

MODELS DE RECURSOS ALTERNATIUS A L'INTERNAMENT PER LA GENT GRAN DELICADA

*Teresa Feliu
Elisabeth Maluquer*

Barcelona, 16 d'abril de 1994.
Àrea de Serveis Socials de la Diputació de Barcelona

INTRODUCCIÓ

La comunicació que presentem vol donar compte d'una recerca sobre models de recursos intermedis per a gent gran dependent duta a terme en el marc institucional de l'administració provincial, la Diputació de Barcelona. Dins del marc competencial actual de la institució, i en concret de l'Àrea de Serveis Socials, ocupa un lloc primordial el suport i l'assessorament tècnic als municipis. En aquest context té sentit de plantejar-se una recerca que pugui contribuir a la planificació de serveis.

La unitat d'anàlisi ha estat el recurs intermedi específic per a gent gran dependent, preferentment de titularitat pública, dins el context del municipi i la seva xarxa de recursos socials i socio-sanitaris per a la gent gran. Per això a l'hora de seleccionar els recursos hem tingut en compte la diversitat de contextos, per tal de poder prendre els recursos seleccionats com a model·lics d'una forma d'organització un servei. Així s'ha dut l'estudi a disset municipis de la província, amb característiques diverses: municipis urbans i rurals -jins d'aquests les agrupacions municipals-, amb els serveis socials centralitzats i descentralitzats, municipis amb una xarxa de recursos molt completa i d'altres amb molt pocs recursos socials institucionals. Forçosament, s'ha transcendit l'àmbit públic, ja que algunes entitats d'iniciativa social presentaven models de recursos que interessava analitzar. Així mateix s'ha transcendit l'àmbit estricte dels serveis socials per endinsar-nos en l'incipient sistema socio-sanitari, cosa que ens ha obligat a fer incursions també en l'àmbit sanitari.

Metodològicament hem plantejat una anàlisi qualitativa, basada en dos tipus de fonts. D'una banda, la documentació escrita: la normativa, els plans i programes que incideixen més directament i també indirectament sobre l'objecte d'estudi, i les memòries i projectes més concrets de cada recurs particular, així com la bibliografia específica al nostre abast. D'una altra banda, s'han realitzat seixanta-set entrevistes semidirigides a professionals de base dels recursos (sempre que ha estat possible d'accedir-hi), a responsables dels recursos, a experts en polítiques socials de vellesa, i a responsables de serveis socials municipals i de programes socio-sanitaris.

Prèviament a la presentació d'una síntesi dels resultats de la nostra anàlisi, cal delimitar l'objecte d'estudi -els recursos intermedis per gent gran dependent- i explicar els motius d'aquesta elecció.

Tot i recolzar l'esforç que s'està portant a terme per promoure les persones grans i les seves posicions socials, nosaltres, en un context de crisi econòmica i de crisi de l'Estat del Benestar, volem subratllar la necessitat d'atenció de les persones grans delicades i les respostes de l'Administració al respecte.

En l'actualitat, sembla que el manteniment de la persona gran delicada en el seu medi és una constant de les polítiques socials i en aquest context adquireixen sentit els recursos intermedis en la mesura que poden evitar o retardar l'internament. Per altra banda, els recursos intermedis també haurien de ser un complement per a les persones "cuidadores" de la xarxa informal, alleugerint el treball de cura i permetent que el puguin compaginar amb altres activitats.

Un altre element que ens ha decantat cap a l'anàlisi d'aquests recursos és la seva recent implantació i la possibilitat d'anar seguint la seva evolució i veure si es podran establir comparacions amb els processos de desinstitucionalització d'altres col·lectius.

El mot intermedi fa referència a l'espai entre dos parts: la xarxa informal i la institució total. Així, doncs, ens hem centrat en aquells recursos en què l'Administració -preferentment els serveis socials d'àmbit local però no exclusivament- intervé, excloent l'internament.

Els models de recursos analitzats són els següents:

1. Els serveis en el domicili:
 - a. *De Serveis Socials.*
Servei d'Atenció a Domicili (SAD), el Servei de Telealarma (SAT), el Servei de Menjars a Domicili i el Servei d'Arranjament d'Habitatges.
 - b. *D'àmbit socio-sanitari.*
Programes Funcionals: els Programes d'Atenció Domiciliària (PADES) i les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sòcio-sanitàries (UFISS).
2. Les unitats d'atenció diürna:
 - a. *De Serveis Socials.*
Centres de Dia.

b. D'àmbit socio-sanitari.
Hospitals de Dia.

3. Serveis substitutius de la llar (que no considerem Institucions Totals):
Apartaments per gent gran.

L'ATENCIÓ A CASA

Sota aquest epígraf incloem els serveis que l'administració ofereix en el domicili i que permeten que la persona gran delicada romangui a casa, tant de l'àmbit de serveis socials com de l'àmbit socio-sanitari.

L'àmbit dels serveis socials

SERVEI D'ATENCIÓ A DOMICILI (SAD)

El nostre punt de partida és el SAD concebut com una sèrie prestacions que els serveis socials ofereixen en el domicili. En concret, ens centrem en els SAD gestionats per l'administració local.

Els SAD que hem entrevistat són majoritàriament polivalents i adscrits a l'atenció primària dels serveis socials municipals. També hem tingut en compte dos SAD específics, un per gent gran gestionat per un casal de l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) i un altre per malalts d'Alzheimer ofert des d'una associació.

La normativa -escassa i poc desenvolupada- preveu que el SAD es gestioni des dels Serveis Socials d'Atenció Primària: municipal o, en suplència, comarcal. Sembla que la distribució de competències es consolida segons el que disposa l'avantprojecte de llei de l'administració institucional de descentralització i de coordinació del Sistema Català de Serveis Socials.

En el finançament d'aquest SAD polivalent hi participen les administracions central, autonòmica i locals i, en ocasions, els usuaris i les usuàries del servei. Aquest finançament presenta certa polèmica entre les diferents institucions.

També l'ICASS gestiona directament en els casals un SAD específic per gent gran¹ així com Càrites de Barcelona.

L'Ordre de 15 de juliol de 1987 en definir el SAD estableix que les treballadores familiars i les assistents socials són les professionals que hi intervenen per la qual cosa aquest és el nucli de la nostra anàlisi tot i que també hem contemplat altres serveis complementaris com ara el Servei d'Atenció Telefònica (SAT), els menjars a domicili i l'arranjament d'habitatges.

1. Vegeu Llei 26/1985, de 27 de desembre de serveis socials.

L'annex del conveni pel 1991², estableix que "el treballador familiar és l'únic professional pensat per a prestar directament aquest servei [el SAD]". Les treballadores familiars formen part de l'atenció primària però no necessàriament pertanyen a l'equip de base. Aquesta característica, combinada amb la major o menor complexitat dels serveis socials dels ajuntaments, origina formes diverses d'organització del SAD.

Sembla que la normativa assigna a l'assistent social un paper més gestor i a la treballadora familiar un més d'atenció directa. La forma com es combinen aquestes dues funcions varia d'uns SAD a uns altres i sovint provoca tensions entre les professionals que el gestionen i les que el porten a terme.

El SAD de l'administració local és polivalent -ofereix els seus serveis a diferents col·lectius- però els seus usuaris són majoritàriament gent gran. Aquesta polivalència s'aborda de maneres diferents: en alguns SAD les treballadores familiars es van especialitzant per col·lectius però en d'altres no.

La formació professional de les treballadores familiars presenta algunes peculiaritats. En aquests moments, tal com passa en altres noves professions, assistim a un procés de formalització del perfil professional i dels requisits de formació. Per això coexisteixen nivells de formació i criteris de selecció de personal diversos.

Concretament, pel que fa a la formació en l'atenció a la gent gran, hi ha diverses entitats que organitzen cursos específics i pràctiques en centres socio-sanitaris. De fet, les persones vinculades amb l'atenció a persones dements coincideixen a destacar la necessitat d'una formació específica i de recolzar aquest treball per la seva duresa.

Però les propostes de formació no es limiten a l'assistència a cursets, també es demana que es facilitin reunions entre treballadores familiars per debatre temes d'interès comú, i que s'incorporin les supervisions.

En relació als serveis i prestacions que ofereixen els SAD no existeix cap normativa que els reguli³. L'ICASS però recomana i enumera exhaustivament les tasques de la treballadora familiar que agrupa en tres nivells: atenció a la persona, atenció a la llar, atenció envers la relació amb la comunitat (GENERALITAT DE CATALUNYA, 1991:1922).

En línies generals, sembla que les tasques relacionades amb l'atenció a la persona, així com algunes que el citat document de l'ICASS classifica com d'atenció a la llar -com ara la compra, organització dels menjars i preparació d'àpats- són les més

2. Vegeu Annex del conveni pel 1991: "Desenvolupament del Programa d'Atenció Primària".

3. Sembla que els SAD de l'ICASS es regulen segons la Circular 3/89, de 12 de maig de 1989 però no hi hem tingut accés.

freqüents. Nogensmenys pel que fa a la resta de tasques d'atenció a la llar figura que hi ha diferències entre serveis i quant a l'atenció envers la relació amb la comunitat poques vegades se'ns ha parlat.

En la normativa de serveis socials existent, tampoc hem trobat gaires referències sobre les característiques que haurien de tenir els usuaris del SAD, per la qual cosa ens hem basat en alguns documents de l'ICASS per definir l'usuari "ideal" del SAD⁴. Els serveis socials es consideren universals. Això vol dir que, teòricament, tota la població pot gaudir-ne. Però, a la pràctica, la possibilitat de ser usuari o usuària del SAD disminueix perquè l'escassetat de recursos fa que s'hagin d'establir uns barems per decidir qui té prioritats.

Concretament, pel que fa a les persones grans delicades, l'ICASS estableix un ordre de prioritats, fruit de combinar el grau de dificultat per desenvolupar tasques de la vida quotidiana, els aspectes familiars i els econòmics.

La manca de xarxa informal -fonamentalment familiar- es considera com un dels elements més importants a l'hora de considerar una persona gran delicada com una possible usuària del SAD.

Sembla que el lloc en què coexisteixen els SAD de l'administració local, de l'administració autonòmica i de Càrites, tendeixen a distribuir-se les demandes. Idealment, l'ICASS assumiria les persones majors de 60 anys que cobren alguna pensió de la Seguretat Social, Càrites les persones que cobren el FAS i, finalment, les Unitats Bàsiques d'Atenció Social Primària (UBASP) les persones grans que no s'acullen a cap d'aquests dos grups.

A la pràctica, els diferents tipus de SAD estan atenent persones grans amb característiques molt similars. Per la informació que disposem el perfil d'usuari real seria una dona, d'edat molt avançada, que viu sola i sense família directa -ni cap altra mena de suport-, amb molt pocs ingressos econòmics i amb greus dificultats per valdre's per si mateixa. En paraules d'una informant, s'està desplaçant cap a una atenció sòcio-sanitària. Però el SAD no sempre està preparat per tenir cura de persones amb aquestes característiques.

Els SAD tendeixen -explícita o implícitament- a no admetre les persones dementes com a usuàries. Concretament pel que fa a la malaltia d'Alzheimer, una associació de familiars gestiona un SAD però no dona l'abast.

Tot i estar sovint atenent malalts enllitats, el temps que es dedica a l'atenció directa de cada usuari, en el millor dels casos, oscil·la entre dos o tres hores diàries, incloent el

4. "Reflexions sobre l'atenció domiciliària dintre la xarxa d'atenció primària a Catalunya" (GENERALITAT DE CATALUNYA, 1990). "Mapa de Serveis Socials" (GENERALITAT DE CATALUNYA, 1991). "Document sobre els barems de prioritització d'atenció domiciliària per la gent gran" (GENERALITAT DE CATALUNYA, 1993).

temps per desplaçar-se i, majorment, sense cobrir els caps de setmana, ni els festius ni el període de vacances.

SERVEI D'ALARMA TELEFÒNICA (SAT)

Del Servei d'Alarma Telefònica ens hem centrat en l'oferta pública que es presta des dels serveis socials i, en concret, quan s'adreça al col·lectiu de gent gran, que és en la majoria dels casos.

Hem considerat tres tipus de SAT: el que té conveni amb la Creu Roja, el de l'ICASS i un de titularitat i gestió municipal.

No ens consta que hagi cap normativa que reguli el servei, solament disposem de les normatives de funcionament internes dels diferents serveis.

El SAT és un recurs recent -els seus inicis en la Província de Barcelona daten de finals dels anys vuitanta-, es concep des dels serveis socials municipals com un suport a l'atenció primària, especialment vinculat al SAD, i com un recurs alternatiu a la institucionalització.

En general, són els serveis d'atenció primària els que seleccionen els usuaris i els que canalitzen la demanda. En tots els models sol haver-hi llista d'espera i un augment de les demandes. En general, els requisits per accedir-hi és viure sol -o amb d'altres persones en risc-, tenir un baix nivell d'ingressos i patir algun tipus de dependència que no sigui de tipus psíquic. En molts casos es tracta de dones i d'edat superior als 75 anys. Aquests criteris fan que en alguns municipis bàsicament els usuaris de SAD siguin els beneficiaris del telealarma.

Els casos més habituals del que es consideren trucades justificades són en tots tres serveis de telealarma les caigudes.

Queda pendent de resoldre la problemàtica social i psicològica que ha generat en alguns serveis un gran nombre de trucades considerades inadequades. En aquest sentit, sembla que per la nit hi ha moltes trucades de comprovació i d'angoixa.

Quant a l'aspecte econòmic, d'una banda, el cost econòmic del servei fa que alguns municipis s'inhibeixin d'establir convenis per a la prestació del SAT al municipi; a això cal afegir l'encariment que poden suposar reduccions en relació a la cessió de l'IRPF a la Creu Roja per part del Ministeri.

Segons el plans d'actuació autonòmics per a la gent gran, les previsions són que augmenti la cobertura de telealarmes però no s'especifiquen ni els mitjans ni la manera com es durà a terme.

La Creu Roja preveu novetats i millores tècniques així com ampliar, com oferta privada, el servei a persones amb majors ingressos econòmics.

També hi ha municipis que projecten complementar diversos serveis en el domicili, incloent-hi el SAT.

SERVEI D'ÀPATS A DOMICILI

El II PAS (GENERALITAT DE CATALUNYA,1992:79) disposa la progressiva implantació del programa de menjar a domicili com un dels subprogrames complementaris al SAD.

En l'actualitat ja n'existeixen varies experiències que s'organitzen de maneres diferents.

Per la informació que disposem, sembla que aquest programa és força recent i que són pocs els municipis que l'han desenvolupat.

A continuació esmentarem breument algunes característiques.

En el servei de menjars a domicili solen col·laborar les administracions autonòmica i local i les Organitzacions No Governamentals (ONG), especialment Càrites i Creu Roja.

L'organització d'aquest servei és complexa. La detecció i selecció dels usuaris es fa des de l'atenció primària. En primer lloc, es necessita un lloc on s'elaborin o una empresa a qui encarregar-li els àpats, cosa que es resol de diferents maneres: fent servir la cuina d'una residència municipal, o centralitzant la gestió des d'un casal de l'ICASS o combinant diferents institucions. En segon lloc, s'han de repartir els àpats per la qual cosa es necessita personal -que principalment són voluntaris o objectors del servei militar- i portaviandes que mantinguin l'escalfor, no vessin i siguin resistents, fins i tot al foc. Finalment s'ha de vetllar pel funcionament del servei així com pel manteniment i neteja de les portaviandes. En alguns projectes s'ha incorporat la figura del dietista així com dos tipus de dietes, una d'elles de règim.

En línies generals, el perfil d'usuari seria una persona anciana, que viu sola i que té dificultats greus per desplaçar-se. En un centre d'atenció primària ens comentaven que també atenien a persones dements.

Sovint, el servei de menjar a domicili va acompanyat d'altres serveis en el domicili, com ara el SAD o el SAT. Si més no, hi ha coincidència en què això seria l'ideal.

La cobertura del servei és bastant homogènia -un cop al dia els dies laborables- tot i que de vegades també els caps de setmana queden coberts. En algun projecte es preveuen dos àpats, un pel migdia i l'altre per la nit, i en d'altres un d'abundant, que de fet serveix per cobrir els dos àpats.

Pel seu finançament, de vegades es fan servir les beques de menjador dels casals de l'ICASS. Val a dir que el preu de les portaviandes és força elevat, al voltant de les 30.000 pessetes l'any 1992, i s'han d'anar renovant amb una certa freqüència (els usuaris perden alguna peça, etc.).

Quan a les previsions, el Pla Integral de la Gent Gran (PIGG) -tant pels menjadors com pels àpats a domicili- estableix que "Hi ha prevista l'existència de serveis de menjador i d'àpats a domicili, amb personal de cuina i assessorament extern d'un tècnic sanitari pel que fa a dietètica i organització higiènic-sanitària." (GENERALITAT DE CATALUNYA, 1993:195)

SERVEI D'ARRANJAMENT D'HABITATGES

L'Informe del 1990 del Síndic de Greuges al Parlament de Catalunya (pàg.62), cita el Decret 66/90 de 2-2-90 pel qual s'atorguen subvencions per a obres de rehabilitació. Aquest, no és un servei exclusiu per a gent gran tot i que molts dels beneficiaris ho són.

En la Província de Barcelona hem trobat models diferents d'organització: si bé la detecció i selecció dels usuaris es fa des de l'atenció primària (de vegades com a pas previ a una intervenció de la treballadora familiar, d'altres vegades com a conseqüència d'aquesta intervenció), l'execució de la rehabilitació pot assumir-la el municipi -amb la col·laboració de diferents departaments- o derivar-la a una ONG o a unes constructores privades.

L'arranjament d'habitatges presenta una sèrie de problemes que intentarem resumir a continuació.

Hi ha una certa polèmica sobre el fet que siguin els serveis socials els que majorment es responsabilitzin d'aquest programa. Les persones informants comentaven que, de vegades, l'assistent social havia d'assumir unes funcions que no li pertocaven i que la seva participació era excessiva.

Sembla que també apareixen certes dificultats quan les persones que rehabiliten el domicili no són professionals (estan en procés de formació o són voluntaris).

Una altra dificultat que pot aparèixer és la discordança entre la institució i l'usuari sobre quines són les condicions de l'habitatge que s'han de rehabilitar (els primers fan més èmfasi en aspectes d'infraestructura -cuines, banys, etc.- i els segons en aspectes de representació -rebedor, sala-).

Cal destacar també, la manca d'un marc jurídic que faciliti la intervenció quan l'usuari és llogater. De vegades, han sorgit problemes legals per la qual cosa es procura arribar a un acord previ amb el propietari, preferentment per escrit.

També hem trobat alguns problemes quant al finançament: dificultat de controlar els pressupostos d'algunes empreses contractades, dificultat per acabar de cobrar la part corresponent al municipi, etc.

Tot i que sembla una bona intervenció per millorar la qualitat de vida i per evitar o retardar l'internament hi ha alguns aspectes que cal tenir en compte com ara el tipus

de contracte de lloguer, les perspectives de permanència en el domicili o l'existència de barreres arquitectòniques que no es puguin resoldre.

L'àmbit socio-sanitari

ELS PROGRAMES SÒCIO-SANITARIS: PADES I UFISS

Dintre dels recursos previstos i desplegats pel Programa Vida als Anys -destinat "a gent gran amb malaltia i dependència funcional, malalts crònics i terminals"-, hem analitzat solament els que tenen caràcter no institucional, és a dir: els hospitals de dia (que tractem conjuntament amb els centres de dia) i els dos programes PADES i UFISS, concebuts com a suport dels recursos intermedis i relacionats estretament amb el manteniment al domicili -altes hospitalàries, malalts terminals, crònics, etc.-.

El Programa Vida als Anys (PVAA) els defineix com a programes funcionals amb els objectius de fer rendibles els recursos existents, sensibilitzar els professionals i proporcionar-los formació i reciclatge específics (GENERALITAT DE CATALUNYA, 1991). Cal entendre, doncs, que el PADES i la UFISS tenen dos tipus de tasques: l'atenció a les persones i el suport als professionals.

El seu desplegament es va planificar per al quinquenni 1990-1995, de manera que és prematur fer-ne una valoració i en l'estudi ens hem quedat en el nivell més descriptiu de les seves tasques i de la problemàtica que detecten en relació a la població geriàtrica dependent i als recursos existents.

El finançament dels equips és a càrrec de l'administració per la via de concertació de serveis o de contractació directa, i per ara les persones que són ateses bé a casa bé a l'hospital no han de pagar taxes pel mòdul social, tal com passa amb altres serveis socio-sanitaris.

Els equips estan compostos per un nombre variable de metges i infermeres i un assistent social -que constitueix la part social, finançada per Benestar Social- i les UFISS, a més, poden tenir fisioterapeuta i psicòleg o psiquiatre.

El Programa d'Atenció Domiciliària: Equips de Suport (PADES) comprèn una sèrie d'equips de suport a l'atenció domiciliària sanitària, situats en els centres d'atenció primària de segon nivell. S'adreça a persones que viuen al domicili (no en institucions) i amb forta dependència, que necessiten ser ateses al domicili pel personal mèdic. Solen ser persones grans, encara que també hi ha casos de malalts oncològics i amb SIDA joves i en general viuen en família, encara que també n'hi ha que viuen sols, com els usuaris de SAD. La línia d'actuació dels PADES és la d'organitzar els serveis que han d'intervenir, fer-ne el seguiment, orientar la família i ensenyar-li a tenir cura del malalt enllitat.

Aquests equips funcionen com a connectors de recursos, així per exemple en ocasions centralitzen les llistes d'espera per als centres socio-sanitaris, des dels serveis socials hi ha la queixa que donen prioritat els usuaris derivats dels hospitals.

El que palesen totes les persones entrevistades és la manca de places en centres sòcio-sanitaris; segons dades del PVAA el 1992 a tot Catalunya n'hi havia 4.268, desigualment repartides, majorment de llarga estada.

És en relació amb les altes hospitalàries que els serveis socials d'atenció primària (SSAP) reben demandes d'intervenció del PADES per a la prestació de SAD. Això fa augmentar la pressió assistencial dels SSAP, els quals consideren que sovint el tipus de servei domiciliari que poden prestar no és l'adequat per a les altes hospitalàries. Sembla, doncs, que caldria plantejar-se un SAD sòcio-sanitari més ampli.

Les valoracions més positives de la tasca del PADES com a connector de recursos venen de les UFISS i d'hospitals de dia, és a dir de recursos sòcio-sanitaris. Amb tot, en relació a l'atenció sanitària a domicili es planteja la discussió de si una alternativa al PADES podria ser l'atenció hospitalària a domicili, és a dir per part d'equips sanitaris dependents dels serveis hospitalaris, fonamentalment en relació a les altes hospitalàries.

Les Unitats Funcionals Interdisciplinàries Sòcio-sanitàries (UFISS) constitueixen equips de suport a la gent gran hospitalitzada, situats en els hospitals de tercer nivell, i poden estar especialitzades bé en gent gran bé en malalts terminals. En el primer cas vetllen per evitar el deteriorament físic i psíquic dels pacients geriàtrics i facilitar que les altes hospitalàries vagin cap al domicili, mentre que en el cas dels terminals treballen dins de cures paliatives i estan adscrits al servei d'oncologia. La UFISS entrevistada va ser un dels pocs recursos intermedis per a gent gran dement de titularitat pública que vam trobar. Cal destacar dins les seves actuacions el treball amb les famílies (informació sanitària i teràpia preventiva) i l'atenció en règim de consulta externa.

Pel que fa al suport als professionals tant es presta als sanitaris com als socials i es concreta en l'elaboració diagnòstics específics i la docència sobre temes específics, etc.

Entre les persones entrevistades -majorment de l'àmbit dels serveis socials- el PADES és més conegut i també n'hi ha més que d'UFISS. Es veu la necessitat de posar en marxa més equips de PADES i UFISS. Amb tot, des d'aquests programes es considera que manca coneixement dels serveis sanitaris a domicili existents i també dels equips de suport de PADES i UFISS.

Per part dels programes funcionals es valora la necessitat de més serveis i recursos en relació a dues problemàtiques molt sovint vinculades amb vellesa:

- malalts enllitats
- les demències, especialment els casos d'Alzheimer.

Respecte al futur d'aquests programes, el Pla Integral de la Gent Gran va més enllà que el mateix Programa Vida als Anys i proposa: "En un futur les UFISS podrien potenciar i realitzar una atenció directa de malalts geriàtrics, creant seccions o serveis de geriatria que descongestionaran alguns serveis de determinades patologies. Això implicaria una reordenació de llits hospitalaris en funció de la nova

estructura"(GENERALITAT DE CATALUNYA,1993: 58). Respecte al PADES, sembla bastant lligada la seva existència a l'evolució de la reforma de l'atenció primària sanitària.

L'ATENCIÓ PER ROMANDRE A CASA

LES UNITATS DIÛRNES: CENTRES DE DIA I HOSPITALS DE DIA

Sota aquest concepte hem agrupat dos tipus de recursos: els centres de dia per a la gent gran -que es regulen per l'Ordre 19-3-93 de la Conselleria de Benestar Social- i els hospitals de dia -en el marc del Programa Vida als Anys, regulats juntament amb els altres recursos sòcio-sanitaris en l'Ordre de Presidència de 15-5-91.

La diferenciació entre els dos recursos no és encara gaire evident, llevat del fet que s'insereixen dins xarxes separades. De fet, tant pel que fa als destinataris, els serveis com al personal, ambdós recursos intermedis quedaven definits sota el nom de centre de dia per a gent gran en l'Ordre de 15-7-87 de la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social (abans de la creació de la de Benestar Social).

L'evolució, almenys en el pla teòric, d'un i altre recurs va en la direcció següent: mentre els centres de dia tenen una funció de manteniment i cura, s'adreça en exclusiva a la gent gran i és de caràcter permanent; els hospitals de dia tenen una funció rehabilitadora i per tant es conceben com a recursos temporals que tenen per destinatàries persones de totes les edats.

La història de les unitats diürnes és recent, tot i que es planifiquen al llarg dels anys 80, no en comença el desplegament fins als 90, en el nivell legal i també en l'efectiva posada en marxa, amb alguna excepció d'unitats pilot. No són encara gaire coneguts ni reben una forta demanda, però les persones entrevistades també tenien en compte algunes mancances ja detectades en aquesta fase inicial, per exemple: quant als horaris o servei de transport.

Entre les unitats diürnes entrevistades, els hospitals de dia, molt escassos, són dins centres sòcio-sanitaris de titularitat pública o privada concertada, mentre els centres de dia són públics i molts d'ells municipals. Respecte d'aquests darrers, cal assenyalar que l'avantprojecte de llei de descentralització dels Serveis Socials els situa com a competència comarcal.

Els serveis dels centres de dia entrevistats s'ofereixen dins un horari diürn aproximat de 8 hores i en dos casos s'estén als caps de setmana. En el cas dels hospitals de dia el període d'obertura és d'unes 9 hores diàries i sol durar un període de 3 a 4 mesos.

La normativa de centres de dia distingeix entre serveis obligatoris -cures bàsiques, seguiment tractament mèdic, gerocultura, teràpia ocupacional, àpats, teràpia familiar, assistència social,- que va a càrrec de personal auxiliar (amb titulació de treballadora familiar, gerocultura, etc.) i també de voluntariat. Algun d'aquests serveis, com la

teràpia familiar només l'hem trobat en centres específics per a dements. Sovint el personal més qualificat -sobretot l'assistent social- que atén el centre sol exercir també la direcció. Quant a les prestacions optatives segons la normativa com el transport, algunes persones han mostrat el seu desacord, ja que el consideren fonamental. D'altres com el servei de bugaderia i el de podologia quasi tots els centres visitats el presten. A més alguns centres ofereixen altres serveis no previstos i que es valoren molt positivament, com SAD, colònies d'estiu, atenció psicològica. Una consideració especial creiem que cal atorgar a la higiene personal, que ateny una importància molt gran que no s'explicita més que en les entrevistes amb personal d'atenció directa.

Els hospitals de dia ofereixen com a serveis diferenciats el de diagnòstic sanitari, inclòs el psicològic, a càrrec de personal mèdic, rehabilitació, a càrrec de fisioterapeutes, i cures d'infermeria. En general el personal amb qualificació mitjana i superior se sol compartir amb altres dependències del centre sòcio-sanitari i també algun d'ells exerceix la coordinació. El personal exclusiu de l'hospital de dia sol ser auxiliar (de clínica, de fisioterapeuta, de psiquiatria, etc.). Els altres serveis que ofereix l'hospital de dia -menjador, teràpia ocupacional, familiar- són els mateixos que el centre de dia, només que el transport es considera com una prestació obligatòria. També trobem prestacions extra, generalment de caràcter mèdic (logopèdia, odontologia, ortopèdia, etc.).

Els usuaris de centres de dia, segons la normativa, s'han d'agrupar segons el tipus de dependència, tot i que es preveu l'existència de grups mixtos. Moltes persones entrevistades han manifestat la necessitat d'atenció específica, ja sigui en centres de dia o en hospitals de dia, de les persones grans amb demències. També cal dir que el perfil d'usuari de centre de dia sol ser de persones majors de 75 anys i, per tant dones, en alguns centres són persones que viuen soles i són força autònomes; a l'altre extrem hi ha les persones amb dependència psíquica, que sols s'admeten si viuen en família.

Tot i que els plans parlen sempre dels recursos intermedis com de suport a la família de la persona gran, de vegades els criteris de selecció dels centres donen prioritat precisament les persones que viuen soles, considerades de "risc social".

Pel que fa als hospitals de dia, a la pràctica atenen majorment gent gran i una entrevistada afirmava que abunda molt la problemàtica social en aquests usuaris.

Els usuaris de les unitats diürnes solen arribar per derivació, en alguns casos directament als centres de dia, però en general els hi deriven dels serveis d'atenció primària, mentre que als hospitals de dia hi arriben a través d'altres centres sanitaris o per mediació del PADES i la idea és que en acabar el tractament l'usuari romanguí al domicili. Quan la permanència al domicili es fa impossible per l'augment de la dependència física o psíquica i l'absència de "cuidadores", aleshores es preveu el pas a un recurs d'internament, sigui una residència o un centre sòcio-sanitari, cosa que sol ser molt i molt difícil per manca de places públiques i per l'alt cost de les places privades.

Destaquem algunes propostes de les persones entrevistades per millorar el funcionament de les unitats diürnes: una major vinculació amb la resta de recursos que existents al territori i una formació específica del personal d'atenció directa en relació amb la vellesa i les demències.

L'ATENCIÓ COM A CASA

ELS APARTAMENTS PER A GENT GRAN

El Pla Integral de la Gent Gran aborda els aspectes legals i les seves mancances sobre l'habitatge així com les repercussions per a la gent gran. Disposa que "hi manca una norma d'intervenció decidida que podria fomentar la construcció o habilitació d'apartaments individuals, assistits o no, en règim d'usdefruit vitalici o de possessió vitalícia com a forma de compliment del mandat constitucional." (GENERALITAT DE CATALUNYA, 1993:136).

En la Província de Barcelona, existeixen diferents tipus d'apartaments per a gent gran que, de vegades, es denominen tutelats o protegits. Els primers daten dels principis dels anys vuitanta.

Un model seria un pis de titularitat municipal -sense cap disseny específic-compartit per un petit grup de persones grans autònomes, on una treballadora familiar acudeix diàriament per preparar el menjar i tenir cura del manteniment de la llar.

Una altra modalitat és una sèrie d'apartaments -amb algunes mancances en el disseny de banys i cuines- situats en el mateix edifici en què hi ha d'altres serveis, entre d'ells una residència per gent gran i un casal. Els usuaris viuen sols o en parella, paguen una quantitat simbòlica -o més baixa que altres col·lectius de lloguer- i, en general, són bastant autònoms. Tot i no estar del tot establert, se'n gaudeixen d'alguns dels serveis de la residència.

També hi ha un tipus d'apartaments exclusius per a gent gran autònoma però que, ara per ara, no disposen de cap servei addicional.

Quan hi ha un apartament vacant, hi ha diferents modalitats per accedir-hi, però les sol·licituds solen fer-se a proposta de l'assistent social dels serveis socials de base a la que se li ha fet la demanda o que ha detectat un cas.

Els criteris de selecció combinen les situacions familiar, econòmica, de l'habitatge i el grau de dependència, de vegades també l'edat. En alguns, és una concessió vitalícia, en d'altres si la situació econòmica de l'usuari del pis variés, hauria de marxar.

Les relacions entre els veïns són un aspecte a tenir en compte per la qual cosa abans d'acceptar una persona com a usuari se li fa una valoració psicològica per veure si no crearan conflictes en la convivència, també es mira d'evitar les demències. Tot i així, hi ha hagut algun cas d'expulsió.

Les persones que viuen en els apartaments poden gaudir d'altres recursos intermedis com ara el SAD.

Tot i que en principi sembla que es tracta d'uns habitatges de protecció oficial -que els usuaris mateixos moblen total o parcialment-, presenten una sèrie de diferències amb els habitatges que l'administració concedeix a altres col·lectius: com ara, de vegades, la forma jurídica d'us i habitació, o l'establiment d'una sèrie de normes que resulten si més no sorprenents. D'una banda es fa èmfasi en què es tracta d'apartaments per a gent gran, de substituïts del domicili anterior, i d'altra banda, es controla la vida de les persones que hi viuen: no es poden tenir animals però s'estimula el tenir cura de plantes; no es poden quedar a dormir les persones amb les quals es té una relació afectivo-sexual però sí, en alguns llocs, un familiar; etc.

Si arriba un moment que la persona gran torna molt depenent, en primer lloc es mira que sigui la família qui busqui una solució. Sembla que, en principi, pel fet d'estar en un d'aquests apartaments no es té prioritat per ser admès en una residència però, a la pràctica, la pressió dels professionals que hi treballen fa que tinguin un major accés.

CONCLUSIONS

Per concloure, voldríem destacar la importància dels recursos intermedis per a la gent gran delicada com a complement de la xarxa informal i com alternativa -i no substitució- a la institució total.

Ara per ara, la seva cobertura és molt baixa i per això recolzem el seu augment, així com que es vagin introduint millores.

Tal com hem anat veient durant l'elaboració de l'estudi, la varietat d'organització és una de les característiques dels recursos analitzats cosa que pensem s'ha de valorar com un tret positiu.

En els recursos intermedis, però, repercuteixen les mancances i els problemes comuns a la xarxa de serveis socials i als serveis per a la gent gran, com ara la manca de cobertura: el dret universal a l'atenció social esdevé minoritària i la manca d'altres recursos -com ara les places residencials assistides, les places temporals o els habitatges a preu assequible per a la població en general- desvirtua els seus perfils i deixa mal atesos els seus usuaris. Així, de vegades, els recursos intermedis estan copsats per persones que esperen ser acceptades en altres recursos i això impedeix que hi puguin accedir d'altres que els necessitarien.

Pensem que aquestes mancances repercuteixen directament en les persones grans delicades i en les seves famílies, especialment en les dones que majoritàriament tenen cura d'elles. Per això, per nosaltres és tan important recolzar les administracions per que continguin, augmentin i millorin els serveis que ofereixen a les persones grans delicades, cosa que mirem de fer a partir de l'observació i l'anàlisi dels recursos i de la informació que tenim al nostre abast.

BIBLIOGRAFIA

FELIU, T.; MALUQUER, E.: *Models de recursos intermedis per a gent gran en la Província de Barcelona*. Estudi en curs.

GENERALITAT DE CATALUNYA (CARRERA, M.; GOMEZ, M.; PARRAMON, E.): *Reflexions sobre l'atenció domiciliària dintre la xarxa de serveis socials d'atenció primària a Catalunya*. GENERALITAT DE CATALUNYA (ICASS). Barcelona, 15 de juny de 1990, inèdit.

GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL: "Recursos en l'Àrea d'Atenció a la Vellesa" dins *Mapa de Serveis Socials*, Barcelona, 1991, inèdit.

GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL: *II Pla d'actuació social, 1992-1995*, novembre 1992.

GENERALITAT DE CATALUNYA, DEPARTAMENT DE BENESTAR SOCIAL: *Pla Integral de la Gent Gran*, Barcelona, 1993.

GENERALITAT DE CATALUNYA, "Document sobre els barems de prioritització d'atenció domiciliària per la gent gran", dins *Jornades Tècniques d'Atenció Domiciliària*, 29 i 30 d'abril de 1993, inèdit.

GENERALITAT DE CATALUNYA, SERVEI CATALÀ DE LA SALUT: *Pla de Salut de Catalunya 1993-1995*, 1993.

SÍNDIC DE GREUGES DE CATALUNYA, *Informes al Parlament de Catalunya. Anys 1989-1990*. Síndic de Greuges ed., Sabadell, volums 1990 i 1991.

LLEI 26/1985, de 27 de desembre de serveis socials, del Parlament de Catalunya (DOGC núm. 634, de 1.1.1986)

ORDRE de 15 de juliol de 1987, de desplegament de les normes d'autorització administrativa de serveis i establiments de serveis socials i de funcionament del Registre d'Entitats, Serveis i Establiments Socials, fixades al Decret 27/1987, de 29 de gener, de la Conselleria de Sanitat i Seguretat Social (DOCG núm.878, de 17.8.1987)

ORDRE de 15 de maig de 1991, per la qual es determinen les activitats d'assistència socio-sanitària que poden concertar-se amb les entitats titulars de centres, serveis, i establiments socio-sanitaris (DOGC núm. 1452, de 7.6.1991)

ORDRE de 19 de març de 1993, per la qual s'amplien i es detallen les condicions funcionals mínimes que han de complir els centres de dia per a gent gran. (DOGC núm. 1736, de 23.4.1993).

GENERALITAT DE CATALUNYA, ICASS: Annex del conveni pel 1991: "Desenvolupament del Programa d'Atenció Primària"