple, en el cas d'Andalusia.⁴

No hem d'oblidar, per altra banda, que, com abans s'ha assenyalat, una part relativament important dels serveis d'atenció domiciliària a França són prestats, directament, per entitats públiques, a les quals les persones usuàries accedeixen mitjançant una prestació econòmica, en competència amb entitats privades amb i sense fi de lucre. Com també s'ha assenyalat abans, de les prop de 750 entitats prestadores de serveis d'atenció a domicili a la Regió d'Aquitània, 185 són entitats privades, 290 entitats són sense ànim de lucre i 286 són entitats públiques, que representen, per tant, gairebé el 40% de les entitats.

- **Franquícies locals per a la prestació del SAD.** En aquesta mateixa línia, a fi de diversificar l'oferta de proveïdors del SAD i de fomentar l'accés a la prestació del servei d'entitats arrelades al territori, Gales ha fomentat la creació de petites empreses per a la prestació del SAD a través de fórmules de franquícia, com *Care and Share Associates (CASA)*,⁵ *Caremark* o *Bluebird Care*.

3. Experiència analitzada com a estudi de cas en la publicació *Estudis de cas d'innovacions al servei d'ajuda a domicili* (Diputació, 2023).

4. La cooperativa de serveis públics constitueix una nova forma de governança publicoprivada, la regulació de la qual ve recollida a la Llei de Societats Cooperatives Andalusos. Tot i que altres legislacions de cooperatives vigents a Espanya ja recullen, de manera més o menys àmplia, la regulació d'aquest tipus de cooperatives, com ara la Llei 8/2003, de 24 de març, de Cooperatives de la Comunitat Valenciana, en el panorama jurídic internacional, la cooperativa de serveis públics constitueix una modalitat tremendament assentada, sobretot a Sud-Amèrica, on han estat veritables artífexs del desenvolupament urbà i rural, oferint respostes eficaces, eficients i satisfactòries a diferents necessitats en diversos sectors, sense intermediaris, abaratint costos de béns, productes i serveis, i, en general, millorant la qualitat de vida dels ciutadans.

5. CASA va passar, el 2019, a anomenar-se *Be Caring* i la seva propietat va passar a les persones treballadores, adoptant la forma d'una societat laboral. Avui és una de les principals societats laborals britàniques en l'àmbit de l'atenció social.

El finançament del SAD i la participació econòmica de les persones usuàries



09.

9.1 El finançament del SAD: elements generals

El finançament dels serveis d'atenció domiciliària està vinculat al finançament general de les cures de llarga durada, si bé a cada país el finançament del SAD pot presentar, en relació amb el conjunt dels serveis d'atenció a la dependència, algunes particularitats tant pel que fa al finançament públic del servei, com a la participació econòmica de les persones usuàries.

Alguns autors, com ara Costa i Font et al. [38], diferencien els models de finançament de l'atenció a la dependència entre els que operen *ex-ante*, abans que el risc de dependència es materialitzi i es produeixi la necessitat de cures, i els que operen *ex-post*, quan el risc de dependència s'ha concretat en una situació real de dependència i es produeix, per tant, una necessitat de cures. Entre els mecanismes *ex-ante*, Costa i Font fa referència a l'estalvi i les assegurances privades, les assegurances públiques i la prevenció de la dependència. Entre els mecanismes *ex-post*, s'assenyalen la cobertura pública de les cures mitjançant impostos generals –que pot ser universal o focalitzada en la població amb menys recursos–, l'atenció informal, l'autofinançament de les cures i les hipoteques inverses. Òbviament, es tracta de fonts de finançament complementàries –no alternatives–, si bé cada país o grup de països tendeix a donar prioritat a un enfocament determinat sobre els altres.

Seguint un model semblant, Joshua [39] classifica els països en quatre grans grups, en funció del tipus de finançament dels serveis d'atenció a la dependència:



- països que basen el seu model en sistemes d'assegurament social, com Alemanya, Holanda, Corea o el Japó.
- països que basen el seu model en la cobertura universal dels serveis d'atenció a la dependència, finançats mitjançant impostos generals. Seria el cas dels països nòrdics, i també d'Espanya, almenys després de l'aprovació de la Llei de Dependència i les diferents lleis autonòmiques de serveis socials.
- països que basen el seu model en una cobertura selectiva dels serveis, adreçada només a persones amb recursos inferiors a un llindar determinat, i finançats també mitjançant impostos generals. Seria el cas del Regne Unit o els Estats Units.
- models híbrids, com el francès, que combinen característiques de diversos models.

Més enllà dels models generals de finançament dels serveis socials d'atenció a la dependència i dels mecanismes que existeixen a cada país per determinar les fórmules de finançament públic del servei, una de les qüestions d'interès, en el marc d'aquest informe, es refereix a la determinació de la participació econòmica de les persones usuàries.

La participació econòmica de les persones usuàries dels serveis o dels seus familiars en el finançament dels serveis socials entraria, a la classificació de Costa i Font, entre les eines de finançament de la dependència que s'apliquen *ex-post*, és a dir, una vegada s'ha produït la situació de dependència. Tot i que les formes de determinació del copagament són molt diferents als diversos països del nostre entorn, es pot dir que la pràctica totalitat dels sistemes apliquen mecanismes de copagament, si bé la definició d'aquests mecanismes és molt diferent als diversos països, en funció de les despeses que estan subjectes a copagament i del grau de selectivitat o universalitat d'aquests copagaments [40] [41].

En aquest sentit, els diferents models de copagament es distingeixen en funció d'almenys cinc eixos:

- En el cas dels serveis residencials o amb allotjament, si el copagament s'aplica al conjunt de l'atenció rebuda o, només, als serveis hotelers i de manutenció. Bona part dels països del nostre entorn estableixen un règim de copagament diferent per als serveis hotelers i de manutenció, i per als serveis de cura personal o sanitaris. El mateix passa en el cas del SAD, s'apliquen normes diferents segons els països en relació amb el copagament i la determinació del preu públic en el cas de l'atenció domèstica i de les cures personals.
- Si el copagament s'estableix segons la renda o, per contra, s'aplica una tarifa general vinculada al cost del servei, independent de la renda. L'establiment de tarifes modulades en funció de la renda es pot definir amb criteris de focalització –en la mesura que el suport públic s'orienta, únicament, a les persones amb ingressos inferiors a un llindar determinat– o amb criteris d'universalisme focalitzat, oferint a les persones amb ingressos inferiors a un llindar determinat un suport més intens que l'ofert al conjunt de la població [42].
- En quina mesura es té en compte el patrimoni –i, especialment, l'habitatge habitual– a l'hora de determinar el copagament.
- Si el copagament s'estableix com el resultat de la diferència entre el cost real que abona la persona pel servei i la quantia de la prestació pública rebuda per al seu finançament –seria el cas, en el nostre entorn, de les persones que accedeixen a un servei mitjançant la Prestació Econòmica d'Assistència



Personal (PEAP) o la Prestació Econòmica Vinculada al Servei (PEVS)– o, per contra, mitjançant el preu públic establert per al pagament del servei.

És difícil trobar dades homogènies i comparables sobre els costos unitaris i el nivell de copagament que s'aplica als països del nostre entorn en l'àmbit de l'atenció a la dependència i, més concretament, en relació amb el SAD. Un estudi de l'OCDE publicat el 2020 [41] posa de manifest les dades d'interès següents pel que fa al cost i al copagament del SAD als països del nostre entorn:

- A la majoria dels països de l'OCDE, el cost íntegre –en cas que no hi hagi cofinançament públic– dels serveis d'atenció domiciliària per a persones amb dependència severa arriba o supera, en la major part dels casos, el 200% de la renda mitjana de les persones majors de 65 anys (panell 1.1. de la sèrie de gràfics annexa).
- El cost hora del servei oscil·la entre el 50% i el 300% del salari mitjà per hora treballada, amb percentatges d'entre el 100% i el 200% a la major part dels països analitzats (panell 1.2.)

- En el cas de les persones sense patrimoni i amb renda mitjana, i amb un nivell de necessitats moderat, el percentatge del cost del SAD cobert per l'administració supera, a gairebé tots els països, el 60%, i arriba al 100% als països del Nord (panell 2.1).
- En el cas de les persones amb necessitats considerades moderades, amb ingressos mitjans i sense

patrimoni, el nivell del copagament –calculat en relació amb l'ingrés disponible mitjà de les persones usuàries– oscil·la, per tant, entre el 0% a Finlàndia i el 100% a Letònia. En almenys 10 dels 26 països analitzats, el percentatge de copagament és inferior al 20%, mentre que, en el cas d'Espanya, arriba aproximadament al 50%, sempre segons les dades de l'estudi (panell 2.2).

Figura 1.1. Els costos totals de CLT són elevats en comparació amb la mitjana d'ingressos disponibles en la vellesa

Costos totals com a proporció dels ingressos disponibles nacionals per a persones majors

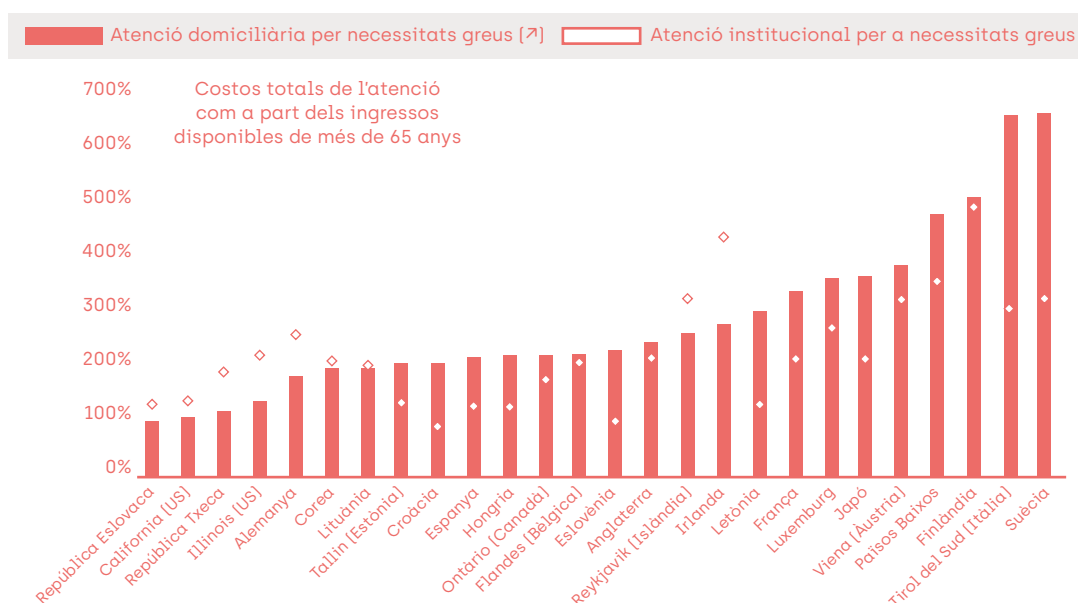


Figura 1.2. Els costos horaris totals de l'atenció domiciliària varien àmpliament entre els països i les zones subnacionals

Costos horaris totals com a proporció dels ingressos mitjans nacionals per hora treballats realment en l'economia

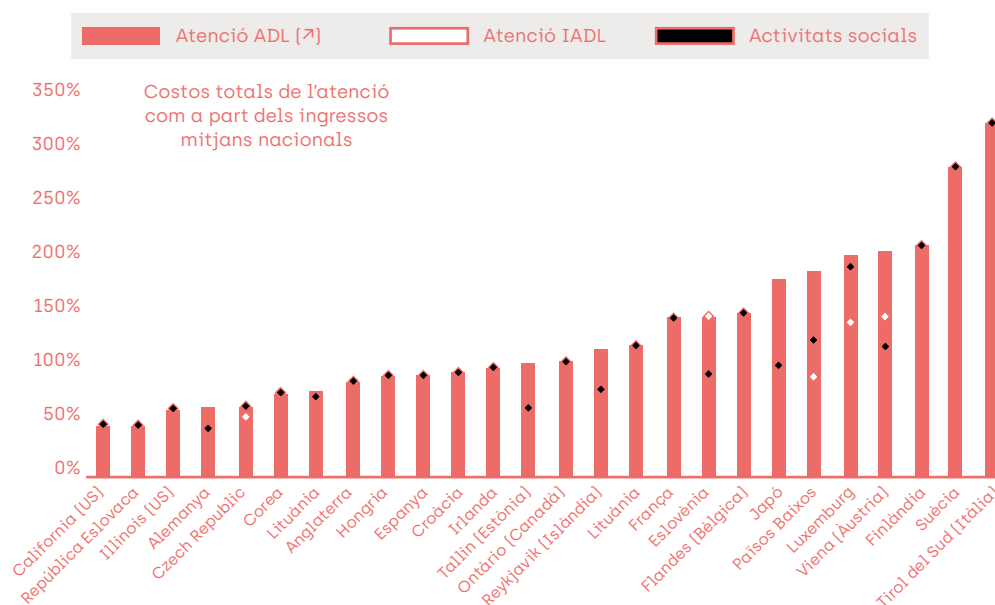


Figura 2.1. Repartiment dels costos totals de CLD que estarien coberts per la protecció social pública, per als receptors d'assistència que guanyen un ingrés mitjà i no tenen riquesa neta, per la gravetat i l'entorn de l'atenció

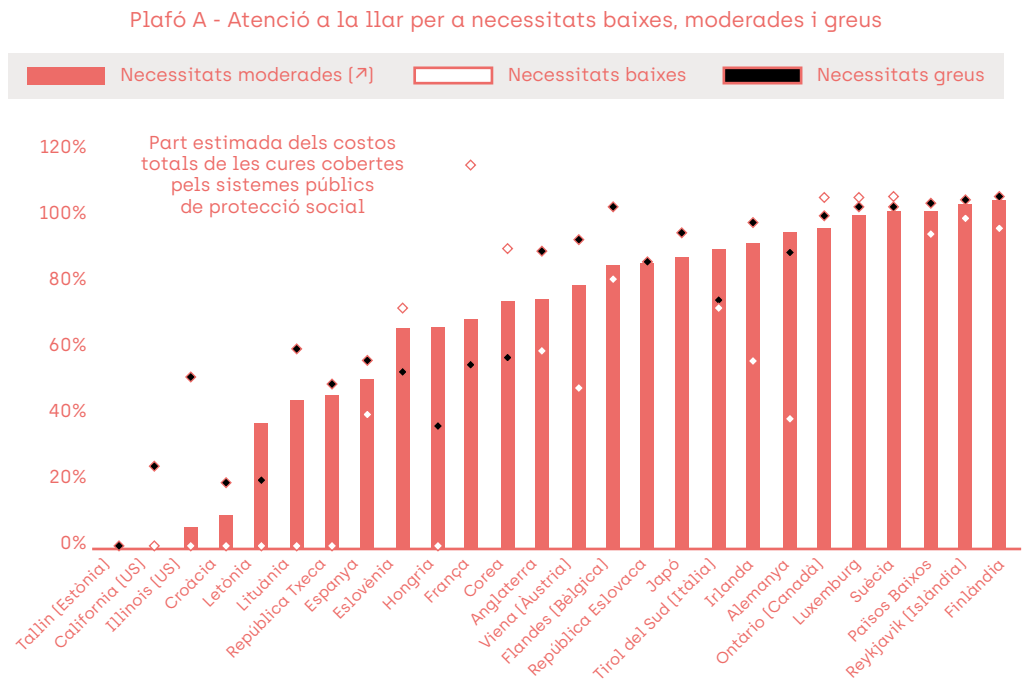
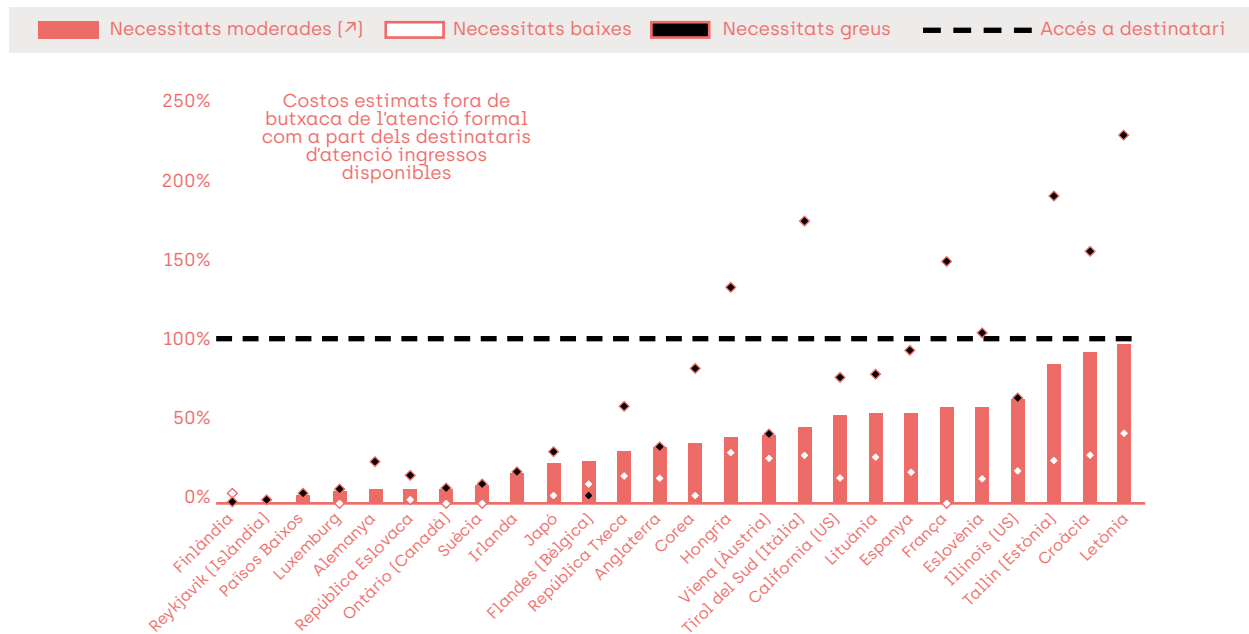


Figura 2.6. Costos no declarats de l'atenció com a part dels ingressos de la vellesa després del suport públic, per a l'atenció a la llar per la gravetat de les necessitats (Panel A) i per a l'atenció institucional per nivell d'ingressos (Panel B)

Plafó A: atenció domiciliària per a persones majors que guanyen ingressos nacionals i sense riquesa neta, per gravetat



Font: Cravo et al. [2020].

9.2 Experiències d'interès

a) El finançament del SAD a França

Com s'ha explicat prèviament, l'accés als serveis d'atenció a la dependència es duu a terme, a tot l'Estat francès, a través de l'*Allocation personnalisée d'autonomie* (APA) en el cas de la gent gran i de la *Prestation de Compensation du Handicap* (PCH) en el cas de les persones amb discapacitat menors de 60 anys (o més grans d'aquesta edat, sempre que hagin accedit prèviament a la prestació). Ambdues són finançades pels consells departamentals, que reben, al seu torn, fons de la *Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie* (CNSA).¹

Com també s'ha dit ja, l'APA és una prestació no contributiva i de caràcter universal, ja que tota persona d'edat avançada resident legal a França hi pot accedir, sense que la seva percepció estigui condicionada al nivell de recursos econòmics de la persona beneficiària. Aquest caràcter universal no impedeix, en qualsevol cas, que els recursos econòmics de la persona atesa es tinguin en compte a l'hora d'establir la quantia de la prestació i, per tant, la participació econòmica de la persona usuària en el finançament dels serveis que rep. En aquest marc, el copagament del SAD equival a França a la quantia del servei que no és coberta per l'APA a domicili.

En el cas concret de l'atenció a domicili, el seu finançament va a càrrec del Consell Departamental, que, com s'ha dit, rep part del finançament de la Caixa Nacional de Solidaritat (CNSA). També cal assenyalar que la quantia que s'abona a les persones dependents en concepte d'APA a domicili no difereix significativament de l'APA en establiment, ja que la resta dels components de l'atenció residencial es financen per altres mitjans. Finalment, cal no oblidar que els ajuntaments també financen una part de les despeses derivades de l'atenció a les persones dependents.

El funcionament i la determinació del copagament, en el marc de l'APA a domicili, es deriva de dos elements relativament independents:

1. Una part dels fons d'aquesta caixa provenen d'una cotització específica establerta el 2004 per al finançament de les despeses lligades a la dependència, mitjançant la qual les empreses, així com les persones jubilades, abonem una cotització del 0,3% dels salaris abonats o de les pensions percebudes. Aquesta cotització es va introduir el 2004, a canvi de l'eliminació d'un dia festiu del calendari laboral, i representa una recaptació d'uns 3.000 milions d'euros.

- D'una banda, de l'elaboració d'un pla d'atenció individualitzat, en el qual s'estableixen, en funció del grau de dependència i de les necessitats i preferències individuals de la persona atesa, una sèrie de prestacions específiques i la seva quantificació. En el cas del SAD, en aquest pla s'estableix el nombre màxim d'hores d'atenció subvencionades.
- D'altra banda, de la determinació de la quantia de la prestació o, expressat a la inversa, de la part del cost total del paquet d'atenció que ha de ser finançat per la persona usuària.

Com abans s'ha assenyalat, l'accés a la prestació no està condicionat pel nivell de recursos econòmics, encara que sí que ho està la quantia de la prestació. La quantitat percebuda es modula en funció del grau de dependència i dels recursos econòmics de la persona, de manera que l'aportació de la persona usuària oscil·la entre el 0% –en el cas de comptar amb ingressos inferiors a 803 euros mensuals– i el 90% –per a persones amb una renda mensual superior a 2.995 euros– del cost total del paquet. Les persones amb ingressos entre 803 i 2.995 euros abonen una part que oscil·la entre el 0% i el 90% del cost del paquet de serveis. És important assenyalar que el cost del paquet fa referència al cost del paquet subvencionat a partir de la tarifa horària fixada pel Departament. Si la persona usuària accedeix a un servei que aplica una tarifa superior o consumeix més hores d'atenció de les establertes en el paquet d'atenció, la diferència és abonada directament per la persona usuària.

En qualsevol cas, la quantia màxima de l'APA té uns límits determinats, en funció del grau de dependència, que oscil·len entre els 674 euros mensuals, en el cas de les persones amb un grau menys sever de dependència (GIR 4), i els 1.742 euros per a les persones amb dependència més severa (GIR 1). A la pràctica, la quantia mitjana dels paquets d'atenció elaborats oscil·la entre els 371 i els 1.252 euros, depenent del grau de dependència, essent la mitjana per al conjunt de les persones usuàries de 551 euros. D'aquesta quantitat, les persones usuàries abonen per terme mitjà un 20%, amb percentatges que van del 0,5%, en el cas de les persones amb ingressos inferiors als 803 euros, al 75% per a ingressos superiors als 2.500 euros.²

2. INSEE. *Caractéristiques des bénéficiaires de l'APA à domicile fin 2017 (France entière)*

b) La participació econòmica de les persones usuàries del SAD a Alemanya

Com s'ha assenyalat anteriorment, el sistema de cures de llarga durada a Alemanya es basa en un sistema d'assegurança pública, finançat mitjançant cotitzacions obligatòries tant de les persones empleades com de les empreses. Com s'ha explicat en descriure les característiques bàsiques del sistema alemany, l'Assegurança de Cures o de Dependència és un pilar independent de la Seguretat Social juntament amb les assegurances de malaltia, pensions i atur, i accidents de treball, i està funcionalment adscrita a les assegurances de malaltia (*Krankenkassen*). A més d'un sistema de finançament específic –articulat al voltant d'una cotització de les empreses i els treballadors que ascendeix, actualment, al 2,55% del salari–, aquest model implica el protagonisme de les caixes o entitats gestores de l'assegurança de dependència (*Pflegekassen*) en la gestió del sistema. La cobertura d'aquestes assegurances és universal i arriba a tota la població alemanya.

En el marc d'aquest sistema, les persones que no volen accedir a un centre residencial poden optar entre la prestació per a cures no professionals (*pflgelegt*, similar a la Prestació Econòmica per a Cures a l'Entorn Familiar espanyola) o la prestació econòmica per a atenció al domicili per cuidadors professionals (*pfllegesachleistung*, equiparable a la Prestació Vinculada als Serveis a Espanya, encara que només es pot destinar a serveis

d'atenció domiciliària, centres de dia i de nit, estades de respir, ajudes tècniques, etc.). Com ja s'ha assenyalat, la prestació econòmica per a atenció al domicili per cuidadors professionals oscil·la entre els 689 euros mensuals al grau II de dependència i els 1.995 euros al grau V.

Com en el cas francès, la participació econòmica de les persones usuàries en el finançament del SAD a Alemanya equival a la part de la tarifa final del SAD no coberta per les prestacions de l'Assegurança de Dependència. Aquesta quantitat depèn, alhora, de les tarifes establertes pels proveïdors del servei i el nombre d'hores contractades.³ Per calcular aquesta diferència, existeixen a Alemanya diversos cercadors electrònics de serveis d'atenció domiciliària que permeten –com s'explica posteriorment– no només conèixer els resultats de l'avaluació realitzada a cada entitat prestadora de serveis, sinó conèixer els serveis que cada entitat presta i el seu cost, de manera que les persones puguin fer un pressupost de les possibles activitats previstes, el seu cost i el percentatge cobert per l'Assegurança de Dependència. La taula següent recull els costos dels serveis oferts a les persones amb el nivell 2 de dependència –les més nombroses entre les persones usuàries de la prestació– d'una entitat sense ànim de lucre triada a l'atzar.

3. D'altra banda, és important assenyalar que, com també passa a França, els preus bàsics del servei es negocien entre les caixes o mútues de l'Assegurança de Dependència i les empreses proveïdores, de manera que les tarifes dels diferents proveïdors s'estableixen a partir de criteris comuns.

Taula 7. Serveis oferts i cost pressupostat del SAD (2020, Berlín)

Tipus d'atenció	Prestació	Descripció	Preu unitari €
Atenció personal	Rentat bàsic	Ajuda per vestir-se i rentat bàsic	11,72
	Rentat bàsic avançat	Ajuda per aixecar-se, vestir-se, rentat bàsic	17,5
	Rentat integral	Ajuda per aixecar-se, vestir-se, banyar-se o dutxar-se	26,3
	Fer els llits	Ajuda per fer el llit, mobilitzar o ficar-se al llit	5,8
	Alimentació	Ajuda i supervisió durant els àpats	14,68
	Ajuda bàsica amb les deposicions	Ajuda per a les deposicions i eliminació d'excrecions	4,6
	Ajuda integral amb les deposicions	Ajuda per a les deposicions i eliminació d'excrecions, vestir-se i desvestir-se, higiene íntima	11,72
Atenció domèstica	Acompanyament	Acompanyament en sortides fora de casa	35,0
	Neteja bàsica	Neteja bàsica de l'habitatge	5,12
	Neteja integral	Neteja integral de l'habitatge	68,2
	Bugaderia	Canvi i rentat de roba	27,3
	Menjar	Preparació d'un àpat calent	15,36
	Compra	Planificació i realització de les compres	13,65

Font: <https://www.pflege-navigator.de/>

A aquests costos s'hi afegeixen els costos de desplaçament del personal, que pugen a 3,7 euros per cada desplaçament durant el dia i a 7,9 euros durant la nit. A partir dels preus establerts a la taula, cal calcular que una atenció domiciliària de certa intensitat⁴ pot assolir un cost proper als 2.500 euros mensuals, dels quals l'Assegurança de Dependència cobriria, per tant, per a aquest nivell de dependència, al voltant del 25% del cost total. En el cas d'una persona amb grau IV –i, per tant, una prestació de 1.612 euros mensuals– la prestació cobriria al voltant de dos terços del cost del servei.

c) La participació econòmica de les persones usuàries del SAD a Escòcia

Una de les principals característiques del model escocès d'atenció a la dependència és la gratuïtat de les cures personals que es presten tant a l'àmbit residencial com a l'àmbit domiciliari. L'anomenat *free personal care* permet que les persones més grans de 65 anys amb necessitats d'atenció accedeixin de forma gratuïta, en el cas dels serveis d'atenció domiciliària, a les cures personals, independentment de la renda.

Per contra, l'atenció domèstica està subjecta a copagament, amb criteris i normes diferents en funció del municipi, igual que l'ús dels serveis d'atenció diürna. En tot cas, l'atenció domèstica també és gratuïta per a la gent gran amb ingressos inferiors a un llindar determinat (16.250 lliures l'any, el 2018).

d) La participació econòmica de les persones usuàries del SAD a Suècia

Com s'ha assenyalat prèviament, els municipis suecs són responsables de la prestació del conjunt dels serveis a la gent gran dependent, incloent-hi tant els serveis domiciliaris com els serveis residencials. Cada ajuntament determina el nivell de copagament a què ha de fer front la persona, d'acord amb les hores de servei prestades, la renda de la persona usuària i els límits establerts al respecte per la normativa nacional.

En aquest sentit, l'administració central estableix cada any –tant per a l'atenció domiciliària com per a l'atenció residencial– un copagament mensual màxim,

independentment de la titularitat del centre escollit i del municipi de residència. El 2020, el copagament màxim ascendeix a 2.183 corones mensuals (al voltant de 210 euros). Així, per exemple, al municipi d'Estocolm, els preus màxims del SAD oscil·len entre els 50 i els 208 euros mensuals, corresponents a més de 56 hores mensuals d'atenció. Els paquets d'atenció oferts per l'Ajuntament d'Estocolm també ofereixen combinacions d'assistència domiciliària, atenció diürna i serveis de respir al domicili.⁵

A més dels serveis assenyalats, bona part dels ajuntaments ofereixen a les persones amb dependència serveis gratuïts d'acompanyament o assistència personal, si bé aquest servei no s'ofereix en el marc de la Llei de Serveis Socials, sinó en el marc de la Llei de Discapacitat, cosa que implica requisits d'accés diferents.

e) La participació econòmica de les persones usuàries del SAD a Dinamarca

L'accés als serveis d'atenció domiciliària a Dinamarca és gratuït per a les persones usuàries, incloent-hi tant l'atenció domèstica com les cures personals.

No obstant això, en els darrers anys s'estan desenvolupant sistemes per afegir diversos serveis complementaris subjectes a copagament a les prestacions del servei. Si bé inicialment aquests serveis addicionals només podien ser prestats per les entitats privades, la seva prestació s'ha estès de forma experimental a les entitats públiques, de manera que puguin competir en igualtat de condicions amb els proveïdors privats. Les avaluacions realitzades en relació amb aquest sistema de serveis complementaris posen de manifest que han tingut una extensió reduïda –al voltant del 10% de les persones usuàries del SAD–, que la demanda d'aquests serveis complementaris se centra en activitats domèstiques de caràcter molt extraordinari –jardineria, neteges generals, etc.– i que hi ha un biaix socioeconòmic evident en l'accés a aquests recursos, cosa que qüestiona el caràcter universal del sistema danès d'atenció a domicili [43]. Aquestes mateixes avaluacions assenyalen, en qualsevol cas, que el recurs a aquests models s'incrementarà en el futur a causa, entre altres raons, de la creixent focalització del servei i de les restriccions en l'accés als serveis d'atenció domèstica.

4. Ajuda per aixecar-se, ordenar l'habitatge, fer els llits, menjar i preparar el menjar un cop al dia durant sis dies, així com una neteja integral de l'habitatge, una compra, un rentat integral i dues passejades a la setmana.

5. El respir a domicili o cuidador/a substitut/da (*avlösning*) es considera una activitat diferent de l'atenció domiciliària, amb 16 hores de serveis al mes garantides de forma gratuïta.

f) La participació econòmica de les persones usuàries del SAD a Austràlia

Es calcula que, el 2015, el Govern australià va destinar al voltant de 3.200 milions de dòlars australians al SAD, cosa que suposa al voltant del 0,16 de PIB [29]. El copagament de les persones usuàries dels serveis d'atenció domiciliària a Austràlia puja a l'11% d'aquesta despesa. Com abans s'ha assenyalat, en el marc del CDC no existeix una prestació econòmica com a tal, però el Govern abona directament a les entitats proveïdores una part de la tarifa de cada persona. Aquest finançament equival a la diferència entre la quantitat màxima que pot abonar el Govern i el copagament de la persona usuària.

El finançament dels serveis de major intensitat (*Home Care Package*) s'estableix de la manera següent:

- El Govern estableix una tarifa diària i anual màxima, que oscil·la entre els 24 i els 143 dòlars australians al dia, segons el nivell de dependència, als quals es poden afegir quantitats addicionals en funció de les necessitats específiques de les persones usuàries (demència, prestació de serveis al medi rural, etc.).
- Alhora, les persones usuàries paguen una tarifa bàsica, un suplement vinculat al nivell de renda i un altre suplement vinculat a les necessitats addicionals que el servei cobreix. La tarifa bàsica s'estableix com a percentatge de la pensió bàsica i puja a uns 10 dòlars australians diaris.
- L'aportació corresponent a les persones usuàries no se suma a l'aportació del Govern, sinó que redueix aquesta aportació pública, de manera que la tarifa finançada és sempre l'establerta per a cada nivell de dependència, si bé la participació de la persona usuària al pagament d'aquesta tarifa difereix en funció del nivell de renda.
- Aquesta tarifa s'utilitza per finançar l'accés a un paquet d'atenció determinat, el cost del qual depèn tant dels serveis contractats (incloent-hi els costos de gestió i coordinació, i els de desplaçament) com de les tarifes concretes que cada proveïdor aplica. Depenent d'aquestes tarifes, el nombre d'hores d'atenció cobertes per l'aportació pública i el copagament pot ser més gran o més petit, si bé la suma de l'aportació pública i privada permet finançar intensitats d'atenció relativament elevades (tot i les elevades tarifes que apliquen les empreses proveïdores).

Continguts i prestacions del servei

10.

La informació sobre els continguts i les prestacions del servei d'assistència domiciliària als països del nostre entorn, i les innovacions que es plantegen al respecte es poden articular a través de dos eixos bàsics: d'una banda, la descripció dels serveis bàsics que normalment inclou el SAD i, particularment, la diferent consideració que es dona, als diversos països, a les tasques de cura personal i d'assistència domèstica; d'altra banda, els serveis addicionals o complementaris que s'ofereixen a les persones amb dependència que resideixen als seus domicilis, com a complement del SAD o com a modalitat específica de SAD.

10.1 Serveis bàsics del SAD: entre cures personals i atenció domèstica

a) Continguts del SAD a França

Com s'ha assenyalat, l'accés a l'assistència domiciliària es realitza a França mitjançant l'APA, amb la qual es pot finançar la contractació dels serveis, activitats o tasques següents:

- Neteja i bugaderia.
- Ajuda per aixecar-se i ficar-se al llit.
- Ajuda amb el bany.
- Ajuda amb les compres.
- Preparació i ajuda a la ingesta d'aliments.
- Acompanyament en activitats de lleure.



A més d'aquests serveis, entre els quals s'inclouen tant serveis d'atenció domèstica com cures personals, la prestació pot ser utilitzada, també, per a la contractació de serveis de teleassistència, distribució de menjar a domicili, adquisició d'ajudes tècniques o realització de reparacions i adaptacions a la llar.

b) Continguts del SAD a Escòcia

A Escòcia, els serveis d'assistència domiciliària coberts pel sistema de *Free personal care* (és a dir, gratuïts per a les persones més grans de 65 anys amb dependència) són els següents:

- Higiene personal (bany, afaitat, higiene oral i cura de les ungles).
- Assistència personal (ajuda per ficar-se al llit i aixecar-se, vestir-se i desvestir-se, ajuda per a l'ús correcte dels dispositius mèdics i ajudes tècniques, ajuda per a la mobilitat).
- Gestió de la incontinència (neteja, cura de catèter i estoma, cura de la pell, rentat de roba i canvi de llit).
- Preparació d'aliments i serveis dietètics (assistència en la preparació de menjars i atenció a les necessitats dietètiques especials).

- Suport en l'ús d'ajudes tècniques i productes de suport (subministrament d'equips i adaptació de la llar del client per ajudar amb la mobilitat i per facilitar tasques com banyar-se, pujar i baixar escales i la mobilitat general a la llar del receptor de les cures).
- Tractaments mèdics bàsics (administració de medicaments, aplicació de cremes i locions, canvi d'embenats simples, oxigenoteràpia, etc.).
- Suport psicològic, teràpies conductuals bàsiques i gestió del comportament.

Com s'ha assenyalat amb anterioritat, dins de la categoria de l'assistència domiciliària s'inclouen també altres activitats o tasques que es poden contemplar en el paquet d'atenció, com equipaments i ajudes tècniques, suport socioeducatiu i recreatiu, serveis de respir, menjars a domicili i suport per a la vida independent.

Per contra, les tasques relacionades amb l'atenció domèstica –neteja, compres, preparació de menjars en general, etc.– no es contemplen com a part del servei o, almenys, no es financen íntegrament en el marc del sistema públic i han de ser finançades o almenys cofinançades per les persones usuàries, sempre que els seus recursos superin un llindar determinat (vegeu l'apartat relatiu al finançament). La determinació del copagament d'aquests serveis d'atenció domèstica s'estableix per part de cada autoritat local.

c) Continguts del SAD a Alemanya

En la línia de França, els serveis que es financen mitjançant la prestació per a la contractació de cuidadors/es professionals, en el marc de l'assegurança de dependència alemanya, poden cobrir tant les activitats bàsiques de la vida diària, com les activitats domèstiques, així com altres activitats d'acompanyament en activitats de lleure. Per tant, el sistema alemany parteix d'una definició àmplia del servei, deixant en mans de les persones usuàries l'elecció dels serveis que, mitjançant la prestació, volen finançar.

L'atenció bàsica consisteix en serveis d'atenció regulars, sempre que no siguin tractaments mèdics, i inclou la higiene personal, l'eliminació de la femta i l'orina (micció, evacuació intestinal), la nutrició, la mobilitat, la prevenció (profilaxi), i la promoció de les habilitats i la comunicació quotidianes. A més de l'atenció bàsica, el servei

inclou altres activitats domèstiques, com ara la preparació de menjars, la neteja de l'habitatge, el rentat i planxat de roba, la realització de compres o l'acompanyament fora de l'habitatge.

Com s'ha explicat anteriorment, existeixen a Alemanya diversos cercadors electrònics de serveis d'assistència domiciliària que permeten no només conèixer els resultats de l'avaluació realitzada a cada entitat prestadora de serveis, sinó saber els serveis que cada entitat presta, així com el seu cost. Algunes de les activitats que les diferents empreses ofereixen són:

- Ajuda per aixecar-se, vestir-se.
- Ajuda per al rentat bàsic.
- Ajuda per al rentat integral.
- Ajuda per fer el llit, mobilitzar o ficar-se al llit.
- Ajuda i supervisió durant els àpats.
- Ajuda per a les deposicions i eliminació d'excrecions.
- Ajuda per vestir-se i desvestir-se, i per a la higiene íntima.
- Acompanyament en sortides fora de casa.
- Neteja bàsica de l'habitatge.
- Neteja integral de l'habitatge.
- Canvi i rentat de roba.
- Preparació de menjars calents.
- Planificació i realització de les compres.

d) Continguts del SAD a Holanda

Com s'ha indicat prèviament, l'atenció domiciliària es caracteritza a Holanda per la seva diversitat, des del punt de vista dels criteris d'accés, regulació i finançament, cosa que, òbviament, també es tradueix en una diversitat important pel que fa als continguts del servei. La taula següent recull els continguts i les prestacions contingudes en el marc de cadascun dels tres sistemes d'accés al SAD –per resumir: social, sanitari i

d'atenció a la dependència– i, dins d'aquest últim, els que es poden utilitzar en funció del model d'accés pel qual s'opti (paquet complet a la llar, pressupostos personals, etc.). Com s'observa a la taula, les prestacions de la Llei d'Atenció Social (Wmo) tenen un caràcter més socioeducatiu, i els vinculats a l'Assegurança de Salut (Zvw) un caràcter bàsicament sanitari –equiparable a la

infermeria a domicili a Espanya–, mentre que els del Sistema d'Atenció a la Dependència (Wlz) se centren més en les cures personals, així com en l'atenció domèstica.

Les activitats o tasques que es prestin a domicili varien en funció del marc a través del qual es financen, com es recull a la taula següent.

Taula 8 . Continguts del servei d'atenció a domicili a Holanda

Via de finançament	Serveis coberts
Llei d'Atenció Social (Wmo)	- Serveis generals: • Ajuda per fer la compra. • Lliurament de queviures. • Ajuda per cuinar. • Ajuda per organitzar activitats socials. - Serveis personalitzats: • Orientació individual. • Suport a cuidadors informals. • Activitats diürnes personalitzades. • Serveis d'atenció a la llar: ordenar i netejar. • Ajustaments/adaptacions a l'habitatge. - Ajuts per al transport: • Cadira de rodes. • Adaptació del cotxe. • Scooter de mobilitat. • Reemborsament per transport.
Llei de l'Assegurança de Salut (Zvw)	- Atenció sanitària: inserció d'una via intravenosa, administració de medicaments per via intravenosa, administració d'oxigen, succió de la tràquea/gola, cura de ferides, etc. - Serveis d'atenció personal com ajuda per a la neteja personal, ajuda en el vestir o ajuda fisicomotriu.
Llei d'Atenció a la Dependència (Wlz)	- Cura personal i infermeria. - Acompanyament. - Ajuda domèstica. - Atenció mèdica o paramèdica necessària. - Transport al tractament i orientació. - Proporcionar menjars i begudes. - Neteja de la casa de la persona usuària
	- Cura personal i infermeria. - Ajuda domèstica. - Acompanyament. - Atenció mèdica o paramèdica necessària. - Transport al tractament i orientació.
	- Cura personal i infermeria. - Acompanyament. - Ajuda domèstica.

Font: Elaboració pròpia



e) Continguts del SAD a Suècia

Com a la resta de països analitzats, el Servei d'Assistència Domiciliària ofereix a Suècia tant serveis d'atenció personal com serveis d'atenció domèstica. A aquests, s'hi sumen els serveis de respir a domicili i els serveis d'acompanyament o assistència personal.

La taula següent recull la distribució dels tipus de prestacions atorgades, tenint en compte que el nombre de tipus de serveis rebuts pot ser superior a un al llarg de l'any. En tot cas, segons les dades recollides, el 25% de les prestacions concedides combinen l'atenció domèstica i la personal, el 33% només contemplen atenció

domèstica i el 36% únicament atenció personal. Les altres dues prestacions –serveis de respir i acompanyament o assistència personal– són molt minoritàries.

f) Continguts del SAD a Dinamarca

Com hem assenyalat anteriorment, els serveis d'atenció domiciliària a Dinamarca inclouen tres modalitats diferents:

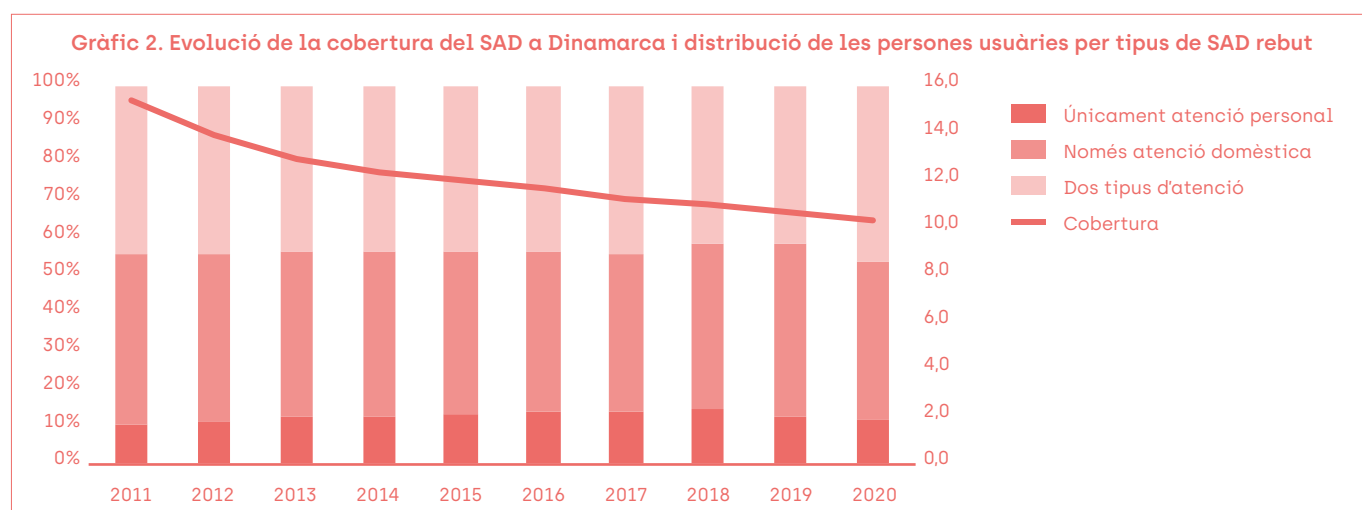
- El servei d'assistència domiciliària pròpiament dit.
- L'accés a un servei d'assistència personal per a la realització de determinades tasques.
- La contractació d'una persona de l'entorn familiar, en determinades situacions.

Pel que fa als serveis d'assistència domiciliària, la cobertura ha passat del 14,9% de les persones més grans de 65 anys el 2011, al 10% el 2020. Aquesta cobertura inclou un 12% de persones usuàries que utilitzen el SAD, únicament, per a cures personals, un 41% que l'utilitzen, només, per a atenció domèstica i un 46% que l'utilitzen per a tots dos tipus de serveis.

Taula 9 . Distribució del tipus de SAD rebut a Suècia per sexe (2019)

	Dones	Homes	Total
Atenció domèstica i personal	25,5	24,1	25,0
Atenció domèstica	33,2	33,7	33,3
Atenció personal	36,1	36,6	36,3
Acompanyament / assistència personal	4,8	4,0	4,5
Respir	0,5	1,7	0,9

Font: Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.



Taula 10 . Distribució de les persones usuàries del SAD a Dinamarca per nombre d'hores i tipus de servei (2020)

	Només cures personals	Només atenció domèstica	Tots dos tipus d'atenció	Total
Menys de dues hores	61,0	98,6	39,1	67,9
2 a 3,9	16,8	1,2	21,0	11,7
4 a 7,9	11,1	0,2	20,7	10,5
8 a 11,9	4,5	0,0	8,9	4,4
12 a 19,9	4,0	0,0	6,4	3,3
Més de 20	2,7	0,0	4,0	2,1

Font: Danmark Statistik

Pel que fa a la intensitat del servei, la taula annexa recull la distribució de les persones usuàries en funció del nombre d'hores setmanals rebudes i el tipus de servei a què accedeixen. Com s'observa a la taula, les intensitats no són gaire elevades: el 67% de les persones usuàries reben menys de dues hores d'atenció setmanals, amb percentatges que oscil·len del 39%, entre els qui reben cures personals i atenció domèstica, al 98% dels qui reben, únicament, atenció domèstica.

g) Continguts del SAD a Austràlia

El model d'atenció a domicili australià distingeix entre dos grans tipus de serveis:

- L'anomenat *Commonwealth Home Support Programme* (CHSP) que està orientat a les persones amb necessitats poc intenses i ofereix, fonamentalment, activitats de tipus preventiu per millorar les relacions socials i per mantenir l'autonomia. La intensitat oscil·la entre quatre i trenta hores setmanals.
- L'anomenat *Home Care Package* (HCP) que ofereix un servei de més intensitat per a persones amb una situació de dependència més severa. La població usuària es divideix en quatre grups o nivells, en funció del grau de dependència, i les intensitats mitjanes oscil·len entre vuit hores mensuals, al Nivell 1, i seixanta hores mensuals al Nivell 4 [44].

En el marc del *Home Care Package* (HCP), els serveis que es poden utilitzar són:

- Serveis d'atenció personal. Els serveis d'atenció personal poden incloure ajuda per banyar-se, dutxar-se, anar al bany, vestir-se i desvestir-se, ficar-se

i aixecar-se del llit, rentar-se i assecar-se els cabells, afaitar-se i recordar-li que ha de prendre la seva medicació.

- Serveis d'infermeria. Els serveis d'infermeria poden incloure la cura i la gestió de ferides; l'administració de la medicació; les avaluacions generals de salut; determinades proves mèdiques, inclosa la pressió arterial; i el suport a la demència.
- Tasques de neteja i de la llar. Les tasques de neteja i de la llar poden incloure ajuda per fer els llits, planxar, rentar la roba, treure la pols, passar l'aspiradora i fregar.
- Jardineria lleugera. La jardineria lleugera pot incloure l'ajuda amb el desherbatge lleuger, el reg, la poda lleugera, el tall de la gespa o el manteniment més bàsic del jardí.
- Respir a la llar. Una persona cuidadora que l'ajuda a casa seva, durant un curt període de temps, per exemple, quan la seva cuidadora habitual és fora o no està disponible.

10.2 Serveis addicionals al SAD convencional

Una de les tendències que emergeix amb més claredat de l'anàlisi dels models d'assistència domiciliària existents als països del nostre entorn es refereix als intents per diversificar i per enriquir el servei, oferint serveis addicionals o complementaris als serveis o prestacions bàsics (atenció domèstica i cures personals). Aquesta estratègia de diversificació del SAD passa pel desenvolupament de noves modalitats de serveis, entre les quals destaquen el SAD de respir, el SAD nocturn o els programes de menjar a domicili, amb una àmplia trajectòria a

altres països del nostre entorn. Si bé no és senzill determinar en quina mesura un servei determinat –per exemple, els àpats a domicili per a persones dependents– es poden considerar una modalitat de SAD, un servei addicional al SAD o un servei independent del SAD que es presta a la mateixa població, cal assenyalar, a títol d'exemple, algunes experiències concretes identificades als documents consultats.

- **SAD intensiu.** Diferents països han experimentat amb models de SAD intensiu, que arriben, inclús, a prestar atenció durant les 24 hores del dia. Es descriuen a continuació les experiències d'Irlanda i Holanda.

► El 2014, el Servei de Salut irlandès va posar en marxa un programa pilot anomenat Paquets d'Atenció Domiciliària Intensiva (*Intensive Home Care Support Packages*) adreçat a persones amb demència, amb el qual es pretenia no només augmentar la intensitat del servei, sinó també la diversitat de suports, mitjançant la intervenció d'un gestor/a de casos especialitzats que tenia a la seva disposició una àmplia gamma de serveis i prestacions (assistència domiciliària, serveis de respir, ajudes tècniques, intervencions terapèutiques, etc.) [45]. La intensitat mitjana del SAD associat al programa era molt elevada (45 hores setmanals), amb un cost mitjà proper als mil euros setmanals.

Les avaluacions del programa posen de manifest que les persones participants no van patir deterioraments en la seva qualitat de vida –davant del deteriorament habitual en les persones amb demència que no accedeixen a aquests serveis–, així com nivells elevats de satisfacció per part de les persones cuidadores i una reducció en els nivells de càrrega percebuts per aquestes persones [46]. Les avaluacions realitzades també indiquen un cost total que –si bé elevat– no és superior al corresponent a l'atenció residencial convencional (sempre que no es tingui en compte la dedicació del suport informal, més gran en el cas de l'atenció domiciliària que en el cas de l'atenció residencial) [47].

► D'altra banda, com s'ha assenyalat prèviament, el SAD orientat a les persones amb dependència a Holanda preveu la possibilitat de

prestar el servei de forma intensiva, durant 24 hores, com a alternativa a la institucionalització per a les persones amb necessitats de cures d'alta intensitat, sempre que els costos d'aquest tipus d'atenció no superin els de l'atenció residencial.

- **Atenció a domicili nocturna.** Si bé ni els centres de nit (inclosos a la cartera de serveis de la Llei de Dependència) ni el SAD nocturn han tingut un gran desenvolupament en el nostre entorn, sí que s'han posat en marxa, a diversos països, algunes iniciatives d'interès dirigides a oferir un suport itinerant, durant l'horari nocturn (*overnight care*), a persones dependents que resideixen als seus domicilis. Aquests serveis tenen diverses modalitats (rondes periòdiques al llarg de la nit, presència permanent en horari nocturn, etc.) i s'han desenvolupat, especialment, de la mà d'entitats privades, principalment als països on les prestacions econòmiques permeten l'accés a més diversitat de serveis.

En aquesta línia, com a exemple, és destacable el desenvolupament d'un servei d'aquestes característiques al municipi guipuscoà d'Azpeitia. El servei, gestionat per l'Associació d'Atenció a Persones Dependents Mugat, consisteix en la realització de fins a tres visites domiciliàries cada nit a les persones usuàries al seu domicili, a fi de garantir una supervisió adequada, donar resposta a necessitats d'higiene, etc.

- **Programes de menjars a domicili.** Els programes de menjars a domicili per a persones grans i/o dependents tenen un ampli desenvolupament a molts països del nostre entorn. Les avaluacions realitzades sobre el seu impacte [48] indiquen que milloren, significativament, la qualitat de la dieta, augmenten la ingesta de nutrients, i redueixen la inseguretat alimentària i el risc nutricional dels participants, a més de millorar la qualitat de vida. Altres revisions apunten, per contra, a la necessitat de millorar el disseny de les avaluacions realitzades per poder obtenir conclusions concloents sobre l'impacte d'aquests programes [49].

A Espanya, un dels programes més desenvolupats en aquest àmbit és el programa *Xantar na Casa* de la Junta de Galícia, que atén prop de 1.500 llars de persones grans i/o en risc d'exclusió. *Xantar na*

Casa es concep com un programa social d'atenció nutricional i està dirigit als col·lectius de persones grans i de persones en situació de dependència. La finalitat és donar suport al domicili mitjançant prestacions alimentàries i de seguiment personal per millorar la qualitat de vida i l'autonomia dels usuaris. Des d'una perspectiva integral, aquest servei proporciona la possibilitat de complementar el servei d'ajuda a la llar i d'atendre les necessitats relacionades amb l'alimentació de persones grans i altres col·lectius o usuaris que necessitin aquest servei. Alhora, amb aquest servei es pretén que els usuaris mantinguin al màxim la seva capacitat d'independència i autonomia, i que tinguin la possibilitat de romandre a casa seva amb unes condicions acceptables.

Poden també assenyalar-se altres programes similars com *Menjar a Casa*, de la Generalitat Valenciana, desenvolupat en col·laboració amb els ajuntaments de la Comunitat; o el servei de menjars a domicili desenvolupat per diversos ajuntaments de Catalunya.¹

Entre els països analitzats, Dinamarca és probablement el que inclou els serveis de menjar a domicili com a complement del SAD de forma més sistemàtica. En aquell país, es calcula que al voltant de 40.000 persones grans reben serveis de menjar a domicili, cosa que representaria una taxa de cobertura del 3,4% de la població més gran.

- **Programes d'acompanyament social.** En alguns països analitzats, el SAD inclou programes d'acompanyament que són addicionals als serveis habituals d'atenció domèstica o cures personals. Aquests serveis solen tenir un component, bàsicament, socioeducatiu i també es vinculen a les necessitats de socialització de les persones grans (particularment,

en el cas de les persones que viuen soles o experimenten situacions de risc d'exclusió). D'aquesta manera, com ja s'ha assenyalat abans, els serveis d'assistència domiciliària d'Alemanya, Suècia, França o Escòcia inclouen aquests serveis dins de la gamma de prestacions que cobreix el SAD convencional. En el cas suec, aquest programa s'equipara, en certa manera, a l'assistència personal i és rebuda per prop d'un 5% de les persones usuàries del conjunt dels serveis de SAD.

Al nostre entorn més proper, per assenyalar una iniciativa concreta, l'Ajuntament de Bilbao ofereix un servei de suport i/o complement del Servei d'Ajuda a Domicili que proporciona companyia i acompanyament, per tal de promoure les relacions en aquelles persones que es troben soles prolongadament, possibilitar el passeig per a les que tenen inseguretat en els seus desplaçaments i/o aquelles en què els seus familiars cuidadors necessitin algun respir. El programa s'anomena *Urrats bat gehiago* i està orientat a persones i famílies, residents i empadronades a Bilbao, valorades com a dependents o sense grau reconegut de dependència (autònoms), persones que viuen soles, sense suport familiar, sense companyia, en un entorn físic hostil per al seu desplaçament, persones amb inseguretat per sortir soles al carrer que requereixin ser acompanyades en els seus desplaçaments, o a les quals cal estimular la seva autonomia, que realitzin activitats que afavoreixin les relacions socials amb l'entorn, mitigar-ne la seva soledat, etc.

- **Visites preventives.** Des del 1996, una llei estatal obliga els ajuntaments danesos a oferir, a totes aquelles persones més grans de 75 anys que no reben serveis formals d'atenció personal, almenys dues visites domiciliàries preventives anuals per part de treballadors/ores socials o personal d'infermeria. A diferència de la resta de serveis d'atenció a la dependència, les persones grans no han de presentar cap sol·licitud per ser beneficiàries del programa de visites, únicament han d'acceptar, de manera voluntària, la invitació de l'ajuntament per dur a terme la visita al domicili [1]. Si bé la norma no especifica el contingut de les visites –cosa que ha provocat diferències entre municipis en matèria d'interpretació i implementació–, sí que estableix que el seu propòsit és “enfortir les activitats preventives i de promoció de la salut adreçades a les persones grans. L'objectiu del programa de vi-

1. En el cas de Barcelona, per exemple, el servei de menjar a domicili dona suport alimentari a aquelles persones que, per la seva situació personal, no es poden preparar el menjar, necessiten ajuda per fer-ho o no tenen un habitatge en condicions per cuinar aliments. A més, es tracta de persones que no tenen prou suport social o familiar o que, pels seus problemes de mobilitat, no es poden dirigir a un servei d'alimentació de la seva comunitat. La valoració de la situació la fan els equips professionals dels centres de Serveis Socials de l'Ajuntament de Barcelona. El servei es concreta amb el lliurament al domicili de la persona beneficiària de menús equilibrats i saludables en condicions adequades de qualitat i higiene, a fi de garantir la cobertura de les seves necessitats nutricionals. En la mateixa línia, el servei d'Àpats en companyia ofereix un entorn segur i actiu a les persones grans en situació de fragilitat, que desitgen satisfer dues necessitats bàsiques: alimentació i companyia. Així, doncs, Àpats en companyia facilita una alimentació adequada a les persones grans i els proporciona un espai amistat i connexió amb la comunitat.

sites a domicili és donar suport a l'autocura de les persones grans i ajudar-les a utilitzar els seus propis recursos de manera òptima” [33]. Tot i que les visites a domicili s'anomenen “preventives”, l'objectiu general és realitzar activitats de promoció de la salut, prevenir malalties i ajudar les persones grans a preservar o restaurar les funcions corporals. El 2020, segons l'Institut d'Estadística de Dinamarca, es van fer visites domiciliàries a unes 82.000 persones, que equivalen al 7,0% de la població més gran de 65 anys.

Altres països nòrdics –com Noruega– també realitzen, des de fa dècades, aquest tipus de visites, si bé no tenen per a l'administració local caràcter obligatori, com passa en el cas de Dinamarca. Una avaluació recent del programa noruec de visites a domicili posa de manifest que contribueixen a reduir en un 10% l'ús de centres residencials, mentre incrementen l'accés als serveis d'atenció domiciliària. Redueixen, a més, en un 8% els ingressos hospitalaris de les persones grans i en un 4% la mortalitat de les persones majors de 80 anys [50]. Als Estats Units, per altra banda, la reforma del mètode d'accés al sistema de salut també incloïa la realització de visites domiciliàries anuals a persones grans.

Les diferents avaluacions realitzades en relació amb aquests programes mostren un efecte positiu de la intervenció en les persones grans. En concret, els resultats evidencien una disminució dels ingressos hospitalaris i la millora de l'estat físic de les persones grans beneficiàries del servei [34]. Pel que al seu cost-efectivitat, si bé les avaluacions no donen conclusions evidents, sí que suggereixen que la intervenció resulta neutral pel que fa al cost, de manera que no implica una despesa més gran per a les arques públiques daneses [35].²

2. El programa “ *El Serveis Socials més a prop* ” desenvolupat per la Diputació de Barcelona respon a aquests mateixos plantejaments. Es tracta d'un programa preventiu adreçat a persones de més de 80 anys, que no són usuàries dels serveis socials bàsics. La finalitat del recurs és permetre als ens locals ampliar el coneixement sobre la realitat de la població envellida del municipi i afavorir la planificació de polítiques socials adaptades a les necessitats de la població. El programa consisteix en la realització d'entrevistes a domicili per part de professionals de l'àmbit social en les quals es valoren, de forma multidimensional, les necessitats personals (autonomia, percepció de l'estat de la salut, situació de l'habitatge, etc.), es detecten situacions de risc o vulnerabilitat i s'informa sobre l'oferta de prestacions i serveis del territori. La intervenció inclou recomanacions sobre el seguiment que requereix cada persona entrevistada, on s'indiquen les necessitats d'autonomia, percepció de l'estat de salut, situació de l'habitatge, entre d'altres, i un informe final amb dades globals de la situació de les persones més grans de 80 anys entrevistades a cada municipi.



Eines per a l'atenció integrada

11.

11.1 La integració de serveis en l'àmbit domiciliari

Una de les principals innovacions per millorar el suport a les persones grans o dependents que resideixen als seus domicilis és el disseny de models integrats de cures, que permeten integrar en un paquet conjunt diversos serveis i suports. Es tracta, en general, de programes basats en models de gestió intensiva de casos que permeten articular de manera eficaç els diferents serveis que necessiten les persones dependents als seus domicilis: serveis d'assistència domiciliària pròpiament dits, ajudes tècniques, serveis sanitaris i/o d'infermeria a domicili, suport a les persones cuidadores, prestacions econòmiques, etc. L'element comú d'aquests programes és l'articulació de tota la gamma de serveis i recursos de suport a les persones dependents que resideixen al seu domicili, amb una perspectiva integral i des de l'òptica de l'atenció centrada en la persona. En aquest marc, el SAD adquireix un paper estratègic com a part essencial d'un paquet d'atenció més ampli que també inclou altres serveis i suports de caràcter sociosanitari.

Juntament amb la idea de la integració dels diferents serveis i suports que cada persona necessita en un paquet més flexible i personalitzat de suports a la comunitat, el segon element bàsic d'aquest tipus de programes es refereix a la gestió intensiva de casos, en la mesura que aquests paquets de cures són articulats, coordinats o supervisats per una persona especialista, que dona suport a les persones amb dependència o a les seves famílies en la gestió d'aquest paquet de cures. Aquestes fórmules de gestió de casos van més enllà –tant des del punt de vista de l'especialització, com de la intensitat– dels models de gestió de casos que es poden realitzar des dels serveis socials de base o comunitaris, i es vinculen, més clarament, als models de gestió de casos que es desenvolupen, almenys en alguns territoris, en l'àmbit de la salut.

Els programes d'aquest tipus desenvolupats al nostre entorn ofereixen resultats prometedors i permeten una millor articulació dels diferents serveis i suports que necessiten les persones usuàries del SAD i, en general, les persones dependents que resideixen als seus domicilis. En aquest marc, tenen un protagonisme especial els models d'integració de serveis que permeten coordinar i, fins i tot, integrar, avançant cap a models de “finestreta única”, les actuacions prestades tant pels serveis d'assistència domiciliària de tipus social, com pels serveis d'assistència domiciliària prestats des de l'àmbit sanitari.

Atesa la diversitat, és difícil trobar avaluacions generals d'aquest tipus d'enfocaments, més enllà de les avaluacions realitzades amb relació a experiències concretes (vegeu el punt següent). En tot cas, les revisions de la literatura que s'han realitzat, en relació amb la gestió intensiva de casos orientada a les persones amb demència que resideixen als seus domicilis, plantegen resultats moderadament prometedors. En aquesta línia, es pot afirmar que aquest tipus de programes poden contribuir a endarrerir la institucionalització de les persones amb demència, encara que l'evidència disponible al respecte no és prou robusta. Les revisions realitzades també fan palès que aquests programes milloren els trastorns de comportament de les persones afectades i la càrrega de les persones cuidadores, que incrementen l'ús de serveis comunitaris i que redueixen la despesa en serveis hospitalaris. Per contra, no sembla existir evidència suficient respecte a millores –en comparació amb els models habituals de tractament– pel que fa a la depressió o a les capacitats funcionals o cognitives de les persones usuàries [51].

11.2 Experiències d'interès

Algunes de les iniciatives o bones pràctiques més destacables en la línia de la integració de serveis i/o la gestió intensiva de casos són les següents:

- **Programa PACE.** Un dels principals exponents de l'atenció integrada al domicili és el programa nord-americà PACE (*Program of All Inclusive Care for the Elderly*), que es desenvolupa, des dels anys 90, als Estats Units. El programa ofereix un paquet de serveis integrats a domicili a persones grans potencialment usuàries de serveis residencials. El programa es basa en la prestació coordinada de diversos recursos domiciliaris i comunitaris, tant de caràcter social com sanitari.

Donada la seva àmplia trajectòria i extensió, el programa PACE ha estat sotmès a nombroses avaluacions. Una revisió de totes elles realitzada el 2014 [52] assenyala que el programa no comporta un decrement dels costos de les agències financeres ni tampoc una reducció en la taxa d'institucionalització –les persones usuàries del programa accedeixen més fàcilment a centres residencials que les que no ho són–, però sí pel que fa al nombre d'hospitalitzacions. Tanmateix, el programa obté millors resultats que els enfocaments tradicionals pel que fa a la qualitat de

l'atenció i s'associa amb una reducció de la mortalitat. En tot cas, d'acord amb l'avaluació, "tot i que els participants de PACE estan satisfets amb la seva cura mèdica i personal, no hi ha proves suficients sobre si la seva satisfacció i la qualitat de vida són més grans del que haurien experimentat en cas de no haver accedit al programa".

- **Dispositius reforçats de suport a domicili a persones grans dependents a França.** A l'Estat francès, s'han desenvolupat de manera experimental, seguint aquesta línia de treball, diverses experiències per a la posada en pràctica i l'avaluació dels anomenats dispositius reforçats de suport a domicili a persones grans dependents (DRAD). Es tracta de programes i projectes de tipus molt diversos. L'objectiu d'aquests dispositius, per al desenvolupament experimental dels quals s'acaba d'establir una línia de finançament extraordinària de 21 milions d'euros, és proporcionar atenció i suport a la llar a un nivell que s'aproximi al que es proporciona en una institució, amb la finalitat de proporcionar un entorn de vida segur i satisfactori. Aquests dispositius estan dissenyats per coordinar, des d'un d'ells, el conjunt dels serveis prestats a l'entorn domiciliari, incloent-hi els centres residencials que es configuren com un recurs de suport a les persones que resideixen als seus domicilis. De fet, una de les característiques diferencials dels DRAD, en relació amb altres projectes similars, té a veure amb el paper que els centres residencials juguen com a part de la xarxa de suport a les persones que resideixen als seus domicilis.

- **Els centres multiserveis de Castella i Lleó.** La Comunitat Autònoma de Castella i Lleó ha promogut la creació al seu territori dels denominats centres multiserveis, amb els quals es pretén promoure l'existència de serveis professionals, fonamentalment en l'àmbit rural, per facilitar la permanència de les persones grans al seu domicili. Sota aquesta denominació s'inclouen centres socials autoritzats per la Gerència de Serveis Socials de Castella i Lleó i inscrits al Registre d'Entitats, Serveis i Centres (centres residencials, centres d'atenció diürna, etc.) des dels quals es presten serveis, a més dels propis d'atenció residencial o altres serveis, per permetre a les persones grans de l'entorn proper al centre romandre al seu domicili, prestant-los aquells serveis i suports que necessitin.

Es busca així crear "plataformes de serveis" capaces de proporcionar diferents modalitats d'atenció i suport a les persones grans d'una manera flexible, ajustada a les seves necessitats i al propi entorn. Des d'aquests centres es proporcionen, en conseqüència, diverses prestacions dirigides a una població diferent d'aquella que és usuària, estrictament, de l'atenció residencial o de la de centre d'atenció diürna, com són els serveis de promoció de l'autonomia personal, ajut a domicili, serveis complementaris de suport a la permanència al domicili (càtering, bugaderia, menjador...). D'acord amb els promotors, amb aquest tipus de centres, a més de promoure una oferta suficient de serveis d'atenció a les persones al seu domicili, s'aporten altres avantatges com:

- ▶ Millora l'atenció a les persones de l'entorn al seu domicili.
- ▶ Ajuda a assentar població als entorns rurals i afavoreix l'ocupació.
- ▶ Rendibilitza els serveis i instal·lacions dels centres.
- ▶ Facilita la viabilitat econòmica dels centres.
- ▶ Facilita la transició de les persones de casa seva a la residència.

- **Projecte *Etxean Bizi*.** El projecte *Etxean Bizi* reproduceix alguns dels elements del model PACE nord-americà i també aposta per l'enfocament de les cures integrades prèviament assenyalat. En el marc d'aquest programa i com a projecte pilot, la Fundació Matia ha desenvolupat a tres municipis de Guipúscoa (Pasaia, Elgoibar i Errenteria) un projecte orientat a l'establiment de xarxes que permetin una atenció integral al domicili [53].

L'experiència d'*Etxean Bizi* pretén revisar el model d'atenció dels domicilis a Guipúscoa, mitjançant el desenvolupament d'una atenció integral al domicili, basada en el model d'atenció centrat en les persones. Tal com indiquen els promotors del programa, "l'objectiu del programa és identificar un model sostenible d'atenció sociosanitària integrada i centrada en les persones que viuen als seus domicilis, des de la coordinació d'aquells serveis i suports neces-

saris per obtenir la millor qualitat vida d'aquestes persones i el seu entorn familiar”.

El projecte parteix de la hipòtesi que la coordinació de programes i serveis des d'un model de provisió propera pot satisfer, de manera adequada, les necessitats i preferències de persones en situació de dependència i de les seves cuidadores a l'àmbit domiciliari. Per això, el programa es basa en la figura del gestor/a de casos que coordina la intervenció, al domicili de les persones usuàries, de tots els agents implicats: cuidadors/es familiars, serveis socials en general i SAD en particular, atenció primària i especialitzada de salut, sector d'ocupació de llar i cura, assistents personals, voluntariat, serveis de proximitat i iniciatives de participació comunitària, amb especial atenció al moviment Lagunkoia que, actualment, integra 60 municipis a Guipúscoa.

- **Projecte “A gusto en mi casa” de la Junta de Castella i Lleó.** En un sentit similar, la Junta de Castella i Lleó va posar en marxa l'any 2018 el projecte “A gusto en mi casa”, basat també en la integració de diversos serveis i suports. El projecte s'orienta a les zones rurals de la Comunitat i es basa en la idea de la *llar segura*, definida com “aquella que compta amb les adaptacions necessàries de l'habitatge i els ajuts tècnics, així com els serveis de proximitat activats perquè la persona amb dependència, discapacitat o malaltia crònica pugui romandre a casa sense supervisió professional contínua i sense que això atempti contra la seva seguretat”.

En el marc d'aquest programa, a totes les llars en risc, per transformar-les en llars segures, se'ls assignaran les prestacions que es relacionen a continuació:

- ▶ Adaptació de la llar, ajuts tècnics i teleassistència avançada.
 - ▶ Capacitació i suport a les persones cuidadores no professionals.
 - ▶ Programa de participació social personalitzat.
 - ▶ Assistència sanitària a domicili, programada i d'urgència, segons cartera de serveis, i processos de crònics i pal·liatius.
 - ▶ Cures de proximitat de fins a 24 hores durant períodes determinats en funció del nivell de risc de les llars.
- **Projecte *Rural Care* de la Junta de Castella i Lleó.** El projecte *A gusto en mi casa* es complementa amb el Projecte *Rural Care*, un altre programa orientat a les persones grans en situació de risc que resideixen en entorns rurals. Com en el cas anterior, el programa es basa en l'articulació d'un paquet ampli de suports al domicili, mitjançant una gestió de casos intensiva i l'estratificació de les persones usuàries.

Més concretament, *Rural Care* és un projecte europeu d'innovació en serveis socials consistent en el disseny, posada a prova i avaluació d'un enfocament innovador sistèmic per a la provisió de cures integrades de llarga durada, adaptades a les persones que viuen a zones rurals, en funció dels seus valors, desitjos i preferències individuals. El projecte posa a prova una associació multinivell per a la provisió de les cures, incloent-hi els actors públics i privats, i la coordinació dels serveis socials i de salut a escala local, regional i nacional, amb la participació de les persones usuàries, amb l'objectiu d'abordar els desafiaments d'accessibilitat, assequibilitat, qualitat i sostenibilitat en àrees rurals despoblades, i facilitar així a les persones la permanència a casa seva, amb un pla de suports adequat al seu projecte de vida.

El projecte realitza una segmentació de les llars en risc, considerant no només la situació individual, sinó també el seu entorn. Es defineixen quatre tipus de llars en risc i onze subtipus, considerant les variables següents: llar unipersonal o llar on conviuen més d'una persona, grau de dependència, característiques del cuidador principal, i presència o no de deteriorament cognitiu. Les condicions de les llars es milloren mitjançant serveis de proximitat, suport a la família, cures sanitàries, adaptacions de la llar, productes de suport i participació a la comunitat.

- **Finestreta única a Finlàndia (*Kotitori*).** El model *Kotitori*, desenvolupat a la ciutat finlandesa de Tempere, parteix de la idea d'una “finestreta única” per a l'accés als serveis socials i sanitaris, i es considera un model de *microintegració* de serveis sociosanitaris [54]. Aquesta finestreta està ges-

tionada per una entitat la funció de la qual és, bàsicament, elaborar paquets específics d'atenció per a persones en situació de dependència, a partir de l'agregació de serveis públics i privats. En aquest sentit, un dels elements distintius del model *Kotitori* és la seva capacitat per vincular serveis públics i privats (amb i sense ànim lucre) a través de l'articulació d'una xarxa de proveïdors de serveis per part d'un agent que actua com a "integrador" de serveis. Aquests integradors actuen com a gestors de casos contractats per l'administració local per articular paquets de serveis, en els quals s'inclouen tant els que es presten en el marc dels serveis socials, com els que finança o adquireix directament la persona usuària pels seus propis mitjans. Es tracta, en aquest sentit, d'una plataforma d'assignació de proveïdors, si bé –davant de les plataformes tradicionals– el seu objectiu és millorar el disseny dels paquets d'atenció, facilitar la recerca i selecció d'entitats prestadores de serveis per part de les persones usuàries, i optimitzar els suports que les persones reben al seu domicili des de la perspectiva de la individualització.

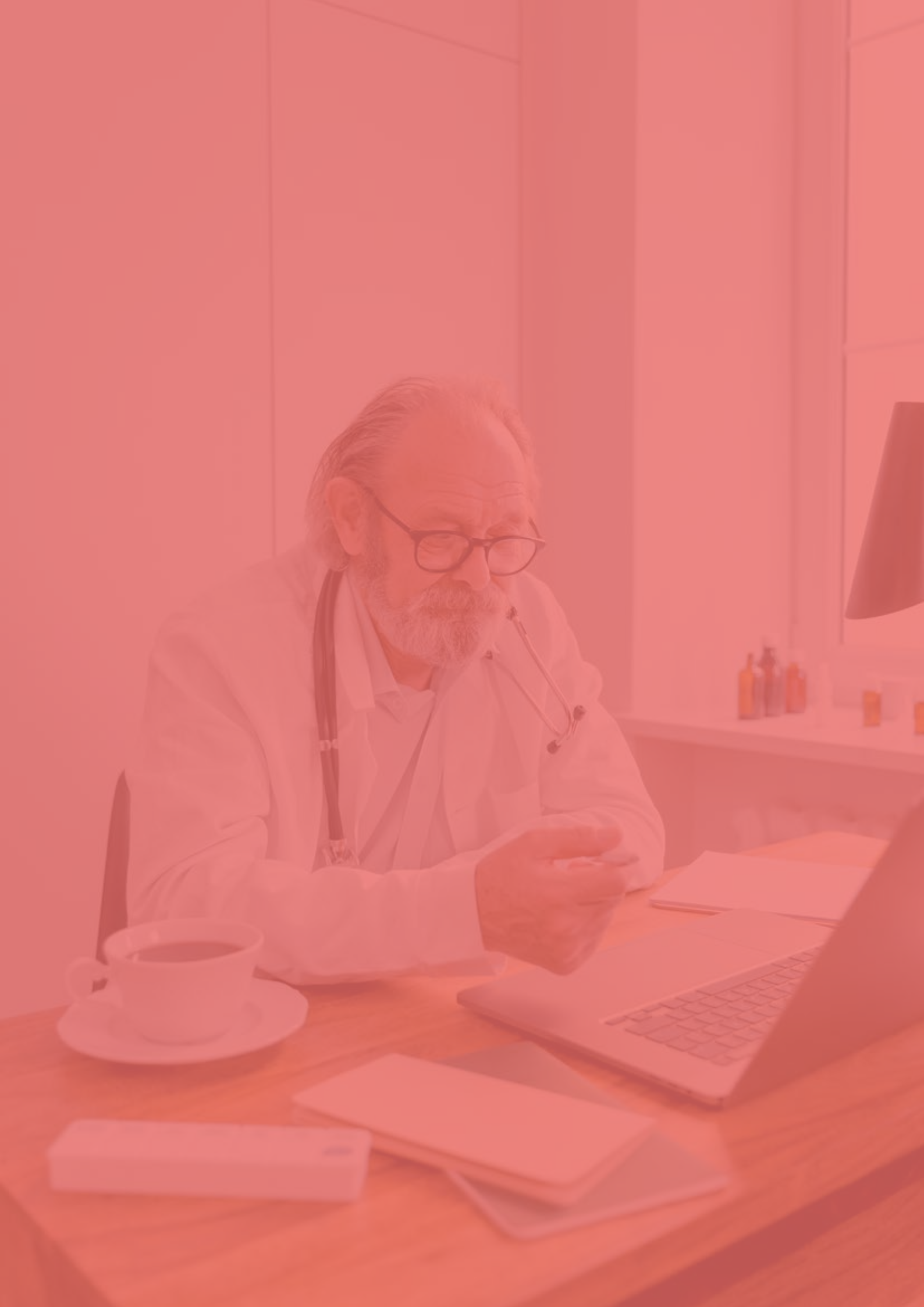
Les avaluacions del model que s'han realitzat indiquen que aquest tipus d'iniciatives permeten que el dret a la lliure elecció, que es reconeix a diversos països, es pugui fer des de bases més favorables a les persones usuàries, en la mesura que –a l'estil de les oficines de vida independent que existeixen en l'àmbit de la discapacitat– informen i assessoren a les persones usuàries, i les ajuda a dissenyar un paquet de cures integral, que combina tant els serveis a què accedeixen mitjançant els serveis socials públics, com els que hi accedeixen pels seus propis mitjans.

- **Model *Norrtaelje* d'integració sociosanitària.** El model *Norrtaelje*, desenvolupat al municipi del mateix nom de Suècia, té un caràcter sociosanitari més marcat que els anteriors, en la mesura que integra, en una mateixa plataforma, els serveis d'atenció domiciliària que es presten en l'àmbit de

la salut (competència de les províncies o comtats) i en l'àmbit dels serveis socials (competència dels ajuntaments). Es tracta, en la pràctica, d'un consorci sociosanitari en què l'administració social i la sanitària integren els seus pressupostos i gestionen, de manera coordinada, els diversos serveis als quals poden accedir les persones grans dependents no institucionalitzades, incloent-hi els serveis d'atenció domiciliària [55].

- **Sistema MAIA per a la integració de serveis sanitaris i socials a domicili a França.** En la mateixa línia, però a escala més gran, l'Estat francès ha desenvolupat, al llarg dels últims deu anys, el model MAIA (Mètode d'Acció per a la Integració de Serveis d'Ajuda i Cures per a l'Autonomia). Es tracta d'una xarxa de "finestretes úniques" d'àmbit local que pretenen facilitar l'itinerari assistencial de les persones dependents que resideixen a casa seva, especialment en el cas de les persones amb demència. El model es basa en la concertació de diferents agents, en el desenvolupament d'una finestra única per a les persones usuàries i en un model de gestió de casos que permet un acompanyament intensiu per a persones amb necessitats complexes. En aquest context, el gestor de casos és el contacte directe per a la persona, per al metge que l'atén i per als professionals que treballen a casa. És el referent de les situacions complexes i, per tant, contribueix a millorar l'organització del sistema assistencial identificant les possibles disfuncions.

El funcionament d'aquesta xarxa es basa en un model comú d'avaluació de necessitats, l'elaboració d'un pla individual i l'articulació de reunions regulars de cas, en les quals hi participen tots els agents involucrats en l'atenció d'un cas concret. Es calcula que existeixen a França al voltant de 350 projectes d'aquest tipus, concertats amb entitats públiques o privades de diferent tipologia i conformats per dos o tres gestors/es de cas i una persona encarregada de la coordinació estratègica de la xarxa [56].



Serveis de rehabilitació a domicili i atenció a les necessitats socio sanitàries al domicili



12.

12.1 Els serveis de rehabilitació a domicili: descripció general

Els serveis de *recapacitació* o rehabilitació a domicili constitueixen una nova modalitat d'atenció domiciliària desenvolupada, en la majoria dels casos, com una prolongació dels diferents projectes d'atenció intermèdia engegats a diversos països del nostre entorn i, molt fonamentalment, al Regne Unit. També a Dinamarca es pot parlar d'una àmplia extensió d'aquest tipus de serveis, amb prop de 20.000 persones usuàries, que representen al voltant del 2% de la població danesa de més de 65 anys, així com a Holanda, on la provisió d'aquest tipus de serveis és cada vegada més gran.

A diferència dels serveis tradicionals d'atenció domiciliària, la *recapacitació* és habitualment de temps limitat (en general, de sis a dotze setmanes) i està orientada a maximitzar la independència mitjançant una intervenció intensiva orientada, personalitzada i multidisciplinària [57]. Aquest tipus de programes s'emmarquen en un model més ampli d'intervenció basat en la idea de les “Quatre Rs” –*recapacitació*, reactivació, rehabilitació i restauració– i s'han anat estenent al llarg dels darrers anys en països molt diversos. Més enllà de l'adequació de la terminologia, l'ampli corpus d'avaluació desenvolupat, durant els darrers anys, en relació a aquest tipus d'intervencions sembla apuntar a la seva utilitat en relació a l'orientació dels serveis convencionals d'assistència domiciliària, si bé l'evidència al respecte dista de ser concloent.¹

Els serveis de *recapacitació* a domicili es poden definir com a serveis adreçats a persones amb problemes de salut física i/o mental, l'objectiu dels quals consisteix a ajudar-les a adaptar-se a la seva malaltia, aprenent o recuperant les capacitats necessàries per a la vida diària. Les característiques definidores d'aquests serveis són les següents:

- Una dimensió educativa –d'apoderament– de les persones usuàries i un canvi de mentalitat per substituir la pràctica de “fer les tasques en lloc de la persona usuària” per la “d'ajudar la persona usuària a fer les tasques”.

1. Els programes de rehabilitació s'han de centrar en les persones i donar-los suport en la consecució dels objectius, pel que fa a autonomia o participació social. Tanmateix, el ràpid creixement d'aquests programes sense proves concloents respecte als possibles efectes i les repercussions, i sense una definició consensuada d'allò que els conceptes de rehabilitació o *recapacitació* signifiquen, pot restar vàlida a aquest tipus de desenvolupaments. La manca d'acord persistent sobre el que és la rehabilitació (i el que hauria d'aconseguir) pot donar lloc a programes ineficaços i a una orientació poc clara sobre els resultats que cal mesurar [58].

- Una organització articulada al voltant dels objectius que cal aconseguir per a cada persona usuària, amb una durada màxima estipulada. Es tracta de definir determinats objectius i d'establir terminis màxims per aconseguir-los, en comptes de, simplement, prestar les hores d'atenció assignades.
- Funcionar com equips de valoració sobre el terreny, reconeixent que l'assignació de paquets d'atenció de llarga durada no es pot basar en una única entrevista de valoració, sinó que requereix una observació més perllongada de les capacitats de la persona usuària.

Es tracta, per tant, de serveis intensius de curta durada – generalment, sis setmanes– durant els quals es procura que la persona usuària recuperi, tant com sigui possible, les seves capacitats i habilitats per manejar-se en les activitats diàries; es valora, detingudament, la necessitat de prestar a la persona serveis d'atenció domiciliària de manera continuada; i es determina la intensitat que ha de tenir aquest servei en cas que sigui necessari. D'acord amb l'informe assenyalat, els serveis existents es poden classificar en dos grans grups:

- Serveis d'acollida i valoració. Són equips que acullen totes les persones que es deriven als serveis d'ajuda a domicili des dels serveis socials de base. Els equips s'encarreguen de valorar les necessitats de la persona i de derivar-la als serveis convencionals d'ajuda a domicili en cas de considerar que no es poden beneficiar del servei de *recapacitació*.
- Serveis de “suport a l'alta hospitalària”. Acullen, únicament, aquelles persones que tornen als seus domicilis després d'un període d'hospitalització. Es tracta de millorar-ne la seva capacitat per valdre's per si mateixes al domicili i evitar, així, la probabilitat que necessitin els serveis convencionals d'ajuda a domicili en el futur.

Com s'acaba d'assenyalar, aquest tipus de programes han estat sotmesos a nombroses avaluacions i –com passa amb altres tendències descrites en aquest informe– les evidències sobre la seva efectivitat no són concloents.

- D'una banda, una revisió recent realitzada en relació amb aquest tipus de programes [57] assenjala que, si bé es poden identificar alguns efectes positius, la qualitat metodològica dels estudis realitzats no permet assegurar la dimensió o la importància d'aquests



efectes. Calen més estudis que incloguin més països i situacions, conclou l'informe, abans de poder precisar l'efectivitat i la seguretat de la *recapacitació*.

- De l'altra, a altres revisions similars ofereixen conclusions més encoratjadores: per a Sims-Gould et al. [59], els estudis realitzats ofereixen resultats prometedors tant en termes de cost eficàcia, com de millora dels resultats clínics, si bé no està clar en quina mesura aquests resultats poden ser generalitzables. En el mateix sentit, Tessier et al. [60] identifiquen resultats molt més prometedors: d'acord amb la seva revisió, deu estudis amb un total de 14.742 participants (inclosos quatre assajos aleatoris, la majoria d'excel·lent o bona qualitat) van mostrar un impacte positiu, especialment pel que fa a la qualitat de vida relacionada amb la salut i la reducció en la utilització d'altres serveis. Els autors destaquen que l'enfocament de la rehabilitació contribueix a les estratègies de manteniment al domicili, fomenta la implicació dels professionals i de les famílies, millora la qualitat de vida, redueix l'ús d'altres serveis i incrementa la satisfacció dels professionals.

En tot cas, una qüestió que, d'acord amb els estudis realitzats, encara queda per resoldre és si els serveis de *recapacitació* han d'adreçar-se a tota la població susceptible de requerir ajuda a domicili o bé centrar-se en grups específics, com les persones que es recuperen d'una malaltia aguda per a les qui semblen maximitzar-se els

beneficis de la intervenció. Això no obstant, si bé l'eficiència del servei de *recapacitació* sembla més limitada en el cas de persones amb malalties cròniques o discapacitats permanents, els experts assenyalen la utilitat del servei de cara a una valoració adequada de les necessitats d'atenció d'aquestes persones, la qual cosa permet una millor gestió de l'ajuda a domicili convencional [1].

12.2 Experiències d'interès

És d'interès l'enfocament del model de SAD del municipi de Vilassar de Dalt, a la província de Barcelona, orientat a la promoció de l'autonomia personal, la funcionalitat i la salut, teixint xarxa entre els diferents agents i recursos de la comunitat que es requereixin.²

- **La terapeuta ocupacional dins l'equip interdisciplinari d'atenció domiciliària a Vilassar de Dalt.** Vilassar de Dalt ha desenvolupat un model de SAD innovador orientat a l'atenció personalitzada i integral, i enfocat a la promoció de l'autonomia personal, que destaca per aportar una nova perspectiva que integra els models social i sanitari.

La filosofia del SSAD d'aquest municipi és potenciar al màxim la capacitat física, psíquica i emocional de la persona dins del seu entorn, amb el principal objectiu de promoció de la seva autonomia personal. Es vol recuperar l'equilibri del benestar amb un suport i un seguiment continuus.

Per això, Vilassar de Dalt ha desenvolupat aquest model basant-se en la figura de la teràpia ocupacional, una professió sanitària regulada per la Llei 44/2003, del 21 de novembre, d'ordenació de les professions sanitàries. La seva expertesa professional es dirigeix a afavorir l'autonomia utilitzant l'activitat significativa com a mitjà i com a fi per a la promoció de l'autonomia personal i la salut. El terapeuta ocupacional és especialista en l'anàlisi i la intervenció sobre la persona, l'ocupació i l'entorn.

Una terapeuta ocupacional coordina els SSAD d'aquest municipi, incorporant així una disciplina de l'àrea de la salut, i les sol·licituds són valorades per un equip interdisciplinari que integra la figura del treballador social, el terapeuta ocupacional, l'educador social, el treballador familiar i l'auxiliar de la llar.

2. Més informació sobre els diferents serveis de suport a persones dependents de Vilassar de Dalt perquè puguin romandre a casa seva a Banc de Bones Pràctiques (bbp.cat)

En el marc del SAD, els terapeutes ocupacionals dirigeixen la seva intervenció a potenciar i donar suport a l'adaptació de les persones i el seu entorn mitjançant:

- Consensuar uns objectius amb l'usuari perquè participi de manera activa en el procés terapèutic i el projecte de vida.
- Valorar les possibilitats i les necessitats de la persona usuària, establir un pla d'intervenció, fer-ne un seguiment i revisar el pla d'autonomia personal. Es basa en promoure i augmentar el nivell d'autonomia i reduir la dependència.
- Potenciar i entrenar les Activitats de la Vida Diària (AVD), mitjançant tècniques de rehabilitació.
- Valorar, educar i assessorar l'entorn social de la persona usuària.
- Valorar l'entorn físic de la persona, assessorar sobre prevenció de riscos i eliminació de barreres arquitectòniques per prevenir accidents i facilitar la participació a les AVD.
- Assessorar sobre productes de suport i entrenar de forma segura el seu funcionament.
- Assessorar i acompanyar en el procés de prendre decisions sobre l'autonomia personal, estimulant el *self management*, i tenir en compte la millora de la qualitat de vida.



Així mateix, també tenen un paper en potenciar la coordinació entre tots els professionals que intervenen al domicili de la persona usuària, i en participar en projectes d'envelliment actiu i d'inclusió social.



Digitalització i noves tecnologies en l'àmbit del suport a domicili

13.

La digitalització i l'ús de les noves tecnologies estan modificant, de manera radical, la provisió de cures a les persones dependents que resideixen als seus domicilis: la sensorització de les llars, l'impuls de la teleassistència, l'ús de la intel·ligència digital i la robotització de determinades funcions i tasques estan modificant les possibilitats per poder tenir cura de les persones dependents al seu domicili. En tot cas, tal com explica Martínez [61], es poden distingir dos estadis en el desenvolupament de les tecnologies per a la cura de les persones que resideixen als seus domicilis: les tecnologies ja implantades, d'una banda, i les que no han superat la fase experimental, de l'altra.

Les tecnologies ja implantades se centren en aspectes com ara la teleassistència, la sensorització, el control de caigudes i els sistemes de comunicació alternativa i augmentativa. Hi ha altres àrees, però, amb menys assoliment de maduresa tecnològica i amb desenvolupaments que no han superat la fase experimental. En aquest estadi estarien les tecnologies relacionades amb els elements següents:

- Estimulació cognitiva amb suport a distància.
- Sensors d'activitat de la persona usuària.
- Geolocalització.
- Control de tasques del servei d'ajuda domiciliària (SAD).
- Suport psicosocial a distància.
- Suport a persones cuidadores a distància.
- Robòtica per a estimulació cognitiva i emocional.
- Activitat física i de rehabilitació (tipus Kinect®).

En aquesta mateixa línia, un informe recent d'Eurofound sobre aquesta qüestió [62] classifica les eines digitals aplicables als serveis socials en tres grans grups: automatització del treball (robòtica avançada, intel·ligència artificial (IA) i aprenentatge automàtic), digitalització de processos (internet de les coses, realitat virtual/realitat augmentada i telepresència) i coordinació mitjançant plataformes; i valora el seu desenvolupament actual.

D'acord amb aquest informe, en l'àmbit específic de l'atenció al domicili, s'utilitzen robots, sobretot, per supervisar

persones d'edat avançada i interactuar-hi o per ajudar-les a realitzar tasques cognitives. Els robots també ajuden els cuidadors a prestar assistència física (per exemple, aixecar els pacients). Tot i això, el cost dels robots, els problemes de seguretat i l'oposició dels cuidadors i de la societat en general han limitat el seu ús en l'assistència social. Una altra de les tecnologies bàsiques utilitzades per a l'automatització del treball de cures –l'internet de les coses– s'ha utilitzat a les llars de persones grans amb fins de seguiment (per exemple, detecció de caigudes) i per facilitar tasques cognitives i interactives. En el futur, la utilització d'aquesta tecnologia i de la teleassistència es veurà afavorida per la reducció dels costos dels dispositius i per la familiaritat més gran de la població amb aquestes tecnologies. Finalment, la intel·ligència artificial s'ha utilitzat en la planificació de l'assignació de recursos i en la predicció de les necessitats individuals, i en l'estratificació de les persones usuàries.

En tot cas, conclou aquest informe, “la demostració de l'impacte d'aquestes tecnologies en els serveis socials és limitada, en part, perquè moltes es troben en una fase inicial de desplegament. Hi ha proves que l'automatització o la reducció de processos administratius permeten al personal augmentar la seva productivitat i dedicar més temps a altres tasques. Per contra, també s'han registrat casos en què la digitalització ha augmentat la càrrega de treball, ja que el personal ha de dedicar més temps a informar, supervisar o ajudar els usuaris dels serveis quan aquests estan digitalitzats (per exemple, emplenar formularis de sol·licitud en línia)”.

Així doncs, més enllà de les possibilitats que les noves tecnologies ja assentades ofereixen per donar resposta a algunes de les necessitats de les persones grans o en situació de dependència que resideixen als seus domicilis, cal pensar que l'impacte de la digitalització en la provisió del servei d'assistència domiciliària és reduït. En altres paraules, els avenços que s'han donat a l'àmbit específic del SAD són importants, però no sembla que hagin modificat, de manera radical, la prestació del servei. En tot cas, les empreses adjudicatàries del SAD han començat a incorporar tecnologia de consum (telèfons intel·ligents i tauletes) per facilitar la comunicació i el seguiment de l'evolució de la persona receptora del servei, utilitzant les aplicacions que els sistemes de gestió tenen per al seu ús mòbil. No obstant això, excepte per a la part de comunicació, que ja s'inclou als plecs dels concursos públics, el que fa referència al seguiment de la persona des de l'aplicació mòbil té encara un ús minoritari [61].

Per tant, es pot concloure que s'han produït avenços en l'ús de les tecnologies de la informació i de la comunicació en l'àmbit del SAD, encara que el seu ús no acaba d'enlairar-se, més enllà de l'ús de *tablets* i *smartphones* per a la planificació de les tasques assistencials i la gestió dels desplaçaments [63]. Per a Penya-Cases et al. [64], l'impacte de la digitalització en el sector de l'atenció domiciliària s'ha centrat en l'ús d'aplicacions per a l'organització i la planificació de les tasques, però no ha afectat el nucli central de l'activitat de les professionals del sector.

A una conclusió semblant arriben els diversos estudis realitzats a Suècia, on s'ha analitzat amb detall el procés de digitalització dels serveis socials municipals. D'acord amb aquests estudis, els processos de digitalització han tingut un desenvolupament més petit del que s'esperava i, tanmateix, plantegen un risc important en el sentit de "desvirtuar" la naturalesa dels propis serveis, a causa de les dificultats perquè tant les persones usuàries com les persones treballadores s'adaptin a la provisió de cures mitjançant eines tecnològiques. La digitalització del servei suposa, segons aquests estudis, un canvi en la pròpia naturalesa del servei, amb implicacions que encara no es coneixen [65]. De fet, d'acord amb aquestes investigacions, les entitats proveïdores de serveis d'assistència domiciliària poden ser víctimes del ràpid desenvolupament d'aquestes tecnologies i del determinisme tecnològic subjacent a aquest desenvolupament, de manera que es convertiria el que no deixa de ser un mitjà –l'aplicació d'unes tecnologies determinades– en una finalitat [66].

Amb tot, cal fer referència a alguns desenvolupaments tecnològics creats al nostre entorn més proper per a la seva aplicació al SAD.

- **Programa DIGISAD.** El programa DIGISAD integra l'ús d'eines digitals en el seguiment del Servei d'Atenció Domiciliària (SAD) a persones grans i persones dependents, amb l'objectiu de millorar la comunicació entre les auxiliars d'atenció domiciliària i l'equip de coordinació, d'una banda, i la qualitat de la recollida de la informació de les necessitats de les persones ateses, de l'altra.

D'acord amb la informació facilitada pels seus promotors, DIGISAD proporciona informació en temps real a l'equip de coordinació del SAD, facilitant la presa de decisions i la definició d'accions preventives en el servei d'atenció domiciliària que es presta. Una altra de les millores més rellevants de DIGISAD és que la

informació es troba centralitzada i disponible per a les institucions públiques i per a les famílies que realitzen consultes sobre els seus familiars grans i/o dependents. Desapareixen els fitxers en paper, les consultes es resolen de manera immediata i es redueixen les possibilitats d'error o imprecisions en la informació. Per últim, a més de millorar la qualitat del servei final, DIGISAD també **té un impacte positiu directe sobre el treball de les auxiliars**, ja que reben la informació sobre nous serveis, canvis de torns o noves necessitats de manera més immediata i exacta. Així s'eviten confusions i permet una millor conciliació amb la seva vida personal. També s'han reduït, dràsticament, les trucades telefòniques, que podien interferir en els serveis domiciliaris, reduint la qualitat del servei i de la pròpia comunicació.

- **Intervenció domiciliària en remot.** A principis de la dècada passada, en col·laboració amb la Fundació Etorbizi i amb Tecnalía, SSI va desenvolupar i testar un model d'intervenció a domicili en remot, mitjançant tres aplicacions específiques: Suport Psicosocial en Remot (APRE), Estimulació Cognitiva en Remot (ES-CORE) i Acompanyament Social en Remot (SAR). L'objectiu d'aquests projectes pilot era millorar la qualitat de vida de les persones grans, afavorint la seva permanència a l'entorn personal, familiar i social, així com, la de les seves famílies [67]. Les principals conclusions dels projectes pilot es van extreure en base a quatre variables: eficàcia, eficiència, adequació i utilitat:

- Pel que fa a l'eficàcia, la modalitat d'intervenció en remot no sembla influir negativament en la consecució dels objectius marcats, comparada amb el format presencial, si bé sembla important tenir en compte que, en aquestes experiències, en tractar-se de projectes pilot, el nombre de sessions es va considerar reduït per poder obtenir canvis significatius en les persones participants.
- Pel que fa a l'adequació i la utilitat, es va concloure que les intervencions desenvolupades en remot semblen adequades per a persones amb capacitats físiques, cognitives, psicoafectives i relacionals preservades. En el cas de les persones grans, s'observa que la modalitat d'intervenció remota pot ser eficaç per actuar en les àrees cognitiva, psicoafectiva, relacional i de lleure, però sembla poc útil per treballar el manteniment o la millora de l'autonomia perso-

nal. Respecte a les auxiliars i acompanyants, la modalitat en remot pot ser molt útil i adequada per treballar la supervisió de casos. Pel que fa a l'acompanyament social, els tipus d'activitats que es poden realitzar de manera remota a les sessions sembla limitat en comparació amb la intervenció presencial.

- Pel que fa a l'eficiència, s'han identificat una sèrie de costos específics derivats del desenvolupament de qualsevol intervenció en remot: inversió en equips i programes, contractació i instal·lació de connexió a Internet, desplaçaments a domicilis per a instal·lació i retirada d'equips, i manteniment i suport tècnic. D'altra banda, no es produeixen els costos dels desplaçaments de les i els professionals d'intervenció als domicilis de les persones participants per dur a terme les sessions en modalitat presencial.
- Pel que fa a les incidències, el volum no ha estat un obstacle per al desenvolupament de les intervencions i no ha influït en el grau de satisfacció de les persones participants i professionals, cosa que es pot atribuir, principalment, a dos aspectes: d'una banda, que es va informar, prèviament, a les persones que es tractava d'un projecte en fase experimental, per la qual cosa es podrien donar incidències; i de l'altra, al suport sociotecnològic que es va desplegar. Pel que fa a les incidències de maneig, van ser poc significatives i es considera que això pot obeir, principalment, a la identificació adequada dels requisits de l'ordinador i de la plataforma tecnològica, i al suport pedagògic que es va donar a les persones participants per al seu ús.

En l'àmbit de l'aplicació de les tecnologies avançades en la gestió del SAD, també cal destacar l'impuls de la teleassistència, tal com s'està fent al País Basc, mitjançant el servei de teleassistència públic TeleON, o a la pròpia província de Barcelona, mitjançant el servei que la Diputació de Barcelona ofereix a 310 municipis (tots els municipis de la província, tret de la ciutat de Barcelona, que ofereix el seu propi servei). D'acord amb les dades disponibles, al desembre de l'any 2022 99.061 persones són usuàries de la teleassistència a la província de Barcelona de les quals 72.359 són dones (73%). Això suposa un 12,95% de les persones més grans de 65 anys i un 33,93% de les persones més grans de 80 anys.

Cal destacar que el Servei Local de Teleassistència que la Diputació presta amb els municipis de la província de Barcelona és un servei de teleassistència avançada. A través d'un model d'atenció centrada en la persona, s'adequa el servei a les necessitats de la persona i els seus riscos potencials, i a les de qui la cuiden, valorades en el moment de l'alta i de forma contínua al llarg de tot el seu procés d'envelliment o fragilitat. Així, incorpora serveis complementaris i personalitzats, adaptant les prestacions a les necessitats de cada persona.

- En primer lloc, el servei es complementa amb tecnologia orientada a detectar riscos a la llar (com detectors de fum o de gas), així com riscos de la persona (amb dispositius de control de presència (mobilitat), detectors de caigudes o teleassistència mòbil fora del llar).
- En segon lloc, el servei contempla campanyes d'envelliment actiu i saludable, i prevenció de riscos que, a través de trucades, visites o xerrades al territori, fan arribar a les persones usuàries consells de seguretat, sobre consum, sobre com actuar en situacions de meteorologia extrema i sobre salut, amb campanyes específiques com la grip o, durant tota la pandèmia, sobre la COVID o sobre el bon ús del servei, entre d'altres.
- En tercer lloc, el servei es dota amb protocols de prevenció, detecció i actuació específics com l'atenció a la sospita de maltractaments o la prevenció i detecció de les conductes suïcides.
- Finalment, el Servei Local de Teleassistència té una clara orientació cap a l'accessibilitat universal i, per això, adapta les prestacions a persones amb discapacitat auditiva i/o problemes a l'oïda o a la parla, així com també adapta els dispositius a persones amb problemes de mobilitat a les extremitats superiors. En els propers anys, el Servei Local de Teleassistència serà un servei accessible universalment per a les persones amb discapacitat.

El servei de teleassistència va iniciar l'any 2021 un procés de digitalització per millorar en la personalització i qualitat del servei, i la seva potencialitat d'interconnexió amb altres serveis de cura, a través d'una tecnologia de les comunicacions més segura que informa, de manera permanent, de l'estat de la persona i de l'ús que fa del servei (connexió contínua i transmissió de dades

24/7 a un centre d'atenció). A través d'un projecte d'innovació orientat a la prestació, s'amplien les funcionalitats del servei, com ara la monitorització de patrons de conducta que permet generar alertes de detecció precoç de riscos socials i de salut; programes digitals d'aten-

ció al deteriorament cognitiu, la soledat no desitjada i la sobrecàrrega de persones cuidadores no professionals; i la predicció de necessitats futures mitjançant programes d'intel·ligència artificial, a més de facilitar avenços en telemedicina.



Aspectes relacionats amb la qualificació i l'organització del personal i les seves condicions laborals

14.

14.1 Les professionals del SAD: entre la taylorització, la desprofessionalització i l'autogestió

L'assistència domiciliària és un servei intensiu en mà d'obra; a més, la qualitat del servei depèn, en última instància, gairebé exclusivament, dels i les professionals que presten el servei i, per tant, de la seva qualificació i la seva capacitat, de les seves condicions laborals, de la seva organització i de la seva dotació. Tot i això, no es pot dir que existeixin grans tendències de millora en aquest àmbit específic o, més aviat, es pot dir que es detecten sobre això canvis i tendències contradictòries, que avancen en direccions gairebé contraposades. D'una banda, en connexió estreta amb els elements relacionats amb les formes d'accés i de contractació de la provisió dels serveis, s'ha posat de manifest una tendència a la *taylorització* dels processos d'atenció i, a més, a la seva desprofessionalització. D'altra banda, però, alguns països han desenvolupat iniciatives orientades a l'apoderament i a l'autogestió dels i les professionals, que impliquen precisament, a més, un avenç en la seva professionalització, així com mesures dirigides a la millora en la qualificació del personal i en les seves condicions laborals.

D'una banda, en efecte, no hi ha dubte que, en els darrers anys, s'ha produït a tots els països d'Europa un procés de racionament i *taylorització* del SAD, amb reducció de les presències i desvinculació de la prestació respecte de processos i destinataris, similar al que s'ha produït en altres àmbits dels serveis socials, com l'atenció residencial, o en els serveis de salut. Encara que no es pot dir que sigui una tendència innovadora –ni tampoc particularment positiva–, són nombrosos els documents que apunten a aquesta *taylorització* dels processos d'atenció. Tal com explica Lindstrom [68], el model tradicional i el model autogestionat de cures va seguir als països nòrdics, a partir dels anys 90, un model d'organització del SAD marcat, exclusivament, per la racionalitat econòmicotècnica i orientat a aconseguir més eficàcia i eficiència. Aquests models imposen la divisió del treball de forma horitzontal i vertical, la fragmentació i l'estandardització de les tasques, i l'augment de la distància entre la planificació del treball i la seva producció.

Una altra de les característiques que trobem en aquest tipus de model és l'increment, en alguns països, dels contractes de 0 hores, com ha passat a Anglaterra arran d'un canvi important des dels contractes de preu



i de volum a l'ús de contractes marc. Aquest sistema de licitació ha traspassat el risc financer de les autoritats locals a les empreses SAD, i aquestes, alhora, han fet el mateix amb els seus empleats, incrementant la freqüència dels contractes de 0 hores. D'aquesta manera, la persona treballadora pot signar un contracte d'aquest tipus amb l'objectiu d'estar disponible per treballar quan li ho requereixin, de manera que no s'especifiquen ni un nombre d'hores diàries ni els intervals horaris en què treballaran.¹

1. Aquest model s'analitza a V. Davey "Estudis de cas d'innovació del servei d'ajuda a domicili", Diputació de Barcelona, 2023.

Al nostre entorn més proper, la combinació d'aquests processos de *taylorització* amb la tendència a l'increment de la participació d'entitats privades la provisió del servei, la irrupció de les prestacions econòmiques del SAAD i la focalització en els casos amb necessitats més severes ha suposat un canvi notable en la configuració tradicional del servei. Algunes autores parlen així de desprofessionalització de l'atenció a domicili. Per a Díaz Garfinkel i Elizalde [69], en relació amb el que ha passat a la Comunitat de Madrid, la crisi econòmica ha afectat els recursos públics destinats a la cura de persones grans, cosa que es pot percebre en el funcionament d'aquest recurs en diferents àmbits. S'ha retallat la intensitat del servei i la seva importància en relació amb altres serveis oferts per a l'atenció de persones dependents, i, fonamentalment, s'han deteriorat les condicions de treball de les persones que fan aquestes tasques. Actualment, hi ha menys control de les activitats que es realitzen, motiu pel qual el treball de cures a persones dependents ha perdut els trets de professionalització, per assemblar-se a una ocupació de manteniment de la llar amb escàs reconeixement i concreció de tasques. A més, s'està assistint a la disminució de cursos de formació i reciclatge de treballadores, i s'està permetent que empreses sense experiència en el sector adquireixin protagonisme en la prestació d'aquest recurs.²

2. Segons aquestes autores, "el canvi de paradigma al SAD es pot apreciar tant en les dades de tipus quantitatiu com en els discursos de les seves protagonistes. Les dades reflecteixen que, després d'uns primers anys de consolidació de l'atenció, s'ha anat reduint, cosa que s'observa tant en el nombre absolut de persones beneficiàries com en el descens del pes percentual d'aquest servei respecte a altres prestacions que han augmentat de manera notable. Així, el SAD ja no es presenta com el servei més representatiu a la regió, sinó que ara és una prestació més individualitzada i desprofessionalitzada la que ocupa aquesta posició: la prestació econòmica per cures familiars. Aquests canvis es poden interpretar com una transformació en la mateixa concepció de les cures de llarga durada a la població gran, ja que l'atenció professionalitzada a la llar està perdent pes davant d'altres opcions que potencien un altre tipus de cures. D'altra banda, el funcionament concret i quotidià del SAD també experimenta modificacions que reflecteixen una tendència a la desprofessionalització. L'establiment de la jornada laboral, la regulació horària o les tasques que engloba el servei s'han anat deteriorant, de manera que les empleades del SAD assisteixen a la construcció de la seva professió com una activitat informal d'ajuda (similar a la consideració d'un cuidador familiar o d'una empleada de llar) més que com una categoria professional (...). En definitiva, la informació obtinguda indica una tendència a la reconstrucció del servei d'atenció a domicili com un àmbit no professional lligat a la concepció tradicional familiar i femenina de les cures".

La tendència a la desprofessionalització que es percep en alguns països –que no és incompatible amb la introducció d'estàndards de capacitació i requisits formatius, teòricament, més estrictes–³ es tradueix en l'obertura del mercat a personal de menys qualificació, com posa de manifest l'experiència alemanya de les *cuidadores poloneses* o la irrupció al sector de les plataformes de contractació temporal. En aquest marc, alguns dels elements assenyalats prèviament –l'entrada de proveïdors privats que competeixen, únicament, en termes de cost o l'extensió al sector de l'economia de les plataformes– ha provocat una tendència més gran a la desprofessionalització i *informalització* del SAD.

Aquest procés relativament contradictori de *taylorització* i *informalització* es produeix, a més, sobre un sector en què –en la pràctica totalitat dels països analitzats, independentment de les seves formes d'organització–, les condicions laborals són, en general, dolentes i les taxes de rotació elevades, amb dificultats per al reclutament i retenció de les persones professionals [70].

En aquest sentit, d'acord amb un informe recent d'Eurofound [71], si les condicions laborals són millorables en el conjunt del sector de les cures, resulten especialment dolentes en l'àmbit de l'atenció domiciliària, on sovint les necessitats de més flexibilitat es contraposen a les necessitats de garantir unes condicions laborals adequades (per exemple, pel que fa referència als horaris de treball o als desplaçaments). D'acord amb aquest informe, els salaris en el sector de l'atenció domiciliària tendeixen a ser més baixos que a l'àmbit residencial, així com les taxes d'abandonament del sector i la de llocs de treball vacants o sense cobrir. També són pitjors les taxes de parcialitat i de temporalitat, en part, per la imposició de criteris d'eficiència productiva establerts en el marc dels processos de mercantilització a què abans s'ha fet referència.⁴

3. Una cosa semblant ha succeït al nostre entorn, on la introducció de requisits més estrictes per a l'acreditació dels serveis, des del punt de vista de la formació professional, ha estat lenta i complexa, i no sempre s'ha traduït en un canvi real en les condicions en les quals es presta el servei.

4. D'acord amb les dades d'Eurofound [71], el 52% del personal dels serveis socials no residencials treballa a jornada parcial, davant del 19% del conjunt de la població ocupada a Europa, el 37% als serveis socials residencials i el 26% als serveis sanitaris.

Aquests requeriments es produeixen, paradoxalment, sota el paraigua de la personalització⁵ i es relacionen, en bona part, amb la mercantilització de la provisió dels serveis d'atenció. A Suècia, per exemple, un estudi que compara l'evolució de les condicions laborals de les treballadores del sector entre el 2005 i el 2015 [72] posa de manifest un clar empitjorament: increment de la càrrega de treball, reducció de les opcions de suport i supervisió, menys possibilitats d'autogestió i autoorganització, nivells d'estrès i esgotament més grans...

El procés de mercantilització dels serveis d'assistència domiciliària ha tingut, en qualsevol cas, un impacte diferent en funció dels països on s'ha desenvolupat, en la mesura que aquesta mercantilització ha vingut acompanyada, a diversos països, d'una aposta per la consolidació d'un sistema de cures de responsabilitat pública. En aquest sentit, segons Theobald et al. [73], en un estudi en què comparen els canvis al respecte ocorreguts a Alemanya, Suècia i Japó, l'impacte de la mercantilització sobre les condicions laborals de les persones treballadores ha estat més gran a Suècia que en els altres dos països, ja que a Alemanya i al Japó, la tendència a la mercantilització s'ha donat en un context de creació i desenvolupament d'un sistema universal d'atenció a la dependència de responsabilitat pública, que a Suècia existia amb caràcter previ al procés de mercantilització. A Suècia, les diferències en les condicions de treball entre el personal de les entitats públiques i privades són encara importants, mentre que a Alemanya i al Japó aquestes diferències són escasses. Als tres països, en qualsevol cas, les condicions laborals al sector són comparativament pitjors que en altres sectors d'activitat.

Un article posterior d'aquests autors, en què es compara, únicament, la situació a Corea i a Alemanya, posa, a més, de manifest que el desenvolupament del sistema d'atenció a la dependència i la manera com s'ha portat a terme el procés de mercantilització, a cadascun d'aquests països, influeix en les condicions laborals del personal de l'atenció domiciliària [74]. D'acord amb aquest estudi, si bé a tots dos països la universalització de l'atenció a la dependència, en un marc de mercantilització, va

comportar un increment en l'oferta de serveis i un creixement de l'oferta de proveïdors privats, les diferents barreres d'entrada establertes a cada país com a conseqüència d'exigències d'acreditació més o menys estrictes –més grans a Alemanya que a Corea– van provocar a Alemanya un creixement més lent i, alhora, nivells de qualitat més alts, un prestigi social més gran de l'assistència domiciliària i un mercat de serveis més estable.

Altres autors han posat també de manifest la importància dels factors institucionals locals davant de l'impacte de la mercantilització. En aquest sentit, un treball que compara les condicions i experiències laborals de les professionals del sector a Suècia i a Austràlia [75] assenyalava que les treballadores australianes, malgrat treballar, majoritàriament, en empreses privades, consideren més que les sueques que les seves empreses s'adapten amb flexibilitat a les necessitats de les persones usuàries, que la seva càrrega de treball és raonable o que les possibilitats de conciliació són bones. Per a les autores de la investigació, aquestes diferències es deuen a les diferents expectatives de les treballadores dels dos sistemes i a un cert efecte de convergència entre països en la definició dels models d'atenció a la dependència.



5. L'informe d'Eurofound fa referència a altres riscos específics de l'atenció domiciliària, com ara la inseguretat laboral més gran, els riscos psicosocials més alts associats a aquest tipus de treball o aquells que es deriven dels continus desplaçaments. Com a conseqüència de tot això, la inseguretat laboral dels i les professionals del sector és més gran que la del conjunt de la població ocupada o que la del personal que treballa en altres àmbits de l'atenció social.

Més enllà de l'eventual impacte de la mercantilització en el deteriorament de les condicions laborals del personal del sector, cal dir també que davant d'aquesta tendència –o potser, en certa manera, com a reacció davant d'ella– s'han desenvolupat, en els darrers anys, diversos enfocaments que busquen precisament fomentar l'apoderament i l'autogestió per part de les pròpies professionals, organitzades en petits grups de treball, de base territorial. El model que s'associa a aquest enfocament és el *Bultzoorg* holandès, aplicat posteriorment, en el nostre context, per l'Ajuntament de Barcelona en el marc de les superilles socials; en les experiències desenvolupades al voltant de l'anomenada assistència domiciliària radical (*radical home care*), estretament relacionada amb el model *Bultzoorg*; o els equips de benestar britànics.

A partir d'aquesta primera aproximació general, aquest apartat s'estructura en dos grans epígrafs: en primer lloc, es descriuen les dotacions, els requisits i els perfils professionals aplicats en l'àmbit de l'atenció domiciliària en alguns dels països analitzats; en segon lloc, es descriuen algunes experiències o enfocaments específics relacionats amb la gestió del personal en l'àmbit de l'atenció domiciliària.

14.2 Dotacions, requisits i perfils professionals en l'atenció domiciliària

a) Dotació de personal i requisits establerts per al personal que treballa en els serveis d'ajuda domiciliària a França

A França, totes les persones que presten serveis d'assistència domiciliària mitjançant entitats, ja siguin públiques o privades, han de disposar d'una titulació específica, la qual no s'exigeix, en canvi, a les persones contractades directament per a la prestació del servei.

El títol de referència per exercir aquesta professió és Diploma d'Acompanyant Educatiu i Social (*Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social - DEAES*), especialitat "acompanyament de la vida en domicili". D'acord amb el decret que el regula, aquest diploma certifica les competències necessàries per realitzar un acompanyament social a diari, a fi de compensar les conseqüències d'una discapacitat –independentment del seu origen o naturalesa–, o les dificultats vinculades a l'edat, a una malaltia o al mode de vida, o les conseqüències d'una situació social de vulnerabilitat, per permetre a la persona definir i dur a terme el seu projecte de vida.

Existeixen, però, altres titulacions que permeten exercir aquesta professió, sempre que estiguin inscrites en el repertori nacional de certificats professionals i acreditin disposar de competències en l'àmbit sanitari, medicosocial o social.⁶

En qualsevol cas, els i les professionals que no comptin amb un certificat poden exercir com a acompanyants educatius i socials si es dona alguna de les condicions següents:

- Disposar d'una experiència professional d'un any en l'àmbit sanitari, medicosocial o social. A tota persona, independentment de la seva edat, la seva nacionalitat i el seu nivell formatiu, que justifiqui com a mínim un any d'experiència se li atorgarà un certificat de Validació d'Experiència Adquirida (VAE).
- Cursar una formació que dona dret a un diploma (*formation diplômante*) o, com a mínim, una formació d'adaptació a l'ocupació, en els sis mesos posteriors a la contractació.
- Cursar o haver cursat una formació en alternança (dispositiu que permet alternar la formació teòrica amb l'experiència pràctica) en l'àmbit sanitari, medicosocial o social.

6. Entre aquestes titulacions es troben les següents:

- Certificat d'Agent d'Acompanyament de les Persones Grans i de les Persones Dependents.
- Títol professional d'Assistent de Vida a les Famílies.
- Assistent de vida/dependència.
- Certificat d'Auxiliar de Gerontologia.
- Diploma d'Ajuda a Domicili.
- Formació Professional Acompanyament, Cures i Serveis a la Persona
- Diploma de tècnic en Intervenció Social i Familiar.

b) Dotació de personal i requisits establerts per al personal que treballa als serveis d'ajuda domiciliària a Alemanya

El Llibre XI del Codi de la Seguretat Social, en el seu article 71, estableix algunes disposicions sobre la qualificació dels professionals dels centres i serveis d'atenció a les persones amb dependència, que han de ser o infermers/es (*Krankenschwester*) o cuidadors/es de gent gran (*Altenpfleger*). En tots dos casos es tracta de títols professionals obtinguts després d'haver cursat estudis superiors durant tres anys. Per ocupar un lloc de responsabilitat als serveis autoritzats d'ajuda a domicili és necessari, a més, complir amb dos requisits més:

- haver exercit la seva professió durant, almenys, dos anys (en el curs dels darrers cinc anys), dels quals han d'haver dedicat un any a l'atenció comunitària.
- haver participat en un curs de formació continua (d'una durada mínima de 460h) de lideratge (organització i gestió).

Al servei autoritzat d'ajuda a domicili treballen també auxiliars d'infermera/cuidadors de gent gran (*Pflegeassistent* o *Altenpflegehelfer*) que han cursat estudis de formació professional durant un o dos anys. Per últim, es troben els assistents d'atenció domiciliària (*Betreuungskraft*) que, normalment, han fet un curs de formació que té una durada d'entre 3 mesos i un any. També és possible trobar treballadors de menys qualificació professional entre el personal dels serveis autoritzats d'ajuda a domicili.

Pel que fa al personal que presta els seus serveis en aquests centres, d'acord amb les dades de DESTATIS, puja a més de 390.000 persones, si bé només el 28% d'aquestes persones treballa a jornada completa i el 33% ho fa amb una dedicació inferior al 50% de la jornada laboral.

La prestació de cures professionals només pot ser abonada a les persones que accedeixen a serveis prestats per part d'entitats acreditades, que se sotmeten als procediments d'avaluació de l'Assegurança de Dependència (vegeu l'apartat següent) i que compten amb personal qualificat.⁷

D'altra banda, el 2020 es va establir un salari mínim d'11,35 euros bruts per hora a Alemanya occidental i 10,85 euros bruts per hora a Alemanya oriental per al personal que treballa al sector de les cures a la gent gran, incloent-hi tant el personal d'atenció directa dels centres residencials, com les auxiliars a domicili cobertes per la prestació de cures professionals i les *cuidadores poloneses* contractades com internes mitjançant la prestació de cures no professionals.

7. Moltes persones dependents contracten serveis d'assistència de 24 hores mitjançant persones internes que resideixen al domicili juntament amb la persona dependent. Atès que les persones que realitzen aquestes tasques són, en general, dones provinents de països de l'Est d'Europa, col·loquialment es coneix aquesta figura com a *cuidadora polonesa*. Aquesta forma d'atenció no pot ser finançada mitjançant la prestació per a cures professionals a domicili, en la mesura que ni aquestes dones compten amb la qualificació professional requerida ni les entitats que realitzen la intermediació entre elles i les persones usuàries estan acreditades com a entitats prestadores de serveis d'assistència domiciliària. Aquest tipus de servei sí que pot ser finançat mitjançant la prestació per a la cura no professional (*pflegegeld*). La contractació d'aquest tipus de serveis també dona dret a una desgravació fiscal de fins a 4.000 euros.

Taula 11 . Personal de les entitats que presten atenció domiciliària per tipus de jornada a Alemanya

Tipus de jornada	Nombre de persones	Distribució [%]
Total	390.322	100
Jornada completa	109.657	28,1
Jornada parcial	267.586	68,6
Superior al 50%	143.050	36,6
Inferior al 50% però no marginal	56.028	14,4
Jornada marginal	68.508	17,6
Altres	13.079	3,4

Font: DESTATIS

Taula 12 . Nombre i distribució del personal als serveis socials a Escòcia [2020]

	Número	% distribució	% amb qualificació
Personal de serveis d'atenció domiciliària	62.871	27,8	65,5
Directors/es de serveis d'assistència domiciliària	1.465	0,6	48,2
Supervisors/ores de serveis d'atenció domiciliària	4.217	1,9	60,5
Treballadors/ores de serveis d'assistència domiciliària	57.189	25,3	66,3
Personal de serveis residencials	44.933	19,9	57,5
Personal d'altres serveis	118.171	52,3	42,9

Font: Scotland Social Services Council

c) Dotació de personal i requisits establerts per al personal que treballa als serveis d'ajuda domiciliària a Escòcia

D'acord amb les dades de l'*Scottish Social Services Council*, al setembre de 2020 el nombre de professionals registrats en l'àmbit dels serveis socials a Escòcia ascendia a 166.258 persones, en un total de 7.613 serveis diferents. Els llocs o ocupacions totals pugen a 225.000, en la mesura que una mateixa persona pot estar registrada en més d'una ocupació diferent.

D'acord amb les dades de la mateixa entitat, si se suma el nombre total de persones empleades a les entitats que ofereixen (exclusivament o en combinació amb altres serveis d'assistència personal) serveis d'assistència domiciliària, el total de persones empleades puja a prop de 59.000, el 25% de les quals depenen d'entitats públiques, el 28% d'entitats privades i el 48% d'entitats del Tercer Sector. Al voltant del 40% d'aquesta població treballa a jornada completa i el 74% té un contracte de treball permanent.

Pel que fa al marc que regula als i les professionals del sector, la principal figura és la denominada *care worker* o cuidador/a, que inclou altres denominacions com *care assistant*, *support worker*, *nursing home assistant*, etc. Tot i que el lloc no requereix, necessàriament, una formació específica, es demana, habitualment, comptar amb un certificat de formació professional (*Diploma in Health and Social Care*, nivell 2 o 3). El nivell 2 d'aquesta formació contempla 46 crèdits i una durada d'entre 4 i 6 mesos, i està obert a persones sense experiència prèvia en la matèria; mentre que, en el cas del nivell tres, cal comptar amb experiència prèvia, almenys com a voluntari/ària, en el sector de les cures. Es tracta, en tots dos casos, de models de formació en alternança,

ja que tant la formació com els exàmens es realitzen en un centre de treball.

d) Dotació de personal i requisits establerts per al personal que treballa als serveis d'ajuda domiciliària a Holanda

Com en la resta de qüestions analitzades en aquest informe, les relatives al personal que presta el SAD a Holanda estan determinades pel tipus de SAD presat i/o la norma que regula les diverses modalitats de servei.

- Les persones que presten serveis d'atenció a la llar sota la *Wmo*, ja sigui mitjançant entitats privades o de forma directa, no estan obligades a disposar d'una titulació específica. A més, quan les persones grans contracten, a través dels pressupostos personals, els serveis d'una persona perquè s'ocupi de tenir cura de la llar, durant un màxim de tres dies a la setmana, el contracte està subjecte al reglament de treball domèstic del 2007. Aquesta llei exigeix les persones ocupadores del pagament de determinades cotitzacions, alhora que estableix que el sou no pot ser inferior al salari mínim.
- Pel que fa a l'atenció a la dependència, la normativa holandesa tampoc no determina qualificacions específiques pel que fa al personal cuidador que ofereix atenció a la gent gran en el marc de la llei d'atenció a la dependència *Wlz*.
- Per a la provisió de l'atenció sanitària derivada de l'assegurança *Zvw*, les empreses prestatàries han de comptar amb personal d'infermeria registrat a *BIG-register (Wet BIG)*, un registre nacional gestionat pel Ministeri de Salut, Benestar i Esport. Les

empreses proveïdores de serveis han de comprovar que el personal contractat no tingui cap denúncia per mala *praxi* professional. Aquesta comprovació es pot fer mitjançant diferents vies:

- Consulta del registre de queixes a les cures i el benestar (*Waarschuwingsregister Zorg & Welzijn*).
- Sol·licitud d'un certificat de bona conducta (*VOGnp*) a l'Agència Empresària dels Països Baixos.
- Cerca al *registre BIG* de mesures disciplinàries imposades a professionals.

Finalment, en relació amb el personal que treballa als serveis d'atenció domiciliària, és important assenyalar que el Ministeri de Salut, Benestar i Esports holandès va posar en marxa, en l'última dècada del segle passat, el programa Mercat de Treball de l'Atenció i el Benestar (*Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn - AZW*) amb l'objectiu que els diferents agents implicats en l'atenció tinguessin informació actualitzada i fiable sobre el mercat laboral del sector. El 2018, el Ministeri va impulsar el programa, renovant la informació disponible i encarregant la realització d'una sèrie d'enquestes periòdiques que contribuïssin a ampliar el camp de recerca. Aquest impuls es deu, principalment, al repte que suposa el creixement de la demanda en l'àmbit de l'atenció, així com als desafiaments a què s'enfronta el sector de les cures, és a dir:

- el desajust qualitatiu entre l'oferta i la demanda de personal,
- l'elevat índex de rotació del personal, la pressió laboral a què estan sotmesos i l'absentisme en les organitzacions,
- i la integració de la tecnologia i la domòtica per millorar l'atenció i les condicions laborals.

e) Dotació de personal i requisits establerts per al personal que treballa als serveis d'ajuda domiciliària a Suècia

En principi, la normativa sueca no estableix ràtios determinades o qualificacions específiques pel que fa al personal que treballa als serveis d'atenció domiciliària. En aquest context, el Consell de Serveis Socials i de Salut es limita a recomanar que, almenys, les persones que prestin serveis d'atenció directa deuen:

- Haver realitzat una formació general en l'àmbit de les cures (800/1.500 crèdits) i una formació especialitzada en geriatría d'almenys 300 crèdits.
- Tenir un nivell suficient d'expressió oral en suec.
- Haver adquirit una sèrie de competències bàsiques en àmbits com les cures, la comunicació, la normativa d'aplicació a l'àmbit dels serveis socials, l'envel·liment, la intervenció social, el tractament de les limitacions funcionals, etc.

14.3 Experiències d'interès

Com s'ha assenyalat prèviament, el sector de l'atenció domiciliària s'enfronta a diverses dificultats –relacionades entre si– tant pel que fa a les condicions laborals del personal com pel que fa al reclutament de personal adequadament qualificat. En aquest marc, d'acord amb un estudi recent d'Eurofound sobre les condicions laborals en el sector de les cures de llarga durada –incloent-hi també els serveis d'atenció residencial–, s'han posat en pràctica a diversos països d'Europa estratègies orientades a fer el sector més atractiu, així com a combatre el treball no declarat al sector. Entre les diverses mesures adoptades, l'estudi assenyala les següents:

- **Campanyes d'informació i sensibilització.** Diversos països han posat en marxa campanyes d'informació i difusió dels avantatges d'aquest tipus de llocs de treball entre la població potencialment interessada (estudiants a punt de finalitzar els seus estudis, etc.). Destaquen, en aquest cas, les campanyes realitzades al Regne Unit mitjançant la figura dels “ambaixadors” de les cures (*Care ambassadors*).
- **Activitats per contrarestar els estereotips relatius al sector.** En una línia semblant, diversos països han realitzat campanyes específiques per combatre els estereotips vigents en relació amb el treball de cures.
- **Reclutament proactiu i contractacions en origen.** Més enllà de les campanyes d'informació, a diversos països s'han engegat activitats que pretenen captar personal per al sector de manera proactiva, especialment mitjançant la contractació en origen de personal estranger. En aquesta línia, Alemanya ha impulsat models de contractació de personal estranger en origen tant per treballar en el sector

residencial com en el sector de les cures formals a domicili, mitjançant una oficina específicament destinada a aquest fi (Deutsche Fachkräfteagentur für Gesundheits- und Pflegeberufe) i que presta serveis a les entitats que treballen en l'àmbit de la salut i dels serveis socials. Aquesta agència facilita els processos de convalidació de la formació del personal estranger que vol treballar a Alemanya a l'àmbit sociosanitari, gestiona els procediments per a l'obtenció dels permisos de residència i de treball, i col·labora amb les empreses en la selecció del personal.

En el mateix sentit, l'Agència Alemanya de Cooperació (GIZ) ha establert un programa per a la captació, la formació i la inserció laboral de personal de cures i d'infermeria d'una sèrie determinada de països (actualment, Bòsnia i Hercegovina, les Filipines i Tunísia).

- **Reducció de barreres legals per a l'ocupació.** Altres països –especialment, durant la pandèmia de COVID– han aplicat mesures, com ara regularitzacions de persones immigrants o exempcions en els requisits de formació i qualificació exigits, a fi de permetre que un nombre més gran de persones puguin accedir a aquest tipus de llocs de treball.
- **Foment del treball en pràctiques, promoció de la formació dual i programes d'acreditació de l'experiència professional.** Diversos països han apostat també pel desenvolupament de programes de pràctiques, mentories i formació dual en l'àmbit de les cures de llarga durada. En aquest sentit, cal fer referència, a títol d'exemple, al programa *Etxean Prest* desenvolupat per la cooperativa Serveis Socials Integrats (SSI) de Biscaia.

La finalitat principal d'*Etxean Prest* és facilitar l'obtenció del Certificat de Professionalitat d'Atenció Sociosanitària a persones al domicili, a persones treballadores del sector de les cures domiciliàries particulars a través de la via no formal i experiència laboral, com a eina per assolir un doble objectiu: millorar la seva ocupabilitat i incrementar la qualitat dels serveis que presten. Per aconseguir-ho es duu a terme el disseny, el desenvolupament i la validació, amb una experiència pilot, d'un itinerari de capacització i orientació. Aquest itinerari implica una capacització basada en la combinació d'autoformació

(388 hores) i capacització grupal a l'aula virtual (100 hores), en clau de codisseny, amb alguns continguts en format *m-learning*. Aquesta formació proporciona les competències exigibles per al Certificat de Professionalitat, necessàries per prestar serveis de qualitat, competències digitals bàsiques (a través de Smartphone, afavoridores de la digitalització de les cures) i comunicatives, per a la cura de persones majors *euskaldunes* (bascoparlants) o gairebé *euskaldunes*.

- **Millora de les condicions laborals.** Tot i la seva rellevància, no és senzill identificar mesures o polítiques específiques, de caràcter estructural, orientades a la millora de les condicions laborals dels professionals del sector. En qualsevol cas, sí que és possible citar algunes experiències específiques: Alemanya va aprovar el 2019 una Llei orientada a la millora de les condicions laborals al sector, en relació, per exemple, a la negociació salarial, la conciliació de la vida laboral o familiar, el reemborsament de les despeses de desplaçament o les dotacions de personal als centres residencials. En un sentit semblant, els Estats Units van incloure el 2015 els professionals de l'assistència domèstica en les regulacions relatives al salari mínim, de les quals fins aleshores n'estaven exclosos.

Un estudi previ realitzat per EUROFOUND el 2013, centrat expressament en l'ocupació en el sector de l'assistència domiciliària [70] identificava quatre grans estratègies per fer front tant als problemes de captació i manteniment dels professionals, com a les qüestions relacionades amb les deficientes condicions laborals imperants al sector. Les estratègies identificades són:

- Optimitzar la reserva de llocs de treball, és a dir, centrar-se en les reserves de mà d'obra per atraure nous treballadors al sector, inclosa la contractació de persones aturades i grups d'immigrants i emigrants per motius de treball.
- Promoure i facilitar la qualificació de potencials professionals, per exemple, a través de la creació d'itineraris d'aprenentatge específics, el desenvolupament de campanyes que animin la gent jove a triar una carrera relacionada amb aquest sector i la millora de les relacions entre aquest mercat laboral i les institucions educatives.

- Millorar les condicions de treball dels treballadors actuals per tal d'optimitzar les seves capacitats i de retenir-los al sector, per exemple, introduint programes de formació, professionalitzant el sector i oferint més oportunitats de desenvolupament professional als treballadors actuals.
- Millorar la gestió operativa i la productivitat laboral de les organitzacions, per exemple, mitjançant l'ús de les noves tecnologies i de pagaments directes, o distribuint les tasques entre el personal de manera més eficaç.

Les conclusions de l'informe d'Eurofound posen de manifest els elements següents:

Més enllà d'aquestes estratègies genèriques, la principal innovació que s'ha desenvolupat en l'àmbit del personal que treballa als serveis d'assistència domiciliària es relaciona amb la promoció de les capacitats d'autogestió i autoorganització de les professionals, sovint des de plantejaments de proximitat, impulsant el treball de base territorial. Tal com explica Fantova [76], "parlaríem de projectes o programes en els quals s'observa una flexibilització, territorialització i autogestió en serveis domiciliaris. Enfront de sistemes tradicionals, de caràcter *taylorista*, basats en la realització de tasques rígidament establertes, van emergint propostes d'intervenció social domiciliària en les quals es potencia la interactivitat i l'adaptabilitat de l'atenció en funció de canvis situacionals en la vida dels usuaris i de les seves necessitats i demandes, riscos i oportunitats a cada moment (en temps real), cosa que requereix dels equips de professionals una gran versatilitat en la capacitat de resposta, basada en la proximitat geogràfica i l'apoderament decisonal del personal, tot això basat en el processament intel·ligent i veloç de dades".

A continuació, s'analitzen algunes experiències específiques desenvolupades en aquest sentit.

- **El model *Buurtzorg* i les superilles socials de Barcelona.** No hi ha dubte que una de les experiències d'innovació més estesa i coneguda en l'àmbit de l'atenció domiciliària és l'experiència holandesa de l'empresa *Buurtzorg*, que, des dels inicis del 2006, s'ha estès a més de 25 països (*buurtzorg.com*). El model *Buurtzorg* està basat en la idea de la infermeria comunitària i es basa en la creació d'equips molt reduïts de treballadors o treballadores

comunitàries que atenen de forma autogestionada les persones, amb fragilitat o dependència, de territoris molt reduïts, cosa que implica un nivell de personalització i proximitat molt elevat. Cada equip, format per una dotzena de treballadors o treballadores autogestionats, atén entre quaranta i cinquanta persones usuàries, residents en àmbits territorials no superiors als 10.000 habitants. Els resultats de les avaluacions realitzades semblen confirmar l'èxit del model, tant des del punt de vista de les persones professionals, com de les persones usuàries [77].

Enfront del SAD tradicional, el model *Buurtzorg* està més orientat a la infermeria comunitària, però es relaciona amb el SAD en el sentit que ofereix un model d'atenció a domicili caracteritzat per la proximitat territorial, l'aprofitament dels recursos comunitaris i l'autogestió dels i les professionals.⁸ D'acord amb els seus responsables, l'aplicació del model comporta una millora en la satisfacció i la qualitat de vida de les persones usuàries i de les professionals, i una reducció dels costos i del nombre d'hores d'atenció. Segons els seus responsables, l'èxit del model es deu als aspectes següents:

- Atenció basada en la persona
- Dimensió territorial
- Centralitat de les professionals d'infermeria

8. Tal com expliquen els responsables de l'aplicació del model a Barcelona [78], "en el seu model d'atenció i organització, les professionals d'atenció directa tenen un paper central i estratègic; els seus marges de decisió relatius a l'atenció a les persones són molt elevats, treballen en equip i prenen decisions relatives a l'atenció, però també a la gestió. L'organització s'estructura en equips independents de dotze infermeres màxims que es responsabilitzen de tots els aspectes de la cura de 50-60 pacients, la seva gestió se sustenta en sistemes d'informació que permeten planificar i fer el seguiment dels serveis. Els equips tenen a la seva disposició *coaches* (assessors de desenvolupament) que els ajuden en la resolució de problemes o conflictes, i els capaciten per afrontar sols aquestes situacions quan es repeteixen. El *backoffice* d'aquesta organització és molt reduït i s'ocupa, bàsicament, d'aspectes administratius, mentre que la presa de decisions es troba molt distribuïda en tota l'organització. L'objectiu d'aquesta estructura és crear equips autogestionats d'infermeres que presten atenció mèdica domiciliària, però també suport personal. S'ocupen també d'aconseguir la sostenibilitat de la comunitat d'atenció, mantenir o recuperar l'autonomia dels pacients, formar les famílies i els pacients en les autocures, crear una xarxa de recursos a cada veïnat i enfortir la professió. *Buurtzorg* ha aconseguit que el servei pivoti sobre la qualitat de l'atenció, no sobre el temps d'atenció, sobre les relacions entre professionals i pacients, amb l'escolta com a vector central. Quan les infermeres de *Buurtzorg* acudeixen a un nou domicili, el primer que fan és prendre el te amb el seu pacient, conèixer-lo, a ell o ella, de manera singular: les seves preocupacions, les seves pors, però també els seus hobbies, les seves relacions personals, les seves motivacions. És a través de l'escolta que aconsegueixen conèixer les necessitats més íntimes i ajudar-los a mantenir una vida que els pugui satisfer".

- Activació dels recursos comunitaris
- Eficiència en la gestió, autogestió i organització horitzontal
- Utilització de les noves tecnologies, mitjançant el desenvolupament de programes de gestió més àgils, pràctics i intuïtius
- Estandardització dels processos

Les *superilles* o “superilles socials” desenvolupades a Barcelona⁹ suposen una de les aplicacions més decidides del model *Buurtzorg* a Catalunya i al conjunt d'Espanya. D'acord amb els seus responsables [78], “una superilla és un territori de proximitat, físicament definit per un conjunt d'illes de l'entramat urbà (una superilla del SAD pot aglutinar una superfície de la mida d'entre 3 i 6 illes típiques del Districte de l'Eixample de Barcelona, aproximadament). A la superilla, la mobilitat és fàcil, tot és proper, no hi ha barreres arquitectòniques al seu interior. La superilla té una dimensió raonable/abastable per a les persones grans, que solen moure's (si poden) en un radi de 300 metres al voltant del seu domicili. També tenen una dimensió raonable per als equips de SAD, que es poden traslladar entre domicilis en desplaçaments curts (des de canviar de domicili dins una escala de veïns fins a caminar 5 o 10 minuts entre edificis)”.

“La superilla és un territori de proximitat, un veïnat, és la unitat territorial conceptualitzada per desenvolupar el SAD de proximitat. A cada superilla, un equip presta, aproximadament, unes 1.400-1.800 hores/mensuals de servei i atén 60-80 persones usuàries. La variable fonamental per definir territorialment aquestes superilles són les hores de SAD mensuals que es concentren al territori; i és en base a les hores de servei d'aquesta superilla que es dimensiona l'equip, integrat per professionals d'atenció personal i també d'ajuda al llar (solen ser 1 o 2). Segons els seus responsables, “la posada en pràctica de les superilles permet posar en marxa equips de treballadors d'atenció directa de SAD –d'entre 10 i 15 professionals– que siguin responsables de l'atenció de les persones usuàries residents en una superilla, garantint-ne l'atenció personalitzada, compatibilitzant l'atenció amb jornades laborables llargues o completes i horaris laborables estables, i desenvolupant capacitats de treball en equip, de planificació, de seguiment de persones usuàries, és a dir, desenvolupant una

professió que incorpori més valor, i que permeti reduir certes càrregues intrínseques a la feina de la cura com la soledat i les càrregues físiques i emocionals”.

Els canvis més significatius en l'atenció que es produeixen al SAD organitzat en superilles són els següents:

- El referent del servei de què disposen les persones usuàries és l'equip, en lloc d'un únic professional. Així, es redueix la dependència d'un únic professional i s'elimina “la substitució”. L'equip ha de garantir la personalització del servei, la continuïtat i la proximitat en l'atenció. Això suposa que les professionals comparteixen domicilis, sobretot els domicilis més complexos o de més intensitat de servei, i es distribueixen càrregues de treball, físiques, però també emocionals.
- Les jornades de treball dels membres dels equips són superiors a les 30 hores setmanals, molt per sobre de la mitjana del sector. Això, necessàriament, comporta reducció de les puntes horàries dels serveis, ja sigui redistribuint el servei al llarg de la setmana o del dia. El repte dels equips consisteix a reduir les puntes horàries aconseguint horaris de serveis més estables i compatibles amb jornades laborals més llargues, i, alhora, garantir una atenció personalitzada. El repte comporta un coneixement detallat i continu de les necessitats de les persones usuàries, i capacitats d'autoorganització i de comunicació dins dels equips.
- Els equips assumeixen tasques de replanificació de serveis, de tractament de casos per part de l'equip, usen sistemes d'informació nous per a ells, resolen diàriament incidències en contacte amb els usuaris. Les professionals assumeixen noves funcions i poden emprendre-les amb èxit perquè, simultàniament, es genera un procés de capacitació, assumeixen més responsabilitat i apoderament per ser proactives. En alguns aspectes, i de manera progressiva, els equips s'autogestionen. El reconeixement, tant dins de la seva organització com per part de la persona usuària i del seu entorn, apareix com a conseqüència del nou paper i de la visibilitat que adquireixen com a grup en un territori.

9. Experiència analitzada com a estudi de cas a la publicació V. Davey “Estudis de cas d'innovació del servei d'ajuda a domicili”, Diputació de Barcelona, 2023.

- **Assistència a domicili radical (*radical home care*).** Algunes entitats britàniques treballen a partir d'un model anomenat *radical home care*, que es pot traduir com a assistència a domicili radical, i que se centra en l'autogestió de les cures i, específicament, de les cures a domicili [79]. A partir del model holandès de Burtzoorg, les experiències desenvolupades, en el marc d'aquest enfocament, busquen facilitar més flexibilitat en la provisió del servei, millorar les condicions laborals, reduir l'absentisme i la rotació de personal, millorar la satisfacció laboral i facilitar taxes més grans de retenció i adhesió als valors de les organitzacions. Les entitats que treballen amb aquest objectiu tenen en comú algunes característiques com un enfocament de l'organització del servei orientat als elements relacionals, la recerca d'un apoderament més gran de les persones professionals, l'adopció d'un enfocament preventiu no exclusivament basat en la gestió del temps i la planificació per tasques.

- **Els equips de benestar britànics.**¹⁰ Una de les concrecions d'aquest model de *radical home care*, molt vinculat també al model *Buurtzorg*, són els anomenats equips de benestar o *wellbeing teams*,

considerat com a model d'excel·lència per l'organisme regulador de l'atenció social a Anglaterra (CQC). Aquest model presenta dues peculiaritats: d'una banda, el suport a les persones usuàries i, de l'altra, el treball conjunt i autogestionat de l'equip de professionals. Com en el model holandès de *Buurtzorg*, l'abast geogràfic dels equips de benestar es limita a una zona amb accés a totes les persones usuàries en 15 minuts, amb un equip d'entre 8 i 10 persones.

El funcionament dels equips de benestar depèn molt de la qualitat del treball en equip i els seus enllaços a la comunitat. Per tant, el model es basa en petits equips de barri autogestionats. Els equips de benestar no tenen un gerent tradicional. Els rols que exerciria un gerent són compartits pels membres de l'equip segons les seves capacitats. Això inclou la programació, reclutament, màrqueting i comunicacions. Treballar d'aquesta manera es considera útil per apropar les decisions del dia a dia a les persones que donen suport. El "benestar" del seu nom ve no només del benestar de les persones a qui donen suport, sinó també del benestar dels seus treballadors i treballadores, que reben formació i supervisió contínua. Aquesta es basa en els valors de l'empresa i inclou treballs orientats en equip, designats com a "zones d'aprenentatge"; "cercles de governança", "converses valentes", etc.

10. L'experiència anglesa dels equips de benestar s'explica de manera més detallada a la publicació V. Davey "Estudis de cas d'innovació del servei d'ajuda a domicili", Diputació de Barcelona, 2023.



Mecanismes d'inspecció, avaluació i garantia de qualitat

15.

15.1 La creixent importància de l'avaluació i la gestió de la qualitat en l'àmbit de l'atenció domiciliària

La irrupció de proveïdors privats i l'èmfasi renovat en la lliure elecció de les persones usuàries a què abans s'ha fet referència ha posat sobre la taula la necessitat d'establir nous marcs de regulació, autorització, acreditació i inspecció dels serveis socials i/o d'atenció a la dependència. Aquests nous marcs de regulació, autorització, inspecció i avaluació presten una especial atenció, davant la regulació *ex ante* dels elements relacionats amb les estructures i els processos d'intervenció, a l'avaluació *ex post* dels resultats, des de l'òptica de la qualitat de vida de les persones usuàries.

Com s'ha assenyalat en altres treballs del SIIS [80], es poden distingir, a escala internacional, dues orientacions clares i, en certa manera, antitètiques pel que fa a la gestió de la qualitat en l'àmbit de les cures de llarga durada:

- D'una banda, els models bàsicament orientats a la regulació *ex ante*, en els quals la normativa detallada, de manera exhaustiva, els requisits materials, físics i funcionals que han de complir els serveis i centres. Aquesta normativa tendeix a centrar-se en els aspectes estructurals i de personal (*inputs*), més fàcilment comprovables, i en determinats indicadors de procés (*outputs*), però presta poca atenció als indicadors de resultats (*outcomes*) relacionats amb l'estat de salut i la qualitat de vida de les persones usuàries.



- D'altra banda, els models orientats, bàsicament, a l'avaluació *ex post* dels processos d'atenció i, creixentment, dels seus resultats. Si bé, lògicament, tots els països estableixen una regulació bàsica sobre l'accés al mercat de les cures que permeti una mínima garantia de la qualitat al servei, els països que apliquen aquesta orientació han desenvolupat una normativa inicial relativament laxa, definint els criteris d'atenció de forma genèrica (tant pel que fa als requisits funcionals com als materials o de personal). En aquests països, el nucli dels sistemes de gestió de la qualitat està posat en els procediments d'inspecció i/o avaluació, a través dels quals s'estableixen els requisits que els centres i serveis han de complir.

D'altra banda, és important assenyalar que el desenvolupament d'aquests nous models d'avaluació està clarament relacionat amb l'extensió de les prestacions econòmiques com a forma d'accés als serveis i amb la necessitat consegüent de garantir que les persones usuàries disposen de tota la informació necessària per triar el centre o l'entitat a què volen accedir. En aquest context, la creixent importància del concepte de lliure elecció de les persones usuàries ha impulsat l'adopció de lògiques "mercantils" de competència entre proveïdors, amb el consegüent èmfasi en tots els aspectes relacionats amb la transparència i la rendició de comptes. Aquest èmfasi es tradueix en l'extensió de sistemes on els resultats de les avaluacions dels centres, així com els indicadors de procés i de resultats que es deriven d'aquestes avaluacions, es fan públiques i es posen a disposició de totes les persones interessades (persones usuàries i potencialment usuàries, empreses competidores, mitjans de comunicació, etc.). En aquesta lògica, com s'assenyala a continuació, diversos països han desenvolupat sistemes de qualificacions públiques que s'atorguen a cada centre residencial o empresa de serveis domiciliaris, que serveixen tant per informar a les persones potencialment usuàries de la qualitat del servei prestat per cada empresa, com per retirar l'acreditació o homologació de les entitats que no superen les avaluacions realitzades.

En tot cas, l'estudi assenyalat posa de manifest el desenvolupament menys important dels instruments de gestió de la qualitat específicament dissenyats per al seu ús en els entorns comunitaris o domiciliaris, i com l'entorn institucional i residencial ha experimentat, amb gran diferència, un avenç més gran. Si bé les raons d'aquest desenvolupament més gran són òbvies —el desenvolupament dels centres residencials és més gran i més antic

que el dels serveis comunitaris i s'ocupen, en general, de persones amb necessitats més intenses d'atenció—, aquesta mancança és preocupant, si es té en compte el creixent increment d'aquest tipus de serveis i la necessitat més gran d'eines de supervisió i gestió de la qualitat que existeix en els entorns comunitaris i domiciliaris.

15.2 Experiències d'interès

Malgrat aquest inferior desenvolupament en l'àmbit comunitari o domiciliari, determinats països han estès els seus processos de gestió i avaluació de la qualitat a l'àmbit domiciliari. De manera il·lustrativa, es recullen a continuació les experiències d'Escòcia i d'Alemanya, així com algunes referències als models de certificació de la qualitat desenvolupats, específicament, en l'àmbit de l'atenció domiciliària a França. Atesa la vinculació entre els procediments d'inspecció i avaluació, i els d'autorització, acreditació o certificació, en les experiències recollides es fan també múltiples referències a aquests processos.¹

1. No es pot dir que els diversos conceptes que s'utilitzen, habitualment, en l'àmbit de la gestió de la qualitat en serveis socials, especialment quan s'utilitza terminologia similar utilitzada en altres idiomes, tinguin en tots els casos un significat unívoc o inequívoc. En tot cas, cal diferenciar, d'una banda, entre inspecció i avaluació, en el sentit que la inspecció se centra en la comprovació del compliment dels requisits i les obligacions imposades *ex ante* a l'entitat proveïdora, mentre que l'avaluació se centra en la valoració *ex post* dels resultats o l'impacte de les intervencions. L'autorització, per la seva banda, es refereix al compliment dels requisits bàsics que permeten l'inici d'una activitat, mentre que l'acreditació, com s'assenyala al Decret 69/2020 de la Generalitat, "és el resultat d'un procediment d'avaluació dels serveis socials que una entitat de serveis socials privada presta a la població, amb la finalitat de reconèixer que compleix els estàndards de qualitat i la resta de requisits exigits per a cada tipologia de servei de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública. L'acreditació garanteix la consecució d'uns estàndards de qualitat superiors als exigits per iniciar la prestació del servei i inscriure'l al Registre d'entitats, serveis i establiments de serveis socials, que és un requisit indispensable per ser proveïdor de la Xarxa de Serveis Socials de Atenció Pública, i la correcta prestació del servei públic". L'acreditació, normalment, possibilita l'establiment de contractes o concerts amb administració, i/o l'accés als serveis de persones que perceben prestacions econòmiques. D'altra banda, també es pot referir a la qualificació i/o l'experiència laboral de les persones professionals. Finalment, l'estandardització es refereix, fonamentalment, a l'establiment d'estàndards o procediments de qualitat, mentre que la certificació es defineix com "el procés dut a terme per una entitat reconeguda com a independent de les parts interessades, mitjançant el qual es manifesta la conformitat d'una determinada empresa, producte, procés, servei o persona amb els requisits definits en normes o especificacions tècniques".



a) El model escocès d'assegurament de la qualitat a l'àmbit de l'atenció domiciliària

Els processos d'autorització, acreditació i avaluació dels serveis d'assistència domiciliària –com també els de la resta dels serveis socials– són competència del *Care Inspectorate*, un organisme autònom responsable de registrar i inspeccionar les més de 14.000 entitats de serveis socials registrades a Escòcia per a una població de 5,4 milions de habitants. El *Care Inspectorate* té 14 ofícines desplegades a tot el territori escocès i hi treballen unes 600 persones. El marc d'autorització, acreditació i avaluació dels serveis que estableix aquesta entitat s'articula a través de tres elements bàsics: el registre de les entitats i de les persones professionals, les inspeccions o avaluacions de serveis, la publicació d'aquests resultats i els estàndards de qualitat sobre els quals es basen aquestes avaluacions.

El registre de les entitats i de les persones professionals

Totes les entitats que presten serveis socials i sanitaris han de registrar-se al *Care Inspectorate* de cara a poder prestar els seus serveis, ja sigui com a proveïdors de l'administració, ja sigui com a proveïdors de serveis privats. Un cop realitzada la sol·licitud del registre, el *Care Inspectorate* analitza la sol·licitud i determina si es compleix amb els requisits per a la prestació del servei (tant físics, als centres d'atenció directa, com pel que fa al contingut del servei o la viabilitat econòmica del mateix). El registre equival a l'autorització del servei, però no a l'acreditació o concertació, en la mesura que les autoritats públiques poden utilitzar altres mecanismes per a la contractació de la provisió dels serveis respecte als quals són responsables.

El procés de registre requereix:

- Descriure les característiques bàsiques del servei (objectius, serveis, tarifes, sistema de queixes...).
- Descriure el sistema de gestió del personal i la seva qualificació, així com els sistemes de control respecte de l'historial del personal contractat.
- Descriure els sistemes existents per elaborar els plans personals d'atenció i la definició del servei mitjançant un contracte individualitzat.
- Garantir la disponibilitat d'un entorn net, accessible i segur.
- Garantir la possibilitat de proporcionar un servei que es pugui adaptar a les preferències personals i socials de cada individu.
- Garantir les competències necessàries en l'ús de les ajudes tècniques i els equipaments professionals.
- Garantir l'existència de sistemes per protegir els usuaris, com ara avaluacions de risc i protecció contra l'assetjament o la intimidació.
- Demostrar respecte per les creences socials, culturals, religioses i la vida privada dels usuaris.



A més del registre dels centres, els professionals de l'atenció que tenen la qualificació necessària també s'han d'acreditar davant de l'*Scotland Social Services Council*. Es tracta d'un registre públic, consultable *on line*, on actualment hi ha registrats més de 100.000 professionals. La inscripció al registre pot ser revocada en cas que es detectin i acreditin casos de mala pràctica en l'exercici de les tasques professionals. Les suspensions es publiquen amb caràcter cautelar a la pròpia pàgina del *Council*, indicant-se el nom de la persona suspesa i la durada de la suspensió.

Les inspeccions o avaluacions dels serveis

Un cop registrat el servei, s'ha de sotmetre a una inspecció anual per part del *Care Inspectorate*, dissenyada a partir dels estàndards de qualitat a què fa referència el punt següent. És important assenyalar que el *Care Inspectorate* ha dissenyat un marc d'inspecció específic per a diversos serveis, com l'atenció residencial, però no ha desenvolupat encara un protocol específic per als serveis d'atenció a domicili. En tot cas, el model d'inspecció es basa en cinc grans àmbits o preguntes:²

- Com donem suport al benestar de les persones?
- Com és el nostre lideratge?
- Com és el nostre personal?
- Com són les nostres instal·lacions?
- Com estan planificats els nostres serveis?



2. Una sisena pregunta –Quina és la nostra capacitat general de millora– s'inclou en el marc per ajudar als serveis d'atenció en la planificació del seu procés de millora, però no s'utilitza en les inspeccions en aquest moment.

Taula 13 . Resultats de les inspeccions realitzades als serveis d'assistència domiciliària a Escòcia [2019]

	Insatisfactori	Feble	Adequat	Bé	Molt bé	Excel·lent
Benestar	0,2%	1,4%	7,5%	26,3%	55,7%	8,9%
Lideratge	0,2%	1,4%	7,5%	26,3%	55,7%	8,9%
Personal	0,0%	4,3%	4,3%	39,1%	30,4%	21,7%
Instal·lacions	0,0%	1,0%	8,5%	32,7%	50,9%	7,0%
Planificació	0,3%	2,5%	11,8%	32,1%	47,7%	5,6%

Font: Care Inspectorate

En el marc de cada pregunta clau, hi ha tres o quatre indicadors de qualitat, que cobreixen àrees específiques de la pràctica de les cures. Cada indicador de qualitat té il·lustracions de com seria una qualitat “molt bona” i com seria una qualitat “dèbil”. Aquestes il·lustracions estan preses dels Estàndards de Qualitat prèviament assenyalats, però no són llistes de verificació o descripcions definitives, sinó eines per il·lustrar el nivell de qualitat que es persegueix. Cada indicador de qualitat inclou una caixa d'eines d'escrutini i millora, que inclou exemples respecte a com evidenciar la qualitat de l'atenció prestada. També conté enllaços a documents de pràctica que ajudaran els serveis d'atenció en el seu propi procés de millora.

La inspecció realitzada dona peu a una qualificació general de sis punts que va del nivell “insatisfactori” al nivell “excel·lent”. Concretament, l'escala utilitzada és la següent:

- Excel·lent (6). Excel·lent o líder del sector.
- Molt bé (5). Grans fortaleces.
- Bé (4). Fortaleces importants, amb àrees de millora.
- Adequat (3). Algunes fortaleces, superades per les debilitats.
- Feble (2). Debilitats importants. Es requereixen accions correctores.
- Insatisfactori (1). Grans debilitats. Es requereixen accions correctores urgents.

La publicació dels resultats

Com passa en el cas d'Alemanya, el resultat de les avaluacions de cada centre es publica a la web del *Care Inspectorate*, de manera que totes les persones interes-

sades poden accedir a la informació relativa a cada servei. Per això, el *Care Inspectorate* ofereix un cercador de centres i serveis en el qual, a més d'oferir la informació bàsica del servei, se n'indica la seva qualificació general i els informes d'avaluació realitzats al llarg dels anys, així com les queixes rebudes i, si s'escau, les suspensions o intervencions realitzades en el servei.

D'acord amb les dades del *Care Inspectorate*, el 2019 van ser avaluats un total de 1037 serveis d'atenció a domicili, dels quals el 48% depenien d'entitats sense ànim de lucre, el 38% d'entitats privades i el 12% d'autoritats locals.



Els estàndards de qualitat

El 2002, el Govern d'Escòcia va aprovar els primers Estàndards Nacionals de Cures (*National Care Standards*) amb l'objectiu de millorar la inspecció i avaluació dels serveis socials al país. El 2018, el Govern va aprovar un nou marc d'estàndards de qualitat, que es diferencia de l'anterior, fonamentalment, en el seu caràcter integral: mentre el marc original establia criteris o estàndards diferents per als diferents serveis socials i sanitaris, el marc actual ofereix una sèrie d'estàndards comuns al conjunt dels serveis socials i sanitaris que són regulats per l'administració escocesa. A més de renovar el contingut dels estàndards, el nou marc també busca facilitar la coordinació entre els serveis socials i sanitaris i, principalment, impulsar un nou model d'avaluació i inspecció, més orientat als resultats que als processos, i més orientat a la qualitat de vida que a la qualitat de l'atenció. Des d'aquest punt de vista, el model d'inspecció i avaluació escocès aposta per un canvi d'enfocament que va de la comprovació dels requisits a l'avaluació dels resultats (*from checking inputs to assessing outcomes*).



Els estàndards se sustenten en cinc principis –dignitat i respecte, compassió, inclusió, atenció i suport sensibles, i benestar– i en cinc resultats principals, plantejats en primera persona del singular:

El marc d'indicadors de qualitat				
Pregunta clau 1: Com de bé estem dóna suport als's Benestar?	Pregunta clau 2: Com de bo és el nostre lideratge?	Pregunta clau 3: Com de bo és el nostre equip de personal?	Pregunta clau 4: Com de bo és el nostre paràmetre?	Pregunta 5: Fins a quin punt està planificada la nostra atenció?
1.1. Les persones experimenten compassió, dignitat i respecte	2.1. Visió i valors informen positivament la pràctica	3.1. El personal ha estat ben reclutat	Actualment no s'ha avaluat per al tipus de servei	5.1. L'avaluació i la planificació personal reflecteixen els resultats i desitjos de les persones
1.2. La gent es posa al màxim de la vida	2.2. La garantia de qualitat i la millora es porten bé	3.2. El personal té els coneixements, la competència i el desenvolupament adequats per cuidar i fer costat a les persones		5.2. S'anima als amics i familiars a participar
1.3. La salut i el benestar de les persones es beneficien de la seva atenció i suport	2.3. Els líders col·laboren per donar suport a la gent	3.3. Les agressions de personal són correctes i el personal treballa bé junts		
1.4. La gent està rebent el servei adequat per a ells	2.4. El pentagrama està ben dirigit			
Pregunta clau 6: Quina és la capacitat general de millora?				
Pregunta clau 7: Com de bona és la nostra atenció i suport durant la pandèmia COVID-19?	7.1. La salut i el benestar de les persones es recolzen i protegeixen durant la pandèmia de COVID-19	7.2. Les pràctiques de prevenció i control de la infecció són segures per a les persones que pateixen atenció i personal	7.3. El lideratge i els acords de personal són una resposta a les necessitats canviants de les persones que pateixen atenció	

Font: Care Inspectorate. A quality framework for support services (care at home, including supported living models of support. For use in self-evaluation, scrutiny and improvement support. Novembre 2020.

- Rebo una atenció i un suport d'alta qualitat que és adequada per a mi.
- Participo plenament en totes les decisions relatives a la meua atenció i suport.
- Tinc confiança en les persones que em donen suport i tenen cura de mi.
- Tinc confiança en l'organització que em proporciona les cures i el suport.
- El servei es presta en un entorn d'alta qualitat, en cas que el servei es presti a instal·lacions pròpies de l'entitat proveïdora.

A finals del 2020, el *Care Inspectorate* va publicar un marc específic d'estàndards de qualitat per als serveis d'assistència domiciliària i habitatges amb suport, en el qual les preguntes prèviament assenyalades –com acompanyem el benestar de les persones? com és el nostre lideratge? com és el nostre personal? com són les nostres instal·lacions? com estan planificats els nostres serveis?–, així com algunes preguntes addicionals en relació amb la prevenció i l'abordatge del COVID, es descomponen en 16 criteris concrets [81]. El document que serveix de guia per a les avaluacions indica, per a cadascun d'aquests criteris, els elements –einentment qualitatiu– que permeten distingir una atenció excel·lent d'una atenció de mala qualitat, així com les tècniques i els procediments d'avaluació que es poden utilitzar per determinar el compliment d'aquests estàndards i els materials tècnics de suport que es poden utilitzar.

b) El model alemany d'assegurament de la qualitat en l'àmbit de l'atenció domiciliària

El sistema d'atenció a la dependència alemanya es basa, en bona mesura, en la competència entre els diversos proveïdors, i en la llibertat d'elecció de les persones usuàries. En aquest context, estableix poques barreres d'entrada per als proveïdors de serveis –és a dir, uns mecanismes laxos d'acreditació o habilitació–, però imposa per contra un sistema d'avaluació molt exhaustiu, que es defineix, de manera pactada, entre les caixes gestores de les assegurances de dependència i les entitats proveïdores dels serveis. Com s'ha assenyalat prèviament, aquest marc d'avaluació inclou la publicació dels informes d'avaluació realitzats a totes les agències prestadores de serveis i l'existència d'un

sistema de qualificacions, que cada entitat està obligada a mostrar públicament. Encara que la majoria dels requisits de qualitat fan referència als centres residencials, el model de qualitat alemany presta també una atenció important, i creixent, als serveis professionals que es presten a domicili.

Les avaluacions o auditories externes de qualitat són realitzades pels Consells Mèdics de l'Assegurança de Malaltia (MDK) a partir dels criteris acordats entre la federació d'assegurances de dependència i les agències proveïdores. El procediment d'inspecció/avaluació es basa, fonamentalment, en dos tipus de documents: les directrius de qualitat i els acords de transparència.

- Les directrius de qualitat detallen el procediment per a la realització de les inspeccions, tant als serveis d'atenció a domicili, com als centres d'atenció diürna i als centres residencials, i inclouen, a més d'un preàmbul en què s'expliquen els elements bàsics de les inspeccions, tres tipus de continguts: el contingut de la inspecció que s'ha de realitzar per verificar la qualitat del servei, que serveix com a base vinculant per al seu desenvolupament; les instruccions que han de tenir en compte els inspectors per a la realització de l'avaluació; l'estructura i el contingut de l'informe de publicació dels resultats de les inspeccions.
- La pròpia publicació que recull les directrius de qualitat inclou, a més, els acords de transparència, que, en qualsevol cas, es publiquen també de manera autònoma des de la seva introducció el 2009. Els acords de transparència es publiquen de forma separada per als serveis d'atenció domiciliària i atenció residencial, i desenvolupen tots els aspectes relatius a la publicació i difusió dels resultats de les avaluacions.

A partir d'aquestes dues referències, tots els serveis i centres d'atenció han de ser inspeccionats, almenys, una vegada a l'any, a través de visites que no són anunciades prèviament, realitzades per un equip de professionals especialitzats, adscrit a cada consell mèdic de l'Assegurança de Salut regional (MDK).

L'any 2018 es van inspeccionar més de 12.000 centres d'atenció ambulatoria (atenció diürna, nocturna i domiciliària). L'anàlisi del compliment dels criteris de qualitat es basa, en general, en l'anàlisi de la situació d'una mostra (entre 5 i 15 persones) de les persones usuàries

del centre o servei (no s'analitza, per tant, la situació del conjunt de les persones usuàries), així com en una enquesta específica realitzada a les persones usuàries o als seus familiars. És també important assenyalar que els criteris que es tenen en compte no recullen, en general, les qüestions estructurals o de personal (ràtios, qualificacions, etc.) sinó que se centren en els processos i els resultats de les tasques d'atenció.

El procediment d'inspecció es tradueix en una puntuació específica per a cada àrea i criteri o indicador –que, com s'explica en detall més endavant, es publica de forma individualitzada– i en un informe de resultats intern –no publicable– en el qual es recullen una sèrie de recomanacions de millora i els elements que, si s'escau, han de ser modificats de cara a la posterior visita d'inspecció. En allò que és fonamental, els dos documents assenyalats recullen els criteris que s'utilitzaran per a la realització de les avaluacions, i que constitueixen la base de l'informe d'avaluació individual publicat a internet,

així com la forma de càlcul de cada criteri i les normes bàsiques que regeixen la publicació dels informes.

En el cas de l'assistència domiciliària es tenen en compte 46 indicadors de qualitat, articulats en quatre àmbits temàtics:³

- cures personals i d'infermeria (17 elements);
- activitats prescrites per un metge (8);
- qualitat de l'organització i nivell d'atenció (9);
- enquesta a persones usuàries (12).

3. És important tenir en compte que aquest sistema va ser àmpliament modificat a finals de l'any 2019, si bé les reformes encara no han estat desplegades en la seva totalitat, a causa, en part, de la situació provocada per la COVID-19. El nou sistema estableix prop de 80 criteris i una puntuació de 0 a 10 per a cadascun d'ells, cosa que hauria de permetre discriminar millor la qualitat de cada centre.

Taula 14 . Criteris contemplats en el marc dels acords de transparència per als serveis d'atenció a domicili

Article	Disposicions
Infermeria i assistència mèdica	• Es tenen en compte les preferències individuals dels usuaris a l'hora de dur a terme les cures personals? • És la higiene adequada tenint en compte les possibilitats de les instal·lacions? • Es tenen en compte les preferències individuals dels usuaris a l'hora de servir menjar i beguda? • Se serveixen les suficients [segons instruccions] begudes als usuaris? • Es tenen en compte les necessitats i els riscos individuals a l'hora de proporcionar begudes? • S'informa a l'usuari i/o als seus familiars quan es detecta una manca d'hidratació? • Es proporciona una nutrició adequada [segons instruccions] a l'usuari? • Es tenen en compte les necessitats i els riscos individuals a l'hora de servir menjar? • S'informa a l'usuari i/o als seus familiars quan es detecta una falta en la nutrició? • Es tenen en compte les necessitats i els riscos individuals a l'hora de prestar ajuda per a l'eliminació? • Es presta l'ajuda necessària [segons instruccions] per a l'eliminació/incontinència? • Es prenen les mesures preventives necessàries per prevenir les escares? • Es tenen en compte eventuais riscos individuals de contraure contractures a l'hora de prestar l'atenció? • Es prenen les mesures necessàries [segons instruccions] per promoure la mobilitat? • A l'hora d'atendre persones amb demència, es tenen en compte les seves característiques biogràfiques? • S'informa als familiars de les persones amb demència sobre l'atenció que reben? • En els casos que sigui necessari aplicar restriccions físiques, es compta amb els permisos i consentiments necessaris?
Activitats prescrites per un metge	• El tractament de les escares està basat en evidència empírica? • El medicament correspon a la prescripció mèdica? • La prescripció de fàrmacs s'ajusta al reglament mèdic? • Es pren la tensió amb regularitat [segons instruccions]? En els casos que sigui necessari, es prenen mesures per compensar hipertensió/hipotensió? • S'analitza el nivell de glucosa sanguínia amb regularitat [segons instruccions]? • A l'hora de donar injeccions, es duen a terme i es documenten de manera adequada [segons instruccions]? S'avisava al metge si hi ha alguna complicació? • S'utilitzen els mitjans de compressió d'una manera adequada [segons instruccions]? • Existeix una comunicació fluida amb el metge durant les cures?

Taula 14 . Criteris contemplats en el marc dels acords de transparència per als serveis d'atenció a domicili

Article	Disposicions
Qualitat de l'organització i nivell d'atenció	• Es va presentar un pressupost aproximat, abans de signar el contracte d'atenció? • S'aplica un reglament que respecta la normativa de protecció de dades personals? • Hi ha instruccions escrites sobre com cal actuar en cas d'emergència? • El personal participa, de manera regular, en cursos de formació continuada en matèria de primers auxilis? • Hi ha instruccions escrites sobre com gestionar queixes? • Existeix un pla de formació que assegura que tots els empleats participen en les activitats de formació continuada? • Hi ha descripcions dels llocs de treball (responsabilitats i activitats professionals) de les persones cuidadores? • Hi ha descripcions dels llocs de treball (responsabilitats i activitats professionals) de les persones professionals d'assistència domèstica? • Està assegurada la disponibilitat i l'accessibilitat de les professionals?
Enquesta a persones usuàries	• Ha signat per escrit un contracte d'assistència? • Se'l va informar sobre les tarifes, abans de signar el contracte? • Se'l consulta a l'hora de fixar les hores/horari d'atenció? • Li pregunten, les persones cuidadores, quina roba vol portar? • El nombre de cuidadores que l'atén és, raonablement, petit? • En els casos quan es presenta alguna necessitat (fora del normal) li ha resultat fàcil localitzar al personal i rebre l'ajuda que necessitava? • Les cuidadores solen animar-lo/a a rentar-se només parcialment o tot el cos? • Les cuidadores l'ajuden amb consells per a la seva cura? • Ha notat alguna millora després de queixar-se? • Li sembla que les cuidadores respecten la seva esfera privada? • Les cuidadores que l'atenen són educades i amables? • Està content/a amb la realització de les tasques domèstiques?

Font: Elaboració pròpia.

La puntuació que s'assigna a cadascun dels àmbits prèviament assenyalats –infermeria i assistència mèdica; activitats prescrites per un metge; qualitat de l'organització i nivell d'atenció; i enquesta a usuaris– es basa en una escala que va de 5 a 1, on el 5 és la pitjor puntuació i l'1 la millor. S'obté, a partir d'aquí, una puntuació parcial per cada àmbit que es tradueix en una qualificació –molt bé, bé, satisfactori, suficient, deficient– i una puntuació general, basada en les mateixes qualificacions.

El model alemany de gestió de la qualitat està molt enfocat a la publicació i difusió dels resultats de les avaluacions, i tant les directrius de qualitat com els acords de transparència estan molt centrats en la manera com s'ha de recollir i difondre aquesta informació. En aquest sentit, els acords de transparència estableixen la necessitat que els informes individuals estiguin disponibles en llocs visibles als propis centres, a més d'estar, individualment, accessibles a Internet. D'aquesta manera, les persones interessades en l'elecció d'un centre –a més de qualsevol altra persona o entitat, incloent-hi les empreses de la competència, les entitats contractants, etc.– poden accedir als informes d'avaluació realitzats a cada centre, mitjançant la web del centre o servei o mitjançant diversos cercadors regionals i nacionals, que

ofereixen, a més, informació sobre els serveis addicionals, preus, característiques o acreditacions de qualitat de què disposa cada centre, etc.⁴

Cal afegir, en relació amb el sistema de publicació de resultats, que l'informe públic es complementa amb un informe intern en el qual es recullen les recomanacions de l'equip avaluador en relació amb els aspectes que s'han de millorar i els aspectes que s'han de modificar de cara a la següent avaluació. És també important destacar que el resultat d'aquestes avaluacions pot tenir conseqüències significatives, com la rescissió del contracte entre l'assegurança i el proveïdor del servei, o el tancament del mateix, si el resultat de les avaluacions determina l'incompliment dels requisits bàsics establerts a la normativa.

L'avaluació dels centres i serveis descrita dona, generalment, qualificacions positives: és difícil trobar centres o serveis amb qualificacions globals superiors al 2, i la mitjana, tant en el cas dels centres residencials com dels serveis d'atenció ambulatoria, és d'1,2 punts

4. Es pot consultar, per exemple, www.pflegenoten.de, www.bkk-pflegefinder.de o www.aok-pflegeheimnavigator.de

sobre 5. En aquest sentit, el resum de dades que, mensualment, publica l'entitat responsable del tractament de dades referides al sistema d'avaluació, recull les següents puntuacions mitjanes per als serveis d'assistència domiciliària:

Taula 15 . Puntuacions mitjanes, per àmbits, dels serveis d'atenció domiciliària a Alemanya (2017)

Àmbit	Puntuació*
Cures personals i d'infermeria	1,5
Activitats prescrites per un metge	1,6
Qualitat de l'organització i nivell d'atenció	1,2
Enquesta persones usuàries	1,1
Resultat global	1,3

Font: AOK, 2019. *L'escala utilitzada va d'1 a 5 punts, on la millor puntuació és l'1 i la pitjor el 5.

Al marge del sistema d'assegurament de la qualitat vinculat a l'Assegurança de Dependència, l'associació d'empreses prestadores de serveis d'assistència domiciliària acaba de fer públic un certificat de qualitat específicament centrat a garantir la qualitat en la cura prestada per persones cuidadores estrangeres que treballen com a internes a domicili. La norma DIN SPEC 33454 garanteix, segons els seus promotors, el compliment dels requisits per a la col·locació i prestació de serveis assistencials, la millora de les condicions laborals dels treballadors, l'augment de la transparència al mercat i l'augment de la confiança del client.

c) El model de gestió de la qualitat de l'atenció a domicili a Holanda

Totes les organitzacions proveïdores de serveis sociosanitaris a Holanda –incloent-hi les entitats que presten serveis d'atenció a domicili– han d'estar acreditades pel Ministeri de Salut, Benestar i Esport. Per això, han de complir amb una sèrie de requisits obligatoris com, per exemple:

- Brindar una atenció responsable que compleixi amb els estàndards de qualitat establerts per les associacions mèdiques i professionals pertinents.
- Les empreses proveïdores de serveis tenen l'obligació d'elaborar un pla d'atenció juntament amb la persona usuària, en el qual s'acorda l'atenció i el suport que s'hi oferirà. El proveïdor de serveis ha de revisar aquest pla amb la persona usuària, com a mínim, una vegada a l'any.

- Comptar amb un sistema perquè les persones usuàries facin arribar les seves queixes.

A més del procés d'acreditació, les entitats prestadores del servei s'han de sotmetre a una sèrie d'inspeccions per part de l'agència d'Inspecció de Salut i Joventut (*Inspectie voor de Gezondheidszorg a Jeugd* - IGJ), responsable de supervisar la qualitat i la seguretat de l'atenció brindada pels proveïdors de serveis. Les inspeccions prenen com a referència una sèrie d'estàndards centrats, específicament, en la qualitat de l'atenció a domicili. Aquests estàndards de qualitat es vertebren entorn de les següents qüestions:

- Atenció centrada en la persona.
- Atenció integral.
- Cura segura a casa.
- Infermer/a de districte amb autonomia professional.
- Enfocament a la qualitat.

D'altra banda, el marc de qualitat estableix que els proveïdors de serveis han de proporcionar, anualment, una sèrie d'indicadors a l'Institut de Salut dels Països Baixos (*Zorginstituut Nederland*) per a la valoració de la qualitat en l'organització. Per això, compten amb una sèrie de documents de suport elaborats pel mateix Institut.

Des del 2017, tant els informes d'inspecció com els indicadors d'avaluació facilitats pels mateixos proveïdors de serveis estan disponibles per a la seva consulta. En el cas de les inspeccions, es pot accedir als informes bé des d'un mapa georeferenciat o bé des d'un cerca-dor, ubicats tots dos al portal de l'agència d'Inspecció de Salut i Joventut (IGJ). Pel que fa a les avaluacions internes, els indicadors facilitats per les pròpies institucions estan disponibles per a la seva consulta a l'Institut de Salut.

Cal esmentar també el directori alimentat per *Zorgkaart-Nederland*, un portal, d'àmbit nacional, dedicat a l'atenció sociosanitària. Des del seu web s'ofereix accés a un directori de centres sociosanitaris –entre ells, les entitats prestadores de serveis a domicili– en el qual, a més de la informació bàsica del centre, s'ofereix una puntuació a partir de les valoracions de les persones usuàries i dels seus familiars. Tot i ser una eina més informal que

les inspeccions o les avaluacions obligatòries, des del Govern holandès l'inclouen com un recurs a considerar a l'hora d'escollir una empresa prestadora d'atenció.

d) El model de gestió de la qualitat de l'atenció a domicili a Suècia

Les eines per definir el model d'atenció a Suècia es caracteritzen per la seva simplicitat. A diferència del cas francès o alemany, per exemple, no existeix una normativa que reguli detalladament la prestació dels serveis – el Codi Social francès o el Llibre XI de la Seguretat Social d'Alemanya són molt més densos i prolixos que la normativa sueca –, i tampoc no existeix un marc estricte per garantir la qualitat de l'atenció mitjançant inspeccions i avaluacions –ja siguin internes o externes– com existeix a França, Alemanya o el Regne Unit. A Suècia, ni les instal·lacions ni les dotacions de personal ni els procediments d'atenció no estan explícitament regulats en una norma de caràcter estatal i es defineixen pels municipis, que marquen les característiques dels serveis que contracten.

En tot cas, la Inspecció de Salut i Serveis Socials (*Inspektionen fr Vard och Omsorg*) és des del 2019 la responsable de concedir l'autorització d'obertura de qual·sevol· servei d'assistència domiciliària, a més d'inspeccionar-ne el seu funcionament. L'autorització concedida a cada empresa és vàlida per a tot el territori suec. I, per a la seva concessió, es té en compte tant la qualificació del personal com la capacitat econòmica de l'empresa i els procediments d'atenció. Pel que fa a les inspeccions, poden ésser previstes o imprevistes, generals o centrades en una qüestió específica, i rutinària o derivades d'una queixa, sospita o incident específic. Els protocols estableixen que s'han d'inspeccionar, fonamentalment, els aspectes relacionats amb la qualitat de l'atenció, els relacionats amb els sistemes de gestió de la qualitat, i els relacionats amb la dotació de personal en horari nocturn (en el cas dels centres residencials).

A més de les autoritzacions i inspeccions realitzades per la Inspecció de Salut i Serveis Socials, la segona eina per a la determinació de la qualitat dels serveis és el sistema de comparacions obertes (*Öppna jämförelser av äldreom*) mitjançant el qual s'estableix en quina mesura cadascun dels municipis suecs compleix una sèrie d'indicadors de qualitat –bàsicament estructurals, però també de procés– establerts prèviament. Creat en col·laboració entre l'associació de municipis i el *Socialstyrelsen*, aquest sistema és similar al que la Diputació de

Barcelona desenvolupa mitjançant els cercles de comparació intermunicipal en l'àmbit dels serveis socials. El model suec es diferencia dels models de publicació de resultats de les avaluacions dels centres residencials d'Alemanya, Anglaterra o USA en dos aspectes bàsics: la informació es refereix als municipis i no als centres; i, en segon lloc, encara que s'utilitzen una sèrie de colors per distingir els municipis amb resultats negatius, no s'apliquen qualificacions globals, com passa en aquests països.

En tot cas, aquest sistema ofereix informació per a cada municipi en relació amb diversos indicadors de qualitat (bàsicament des dels procediments d'atenció):

- Disponibilitat d'una persona de referència per part de totes les persones usuàries.
- Elaboració d'un pla individual d'atenció a totes les persones usuàries.
- Participació de les persones usuàries en l'elaboració del pla d'atenció.
- Disponibilitat de protocols per als casos en què la persona no obre la porta o respon al timbre.
- Disponibilitat de protocols per als casos en què es detecta un empitjorament sobtat de la situació de la persona atesa.
- Disponibilitat de protocols per als casos en què es detecten situacions d'abús o maltractaments.
- Disponibilitat de protocols per als casos on es detecten possibles casos d'addicció o consum excessiu d'alcohol o altres drogues.
- Disponibilitat de protocols per a l'articulació de la col·laboració amb els familiars o persones properes de les persones usuàries.
- Disponibilitat de protocols per articular la col·laboració amb els serveis de salut.
- Periodicitat dels contactes amb els serveis de salut.
- Disponibilitat de protocols per a la revisió regular de la medicació prescrita, amb la participació de la pròpia persona usuària.

e) Autorització, acreditació i/o habilitació de les empreses proveïdores de serveis a França

Si bé França no té un model d'avaluació i publicació de resultats similar als descrits per a Escòcia o Alemanya, disposa d'un estricte sistema d'autorització i acreditació de les entitats prestadores de serveis d'atenció domiciliària en gran mesura basat en l'avaluació dels serveis.

L'acreditació per a la prestació dels serveis d'assistència domiciliària s'articulava, tradicionalment a França, mitjançant, fonamentalment, dos processos -l'autorització i l'habilitació-, si bé, a partir del 2015, s'ha tendit a simplificar i unificar el model, i, des d'aquesta data, s'exigeix únicament el procés d'autorització.

Els Consells Departamentals són els responsables de l'autorització de les entitats que presten serveis en mode prestatari –és a dir, mitjançant personal propi–, mentre que recau, en el prefecte o delegat del Govern central, l'autorització (*agrément*) dels serveis a domicili destinats a persones amb dependència, en la modalitat mandatària.⁵

L'autorització suposa, en realitat, tres autoritzacions diferents: l'autorització per a la realització de les activitats d'assistència domiciliària en un territori determinat, l'autorització per poder prestar serveis a les persones beneficiàries de l'APA (en cas de no haver realitzat un procés d'habilitació) i l'autorització per intervenir amb beneficiaris de les ajudes socials departamentals, que es tradueix en les diferents tarifes que aquestes entitats poden aplicar.

Habitualment, l'autorització de noves entitats es realitza com a resultat d'una convocatòria oberta de l'administració competent, especialment, en el cas que vulgui ampliar el nombre d'entitats prestadores dels serveis. Malgrat això, almenys fins el 2022, en el cas de les entitats que presten serveis d'ajuda a domicili, la demanda d'autorització pot partir de les mateixes entitats, sense necessitat de dependre de convocatòries o licitacions específiques. En tot cas, l'autorització es concedeix si el projecte és compatible amb els objectius i les necessitats sociosanitàries definides en la planificació departamental que s'elabora cada cinc anys, i si el seu pressupost s'emmarca en les previsions pressupostàries del Departament.

5. Com s'ha explicat abans, en la modalitat mandatària, la persona usuària contracta directament el professional que realitza la prestació en domicili, entre les candidatures que l'organisme mandatari selecciona i presenta.

A més, a fi de regular aquesta autorització, l'Ordre de 26 de desembre de 2011 estableix les condicions tècniques mínimes d'organització i funcionament que les entitats han de complir:

- Marc general d'intervenció (respecte a la intimitat i eleccions de la persona, respecte a l'exercici de drets i llibertats, coneixement del context local, garantia d'una prestació de qualitat, mantinguda en el temps i justificar-ne la seva efectivitat en el marc dels controls i procediments previstos a aquest efecte, etc.).
- Acompanyament (acolliment de la persona acompanyada, anàlisi de la demanda i proposta d'una intervenció, consentiment de la persona acompanyada...).
- Seguiment (designació d'una persona interlocutora de referència dins del servei, avaluació periòdica de la situació individual, tractament de queixes, detecció de situacions de maltractament...)
- Selecció i qualificació de personal, tal com s'assenyala al punt anterior.
- Millora continua de la prestació. L'entitat responsable ha de:
 - ▶ Mantenir al dia un històric de les intervencions dutes a terme.
 - ▶ Disposar d'una Carta de Qualitat i/o adherir-se a la Carta Nacional de Qualitat de serveis a la persona (*Charte nationale de qualité des services à la personne*).
 - ▶ Realitzar, almenys una vegada a l'any, una enquesta de satisfacció entre les persones usuàries.
 - ▶ Realitzar, almenys una vegada a l'any, un seguiment intern del compliment dels termes establerts al *Cahier des Charges* i a la Carta de Qualitat.
 - ▶ Tenir en compte les Recomanacions de bona pràctica de l'*Haute Autorité Santé* (abans ANESM) sobre l'atenció a persones grans o amb discapacitat.

f) Certificació de qualitat per als serveis d'assistència domiciliària a França

Davant d'aquests models d'avaluació, alguns països han desenvolupat models voluntaris de certificació de la qualitat de l'atenció específicament orientats als serveis d'assistència domiciliària. A França, per exemple, s'han desenvolupat dos segells orientats, específicament, a aquest àmbit de l'atenció:

- Certificació QUALISAP. Es tracta d'un sistema de certificació recent registrat per *Bureau Veritas*, que respon a les demandes requerides en els processos de declaració, autorització i acreditació que siguin procedents, en l'àmbit específic dels serveis d'atenció a domicili. La certificació té una validesa de 5 anys, sotmesa a possibles revisions intermèdies.
- Norma francesa d'AFNOR sobre Serveis d'atenció a la persona al domicili: La norma AFNOR NF X 50-056 constitueix el document de referència per a la certificació dels serveis d'atenció a la persona al domicili de la marca AFNOR, organització nacional francesa per a l'estandardització i membre de l'Organització Internacional per a l'Estandardització. La certificació conforme a la norma AFNOR pretén assegurar, en el marc ètic definit, el compliment de les especificacions necessàries per a una atenció de qualitat en els àmbits següents:

- ▶ Acollida.
- ▶ Anàlisi de la demanda.
- ▶ Elaboració de l'oferta de serveis.
- ▶ Preparació i realització de la intervenció.
- ▶ Competència professional i seguiment.
- ▶ Tractament de les queixes.
- ▶ Anàlisi de la satisfacció de les persones usuàries.
- ▶ Posada en marxa d'accions de millora.

g) El model danès d'assegurament de la qualitat en l'àmbit de l'atenció domiciliària

Igual que Suècia, Dinamarca compta amb una junta o consell de Serveis Socials (també anomenat *Socialtyrelsen*), orientada a l'avaluació dels serveis i la gestió del coneixement. Davant del model suec, el *Socialtyrelsen* danès està més vinculat a la investigació i el suport a la gestió del coneixement orientat a la pràctica professional i a la planificació dels serveis. En qualsevol cas, entre les seves funcions també hi ha la de supervisar la qualitat de l'atenció que presten els municipis competents per a la prestació dels serveis.

En l'àmbit específic de l'atenció domiciliària, la gestió de la qualitat es realitza, fonamentalment, mitjançant la publicació detallada d'estadístiques amb dades per a cada municipi sobre la cobertura i la intensitat de l'atenció.



Síntesi: tendències, bones pràctiques i innovacions en els serveis d'atenció domiciliària a Europa



16.

16.1 Models d'organització del SAD a alguns països d'Europa

En el marc d'aquest informe, s'ha realitzat una descripció completa del funcionament del SAD a diversos països d'Europa, així com, més succintament, al Japó i a Austràlia. Es resumeixen, a continuació, les principals característiques del servei en aquests països:

- A França, l'accés al servei d'assistència domiciliària per a persones dependents es fa, bàsicament, mitjançant una prestació econòmica, l'*Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA),¹ oberta al conjunt de la població, però modulada en funció de la renda. El funcionament de l'APA a domicili es deriva de dos elements relativament independents: d'una banda, l'elaboració d'un pla d'atenció individualitzat, en el qual s'estableix el nombre màxim d'hores d'atenció subvencionades i, de l'altra, la determinació de la quantia de la prestació o, expressat a la inversa, la part del cost total del paquet d'atenció que ha de ser finançat per la persona usuària. La quantitat percebuda es modula en funció del grau de dependència i dels recursos econòmics de la persona, de manera que l'aportació de la persona usuària oscil·la entre el 0% i el 90% del cost del paquet de serveis, en funció d'una tarifa prefixada. Si la persona usuària accedeix a un servei que aplica una tarifa superior o consumeix més hores d'atenció de les establertes en el paquet d'atenció, la diferència serà abonada, directament, per la persona usuària.

El servei pot ser prestat tant per entitats públiques, generalment dependents dels ajuntaments, com per part d'entitats privades amb o sense ànim de lucre. Aquestes últimes són majoritàries en el sector.

La cobertura de l'APA a domicili entre la població de més de 65 anys és del 5,8%, amb una despesa propera als 4.500 euros per persona beneficiària.

1. A més d'aquesta prestació, els ajuntaments i els centres comunals d'acció social ofereixen a les persones autònomes o amb nivells de dependència reduïts que no es beneficien de l'APA i tenen ingressos baixos serveis d'atenció domiciliària bàsicament orientats a les tasques domèstiques o de la llar. La prestació es pot abonar tant directament a l'entitat prestadora del servei –que ha d'estar habilitada o acreditada pel Departament–, com a la persona usuària, perquè alhora contracti el servei requerit, i s'estableix, en alguns casos, un cert nivell de copagament, depenent dels departaments. També hi ha altres modalitats d'atenció domiciliària, com ara els serveis de cures d'infermeria a domicili o els serveis polivalents d'ajuda i cura a domicili.

La intensitat mitjana és de gairebé 30 hores mensuals. El cost mitjà del paquet d'atenció és de 560 euros mensuals, amb un copagament mitjà del 21% d'aquesta quantitat.

- El model d'atenció domiciliària a Escòcia està determinat per dos elements fonamentals:
 - D'una banda, el sistema de *self-directed support*, mitjançant el qual les persones usuàries poden triar entre una prestació econòmica (*direct payment*) que s'abona a la persona usuària i que ella administra per al pagament dels serveis comunitaris o domiciliaris que necessita; un pressupost o fons individual per al finançament dels serveis que es destina a una entitat proveïdora escollida per la persona usuària; un servei d'atenció directa gestionat (encara que no necessàriament prestat) per l'autoritat local; o una combinació de les tres opcions anteriors.
 - De l'altra, l'anomenat *free personal care*, mitjançant el qual les persones en situació de dependència reben, de forma gratuïta, els serveis d'atenció personal (tant domiciliària com en residència), mentre que abonen els serveis d'atenció domèstica, sempre que comptin amb recursos econòmics per a això.

La cobertura del servei entre les persones més grans de 65 anys és del 4,7% i la intensitat puja de mitjana a 38 hores mensuals. Un terç de les persones usuàries rep més de 40 hores setmanals.

Pel que fa a les entitats prestadores del servei, el 42% de les persones ateses ho estan per un proveïdor de serveis de titularitat pública (ja sigui un ajuntament, el servei de salut o un dels partenariats sociosanitaris abans assenyalats) i el 45% per una empresa privada. Només el 3,5% de les persones ateses reben serveis d'entitats del tercer sector.

El model escocès destaca també pel desenvolupament d'un sistema d'avaluació basat en uns estàndards nacionals molt orientats als resultats del servei, des del punt de vista de la qualitat de vida, i a la publicació dels informes d'avaluació que es realitzen, periòdicament, a totes les empreses proveïdores.

- Com a França, l'accés de les persones dependents als serveis d'assistència domiciliària es realitza a Alemanya mitjançant una prestació econòmica –emmarcada en l'Assegurança de Dependència– que oscil·la entre els 689 i els 1.995 euros mensuals, en funció del grau de dependència. La renda de les persones beneficiàries no es té en compte a l'hora de determinar la quantia de la prestació. Com en el cas de França, la quantia de la prestació és similar a la que es rep per accedir a centres residencials, si bé, en aquest cas, les persones han d'abonar, a més, les despeses hotel·leres i de manutenció. La cobertura del servei puja al 4,6% de la població més gran de 65 anys.

Un dels elements definitoris del model alemany fa referència a la llibertat d'elecció, tant pel que fa al tipus de prestació que es rep com a l'entitat prestadora del servei, en cas d'optar-se per un servei d'atenció professional. En aquest context, hi ha al voltant de 15.000 entitats que presten serveis d'assistència domiciliària a Alemanya, dos terços de les quals corresponen a entitats privades amb finalitat de lucre. A diferència del que passa a França, el percentatge d'entitats prestadores del servei de titularitat pública és molt reduït.

Un altre dels elements distintius del model alemany es refereix a les possibilitats que existeixen per combinar i, fins i tot, intercanviar el SAD amb diversos serveis, com els ajuts tècnics i les adaptacions de la llar, l'accés a centres de dia o de nit, les estades residencials de respir, etc. D'altra banda, com a Escòcia, la regulació del servei és relativament genèrica i s'estableixen requisits funcionals molt laxos, a fi d'establir les mínimes barreres d'entrada al mercat a proveïdors nous o de mida petita. Malgrat això, hi ha un marc relativament exigent d'avaluació dels serveis prestats en el context del SAD, a partir d'unes directrius de qualitat establertes de comú acord entre les assegurances i les entitats proveïdores de serveis. També, com a Escòcia, cada entitat proveïdora és sotmesa cada any a una avaluació i els resultats de la mateixa es fan públics a internet, assignant-se, a més, a cada entitat proveïdora una qualificació en relació amb els diversos aspectes de l'atenció.

- Holanda destaca, en el conjunt d'aquest informe, per ser el país que registra la cobertura més gran del SAD. Un 22% de la població més gran de 65

anys rep serveis d'assistència domiciliària en el marc de la Llei de Serveis Socials, i un 15% addicional els rep en el marc del sistema de salut. Els serveis d'atenció domiciliària que es presten en el marc de la Llei de Serveis Socials tenen un caràcter, bàsicament, domèstic i es dirigeixen a persones amb necessitats lleugeres de suport. Pel que fa a la forma de provisió del servei, les persones beneficiàries del SAD poden triar entre serveis d'atenció directa o prestacions econòmiques.

- Si la persona usuària opta pels serveis en espècie, el municipi s'ocupa de contractar-los a les entitats proveïdores de serveis amb les quals opera habitualment. Els ajuntaments també s'encarreguen de finançar els serveis.
- L'opció de rebre una suma en metàl·lic equivalent a les hores de suport que li han estat reconegudes, en forma de prestació econòmica, permet a la persona usuària utilitzar aquests diners per adquirir els serveis de persones cuidadores autònomes o per compensar o retribuir un familiar. Aquesta fórmula, anomenada *pressupostos personals (Persoonsgebonden budget)* obliga la persona usuària a pagar a la persona cuidadora, com a mínim, 25 euros/hora.

Pel que fa a la gestió de la qualitat del servei, l'agència d'Inspecció de Salut i Joventut supervisa la qualitat i la seguretat de l'atenció brindada pels proveïdors de serveis. En aquest marc, els proveïdors de serveis han de proporcionar, anualment, una sèrie d'indicadors a l'Institut de Salut dels Països Baixos per a la valoració de la qualitat en l'organització. Per a això, compten amb una sèrie de documents de suport elaborats pel mateix Institut. Des del 2017, tant els informes d'inspecció com els indicadors d'avaluació facilitats pels mateixos proveïdors de serveis estan disponibles per a la seva consulta. En el cas de les inspeccions, es pot accedir als informes des d'un mapa georeferenciat o bé des d'un cercador, ubicats tots dos al portal de l'agència d'Inspecció de Salut i Joventut (IGJ).

- Holanda es caracteritza també per disposar d'un servei de SAD de 24 hores, destinat a les persones dependents amb necessitats molt intenses d'atenció que opten per romandre al seu domicili. La cobertu-

ra d'aquest servei és, en qualsevol cas, molt reduïda.

- Suècia destaca també per una taxa elevada de cobertura (8,5% de la població més gran de 65 anys) i nivells d'intensitat també elevats (30 hores mensuals, encara que les dades relatives a la intensitat no es recullen de manera oficial).

Al costat de la seva elevada cobertura i intensitat, una de les principals característiques del SAD suec rau en la possibilitat que, a la major part dels municipis, les persones usuàries tenen per triar l'empresa proveïdora dels serveis. En aquest sentit, si bé no existeix –com a Alemanya, Holanda, França o Escòcia– la possibilitat de rebre una prestació econòmica, les persones usuàries sí que tenen la possibilitat d'escollir entre diversos proveïdors, que poden dependre bé d'entitats públiques o bé d'entitats privades.

En tot cas, i malgrat el seu creixement en els darrers anys, només el 26% de les entitats prestadores del SAD són de titularitat privada, la resta correspon a entitats de titularitat pública.

El servei d'assistència domiciliària està sotmès a copagament en funció de la renda, si bé l'import és molt reduït (amb un màxim d'uns 200 euros mensuals).

Pel que fa al contingut del servei, el 25% de les prestacions concedides combinen l'atenció domèstica i la personal, el 33% només preveuen atenció domèstica i el 36% només atenció personal. Les altres dues prestacions –serveis de respir i acompanyament o assistència personal– són molt minoritàries.

16.2 Principals tendències internacionals en relació amb el SAD

El manteniment de les persones grans en situació de dependència al seu domicili i al medi comunitari es planteja, a tots els països del nostre entorn, com un objectiu bàsic de les polítiques d'atenció a la gent gran. En aquest context, els serveis d'assistència domiciliària han anat adquirint un protagonisme creixent i es configuren com un dels eixos bàsics dels sistemes de cures de llarga durada. Tot i això, els serveis d'assistència domiciliària s'enfronten a limitacions importants, tant pel que fa a l'accés a aquests serveis, com a la qualitat i la intensitat dels mateixos o a les condicions laborals de les persones treballadores.

Aquest informe ha descrit els models d'organització del SAD a diversos països del nostre entorn, així com les tendències i les bones pràctiques més rellevants pel que fa a l'organització i la provisió del SAD. Les principals tendències identificades són les següents:

- El **foment de la lliure elecció** i de la **competència entre proveïdors** mitjançant l'ús de prestacions econòmiques per accedir al servei. Aquest protagonisme més gran de la lliure elecció i de l'accés mitjançant prestacions econòmiques al SAD té el seu origen tant en la necessitat d'oferir a les persones usuàries més capacitat d'elecció, autodeterminació i control, com en el desig de contenir la despesa associada al servei i en l'aplicació de lògiques mercantils al funcionament del SAD. Si bé l'accés als serveis d'assistència domiciliària mitjançant prestacions econòmiques (o la pròpia idea de foment de la lliure elecció) ha resultat polèmica en alguns països² (atès que s'ha considerat que contribueix a la mercantilització del servei i al seu deteriorament), en d'altres –per exemple, França o Alemanya– l'ús d'aquestes prestacions no sembla que hagi estat, particularment, criticada o contestada.

D'altra banda, l'avaluació de l'impacte de l'ús d'aquestes prestacions posa de manifest, fonamentalment, la necessitat d'oferir nivells suficients de suport i orientació a les persones usuàries per a la gestió d'aquestes prestacions (identificació de les entitats proveïdores més adequades, tramitació dels contractes, gestió de les incidències, etc.).

L'impacte de l'accés als serveis formals d'assistència domiciliària mitjançant prestacions econòmiques depèn, per tant, del perfil de les persones usuàries i de la forma concreta en què s'articulin aquestes prestacions (quanties, determinació de les tarifes dels serveis utilitzats, fórmules d'informació, acompanyament i orientació, mecanismes d'acreditació i avaluació...).

- El **protagonisme més gran de les entitats privades** (amb o sense fi de lucre) en la provisió del servei, d'acord amb la importància concedida al principi de lliure elecció. No hi ha dubte que, especialment als països on la provisió pública

2. Cal assenyalar els casos del Regne Unit i Suècia, per exemple, on la contestació a aquests models ha estat més gran.

directa era significativa, s'ha produït a tota Europa una clara tendència a la mercantilització del sector, en el sentit que han adquirit un protagonisme creixent les entitats privades proveïdores de serveis, amb o sense fi de lucre. Tot i que el panorama relatiu a la titularitat de les entitats proveïdores és molt diferent als diferents països analitzats, el paper que juguen les entitats privades –i, dins d'aquestes, les entitats mercantils– és cada vegada més gran. Malgrat tot, cal recordar que el protagonisme de les entitats privades i del principi de lliure elecció no està renyit amb la participació d'entitats de titularitat pública com a proveïdores de serveis, en competència amb altres entitats privades amb i sense fi lucre. El cas francès és, en aquest sentit, paradigmàtic.

En sentit contrari, es pot parlar d'una certa tendència a la remunicipalització o la republicació dels serveis, si bé no es pot dir que es tracti d'una tendència generalitzada (més aviat, al contrari). En qualsevol cas, s'han detectat, en la revisió realitzada, algunes experiències –en general, d'àmbit local– orientades a la participació de les administracions públiques en la provisió del servei, mitjançant la creació d'empreses públiques o cooperatives de serveis públics, que poden resultar interès.

- El desenvolupament de **fórmules alternatives per a la contractació del servei** per part de les administracions públiques (com, per exemple, el pagament per resultats) i l'aplicació de criteris de contractació pública responsable mitjançant clàusules socials, concerts socials, etc. En el cas espanyol, i també a Catalunya, l'aprovació de diverses normes reguladores del concert social obren la porta a models de contractació que no estiguin exclusivament basats en el preu del servei i que permetin incorporar altres criteris als processos de contractació, així com mecanismes més eficaços d'acreditació, inspecció i avaluació.
- La **focalització del servei en les persones amb més necessitats** i la **diferenciació creixent entre les tasques domèstiques i de cura**, tant pel que fa al finançament del servei com a les seves fórmules d'accés. Si bé no es pot dir que les tendències siguin a tots els països coincidents, és òbvia la reducció de les cobertures als països que, tradicionalment, han tingut cobertures més elevades, així com la tendència a diferenciar –per exemple, pel

que fa al copagament– entre les cures personals i les tasques domèstiques.

- L'extensió de les **eines i escales de valoració** específicament orientades al seu ús a l'entorn comunitari, com l'*Inter RAI Home Care*, utilitzades tant per a la detecció de la situació i les necessitats de les persones usuàries, com per a l'estratificació de les persones usuàries i l'obtenció d'indicadors de qualitat fiables i comparables.
- **Canvis en els processos i condicions de treball**, que impliquen en general un procés de **taylorització** i **desprofessionalització**, davant d'enfocaments més individualitzats. Malgrat la importància que es dona, en tots els sistemes de cures de llarga durada, al manteniment de la gent gran als seus domicilis, es pot dir que s'ha produït, en els darrers anys, a tots els països d'Europa un procés de racionament i *taylorització* del SAD, amb reducció de les presències i desvinculació de la prestació respecte de processos i destinataris, similar al que s'ha produït en altres àmbits dels serveis socials, com l'atenció residencial, o dels serveis de salut. Encara que no es pot dir que sigui una tendència innovadora –ni tampoc particularment positiva–, són nombrosos els documents que apunten a aquesta *taylorització* dels processos d'atenció. Al nostre entorn més proper, la combinació d'aquests processos de *taylorització* amb la tendència a l'increment de la participació d'entitats privades a la provisió del servei, la irrupció de les prestacions econòmiques del SAAD i la focalització en els casos amb necessitats més severes ha suposat un canvi notable en la configuració tradicional del servei.

La tendència a la desprofessionalització que es percep en alguns països –que no és incompatible amb la introducció d'estàndards de capacitació i requisits formatius teòricament més estrictes– es tradueix en l'obertura del mercat a personal de menys qualificació, com posa de manifest l'experiència alemanya de les *cuidadores poloneses* o la irrupció al sector de les plataformes de contractació temporal. En aquest marc, alguns dels elements assenyalats prèviament –l'entrada de proveïdors privats que competeixen únicament en termes de cost, l'impuls a la contractació de serveis via prestacions econòmiques, el recurs a la contractació de persones cuidadores immigrants (sovint de manera irregular)

o l'extensió al sector de l'economia de les plataformes³– ha provocat una tendència més gran a la des-professionalització i *informalització* del SAD.

- Malgrat tot, davant d'aquestes tendències a la des-professionalització i/o *taylorització*, s'han desenvolupat en els darrers anys **models orientats a reforçar la dimensió territorial i comunitària del servei, i a fomentar l'autogestió** de la prestació del SAD per part dels i les professionals, des de l'òptica de l'atenció centrada a la persona.

Efectivament, com s'ha assenyalat prèviament, han adquirit protagonisme, en els darrers anys, projectes o programes en els quals s'observa una flexibilització, territorialització i autogestió en serveis domiciliaris, mitjançant el desenvolupament de fórmules que garanteixen una proximitat més gran del servei. Així, davant de sistemes tradicionals, de caràcter *taylorista*, basats en la realització de tasques rígidament establertes, van emergint propostes d'intervenció social domiciliària en les quals es potencia la interactivitat i l'adaptabilitat de l'atenció, en funció de canvis situacionals en la vida dels usuaris i de les seves necessitats i demandes, riscos i oportunitats a cada moment (en temps real), cosa que requereix dels equips de professionals una gran versatilitat en la capacitat de resposta, basada en la proximitat geogràfica i l'apoderament decisonal del personal, tot això basat en el processament intel·ligent i veloç de dades [76]. Els equips de benestar britànics, el model *Buurtzorg* holandès o les *superilles socials* de Barcelona són exemples d'aquest tipus d'enfocaments.

- Una altra de les tendències identificades es refereix a la **diversificació del SAD i a la seva consideració com a part d'un paquet més ampli de serveis**, orientats a facilitar l'envelliment al domicili (*ageing in place*). S'han desenvolupat, en aquest sentit, models de cures integrades que busquen una millor coordinació, a nivell de cas, dels diferents recursos i serveis a disposició de les persones, i s'ha impulsat la possibilitat d'accedir a recursos complementaris al mateix SAD, com ara estades residencials temporals, els àpats a domicili, els

ajuts tècnics, els serveis de suport a les persones cuidadores, etc. Aquests models es basen, en general, en la possibilitat de desenvolupar fórmules intensives de gestió de cas, que permeten coordinar i articular els paquets individuals d'atenció de forma més personalitzada, així com en la compatibilitat de diversos serveis i recursos.

En aquesta línia, també s'han identificat canvis pel que fa al propi contingut del SAD, que, en alguns casos, **s'enriqueix amb altres serveis addicionals** com visites domiciliàries preventives, programes d'acompanyament, menjars a domicili, SAD de respir, SAD intensiu, etc.

- En la línia del paradigma de l'envelliment actiu, els serveis d'assistència domiciliària s'han anat orientant, de forma creixent, a la prestació de serveis, més o menys intensius, de rehabilitació. Els **serveis de recapacitació o rehabilitació a domicili** constitueixen una nova modalitat d'atenció domiciliària, particularment desenvolupada a països com el Regne Unit, Holanda o Dinamarca. A diferència dels serveis tradicionals d'atenció domiciliària, la *recapacitació* és, habitualment, de temps limitat (en general, de sis a dotze setmanes) i està dirigida a maximitzar la independència mitjançant una intervenció intensiva orientada, personalitzada i multidisciplinària. Aquest tipus de programes s'emmarquen en un model més ampli d'intervenció basat en la idea de les "Quatre Rs" –*recapacitació*, reactivació, rehabilitació i restauració– i s'han anat estenent, al llarg dels darrers anys, a països molt diversos. Més enllà de l'adequació de la terminologia, l'ampli corpus d'avaluació desenvolupat, durant els darrers anys, en relació a aquest tipus d'intervencions sembla apuntar a la seva utilitat en relació a l'orientació dels serveis convencionals d'assistència domiciliària, si bé l'evidència al respecte dista de ser concloent.
- A partir de la revisió realitzada, es pot dir que la **digitalització i l'ús de les noves tecnologies** estan modificant, de manera notable, la provisió de cures a les persones dependents que resideixen a casa seva: la sensorització de les llars, l'impuls de la teleassistència avançada, l'ús de la intel·ligència artificial, l'internet de les coses i la robotització de determinades funcions i tasques estan, sens dubte, modificant les possibilitats de tenir cura de les persones dependents al seu domicili. Tanmateix,

3. La pròpia irrupció de les plataformes de cura mitjançant les quals les persones usuàries accedeixen directament a la contractació de persones cuidadores es pot considerar com una tendència de canvi ressenyable, amb efectes positius i negatius potencialment importants.

més enllà de les possibilitats que les noves tecnologies ja assentades ofereixen per donar resposta a algunes de les necessitats de les persones grans o dependents que resideixen als seus domicilis, cal pensar que l'impacte de la digitalització en la provisió del servei d'assistència domiciliària és limitat. Les anàlisis realitzades al respecte assenyalen que l'impacte de la digitalització al sector de l'atenció domiciliària s'ha centrat en l'ús d'aplicacions per a l'organització i la planificació de les tasques, però no ha afectat el nucli central de l'activitat de les professionals del sector.

- És palès, finalment, la tendència a l'aplicació en l'àmbit de l'atenció a domicili de **marcs generals d'inspecció, avaluació i gestió de la qualitat** especialment orientats a la qualitat de vida, d'una banda, i a la promoció de la competència entre les entitats proveïdores, de l'altra. Els models desenvolupats a Escòcia o a Alemanya -amb la publicació d'estàndards de qualitat consensuats, la realització regular d'avaluacions externes de caràcter obligatori, la publicació dels resultats d'aquestes avaluacions i l'assignació de notes o qualificacions a les entitats proveïdores de serveis en funció dels resultats d'aquestes avaluacions—tenen especial interès i poden servir de model en el nostre entorn.



Orientacions i línies d'avenç per a la millora del SAD a la província de Barcelona



17.

17.1 Introducció

Com s'ha assenyalat a la introducció, en aquest darer apartat es plantegen algunes orientacions i línies d'avenç per a la millora del Servei d'Assistència Domiciliària (SAD) a partir de les tendències, bones pràctiques i innovacions recollides a les pàgines precedents.

Aquestes orientacions es deriven, d'una banda, de les plantejades a l'esborrany inicial d'aquest informe i, de l'altra, del treball de contrast i discussió realitzat, posteriorment, amb persones expertes en l'àmbit de les cures i representants de diversos ajuntaments de la província de Barcelona, en el marc de dues sessions de treball temàtiques realitzades els dies 5 i 6 d'octubre del 2021. La primera es va realitzar en el marc del Fòrum de Persones Expertes en Cures, Sant Fruitós de Bages com a espai d'acompanyament al projecte transformador *Cap a un nou sistema públic de cures a la comunitat* impulsat des de l'Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona.¹ La segona sessió va comptar amb la participació de responsables del SAD o dels serveis socials de Barcelona, de L'Hospitalet de Llobregat, de Mataró, de Mollet del Vallès, de Sant Cugat del Vallès, de Sant Fruitós de Bages, de Vilanova i la Geltrú, de Vilassar de Dalt i del Consell Comarcal d'Osona.²

1. Les persones que composaven el Fòrum l'any 2021 eren: Raquel Calatayud, economista i jurista, subdirectora de Camon Consulting; Blanca Deusdad, doctora en Sociologia, membre del Grup d'Antropologia Social; Sandra Ezquerro, professora de Sociologia de la Universitat de Vic i directora de la Càtedra UNESCO Dones, Desenvolupament i Cultures de la Universitat de Vic; Xavier Garcia Milà, arquitecte de l'estudi "Arquitectura i Accessibilitat slp" (aia) i membre del "Consell per a la Promoció de l'Accessibilitat" de la Generalitat de Catalunya; Daniel Guash, director de la Càtedra d'Accessibilitat de la Universitat Politècnica de Catalunya; Pilar Hilarion, subdirectora de l'Institut Universitari Avedis Donabedian; Elba Mansilla, investigadora i periodista, sòcia fundadora i investigadora de la cooperativa La Ciutat Invisible; Julia Montserrat, professora associada de la Universitat Ramon Llull i investigadora en l'àmbit de l'economia de polítiques socials; Pilar Rodríguez Rodríguez, presidenta de la Fundació Pílares per a l'Autonomia Personal; Antoni Salvà Casanovas, director de la Fundació Salut i Envel·liment; Mayte Sancho, gerontòloga, experta en planificació; Joseba Zalakain, director del SIIS Centre de Documentació i Estudis de la Fundació Eguia Careaga; Pilar Zueras Castillo, investigadora del Centre d'estudis demogràfics de la Universitat Autònoma de Barcelona; i Mercè Civit, vicedegana de la junta de govern del Col·legi de Treball Social de Catalunya.

2. Núria Cortada, Vilanova i la Geltrú; Laura Esteve, Sant Cugat del Vallès; Maria Gil, Mataró; Lola Gallego, Mollet del Vallès; M^a Camino Milan, L'Hospitalet de Llobregat; Maria Reyes Paniagua, Vilassar de Dalt; Ester Quintana, Barcelona; Anna Rufí, Consell Comarcal Osona; Sandra Palomino, Sant Fruitós de Bages.

En les dues sessions es van analitzar les propostes plantejades inicialment a l'informe i, a partir d'aquestes, se'n va establir una prioritització i valoració de cara a continuar treballant en el desenvolupament de processos d'innovació en aquest àmbit.

17.2 Orientacions i recomanacions

A continuació, es plantegen les recomanacions que sorgeixen de les anàlisis presentades en aquest informe, juntament amb les valoracions de les persones expertes i els responsables de serveis socials i de SAD que han participat als espais de debat.

Prèviament, cal apuntar algunes reflexions transversals al conjunt de recomanacions:

- La constatació que cal introduir canvis en el model d'atenció domiciliària per donar resposta a les necessitats creixents d'una població que creix de manera sostinguda i, a més, poder donar suport a altres persones amb necessitats més vinculades amb l'àmbit socioeducatiu.
- La valoració positiva dels models d'atenció integrada i de proximitat, en territoris petits i amb gran autonomia, per considerar que poden donar una resposta més personalitzada a les necessitats de les persones.
- La necessitat de definir models de serveis i de gestió diversos, que s'adaptin a les diferents realitats de l'àmbit local: grans ciutats, àrees territorials, municipis petits, municipis amb nuclis dispersos...
- La necessitat de considerar l'impacte econòmic d'un canvi de model dels serveis d'atenció domiciliària que pot comportar un increment de costos i posar en qüestió el model de finançament i la capacitat de les entitats locals per fer front a aquests canvis.
- La preocupació per la situació dels i les professionals, tant de la seva formació com de les condicions laborals, apuntant la necessitat d'avançar cap a equips professionals més competents i amb unes condicions laborals amb millor remuneració, reconeixement i estabilitat.

1. Incrementar la cobertura i, sobretot, la intensitat del servei

Tot i que, com s'ha dit, en aquest informe no s'ha realitzat una avaluació del funcionament del SAD a la província de Barcelona, sembla clar que les taxes de cobertura i d'intensitat que es registren als municipis de la província, així com al conjunt dels municipis i de les Comunitats Autònomes espanyoles, són, substancialment, més baixos que els que es registren en altres països del nostre entorn i que, fonamentalment, no donen respostes a les necessitats de la població gran i/o dependent. En aquesta línia, cal assenyalar, a més, que les principals diferències es refereixen no tant a la cobertura del SAD com a la seva intensitat, que resulta particularment baixa –a partir de les dades comparatives disponibles– tant al conjunt de Catalunya com en gran part dels municipis de Barcelona. Així mateix, és rellevant considerar la inferior cobertura i intensitat detectada als municipis de menys de 20.000 habitants en el diagnòstic de serveis de cures de la província de Barcelona [8], per la qual cosa es requeria un esforç d'ampliació més gran.

Des d'aquest punt de vista, es pot pensar que l'estratègia de desenvolupament del SAD a la província de Barcelona hauria d'apostar per un creixement moderat de la cobertura –que facilités un accés més ràpid al servei i, en particular, poder atendre la població infantil i adolescent al domicili–, i per un increment notable de les hores d'atenció prestades de mitjana a cada persona usuària. És per això que persones expertes i responsables municipals o comarcals dels serveis socials de la província de Barcelona consultats per aquest informe coincideixen que aquest és un repte i condició per a la millora del SAD al territori i per revertir la tendència a la institucionalització o familiarització de les cures de llarga durada.

Perquè sigui possible incrementar la cobertura i la intensitat, es posa de manifest la necessitat de revisar el sistema de finançament i garantir-ne la seva sostenibilitat, cosa que, alhora, requeria un traspàs de despesa d'altres serveis socials (atenció residencial) i, fins i tot, sanitaris cap a un servei d'atenció domiciliària amb més impacte entre la població.

L'increment de la cobertura i la intensitat hauria d'anar associat, al seu torn, amb una capacitat de gestió més gran del servei, especialment en municipis petits, però també en la seva globalitat, contemplant en el sistema de finançament, organització i recursos humans dels equips bàsics de serveis socials les responsabilitats de gestió i de

seguiment que es derivarien d'un augment del servei i de la seva complexitat. Així mateix, mesures com l'estratificació de les persones usuàries ajudarien a implementar, de manera més eficaç i eficient, un servei de més cobertura.

Finalment, es planteja que, davant del risc d'aprofundir la precarització del sector davant d'un possible creixement, és indispensable que un increment de la cobertura i la intensitat del servei vagi acompanyat d'un canvi profund en les condicions laborals i en la formació dels professionals d'atenció directa. D'aquesta manera, aquesta mesura afavoriria també la creació d'ocupació de qualitat i facilitaria la inserció laboral de persones amb dificultats d'accedir al mercat de treball formal.

2. Repensar el posicionament del SAD en la cartera de serveis socials del municipi: quines funcions per a quins perfils

La necessitat d'incrementar la cobertura i la intensitat del servei ha de ser, en tot cas, conseqüència de la reflexió pendent sobre el (re)posicionament del SAD a la cartera de serveis socials per a les persones dependents i/o en situació de risc social. Aquest reposicionament passa per atribuir al SAD uns objectius i uns resultats esperats més específics, així com uns perfils d'usuaris determinats, que només es poden definir segons les funcions i els perfils que s'atribueixen a altres recursos i prestacions (teleassistència, atenció diürna, estades de respir, prestacions econòmiques, etc.). En aquest context, aquestes orientacions parteixen de la base que el SAD ha d'oferir, fonamentalment, cures personals i suport socioeducatiu de mitjana i alta intensitat a persones en situació de dependència o de risc social que resideixen als seus domicilis, i que no volen o poden utilitzar altres recursos.

Les implicacions d'aquest reposicionament es detallen als punts següents.

3. Millorar l'estratificació de les persones usuàries en funció de les seves necessitats i connectar de manera més eficaç els serveis oferts a les necessitats identificades

Les anàlisis realitzades al voltant de la situació del SAD al conjunt de l'Estat espanyol han posat de manifest alguns dels seus problemes i limitacions: rigidesa, intensitat reduïda, escassa diversificació i dificultats per oferir una atenció, veritablement, individualitzada. Superar aquests problemes, des del paradigma de la personalitza-

ció i l'atenció centrada en la persona, exigeix avançar en l'estratificació de les persones potencialment usuàries en funció de les necessitats i connectar, de manera més eficaç, els serveis oferts a les necessitats identificades. Això fa necessari l'existència d'una gamma més àmplia de recursos i modalitats d'atenció, i una flexibilitat més gran per introduir canvis en la intensitat dels serveis prestats.

L'adequada estratificació de les persones usuàries passa també per la utilització de més escales homogènies de valoració, específicament dissenyades per a les persones grans que resideixen als seus domicilis, que permetin identificar les necessitats concretes de cada persona en un moment donat i la seva evolució.

En síntesi, existeix un ampli consens respecte que l'estratificació de les persones usuàries és una mesura necessària per impulsar altres mesures estratègiques assenyalades en aquestes recomanacions, com l'augment de la cobertura i la intensitat, l'atenció integrada, i la diversificació i compatibilitat de serveis, que permeten connectar millor els serveis amb les necessitats.

4. Estendre les funcions i objectius vinculats a la prevenció a altres serveis i prestacions, i reforçar les visites preventives a domicili

Sovint, l'accés de les persones sense valoració de dependència al SAD social es justifica des del punt de vista de la seva capacitat preventiva. No obstant això, no s'ha realitzat cap avaluació rigorosa sobre la capacitat preventiva del SAD i, especialment, sobre la capacitat preventiva de la realització de tasques domèstiques al domicili de persones amb nivells lleugers o incipients de dependència. Des d'aquest punt de vista, no sembla que la funció preventiva justifiqui el manteniment d'un servei públic d'assistència domèstica a persones amb nivells reduïts de dependència, llevat que presentin un altre tipus de problemàtiques relacionades amb la seva integració social (en aquest cas s'hauria de reforçar la capacitat d'intervenció socioeducativa del servei).

Aquesta funció preventiva s'hauria de fer, fonamentalment, des d'altres recursos d'atenció primària i mitjançant el reforç d'altres programes avui inexistents o poc desenvolupats, com ara les visites preventives a domicili, els serveis d'atenció diürna de baixa intensitat, les activitats de suport psicològic a les persones cuidadores, els programes de rehabilitació a domicili, els programes i serveis contra la solitud no desitjada, etc.

Es posa de manifest la necessitat d'articular xarxes públic-comunitàries i, en particular, incorporar les entitats de voluntariat i les associacions de col·lectius amb necessitats o realitats compartides, per desenvolupar aquestes tasques preventives. Així mateix, en aquest marc de xarxes territorials, es planteja que el SAD pot reforçar el seu enfocament preventiu articulant-se amb altres recursos de la comunitat, mitjançant un model d'equips professionals arrelats al territori, que enllaça amb la recomanació número 9.

5. Diferenciar la consideració de l'ajuda domèstica i les cures personals, més enllà de la diferenciació entre el SAD social i el SAD dependència, i limitar l'atenció domèstica o de la llar a situacions molt específiques, canalitzant aquestes necessitats mitjançant altres fórmules com els xecs servei

En aquesta línia, la millor manera de reposicionar el SAD i de garantir que ofereixi un valor afegit suficient —és a dir, un valor que no pot ser aportat des de l'esfera privada o des d'altres recursos de cost inferior— passa, com s'ha dit abans, per impulsar la prestació de cures personals i d'intervenció socioeducativa, relegant l'atenció domèstica a situacions molt específiques. A la pràctica, aquest canvi implicaria:

- Centrar el SAD públic o de responsabilitat pública en les persones en situació de dependència o risc social i en la provisió de cures personals i/o intervencions de caràcter socioeducatiu, incrementant-ne la seva intensitat i diversificant-ne els seus continguts. Es tracta, en aquest sentit, de plantejar una “especialització” del SAD en uns perfils i necessitats més específics: incrementant la seva intensitat, impulsant els serveis complementaris i diversificant les prestacions.
- Com passa, per exemple, a França i Escòcia,³ donar resposta a les necessitats d'atenció domèstica o de la llar des d'altres dispositius i/o mitjançant altres formes de finançament. En aquest sentit,

3. Com s'ha assenyalat abans, a França, el SAD cobert des del sistema d'atenció a la dependència es destina a les cures personals, mentre que el SAD domèstic o de la llar entra dins de l'esfera de l'acció social, com també l'accés a l'alimentació o a les prestacions de garantia d'ingressos, i s'orienta, exclusivament, a les persones amb menys recursos. A Escòcia, el SAD domèstic, a diferència del personal, està subjecte a copagament.

seria convenient impulsar l'ús de xecs serveis i altres fórmules que facilitin un accés avantatjós a aquests serveis per a tota la població gran i, especialment, per a les famílies de menys renda.

Pel que fa a aquest concepte, no hi ha un consens clar, però el canvi que es proposa es relaciona amb altres canvis més globals orientats a una millor definició de l'objecte propi dels serveis socials i a la seva especialització en funcions i tasques específiques, de més valor afegit [82].

6. Fomentar la lliure elecció de les persones usuàries i la possibilitat d'accedir a determinats serveis de suport i cura mitjançant l'ús de prestacions econòmiques, en la línia del *self-directed support* escocès

L'anàlisi de les experiències realitzades en altres països ha posat de manifest en quina mesura el concepte de lliure elecció es té cada vegada més en compte en relació amb l'organització i la gestió del SAD. També ha posat de manifest que, a bona part dels països del nostre entorn, l'accés al SAD -així com a la resta dels serveis socials d'atenció a la dependència- es realitza mitjançant prestacions econòmiques, pressupostos individuals, pagaments directes i altres fórmules similars. Més enllà de les motivacions d'aquests canvis -reducció de costos, increment de l'autonomia personal i de la capacitat d'elecció de les persones usuàries, millora de la qualitat del servei mitjançant la competència entre proveïdors...- i del seu impacte real sembla raonable intentar adaptar el funcionament del SAD a aquests principis, introduint alguns canvis en les actuals fórmules de gestió del servei.

- Un dels canvis possibles passa per fomentar l'ús de la Prestació d'Assistència Personal (PEAP) entre determinats perfils de persones usuàries, ampliant el perfil de les persones que poden accedir a aquesta prestació i reorientant els serveis municipals d'assistència personal en la línia dels avenços realitzats a Guipúscoa.
- Una altra de les possibilitats passa per l'extensió de la Prestació Vinculada al Servei (PVS) per al finançament de l'accés al Servei d'Ajuda Domiciliària, en la línia del que ja passa tant a Barcelona com a altres comunitats autònomes. Aquest canvi podria resultar clau pel que fa a la diversificació de les

empreses proveïdores, la personalització de l'atenció o la possibilitat d'escollir entre diversos proveïdors, si bé també implica riscos relacionats amb la supervisió de la qualitat del servei o la insuficiència de la prestació concedida per adquirir les hores d'atenció necessàries, especialment en el cas de les persones amb menys poder adquisitiu.

- Permetre, com passa a Holanda o a Escòcia, que les persones usuàries –o un sector determinat de les mateixes– puguin decidir si opten per una d'aquestes prestacions o per l'accés al servei convencional contractat per l'Ajuntament. En aquesta mateixa línia, seguint el model suec, i com ja s'ha experimentat en alguns municipis de la província, també seria possible que les persones triessin directament l'entitat proveïdora del servei, entre les entitats acreditades, i que la contractació i l'abonament del servei, en funció de les hores prèviament assignades, es realitzés des de l'administració municipal.
- Una altra de les fórmules que podrien tenir cabuda en el context de la província de Barcelona és la del xec servei i, en tot cas, es posa de manifest la conveniència de vincular aquestes prestacions a un tipus d'entitat proveïdora de serveis, connectada al territori o a l'economia social, amb l'objectiu de promoure la dignificació de les condicions laborals i la inserció laboral de col·lectius vulnerables amb un impacte positiu a la comunitat.

També es posa en relleu que les prestacions econòmiques haurien d'incloure assessorament, acompanyament i suport en els processos d'elecció, gestió i, especialment, avaluació de la prestació del servei per garantir-ne l'accessibilitat i la qualitat, partint d'un sistema d'acreditació de les entitats prestadores.

7. Fomentar la diversificació de les entitats proveïdores de serveis, la cooperativització del sector i la participació d'entitats sense ànim de lucre en la prestació del servei

Una de les raons que expliquen els canvis realitzats en altres països es refereix a la necessitat de diversificar la gamma d'entitats prestadores del servei, impulsant la participació d'entitats més petites, més arrelades al territori i/o més especialitzades en la prestació de serveis socials i de cura a les persones. D'altra banda, alguns dels països analitzats recorren, en certa mesura, a la presta-

ció dels serveis d'assistència domiciliària per part d'entitats sense ànim de lucre, si bé la participació d'aquest tipus d'entitats sol ser més gran en l'àmbit residencial.

Una de les possibles vies de millora del SAD podria passar, per tant, per fomentar la diversificació de les entitats proveïdores de serveis, la cooperativització del sector i la participació d'entitats sense ànim de lucre en la prestació del servei, de cara a facilitar més individualització de l'atenció, més proximitat i més vinculació amb el territori. En aquest sentit, potser seria convenient impulsar més avenços en la constitució de cooperatives especialment orientades a aquest tipus d'activitats o la creació de franquícies locals i microempreses comunitàries, seguint l'exemple britànic. També caldria, de manera experimental, valorar la possibilitat de valdre's de l'economia de les plataformes per desenvolupar modalitats d'accés al servei més àgils i flexibles, responnent a la demanda que existeix en aquest sentit, aprofitant el potencial de les noves tecnologies. Es planteja, doncs, que la utilització de plataformes o canals tecnològics no és negativa en si mateixa, al contrari, ja que facilita l'agilitat i la flexibilitat. L'element negatiu d'aquestes plataformes rau, més aviat, en el fet que les empreses que, en general, les promouen basen el seu model de negoci en la mera intermediació entre les persones usuàries i les prestadores del servei, sense oferir un valor afegit més enllà d'aquesta intermediació i sense tenir en compte criteris relacionats amb la qualitat de l'atenció o la qualitat de l'ocupació.

Aquesta diversificació de les entitats proveïdores del servei ha de tenir per objectiu, a més d'ampliar la capacitat d'elecció de les persones usuàries, promoure la prestació del servei per part d'entitats arrelades al territori. Aquest objectiu també es pot promoure mitjançant la constitució d'empreses públiques o cooperatives de serveis participades per les pròpies administracions, tal com s'està fent en alguns municipis de Catalunya i en altres països d'Europa. Si bé no es pot dir que la municipalització o la publicació dels serveis socials sigui una tendència generalitzada als països del nostre entorn, aquesta via podria resultar beneficiosa si, com passa en altres països, contribueix a diversificar i a enriquir l'oferta de proveïdors. En aquest sentit, al Fòrum de Persones Expertes en cures s'ha posat en relleu el potencial d'iniciatives comunitàries o de coproducció públicoprivada de serveis de cures, algunes en fase inicial com la cooperativa +65 de Taradell o altres més consolidades, com la cooperativa Cuidem Lluçanès, a la província de Barcelona, però en totes destaca la importància del rol de l'administració

local per promoure, acompanyar o ajudar a la sostenibilitat d'aquestes iniciatives.

8. Estendre la contractació pública responsable en l'àmbit del SAD i aprofitar les oportunitats que planteja el recurs al concert social

Al costat de l'aplicació de mecanismes per a la contractació pública responsable, durant els darrers anys, s'han obert amb certa claredat a l'Estat espanyol, així com a d'altres països d'Europa, possibilitats per a la concertació social en l'àmbit dels serveis socials i, més concretament, en l'àmbit de l'atenció domiciliària. Encara que presenta també certs inconvenients, la figura del concert social permet incorporar altres criteris, a més del preu, als processos de contractació (com l'arrelament a l'entorn social, la responsabilitat social de l'entitat proveïdora o la qualitat en l'atenció a les persones en la prestació del servei); pot fomentar la innovació (atès que el proveïdor, en el marc en què està regulat, té flexibilitat per fer una adaptació constant a les necessitats i demandes de les persones usuàries); i permet més estabilitat i continuïtat en els serveis, la qual cosa és important quan es tracta de serveis adreçats a persones vulnerables. L'estabilitat permet al prestador del servei planificar l'activitat, millorar la qualitat de l'ocupació del personal, planificar inversions a llarg termini, etc.

9. Impulsar encara més les fórmules d'organització del servei basades en l'autogestió en àmbits territorials reduïts, en la línia de les superilles socials de l'Ajuntament de Barcelona

Com s'ha assenyalat abans, davant de la tendència a l'extensió de models més o menys *tayloristes* per a la provisió del servei, i en resposta a la desprofessionalització i a la rigidesa associada al servei, han adquirit protagonisme, en els darrers anys, projectes o programes en els quals s'observa una flexibilització, territorialització i autogestió en serveis domiciliaris, mitjançant el desenvolupament de fórmules que garanteixen més proximitat del servei, així com més capacitats d'autogestió i autoorganització per part de les persones professionals.

D'acord amb la literatura consultada, el model *Buurtzorg*, desenvolupat a Holanda i aplicat a l'Estat espanyol mitjançant les superilles socials de Barcelona, ha tingut conseqüències positives pel que fa a la qualitat de l'atenció, la satisfacció de les persones usuàries i la despesa

pública destinada al servei. La pròpia experiència de l'Ajuntament de Barcelona sembla haver obtingut resultats satisfactoris, així com d'altres de més recents com la del Prat de Llobregat. En aquesta línia, tant les persones expertes que formen part del fòrum del projecte de cures de la Diputació de Barcelona, com els responsables de serveis socials de la província de Barcelona consultats, apunten el potencial que pot tenir la reorientació del SAD als municipis de la província d'acord amb el desenvolupament a escala més gran d'aquest tipus d'enfocament -amb una revisió necessària en entorns de població més dispersa-, ja que pot resultar més eficaç a efectes de recursos humans, d'articulació de l'atenció sanitària i social, i amb altres agents de la comunitat.

S'apunta que aquest model implicaria un canvi de cultura organitzativa i de conceptualització del servei que es concreta en un model centrat en l'atenció a la persona i en l'impacte en la qualitat de vida, desplaçant la centralitat que generalment té l'horari; amb més flexibilitat i autogestió dels equips professionals; i una visió comunitària, passant de ser un servei "dins" del domicili a situar la persona en el seu entorn.

Alhora, és un model que requeriria canvis en la gestió, amb un sistema clar d'avaluació i indicadors de qualitat, i recursos humans suficients per adaptar-se a les noves formes de planificació i gestió del servei. Així mateix, es plantegen dubtes sobre els requeriments de finançament del model i la seva aplicabilitat en territoris menys poblats o dispersos.

10. Introduir noves figures professionals per a la prestació del servei

Tot i que no es pot dir que es tracti d'una tendència clarament identificada als països del nostre entorn, l'especialització, l'enriquiment i la diversificació del SAD a què s'ha fet referència, prèviament, exigeix la introducció de noves figures professionals per a la prestació del servei, com educadors socials, terapeutes ocupacionals o integradors socials.

11. Avançar en el desenvolupament de serveis i recursos complementaris al SAD, i permetre més compatibilització dels diferents serveis i prestacions.

Si bé aquest informe s'ha centrat, bàsicament, en el Servei d'Assistència Domiciliària (SAD), la veritat és que el

servei no pot ser analitzat, entès o reorientat sense tenir en compte el conjunt dels recursos dirigits al manteniment de les persones en situació o risc de dependència al domicili. En aquest sentit, qualsevol canvi que es realitzi en el disseny o l'orientació del SAD ha de basar-se en un redisseny del conjunt dels serveis comunitaris per a persones grans i, més concretament, en dos elements: el reforçament de la resta dels serveis i equipaments comunitaris per a les persones en situació o risc de dependència i la possibilitat de poder compatibilitzar diversos recursos per part d'una mateixa persona.

- Més enllà de la diversificació del mateix SAD, a què es fa referència en el punt següent, el necessari reposicionament del SAD exigeix reforçar els serveis d'atenció primària i secundària, amb especial atenció als centres d'atenció diürna, les estades de respir o curta estada, la provisió d'ajudes tècniques i l'adaptació funcional dels domicilis, en el sentit que condiciona la prestació del servei. De fet, moltes d'aquestes prestacions o serveis es consideren part del SAD a alguns països, des d'una concepció més àmplia i integral dels suports al domicili. Des d'aquesta perspectiva, el SAD és un instrument més dins d'un paquet més ampli de suports al domicili.
- Reforçar la compatibilitat entre serveis, seguint per a això el model alemany, fet que implica desenvolupar fórmules mitjançant les quals les persones beneficiàries dels diversos serveis puguin transitar amb més facilitat entre els uns i els altres, puguin combinar-los de forma més flexible i, en definitiva, puguin accedir-hi en funció de les seves necessitats a cada moment. Aquest canvi no es refereix, doncs, únicament a la regulació de la compatibilitat entre les diverses prestacions, sinó, des d'una perspectiva més general, a la possibilitat que les persones puguin dissenyar paquets de serveis més flexibles i personalitzats.

Les aportacions de les persones expertes consultades coincideixen plenament a situar el punt de partida en els projectes de vida, treballant amb les preferències, valors i necessitats de cada persona, cosa que requereix compatibilitzar serveis perquè puguin donar suport a aquest projecte vital, garantint la permanència al domicili, quan així es vulgui, fins i tot amb graus de dependència que puguin arribar a ser elevats. Així mateix, es posa en relleu la importància del pressupost personal com a fórmula que permet escollir els serveis més ade-

quats a les necessitats de cada moment i transitar amb més facilitat entre els uns i els altres.

12. Seguir avançant en la diversificació de serveis o activitats en el marc del SAD, amb particular atenció al SAD de respir, el SAD nocturn, els àpats a domicili, l'acompanyament social i la intervenció socioeducativa

La personalització i especialització a què s'ha fet referència exigeix també un enriquiment del SAD, és a dir, avançar, com ja s'està fent, en l'extensió dels serveis addicionals inclosos a la cartera del SAD, entesa en un sentit ampli. Entre altres possibilitats, caldria fer referència a les possibilitats següents:

- Reforç del servei de menjars a domicili per a persones amb perfils específics (soles, de més de 80 anys, situacions moderades o greus de dependència, etc.).
- Reforç dels serveis de suport a les persones cuidadores, incloent-hi modalitats de SAD de respir.
- Creació experimental de serveis de SAD nocturn.
- Creació experimental de serveis específics d'acompanyament social i intervenció socioeducativa per a gent gran en situació de risc social, així com per a les persones cuidadores no professionals.

De manera addicional i compatible amb el SAD, s'hauria de poder desenvolupar la prestació de centre d'atenció diürna -acompanyada de transport adaptat per garantir-ne l'accessibilitat-, assenyalada per les persones expertes com un recurs d'atenció comunitària amb un gran potencial en l'atenció a les persones en situació de dependència, afavorint la seva socialització i, a la vegada, el suport a les persones cuidadores no professionals o de l'entorn familiar.

13. Desenvolupar programes experimentals d'integració de serveis a domicili

A les pàgines precedents, s'han descrit algunes experiències relacionades amb el desenvolupament de programes d'integració de serveis que, mitjançant una gestió de casos reforçada i especialitzada, de caràcter més intensiu, permeten coordinar i integrar els diversos suports que es presten a les persones dependents que resideixen

al domicili sota el principi “una persona, un pla”. Els programes desenvolupats al nostre entorn ofereixen resultats prometedors i permeten una millor articulació dels diferents serveis i suports que necessiten les persones usuàries del SAD i, en general, les persones dependents que resideixen als seus domicilis.

En aquest sentit, els i les responsables de serveis socials del grup de municipis de la província de Barcelona consultats i els membres del fòrum de persones expertes en cures coincideixen que la integració de serveis hauria de ser una actuació prioritària als municipis de la província de Barcelona perquè permet una atenció holística a les persones, que té en compte totes les seves necessitats i preferències, prenent com a referència el model d'atenció centrat en la persona.

En aquest marc, podria ser aconsellable el desenvolupament d'un programa pilot –similar al programa *Etxean Bizi* de Guipúscoa o als programes desenvolupats al medi rural a Castella i Lleó– que permeti experimentar amb aquest tipus d'enfocaments als municipis de la província de Barcelona. Un programa d'aquestes característiques hauria de ser capaç d'integrar tant els recursos comunitaris existents al territori, com els recursos d'atenció primària i secundària de serveis socials, i els recursos i programes sanitaris orientats a les persones dependents.

Un dels riscos o dificultats que s'apunten davant del desenvolupament d'aquest tipus de programes experimentals és la cartera de serveis, ja que es presenta com un instrument rígid, centrat més en els aspectes formals que en els resultats de l'atenció. Malgrat això, la cartera es valora com una dificultat superable, en la mesura que és modificable i que no es pot obviar que ja s'han impulsat projectes pilot amb bons resultats i que, actualment, hi ha un context favorable a l'atenció integrada social i sanitària.

Així mateix, es planteja la necessitat d'avançar des dels programes experimentals cap a la integració efectiva de serveis al domicili, especialment dels serveis socials i de salut, però també del conjunt de recursos socials i de salut comunitaris. La interoperabilitat dels sistemes d'informació (i la superació de les dificultats vinculades a la protecció de dades), la implementació de mecanismes formalitzats de coordinació entre sistemes, i l'estratificació de les persones usuàries i la gestió de casos per atendre la complexitat es plantegen com a

elements essencials. També s'hi apunta la necessitat de desenvolupar nous models de gestió més coherents amb aquest model.

14. Redefinir el copagament i avançar cap a la gratuïtat de les cures personals, en la línia del *free personal care* escocès

Tot i que no s'ha realitzat, en el marc d'aquest estudi, una anàlisi específica en relació amb la participació econòmica de les persones usuàries en el finançament del SAD, les dades disponibles indiquen que, a l'àrea metropolitana de Barcelona, cobreix al voltant del 8% de la despesa, amb un preu públic mitjà que ronda els 14 euros per hora [7]. Aquest mateix informe indica que, en el cas d'una atenció de 30 hores mensuals, l'aportació econòmica mitjana requerida és de 50,3 euros per a les persones de l'estrat de renda més baix (6,4% dels seus ingressos), 175,2 euros per a les persones de l'estrat de renda intermedi (15,7% dels seus ingressos) i 328 euros (21% dels seus ingressos) per a les de l'estrat de més renda. Si bé aquest esquema permet garantir la progressivitat del sistema de copagament, podria resultar perjudicial des del punt de vista de la universalitat, en la mesura que les persones de més renda poden considerar més rendible accedir a l'oferta privada –sovint, en el marc de l'economia submergida– a la qual poden accedir de forma més senzilla i per un preu similar; així, el SAD públic se centraria, *de facto*, bàsicament en les persones de menys renda.

La revisió internacional realitzada ha posat de manifest que la prestació gratuïta del servei no és infreqüent a Europa, almenys en el cas de les cures personals, i que la consideració del patrimoni i la renda de les persones usuàries en el càlcul de copagament no sempre es realitza amb criteris estrictes de progressivitat. Escòcia i Dinamarca, per exemple, no apliquen copagament a aquest tipus de cures, mentre que, en el cas de França, el copagament del paquet de cures assignat és molt reduït per a la majoria de les persones usuàries i no existeix copagament en el cas de les persones de renda més baixa (ingressos mensuals inferiors als 803 euros).

En aquesta línia, l'especialització del SAD que es propugna podria permetre aplicar als municipis de la província de Barcelona una mesura similar a la que existeix a Escòcia, de manera que les cures personals prestades en el marc del SAD a les persones en situació de

dependència estarien exemptes de copagament, independentment de la renda de la persona usuària, i només s'aplicaria un preu públic, si s'escau, a les activitats d'atenció domèstica. Aquest preu públic s'hauria de modular en funció de la renda de la persona usuària, eximint del pagament a les persones de renda més baixa. Entre els avantatges que cal associar a aquesta mesura cal destacar:

- Una millor visualització de l'especialització del SAD en unes activitats o tasques específiques pròpies que, com en el cas de la Salut o l'Educació, són de caràcter gratuït, aplicant-se criteris de copagament, únicament, a les activitats complementàries que no responen a aquesta especialització (com l'atenció domèstica).
- Una universalitat real del servei, en la mesura que només s'apliquen criteris d'accés relacionats amb les situacions de necessitat i no amb la renda de les persones usuàries.
- Una simplificació més gran dels criteris i requisits d'accés.

15. Impulsar programes experimentals d'atenció domiciliària ultra intensiva i de rehabilitació a domicili, en coordinació amb els serveis de Salut

Actualment, un nombre relativament important de persones amb dependència reben, a la província de Barcelona, un SAD de 24 hores, en la mesura que reben serveis d'atenció a domicili durant, pràcticament, 24 hores al dia per part de treballadores contractades de forma privada com a internes. D'altra banda, la revisió de les experiències internacionals ha permès comprovar que, si bé no es tracta d'un servei molt estès, en alguns països existeixen modalitats de SAD durant les 24 hores –que podríem anomenar SAD ultra intensiu– orientats a persones amb necessitats molt específiques.

En la línia d'especialització i enriquiment del SAD que s'apunta, podria ser, per tant, convenient promoure la posada en marxa, de manera experimental, de programes d'assistència domiciliària de molt alta intensitat, que puguin oferir una cobertura de 24 hores. Aquest tipus de programes, en qualsevol cas, haurien de ser desenvolupats en col·laboració amb els serveis de salut i/o els serveis socials especialitzats, en la mesura que

transcendeixen en les funcions i els objectius del SAD d'atenció primària.

D'altra banda, el repàs de les experiències d'innovació desenvolupades als països del nostre entorn ha posat de manifest els, aparentment, bons resultats dels programes de rehabilitació a domicili, especialment en el cas de les persones que són donades d'alta després de la seva estada a un hospital. També hi ha experiències en municipis de la província de Barcelona, com a Pineda de Mar, que impulsa un programa integrat d'atenció domiciliària a l'alta hospitalària. A partir d'aquestes experiències, podria resultar convenient posar en marxa programes experimentals de rehabilitació a domicili, de caràcter socio-sanitari, en col·laboració amb el Departament de Salut.

16. Fomentar un aprofitament més gran de les tecnologies avançades en la prestació del SAD i en l'articulació de les cures i suports que es presten a les persones grans que resideixen al seu domicili

Tot i que sembla evident que les noves tecnologies (sensorització, robotització, intel·ligència artificial, etc.) modificaran substancialment l'organització i la prestació dels serveis d'assistència domiciliària, es pot dir que l'aplicació pràctica d'aquestes tecnologies avançades en la provisió del SAD encara és incipient i que el marge de millora, en aquest àmbit, és gran. Des d'aquest punt de vista, cal fomentar un aprofitament més gran de les tecnologies avançades en la prestació del SAD i en l'articulació de les cures i suports que es presten a les persones grans que resideixen al seu domicili, mitjançant:

- L'impuls a la teleassistència avançada, la sensorització dels domicilis i la monitorització de les persones usuàries.
- La millora dels dispositius tecnològics utilitzats per les empreses, les persones cuidadores i les persones que presten el servei per a la transmissió d'informació i la supervisió del servei.
- La prestació de serveis de suport psicosocial, estimulació cognitiva i acompanyament social en remot.
- L'aplicació d'eines d'intel·ligència artificial per a l'estratificació de les persones usuàries i la planificació dels serveis.

Cal destacar un consens entre els diferents agents consultats sobre la necessitat d'aprofitament de les tecnologies avançades per millorar o ampliar l'atenció al domicili. Tanmateix, cal avaluar les diferents opcions tecnològiques existents i analitzar-ne l'impacte, en termes de qualitat de vida i consideracions ètiques, per optimitzar-ne els resultats.

17. Establir sistemes d'avaluació de la qualitat de l'atenció, incloent-hi l'aplicació d'escales de valoració comunes

En la línia dels desenvolupaments que s'estan observant en altres països, cal –fins i tot, encara que es mantinguin les actuals fórmules de gestió del SAD– avançar en la generació de models d'intervenció i sistemes d'avaluació del servei, tant des del punt de la satisfacció de les persones usuàries i de les persones cuidadores principals –de qui, en bona mesura, depèn en última instància la permanència de la persona en situació de dependència al domicili–, com des del punt de vista dels procediments d'atenció i de l'impacte del servei en la qualitat de vida de les persones usuàries i de les cuidadores. Per això, es considera important comptar amb la participació activa de la persona usuària en el procés d'avaluació.

Aquests models d'avaluació haurien d'estar vinculats a la generació d'estàndards, recomanacions o directrius de bones pràctiques i haurien de garantir tota la transparència possible en relació a la qualitat de l'atenció prestada per les diferents entitats proveïdores.

És també essencial, seguint els exemples identificats als països del nostre entorn, impulsar o reforçar les tasques d'inspecció a què estan sotmeses les empreses o entitats proveïdores de serveis d'atenció domiciliària, per a la qual cosa cal comptar tant amb les eines normatives necessàries, com, sobretot, amb models d'intervenció i estàndards de qualitat dissenyats per a la seva aplicació en aquest tipus de serveis.

En aquesta mateixa línia, seria recomanable disposar d'escales comunes de valoració, orientades a les persones que accedeixen al SAD i que, a més d'avaluar la situació de les persones ateses i els possibles canvis, permetin extreure indicadors de qualitat que, agregats i ponderats, informin sobre la qualitat de l'atenció prestada per les diferents entitats proveïdores.

17.3 Línies prioritzades

Finalment, a partir dels debats realitzats, **les línies d'avenç en què es considera prioritari aprofundir a curt i mitjà termini són les següents :**

- Innovacions en la definició dels suports prestats al domicili, en relació a les innovacions i millores pel que fa al paper del SAD dins del conjunt dels serveis de suport que es presten a les persones grans fràgils o dependents als seus domicilis. Més concretament:
 - ▶ Els programes d'integració de serveis que, mitjançant fórmules de gestió de casos especialitzada o intensiva, permeten articular paquets flexibles i diversificats de suport, coordinant els diversos agents que intervenen amb una mateixa persona/família.
 - ▶ Les possibilitats de diversificació del SAD (mitjançant modalitats diverses, com el SAD de respir, el SAD intensiu, el SAD nocturn, els àpats a domicili, acompanyament, intervenció socioeducativa) i possibilitats per ampliar la complementarietat entre el SAD i altres prestacions (atenció diürna, teleassistència, prestacions econòmiques...).
 - ▶ Els programes de rehabilitació o *recapacitació*.
 - ▶ L'aprofitament de les tecnologies avançades en l'organització i la prestació del SAD, i en el suport que les persones fràgils o dependents reben als seus domicilis.
- Innovacions respecte a la professionalització, l'apoderament i l'autogestió dels i les professionals. L'objectiu d'aquesta línia d'acció té a veure amb la introducció de millores pel que fa a l'organització del personal que presta els seus serveis al SAD i a la seva professionalització. Més concretament:
 - ▶ Millores en les condicions laborals del personal.
 - ▶ Processos de formació i acreditació de les persones treballadores.
 - ▶ Nous perfils professionals, com ara el terapeuta ocupacional o altres.
 - ▶ Fórmules per a l'autoorganització i l'autogestió del servei per part de les professionals.
 - ▶ Fórmules per a la territorialització del servei.
- Innovacions respecte a la personalització i accés als serveis, mitjançant el desenvolupament de prestacions econòmiques per a l'accés al servei, l'impuls de la lliure elecció, i el desenvolupament d'eines de valoració i estratificació que permetin conèixer la situació i les necessitats de totes les persones ateses.
- Innovacions pel que fa a la contractació pública del servei i la diversificació de l'oferta d'entitats proveïdores (concert social, clàusules socials, creació d'empreses públiques, microempreses, promoció de la cooperativització, etc.), així com de noves fórmules per a la gestió de la qualitat i l'avaluació dels serveis.

Annex 1.

Priorització de recomanacions per part del Fòrum de Persones Expertes en Cures i del grup de discussió de responsables de Serveis Socials i de SAD de municipis i comarques de la província de Barcelona

18.

Pel que fa a les persones participants al Fòrum de Persones Expertes en Cures creat per la Diputació de Barcelona, van prioritzar, a través d'un procés adaptat de la metodologia Delphi, les recomanacions següents en relació amb el Servei d'Atenció Domiciliària:

1. Incrementar la cobertura i, sobretot, la intensitat del servei.
2. Impulsar les fórmules d'organització del servei basades en l'autogestió en àmbits territorials reduïts, en la línia de les superilles socials de l'Ajuntament de Barcelona.
3. Estendre les funcions i els objectius vinculats a la prevenció a altres serveis i prestacions, i reforçar les visites preventives a domicili.
4. Avançar en el desenvolupament de serveis i recursos complementaris al SAD, permetent un increment de la compatibilització dels diferents serveis i prestacions.
5. Desenvolupar programes experimentals d'integració de serveis a domicili.
6. Fomentar la lliure elecció de les persones usuàries i la possibilitat d'accedir a determinats serveis de suport i cura mitjançant l'ús de prestacions econòmiques.
7. Establir sistemes d'avaluació de la qualitat de l'atenció, incloent-hi l'aplicació d'escalas de valoració comunes.
8. Fomentar un aprofitament més gran de les tecnologies avançades en la prestació del SAD i en l'articulació de les cures i suports que es presenten a les persones grans que resideixen al seu domicili.
9. Millorar l'estratificació de les persones usuàries en funció de les necessitats i connectar, de manera més eficaç, els serveis oferts a les necessitats identificades.

En el cas de les persones amb responsabilitat en la gestió dels serveis socials municipals, es va plantejar, inicialment, una puntuació prèvia per a cadascuna de les recomanacions establertes tenint en compte la seva viabilitat en el context actual. Com s'observa a la taula següent, les que inicialment presentaven més interès i resultaven factibles, segons les persones que van participar en el debat, eren les relacionades amb l'aplicació de tecnologies avançades aplicades al SAD i amb l'atenció domiciliària de rehabilitació; però, arran del debat, va quedar palès que, sense tenir en compte la viabilitat, les prioritats passen per l'augment de la intensitat i la cobertura del SAD, les fórmules d'organització del servei basades en l'autogestió en àmbits territorials reduïts i l'atenció integrada.



Taula 16 . Recomanacions prioritzades, segons la seva viabilitat, per les persones responsables dels Serveis Socials de la província de Barcelona

Àmbit	Recomanació	Puntuació [escala d'1 a 7]
Tecnologies avançades aplicades al SAD	Fomentar un aprofitament més gran de les tecnologies avançades en la prestació del SSAD, i en l'articulació de les cures i suports que es presten a les persones grans que resideixen al seu domicili	5,8
Atenció domiciliària ultra intensiva	Impulsar programes experimentals d'atenció domiciliària ultra intensiva i de rehabilitació a domicili, en coordinació amb els serveis de salut	5,7
Copagament	Redefinir el copagament i avançar cap a la gratuïtat de la cura personal, en la línia del <i>free personal care</i> escocès	5,5
Estratificació de la població destinatària	Millorar l'estratificació de les persones usuàries en funció de les seves necessitats i connectar, de manera més eficaç, els serveis oferts amb les necessitats identificades	5,0
Opcions d'elecció de les persones usuàries	Fomentar la lliure elecció de les persones usuàries i la possibilitat d'accedir a determinats serveis de suport i cura mitjançant l'ús de prestacions econòmiques, en la línia del <i>self-directed support</i> escocès	5,0
Noves tipologies	Seguir avançant en la diversificació de serveis o activitats en el marc del SAD, amb particular atenció al SAD de respir, el SAD nocturn, els àpats a domicili, l'acompanyament social i la intervenció socioeducativa	4,7
Complementarietat amb altres serveis	Estendre les funcions i objectius vinculats a la prevenció a altres serveis i prestacions, i reforçar les visites preventives a domicili	4,5
Modalitats i tipologies	Diferenciar la consideració de l'ajut domèstic i la cura personal, més enllà de la diferenciació entre SAD Social i SAD Dependència, i limitar l'atenció domèstica o de la llar a situacions molt específiques, canalitzant aquestes necessitats mitjançant altres fórmules com els xecs servei	4,3
Contractació pública	Estendre la contractació pública responsable a l'àmbit del SAD i aprofitar les oportunitats que planteja el recurs al concert social	4,0
Perfils professionals	Introduir noves figures professionals per a la prestació del servei	4,0
Organització del servei	Impulsar més les fórmules d'organització del servei basades en l'autogestió en àmbits territorials reduïts, en la línia de les superilles socials de l'Ajuntament de Barcelona	3,4
Integració de serveis	Desenvolupar programes experimentals d'integració de serveis a domicili	3,3
Avaluació de la qualitat	Establir sistemes d'avaluació de la qualitat de l'atenció, incloent-hi l'aplicació d'escalas de valoració comunes	3,3
Cobertura i intensitat	Incrementar la cobertura i, sobretot, la intensitat del servei	3,0
Compatibilitat entre serveis	Avançar en el desenvolupament de serveis i recursos complementaris al SAD, permetent més compatibilització dels diferents serveis i prestacions	3,0
Cartera de serveis	Repensar el posicionament del SAD en la Cartera de Serveis Socials del municipi: quines funcions per a quins perfils	2,5
Estructura del sector proveïdor	Fomentar la diversificació de les entitats proveïdores de serveis, la cooperativització del sector i la participació d'entitats sense ànim de lucre en la prestació del servei	2,0

Glossari

- ACP. Atenció Centrada en la Persona
- AFNOR. Association Française de Normalisation
- AGGIR. Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressources
- AISSA. Assistència Integral Social i Sanitària
- ANESM. Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux
- AOK. Allgemeine Ortskrankenkasse (Assegurança Mèdica Regional General)
- APA. Allocation Personnalisée d'Autonomie (Prestació Personalitzada d'Autonomia)
- AWBZ. Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten (Llei de Despeses Mèdiques Excepcionals)
- CASA. Care & Share Associates
- CCAA. Comunitats autònomes
- CLD. Cures de Llarga Durada
- CNSA. Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (Fons Nacional de Solidaritat per a l'Autonomia)
- CDC. Consumer Directed Care (Atenció Dirigida per l'Usuari/ària)
- CSNAT. Carer Support Needs Assessment Tool (Eina d'Avaluació de Necessitats de Suport al Cuidador)
- DESTATIS. Federal Statistical Office of Germany (Oficina Federal d'Estadística Alemanya)
- DRAD. Dispositifs Renforcés de Soutien au Domicile-pour les Personnes Âgées (Dispositius Reforçats de Suport a Domicili per a Persones Grans Dependents)
- EUROSTAT (Oficina d'Estadística de la Unió Europea)
- FEDESAP. Fédération Française des Services à la Personne et de Proximité (Federació Francesa de Serveis a la Persona i de Proximitat)
- GIZ. Gesellschaft für Internationale Zusammenarbeit (Agència Alemanya de Cooperació Internacional)
- IA. Intel·ligència Artificial
- IGJ. Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd (Agència d'Inspecció de Salut i Atenció a la Joventut)
- IHC. InterRAI Home Care
- IMSERSO. Institut de Gent Gran i Serveis Socials
- INSEE. Institut National d'Estadística i d'Estudis Econòmics
- LAPAD. Llei 39/2006 de Promoció de l'Autonomia Personal i Atenció a les Persones en Situació de Dependència
- MDK. Medizinische Dienst der Krankenversicherung (Servei Mèdic de Salut)
- MISSOC. Mutual Information System on Social Protection (Sistema d'Informació Mútua sobre Protecció Social)
- NHS. National Health Service (Servei Nacional de Salut)
- OCDE. Organització per a la Cooperació i el Desenvolupament Econòmic
- PACE. Program of All Inclusive Care for the Elderly (Programa d'Atenció Inclusiva a la Tercera Edat)
- PCH. Prestation de Compensation du Handicap (Prestació Compensatòria per Discapacitat)

- PEAP. Prestació Econòmica d'Assistència Personal
- PECEF. Prestació Econòmica de Cura a l'Entorn Familiar
- PGB. Persoonsgebonden budget (Pressupost Personal)
- PIA. Programa Individualitzat d'Atenció
- PPA. Paritat de Poder Adquisitiu
- PEVS. Prestació Econòmica Vinculada al Servei
- SAD. Servei d'Assistència Domiciliària
- SATP. Subsidi per Ajuda de Tercera Persona
- SAAD. Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència
- SISAAD. Sistema d'Informació del Sistema per a l'Autonomia i l'Atenció a la Dependència
- SPASAD. Service Polyvalent d'Aide et de Soins à Domicile (Serveis Polivalents d'Ajuda i Cures a Domicili)
- SSIAD. Services de Soins Infirmiers à Domicile (Serveis d'Infermeria a Domicili)
- SVB. Sociale Verzekeringsbank (Banc de Previsió Social)
- UE. Unió Europea
- WLZ. Wet Langdurige Zorg (Llei d'Atenció a la Dependència)
- WMO. Wet Maatschappelijke Ondersteuning (Llei d'Atenció Social)
- ZVW. Zorgverzekeringswet (Llei de l'Assegurança de Salut)

BIBLIOGRAFIA I FONTS

- [1] SIIS Centro de Documentación y Estudios. *El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa*. Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2012.
- [2] SIIS Centro de Documentación y Estudios, «Orientaciones para el Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD) en Vitoria-Gasteiz». Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, 2020.
- [3] IMSERSO, «Servicios Sociales para personas mayores en España. Datos a 31 de diciembre de 2019», 2020.
- [4] Consejo Económico y Social. *El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Consejo Económico y Social, 2020.
- [5] P. Franco i B. Ruiz. *El trabajo de ayuda a domicilio en España*. Madrid: Unión General de Trabajadores, 2018
- [6] Rodríguez, P. et al. *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. Madrid: Fundación Caser, 2015.
- [7] L. Navarro-Varas. *Polítiques locals de cura i atenció a l'envelliment. Una mirada metropolitana*. Barcelona: Institut d'Estudis Regionals i Metropolitans de Barcelona, 2020.
- [8] «Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari a la Província de Barcelona». Àrea d'Igualtat i Sostenibilitat Social de la Diputació de Barcelona, 2022.
- [9] G. Rodríguez Cabrero. «Tendencias recientes en la protección social de la dependencia en la UE», *Documentación Social*, núm. 177, 2015.
- [10] J. M. Almeida Mello. «The use of the interRAI Home Care instrument in the evaluation of care for frail older people: a follow-up study». KU Leuven Biomedical Sciences Group Faculty of Medicine, 2018.
- [11] J. De Almeida Mello, K. Hermans, C. Van Audenhove, J. Macq i A. Declercq. «Evaluations of home care interventions for frail older persons using the interRAI Home Care instrument: a systematic review of the literature», *J Am Med Dir Assoc*, vol. 16, núm. 2, p. 173, 2015.
- [12] M. S. Salahudeen i P. S. Nishtala. «A Systematic Review Evaluating the Use of the interRAI Home Care Instrument in Research for Older People», vol. 42, núm. 5, pp. 463-484, 2019.
- [13] J. N. Morris, E. P. Howard, i K. R. Steel. «Development of the interRAI home care frailty scale», *BMC Geriatrics*, vol. 16, núm. 1, p. 188, 2016.
- [14] J. N. Morris, B. E. Fries, D. Frijters, J. P. Hirdes i R. K. Steel. «InterRAI home care quality indicators», *BMC Geriatrics*, vol. 13, núm. 1, p. 127, 2013
- [15] A. D. Foebel et al. «Quality of care in European home care programs using the second generation interRAI Home Care Quality Indicators (HCQIs)», *BMC Geriatrics*, vol. 15, núm. 1, p. 148, 2015.
- [16] G. Ewing, L. Austin i G. Grande. «The role of the Carer Support Needs Assessment Tool in palliative home care: A qualitative study of practitioners' perspectives of its impact and mechanisms of action», *Palliat Med*, vol. 30, núm. 4, pp. 392-400, 2016.
- [17] G. E. Grande, L. Austin, G. Ewing, N. O'Leary i C. Roberts. «Assessing the impact of a Carer Support Needs Assessment Tool (CSNAT) intervention in palliative home care: a stepped wedge cluster trial», *BMJ Support Palliat Care*, vol. 7, núm. 3, p. 326, 2017.
- [18] *Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées: quelques comparaisons internationales*. Paris: Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge, 2019.
- [19] SIIS Centro de Documentación y Estudios. «Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional», Gobierno Vasco, 2011.
- [20] «Rights at home: the Scottish care home sector and selfdirected support». Scottish Care, 2020.
- [21] J. Vamstad. «Exit, voice and indifference – older people as consumers of Swedish home care services», *Ageing and Society*, vol. 36, núm. 10, pp. 2163-2181, 2016

- [22] M. A. Bergman, H. Jordahl i S. Lundberg. «Choice and Competition in the Welfare State: Home Care as the Ideal Quasi-market», Research Institute of Industrial Economics (IFN), Stockholm, 2018.
- [23] J. Mathew Puthenparambil, T. Kröger i L. Van Aerschoot. «Users of home-care services in a Nordic welfare state under marketisation: the rich, the poor and the sick», *Health & Social Care in the Community*, vol. 25, núm. 1, pp. 54-64, 2017.
- [24] A. Dunér, P. Bjälkebring i B. Johansson. «Merely a rhetorical promise? Older users' opportunities for choice and control in Swedish individualised home care services», *Ageing and Society*, vol. 39, núm. 4, pp. 771-794, 2019.
- [25] T. Rostgaard. *Revisiting the public care model: the Danish case of free choice in home care. En: The Routledge handbook of social care work around the world*. Londres: Routledge, 2020.
- [26] V. Davey. «Influences of service characteristics and older people's attributes on outcomes from direct payments», *BMC Geriatr*, vol. 21, núm. 1, p. 1, 2021.
- [27] G. O'Rourke. «Older people, personalisation and self: an alternative to the consumerist paradigm in social care», *Ageing and Society*, 2016.
- [28] M. FitzGerald Murphy i C. Kelly. «Questioning "choice": A multinational metasynthesis of research on directly funded home-care programs for older people», *Health Soc Care Community*, vol. 27, núm. 3, pp. e37-e56, 2019.
- [29] J. Mears. *Reforms to long-term care in Australia: a changing and challenging landscape. En: The Routledge handbook of social care work around the world*. Londres: Routledge, 2020.
- [30] A. Trojansky. *Towards the «Uber-isation» of Care? Platform work in the sector of long-term home care and its implications for workers' rights Workers'.* Brussels: European Economic and Social Committee, 2020.
- [31] *Home care and digital platforms in Spain*. Barcelona: Digital Future Society, 2021.
- [32] Rodríguez, P. et al. *Informe de resultados de la investigación sobre los servicios que facilitan la permanencia en su domicilio y en el entorno comunitario de las personas en situación de fragilidad o dependencia de Cantabria según el Modelo de Atención Integral Centrada en la Persona*. Santander: Gobierno de Cantabria, 2019.
- [33] J. M. Fresno. «El concierto social en España: una oportunidad para mejorar la colaboración entre ONG y administraciones públicas» 2019.
- [34] «Achieving outcomes based commissioning in home care». The Local Democracy Think Tank, 2016.
- [35] J. Bolton. «Emerging practice in outcomebased commissioning for social care». Institute Public of Care, 2015.
- [36] C. Fox i S. Morris. «Evaluating outcome-based payment programmes: challenges for evidence-based policy», 2019
- [37] K. Albertson, C. Fox, C. O'Leary, G. Painter, K. Bailey i J. Labarbera. *Payment by Results and Social Impact Bonds: Outcome-based payment systems in the UK and US*. 2018.
- [38] J. Costa-Font. «Financing long-term care: ex ante, ex post or both?», *Health Economics*, 2015.
- [39] L. Joshua. *Aging and long term care systems: a review of finance and governance arrangements in Europe, North America and Asia-Pacific*. Washington: World Bank Group, 2017.
- [40] T. Muir. *Measuring social protection for long-term care*. Paris: OECD, 2017.
- [41] T. Cravo. *The effectiveness of social protection for long-term care in old age: Is social protection reducing the risk of poverty associated with care needs?* Paris: Organisation for Economic Cooperation and Development, 2020.
- [42] F. Colombo. *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. Paris: OCDE, 2011.
- [43] U. Hjelmar i T. Rostgaard. «Supplemental home care and topping-up: A shift from service universalism towards a new and privatised public service model?», *International Journal of Social Welfare*, vol. 29, núm. 2, pp. 118-128, 2020.

- [44] S. Russell. «Older people living well with in-home support». Research Matters, 2019.
- [45] F. Keogh, M. Pierce, K. Neylon i P. Fleming. «Intensive home care packages for people with dementia: a realist evaluation protocol», *BMC Health Services Research*, vol. 18, nov. 2018.
- [46] F. Keogh, M. Pierce i K. Neylon. «Supporting Older People with Complex Needs at Home: Report 1: Evaluation of the HSE Intensive Home Care Package Initiative». Health Service Executiva, 2018.
- [47] L. Carter, S. O'Neill, F. Keogh, M. Pierce i E. O'Shea. «Intensive home care supports, informal care and private provision for people with dementia in Ireland», *Dementia*, vol. 20, núm. 1, pp. 47-65, 2021.
- [48] H. Zhu y R. An. «Impact of home-delivered meal programs on diet and nutrition among older adults: A review», *Nutr Health*, vol. 22, núm. 2, pp. 89-103, 2013.
- [49] A. D. Campbell, A. Godfryd, D. R. Buys i J. L. Locher. «Does Participation in Home-Delivered Meals Programs Improve Outcomes for Older Adults? Results of a Systematic Review», *J Nutr Gerontol Geriatr*, vol. 34, núm. 2, pp. 124-167, 2015.
- [50] N. Bannenberg, O. Førland, T. Iversen, M. Karlsson i H. Øien. «Preventive Home Visits», Universitaet Duisburg-Essen, Competent in Competition and Health, 2019.
- [51] S. Reilly, C. Miranda-Castillo, R. Malouf, J. Hoe, S. Toot, D. Challis, i M. Orrell, «Case management approaches to home support for people with dementia», *Cochrane Database of Systematic Reviews*, núm. 1, 2015.
- [52] A. Ghosh, C. Orfield i R. Schmitz. «Evaluating PACE: A Review of the Literature». U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning and Evaluation, Office of Disability, Aging and Long-Term Care Policy, 2014.
- [53] Matia Instituto. «Etxean Bizi. Informe de implementación». Gipuzkoako Foru Aldundia. Diputación Foral de Gipuzkoa, 2018.
- [54] L. K. Tynkkynen. «Integrating public and private home care services: the Kotitori model in Tampere, Finland», *Journal of Integrated Care*, 2013.
- [55] M. Andersson. «The Norrtälje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden», *International Journal of Integrated Care*, 2015.
- [56] «Évaluation des dispositifs MAIA et appui à la mise en oeuvre des recommandations. Rapport final d'évaluation». Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie, 2017.
- [57] A. Cochrane, M. Furlong, S. McGilloway, D. Molloy, M. Stevenson i M. Donnelly. «Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults», *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. 10, p. CD010825, 2016.
- [58] Amy Clotworthy, Sasmita Kusumastuti i Rudi GJ Westendorp. «Reablement through time and space: A scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised», *BMC Geriatrics*, 2020.
- [59] J. Sims-Gould, C. E. Tong, L. Wallis-Mayer i M. C. Ashe. «Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review.», *J Am Med Dir Assoc*, vol. 18, núm. 8, pp. 653-663, 2017.
- [60] A. Tessier, M.-D. Beaulieu, C. A. McGinn i R. Latulippe. «Effectiveness of Reablement: A Systematic Review», *Health Policy*, vol. 11, núm. 4, pp. 49-59, 2016.
- [61] A. Martínez. «Desarrollo e incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación de servicios sociales», Zerbitzuan, 2017.
- [62] D. Molinuevo. «Impact of digitalisation on social services». Eurofound, 2020.
- [63] A. Martínez. «Desarrollo e incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación de servicios sociales», Zerbitzuan, 2017.
- [64] R. Peña-Casas, D. Ghailani i S. Coster. «The impact of digitalisation on job quality in European public services. The case of homecare and employment service workers». European Social Observatory, 2018.

- [65] S. Frennert. «Lost in digitalization? Municipality employment of welfare technologies», vol. 14, núm. 6, pp. 635-642, 2019.
- [66] S. Frennert. «Hitting a moving target: digital transformation and welfare technology in Swedish municipal eldercare», vol. 16, núm. 1, pp. 103-111, 2021.
- [67] K. Acedo. «Evaluación de un modelo de intervención domiciliaria en remoto con personas mayores y su entorno», Zerbitzuan, 2014.
- [68] A. Lindström. «Evolución y tendencias de cambio en los servicios de atención a domicilio en Dinamarca y Suecia.» Fundación Caser, 2015.
- [69] M. Díaz. «Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid», Zerbitzuan, 2015.
- [70] P. De Klaver. *More and better jobs in home-care services*. Dublin: European Foundation for the Improvement of Living and Working Conditions, 2014.
- [71] *Long-term care workforce: Employment and working conditions*. Luxembourg: Publications Office of the European Union, 2020.
- [72] R. Strandell. «Care workers under pressure – A comparison of the work situation in Swedish home care 2005 and 2015», *Health & Social Care in the Community*, vol. 28, núm. 1, pp. 137-147, 2020.
- [73] H. Theobald, M. Szebehely, Y. Saito i N. Ishiguro. «Marketisation policies in different contexts: Consequences for home-care workers in Germany, Japan and Sweden», *International Journal of Social Welfare*, vol. 27, núm. 3, pp. 215-225, 2018.
- [74] H. Theobald i Y. Chon. «Home care development in Korea and Germany: The interplay of long-term care and professionalization policies», *Social Policy & Administration*, vol. 54, núm. 5, pp. 615-629, 2020.
- [75] G. Meagher, M. Szebehely i J. Mears. «How institutions matter for job characteristics, quality and experiences: a comparison of home care work for older people in Australia and Sweden», *Work, Employment & Society*, vol. 30, pp. 731-749, 2016.
- [76] F. Fantova. «Líneas de innovación para nuestros servicios sociales», *Revista de Treball Social*, 2020.
- [77] V. M. Drennan, M. Calestani, F. Ross, M. Saunders i P. West. «Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study», *BMJ Open*, vol. 8, núm. 6, 2018.
- [78] M. Juan. «Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona», *Servicios Sociales y Política Social*, 2019.
- [79] R. Hannan. *Radical home care. How self-management could save social care. A briefing paper*. Londres: RSA, 2019.
- [80] M. Leturia, J. Zalakain, A. Mendieta i A. Carcavilla. *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión Internacional*. Montevideo: Sistema Nacional Integrado de Cuidados, 2019.
- [81] Care Inspectorate. «A quality framework for support services (care at home, including supported living models of support). For use in self-evaluation, scrutiny and improvement support». Care Inspectorate, 2020.
- [82] F. Fantova. «Crisis de los cuidados y servicios sociales», Zerbitzuan, 2015.

CRÈDITS IMATGES

Coberta. New Africa/ Shutterstock.com

Pàg 5. Karolina Grabowska/ Pexels.com

Pàg 6. Monstera/ Pexels.com

Pàg 7. Monstera/ Pexels.com

Pàg 10. Nataliya Vaitkevich/ Pexels.com

Pàg 13. Karolina Grabowska/ Pexels.com

Pàg 16. fizkes / shutterstock.com

Pàg 26. Laura James/ Pexels.com

Pàg 30. Ground Picture / shutterstock.com

Pàg 34. Lighthunter / shutterstock.com

Pàg 38. Ground Picture / shutterstock.com

Pàg 41. Ksenia Chernaya/ Pexels.com

Pàg 43. Ground Picture / shutterstock.com

Pàg 45. cottonbro studio/ Pexels.com

Pàg 46. Klaus Nielsen/ Pexels.com

Pàg 50. Polina Tankilevitch/ Pexels.com

Pàg 58. Artem Podrez/ Pexels.com

Pàg 59. PeopleImages.com - Yuri A / shutterstock.com

Pàg 63. TierneyMJ / shutterstock.com

Pàg 64. Chinnapong / shutterstock.com

Pàg 70. Natalya Vaitkevich/ Pexels.com

Pàg 71. Ground Picture / shutterstock.com

Pàg 71. Ground Picture / shutterstock.com

Pàg 72. Anton Uniqueton/ Pexels.com

Pàg 79. Karolina Grabowska/ Pexels.com

Pàg 80. Pressmaster / shutterstock.com

Pàg 81. Robert Kneschke / shutterstock.com

Pàg 84. Natee K Jindakum / shutterstock.com

Pàg 89. Fizkes / shutterstock.com

Pàg 90. Laura James/ Pexels.com

Pàg 95. Tima Miroshnichenko/ Pexels.com

Pàg 96. Mikhail Nilov/ Pexels.com

Pàg 98. wavebreakmedia / shutterstock.com

Pàg 99. Tyler Olson / shutterstock.com

Pàg 99. cottonbro studio/ Pexels.com

Pàg 100. Edward Jenner/ Pexels.com

Pàg 105. Anna Shvets/ Pexels.com

Pàg 106. Dragon Images / shutterstock.com

Pàg 107. Dragon Images / shutterstock.com

Pàg 109. RDNE Stock/ Pexels.com

Pàg 117. Karolina Grabowska/ Pexels.com

Pàg 118. Sergio V S Rangel / shutterstock.com

Pàg 119. Polina Tankilevitch/ Pexels.com

Pàg 120. Tima Miroshnichenko/ Pexels.com

Pàg 121. Louis Bauer/ Pexels.com

Pàg 121. Ksenia Chernaya/ Pexels.com

Pàg 122. Pressmaster / shutterstock.com

Pàg 123. FOUR.STOCK / shutterstock.com

Pàg 130. Creativa Images / shutterstock.com

Pàg 131. And-One / shutterstock.com

Pàg 132. Ground Picture / shutterstock.com

Pàg 139. Pikselstock / shutterstock.com

Pàg 140. sweet_tomato / shutterstock.com

Pàg 153. Halfpoint / shutterstock.com

Pàg 152. thodonat88 / shutterstock.com

Pàg 153. the Shaan photography/ Pexels.com



**Diputació
Barcelona**

Àrea d'Igualtat
i Sostenibilitat Social

Passeig de la Vall d'Hebron, 171
08035 Barcelona
www.diba.cat/benestar

