

DOCUMENTOS DE INTERÉS RELACIONADOS CON LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Sumario

- IV DIÁLOGOS DE LA DEPENDENCIA DE 2013.
- ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).

IV DIÁLOGOS DE LA DEPENDENCIA DE 2013.

Prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

La Fundación CASER para la Dependencia celebró el día 28 de noviembre de 2013 sus "IV Diálogos para la Dependencia". Con esta Jornada la Fundación pretende poner a debate temas relevantes de la dependencia para que a puerta cerrada y con asistencia de representantes de alto nivel de las Administraciones y expertos en la materia llegar a conclusiones operativas que mejoren a medio plazo el Sistema, analizando alternativas, compartiendo experiencias e intercambiando conocimientos y puntos de vista. El año 2013 el tema se ha dedicado a las prestaciones y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

A continuación se ofrece una reseña de la Jornada con aspectos referidos a la organización, principales asuntos tratados y conclusiones a las que se ha llegado después de un profundo debate.

Director:

Pablo Cobo Gálvez, Director de la revista Actas de la Dependencia de la Fundación CASER.

Ponentes:

Jesús Fuertes, Gerente de Servicios Sociales de la Consejería de Familia e Igualdad de Oportunidades de la Junta de Castilla y León.
Coro Piñeiro Vázquez, Secretaria General de Política Social de la Xunta de Galicia.
Miguel Montero Lange, Sociólogo, experto en el sistema de dependencia alemán.

Temas a debate :

1. Coherencia entre prestaciones y necesidades de las personas dependientes.

¿Responde el catálogo de servicios actual a las necesidades de las personas con dependencia?

¿Es suficiente el Catálogo establecido o debería desarrollarse adecuando el catálogo de servicios a la tipología de las discapacidades generadoras de dependencia?

2. Servicios versus prestaciones económicas.

Las previsiones de la Ley eran que las prestaciones en el entorno familiar fueran excepcionales. Hoy representan el 43,7%. Sin la teleasistencia, que tiene carácter complementario, el 49,75%.

¿Por qué

- Es más económica para las CC. AA?
- Existe suficiente infraestructura de servicios para absorber tan alto porcentaje de prestaciones económicas?
- Qué desean los beneficiarios y sus familias?

¿Teniendo en cuenta la regulación de la Ley tenía sentido la excepcionalidad?

¿Qué se puede hacer?

- La Reforma ha minorado la cuantía y ha endurecido las condiciones a los cuidadores. También ha suprimido la cotización a la Seguridad Social a cargo del IMSERSO.
- Se puede hacer algo más sin limitar la libre elección del beneficiario establecida en el art. 29.

3. Libre elección versus prescripción facultativa.

El art. 29 de la ley dice que "los servicios sociales del sistema público establecerán un PIA.... con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas del beneficiario".

¿Cuál debería ser el papel del profesional en el proceso?

¿Cuándo el beneficiario tiene realmente derecho a decidir?

4. El papel de las familias en la atención. Servicios profesionales versus atención familiar.

¿Debe primar el servicio profesional cuando su criterio es contrario al del interesado y al de su familia que manifiesta su interés e intención en cuidar?

¿Pueden los poderes públicos imponer un determinado programa (PIA) en contra del interesado y de la familia?

¿Qué opinan las entidades que representan a los beneficiarios?

¿Qué dice la Convención de derechos humanos de las personas con discapacidad?

¿Cuál es la interpretación en este caso de las organizaciones y de las personas con discapacidad?

5. Servicios en casa versus servicios institucionales.

Los cuidados en nuestro sistema se prestan mayoritariamente, en un 80%, o bien con servicios en el domicilio o bien con el apoyo de los centros de día, sin que el beneficiario este institucionalizado.

El porcentaje es bajo comparado con otros países europeos, pero responde a los intereses y preferencias de la población, según las

encuestas realizadas.

La institucionalización está garantizada, evitando que pueda producirse en contra de la voluntad del interesado. Art. 3g) de la Ley "derecho a decidir libremente sobre el ingreso en un centro residencial".

6. Copago y suficiencia económica de las prestaciones.

Un problema fundamental de las prestaciones es el de la suficiencia económica. La suficiencia es algo indeterminado e indefinido. El Estado debería determinar con claridad el alcance real de la financiación de los poderes públicos por cada beneficiario.

También debe encargarse de los costes de quienes no pueden hacerlo por falta de recursos.

Es importante la regulación del copago. Debería llevarse a cabo mediante Real Decreto del Gobierno, para evitar las diferencias y lo que es peor la desregulación.

7. Idoneidad de la red de servicios.

El art. 6.2. establece que "El Sistema se configura como una red pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios públicos y privados".

¿Es idónea la red cuantitativa y cualitativamente?

¿Cómo determinar la idoneidad?

- Aprobar una normativa y aplicar un procedimiento adecuados de acreditación.
- Inventariar los centros, servicios y plazas por tipo de servicio y ámbito territorial dentro de cada Comunidad Autónoma.
- Constatar la suficiencia o insuficiencia de

plazas y servicios en cada territorio.

- Planificar la solución de carencias e insuficiencias.

La información que según el Acuerdo del Consejo han de remitir las CC.AA. es fundamental para abordar la política de potenciación de los servicios.

8. Tendencias en Europa.

Refuerzo del papel de las familias, facilitando apoyos económicos y profesionales para que se responsabilicen de los cuidados.

Descentralización de la gestión de las prestaciones en las instituciones más próximas al ciudadano.

Coordinación con los servicios sanitarios, anclando la responsabilidad en los servicios sociales.

Tendencia al “personal baget” y a la prestación económica o cheque servicio con el que el ciudadano adquiere los servicios que necesita y puede hacer frente (por la exigencia de copago).

Libertad de elección entre servicios y proveedores.

Extensión de los cuidados en el entorno familiar a cuidadores inmigrantes (incluso con regularización de residencia).

9. Previsiones y realidad de la dependencia.

Desviaciones sobre beneficiarios.

Desviaciones sobre las prestaciones concedidas.

Desviaciones sobre el empleo.

10. Calidad.

Se ha avanzado poco en la acreditación de los profesionales.

Deben establecerse los indicadores de calidad a los que se refiere la Ley.

11. Prioridad en el acceso a las prestaciones y ventajas de la prestación económica vinculada.

Importancia de redefinir las prioridades en relación con los servicios.

Ventajas de la concesión de la prestación económica vinculada.

12. El papel de las Entidades Locales.

Problemas que pueden surgir con la aprobación del nuevo proyecto de Ley sobre Entidades Locales.

13. La financiación.

La importancia de abordar una modificación sustancial de la financiación de la Ley, incorporando ésta a la financiación de las Comunidades Autónomas.

14. El hecho diferencial de la discapacidad.

Los problemas de encaje de la discapacidad en la dependencia.

15. Cartera de servicios de Galicia.

I. Cartera de Servicios comunes.

II. Cartera de servicios específicos.

Para personas dependientes con alzhéimer.

Para personas dependientes con discapacidad física.

Para personas dependientes con parálisis cerebral.

Para personas dependientes con daño cerebral.

Para personas dependientes con discapacidad intelectual.

Para personas dependientes con trastorno del espectro autista.

Para personas dependientes con enfermedad mental.

16. El Régimen de prestaciones del Sistema alemán de Cuidados.

I. Beneficiarios del seguro de cuidados: 2.541.753.

• Atención a domicilio	1.768.345
• Cuidadores Familiares	1.053.632
• Servicios profesionales	181.865
• Combinación prestaciones	312.689
• Profesionales en ayuda a domicilio	290.714
• Atención en residencias	773.408
• Trabajadores	661.179

II. Distribución por tipo de prestaciones.

• Cuidadores Familiares	48,3%
• Servicios profesionales	5,8%
• Combinación prestaciones	17,1%
• Residencias	28,8%

III. Gasto en prestaciones, año 2011: 20.890 millones.

• Prestaciones económicas de cuidados familiares	4.470 millones.
• Cotizaciones	870 millones
• SAD profesional	3.250 millones
• Residencias	9.710 millones
• Otras prestaciones	2.590 millones

IV. Financiación.

• Cotización a la seguridad social del	2,05%.
• Cotización a la seguridad social de los que no tienen hijos:	2,05 + 0,25%

Conclusiones de la Jornada.

1. Es necesario profundizar en el desarrollo del catálogo de servicios, elaborando carteras de servicios más adecuadas a las necesidades de los distintos tipos de discapacidad generadoras de dependencia.

2. Galicia es un ejemplo de cartera de servicios a tener en cuenta; en dicha cartera aprobada por la Xunta hay un cambio de paradigma en la forma de atención, pasando la focalización desde los centros donde se presta el servicio a los servicios que necesita el beneficiario. La cartera se ha aprobado con el acuerdo de las organizaciones representativas del sector.

3. Asimismo, en el desarrollo del catálogo se consideran de gran interés los centros multi-servicio, incorporando en ellos la capacidad de evaluación de los distintos procesos de atención y la posibilidad de participación de los beneficiarios.

4. Deben establecerse en todo el territorio del Estado procedimientos comunes de acceso a las prestaciones de servicios sociales, así como en la determinación del copago, con el fin de facilitar trámites y lograr un trato equitativo de la participación de los beneficiarios en el coste de los servicios según su situación personal y económica.

5. Deben potenciarse los modelos de atención centrados en la persona, incorporando en la medida de lo posible la gestión del caso, especialmente entre quienes presentan un mayor grado de vulnerabilidad.

6. Deben potenciarse los servicios que generan actividad económica y empleo, pero

haciéndolos compatibles con la posible decisión de los beneficiarios y sus familias de ser atendidos en el entorno familiar, siempre que quede garantizada una adecuada atención.

7. La distribución de las prestaciones, aunque se está corrigiendo en alguna medida, se aleja de lo que se considera técnica y económicamente lo más adecuado. Entre las medidas a adoptar:

- Deberían incrementarse los servicios profesionales y de manera especial la ayuda a domicilio.
- También, en aras de la equidad y de facilitar la elección de los beneficiarios, debería facilitarse la concesión de prestaciones económicas vinculadas, cambiando el actual sistema, adaptando las cantidades económicas y el copago al tipo de servicio e intensidad del mismo.
- Deberían potenciarse las prestaciones de promoción de la autonomía, desarrollando este tipo de servicios para los Grados III y II y adecuando el funcionamiento de los centros de día para que puedan ofrecer servicios a más beneficiarios y de más calidad.
- Debería reglamentarse la prestación de asistencia personal para hacerla viable a todos los interesados en ella.
- Debería promoverse la adaptación de las residencias al modelo de atención centrada en la persona.

8. Conclusiones del análisis de sistema prestacional alemán:

- Los intereses de los alemanes en relación con la demanda de servicios y prestaciones de la ley no son muy diferentes de los de los españoles.

- Asimismo la distribución entre servicios profesionales y familiares en el domicilio se asemeja bastante.

- Existe una diferencia importante, sin embargo, en la financiación destinada por el sistema alemán y por el español, pero sobre todo en las fuentes de financiación para garantizar su sostenibilidad. En el sistema alemán las cotizaciones, a través de las cuales se financian las prestaciones, se adecúan periódicamente a las necesidades derivadas del número de beneficiarios, en el español, por el contrario, al no existir una fuente de financiación finalista no existe una correlación efectiva entre las necesidades de ingresos y gastos del sistema.

9. Aunque el porcentaje de atención en residencias es bajo comparado con otros países europeos, responde a los intereses y preferencias de la población, según las encuestas realizadas. No obstante, se considera que la red de residencias en España tiene un potencial que permite prestar otros servicios (centros de día y de noche, ayuda a domicilio, lavandería, comida...), además del de atención residencial.

10. Financiación, suficiencia económica y copago.

- Uno de los problemas fundamentales del Sistema es el de la suficiencia económica. Se debería avanzar en la claridad y la suficiencia de las fuentes de financiación.
- Por lo que se refiere a la participación del beneficiario en los costes, ésta debería regularse mediante Real Decreto del Gobierno para todo el territorio, teniendo en cuenta las necesidades especiales que presentan las personas con discapacidad.

11. Sobre la red servicios.

Con el fin de mejorar la idoneidad de la red de servicios de atención a la dependencia, se debería.

- Desarrollar un sistema estadístico de información y de indicadores de evaluación de centros, servicios y plazas, así como de profesionales completo a nivel estatal y por CC.AA.

- Aprobar una nueva normativa, única para todo el territorio nacional, con procedimientos de acreditación e indicadores de calidad de centros y servicios.

- Inventariar los centros, servicios y plazas por tipo de servicio y ámbito territorial dentro de cada Comunidad Autónoma y constatar la suficiencia o insuficiencia de plazas y servicios en cada ter

ESTRATEGIA DE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD (SNS).

En el marco del abordaje de la cronicidad en el SNS.

MINISTERIO DE SANIDAD, SERVICIOS SOCIALES E IGUALDAD. Noviembre 2013.

La Estrategia se desarrolla en el marco del plan de implementación de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud (SNS), aprobada por el pleno del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud del día 27 de junio de 2012.

Como Estrategia de Promoción de la Salud y Prevención de la Enfermedad establece un marco general que permite el desarrollo progresivo de intervenciones dirigidas a ganar salud y prevenir las enfermedades, las lesiones y la discapacidad.

La estrategia según señala en su introducción, además de basarse en la efectividad, tiene cinco características importantes para conseguir los mejores resultados:

Una es su aplicación a lo largo de todo el ciclo vital. Conseguir el máximo potencial de salud es un proceso que se desarrolla a lo largo de toda la vida y que tiene que ver, no solo con un individuo en diferentes edades, características, y etapas vitales, sino también con las condiciones en las que vive.

La segunda es el abordaje por entornos. El abordaje por entornos conlleva no solo cuidar los aspectos físicos que ponen en riesgo la salud, sino también los procesos internos que rigen la actividad en ese entorno donde las personas desarrollan su vida diaria para que genere salud, la proteja y posibilite la prevención de enfermedades.

El enfoque poblacional, que es la tercera característica, marca una enorme diferencia con las intervenciones selectivas (solo aplicadas a grupos definidos como de riesgo) porque permite que se inicie un proceso de mejora de la salud dando la posibilidad a cada persona de avanzar en el mismo, independientemente de en qué nivel de riesgo o no riesgo se sitúe, siempre obteniendo mejor nivel de salud. Este enfoque ofrece además la oportunidad de dirigir intervenciones proporcionales a las diferentes necesidades.

La cuarta característica es el abordaje de los problemas o factores no solo desde el enfoque de déficit (como el sedentarismo) sino también desde el enfoque positivo, es decir potenciando los factores protectores y facilitadores del proceso de ganancia en salud, teniendo además en cuenta, las fortalezas y capacidades de las personas, la comunidad y sus "activos" en general.

La quinta característica es el enfoque integral. Aunque la definición de salud fue realizada hace más de 60 años con tres componentes inseparables, hasta el momento nos hemos centrado más intensamente en el componente físico de la misma quizá debido al gran desarrollo de la biomedicina, que ha contribuido, junto con la mejora de las condiciones generales y la Salud Pública, a un gran aumento de la esperanza de vida. Sin embargo, el componente mental de la salud, ha sido desarrollado fundamentalmente solo bajo el nombre de "salud mental" con un abordaje casi exclusivo de la enfermedad mental. Esto ha creado una situación y una tendencia que sitúa a la enfermedad y el malestar mental entre los principales problemas de salud en la actualidad. El componente social de la salud también debe ser reforzado en una estrategia de este tipo y especialmente en relación a los factores concretos que vamos a abordar.

Esta Estrategia es, no solo una oportunidad de integrar y coordinar los esfuerzos de promoción de la salud y prevención de la enfermedad entre todos los niveles, sectores y actores implicados, sino también una demanda de nuestro entorno. Este es un buen momento de integrar y coordinar los esfuerzos para un abordaje conjunto, proporcional y ordenado.

Especial interés en esta reorientación hacia la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad tienen los sistemas de información que actualmente se enfocan mayoritariamente en la enfermedad y en sus procesos, y proporcionan escasa información para el desarrollo de la promoción de la salud y la prevención de las enfermedades y discapacidad. Asimismo, es necesario promover la investigación en esta área y la transferencia de sus resultados.

En el actual contexto socioeconómico, con las tensiones a que está sometida la sociedad y el propio sistema sociosanitario, se hace imperativo un giro hacia la promoción y la prevención, lo que proporcionará un doble beneficio, aumentar el bienestar y la cohesión social y trabajar en la sostenibilidad del sistema a medio y largo plazo.

La Estrategia desarrolla el siguiente ÍNDICE:

- Introducción.
- Análisis de situación.
- El estado de salud de la población.
- Factores abordados en esta Estrategia.
 - Actividad física.
 - Alimentación saludable.
 - Consumo de riesgo y nocivo de alcohol.
 - Consumo de tabaco.
 - Bienestar emocional.
 - Seguridad y lesiones no intencionales.
- Visión, misión, objetivo.
- Principios rectores.
- Líneas estratégicas.
 - Ejes de acción de la Estrategia.
 - Poblaciones priorizadas.
 - Entornos de actuación.
 - Factores abordados.
- Objetivos específicos.
- Metodología.

- Intervenciones seleccionadas para la acción.
- Proceso de implementación.
- Seguimiento y evaluación.
- Lista de acrónimos.
- Anexos.
- Referencias.

Se puede consultar el texto íntegro en la siguiente dirección de internet: http://www.isfie.org/documentos/Estrategia_Promocion_salud_prevenion_SNS.pdf.