

Capítulo 4

Programa de atención comunitaria a las personas con dificultades de autovalimiento

REDACTORES:

Manuel Aguilar Hendrickson
Concepción Corera Oroz
Miguel Laparra Navarro
Balbina Liberal Art aiz
Begoña Pérez Eransus

Sumario

Página	
119	1. La atención a domicilio en Navarra
120	1.1. EL PROGRAMA MÁS ANTIGUO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA
125	1.2. LAS PREVISIONES DEL PLAN GERONTOLÓGICO
127	1.3. LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA
127	1.4. DE LA AYUDA DOMÉSTICA A LA ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD
128	2. Objetivos y contenido del Programa
128	2.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA
129	2.2. CONTENIDOS DEL PROGRAMA
130	3. La regulación del acceso
130	3.1. CRITERIOS PARA REGULAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN
133	3.2. UNA PROPUESTA
134	4. Integrar la gestión de los recursos
134	4.1. RAZONES PARA LA GESTIÓN INTEGRADA
135	4.2. UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRADA
140	4.3. ALGUNAS CUESTIONES PENDIENTES DE PRECISAR
142	4.4. EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS AYUDAS ECONÓMICAS

Página

120	[Tabla 1]	Implantación de la atención a domicilio en los servicios sociales de base (excepto Pamplona)
122	[Tabla 2]	Las personas usuarias del SAD por CCAA en 1995
122	[Tabla 3]	Las personas usuarias del SAD por CCAA en 1995 según la fuente que proporciona los datos.
123	[Tabla 4]	Datos del programa de Atención a Domicilio en Navarra 1995
124	[Tabla 5]	Cobertura y coste de los programas de atención a domicilio en algunas comunidades autónomas 1998.
124	[Tabla 6]	Intensidad horaria por CCAA en 1995
124	[Tabla 7]	Intensidad de la atención domiciliaria en el País Vasco en 1994.
125	[Tabla 8]	Objetivos del Plan Gerontológico de Navarra 1997–2000 relativos a la atención a domicilio y la permanencia en la comunidad
131	[Tabla 9]	Dimensiones de medida de la dependencia en los diversos tests
134	[Tabla 10]	Criterios e instrumentos de regulación de la atención
135	[Tabla 11]	Dispositivos a integrar en la gestión de casos para la atención a personas con problemas de dependencia en la comunidad

1. La atención a domicilio en Navarra

Los programas de atención a domicilio a personas dependientes nacen como resultado de diferentes factores. En cada país y cada momento histórico de creación de los servicios, el peso de unos u otros ha sido diferente. Entre los principales factores pueden señalarse:

- La intención de extender desde los centros residenciales (hospitales, residencias) hacia el domicilio algunas de las atenciones a pacientes o personas dependientes. Estos centros se encuentran con la necesidad de atender a estas personas cuando abandonan el centro o en casos en los que no es imprescindible su ingreso, pero la capacidad de autocuidado es limitada.
- La crítica de las instituciones de internamiento por los efectos perversos sobre la capacidad social y la calidad de vida de los internos. Esta crítica se tradujo en la propuesta de su sustitución por servicios de atención ambulatoria y en la comunidad, que en la práctica se tradujo, con mayor o menor fortuna, en los procesos de desintitucionalización.
- La preferencia de muchas personas dependientes (y de muchas de sus familias) por la permanencia en el entorno habitual de vida.
- La voluntad de dar una respuesta local a necesidades no cubiertas desde las administraciones responsables (en general centrales o regionales). Esta voluntad explica el origen de muchos programas en la iniciativa de los municipios o las entidades sociales. Explica también una cierta orientación hacia proveer de alguna atención (no siempre toda la necesaria) a sectores desatendidos, como los pensionistas asistenciales en los 70 y 80, o más en general a quienes no obtienen una plaza residencial en momentos de escasez de las mismas.
- La intención de ofrecer una atención menos costosa por medio del ahorro de ciertos gastos fijos (instalaciones, plantilla permanente), de una optimización del uso de recursos de forma más flexible, y de la captación del trabajo no pagado de las personas (en general mujeres) del entorno familiar inmediato.

Esta pluralidad de factores, con un peso diferente en cada momento, ha tenido como consecuencia un desarrollo de los programas sin formar parte de una estrategia coherente de atención en la comunidad. Suelen ser programas en los que se aprecian problemas de:

- Diferencias importantes (de cobertura y atención) entre unos territorios y otros.
- Falta de claridad de criterios acerca de la población que deben atender y de su papel en relación con la atención residencial.
- Separación respecto a los demás servicios que pueden contribuir a la atención en la comunidad (centros de día, estancias breves, servicios de respiro familiar, etc) tanto en la gestión (incompatibilidad de servicios, dependencia de administraciones diferentes, regulación incoherente) como en las poblaciones atendidas.
- Aparición de los efectos perversos de umbral, por los que en ocasiones un incremento de la necesidad puede traducirse en una pérdida de atención al pasar a ser "competencia" de otros servicios saturados o menos protectores.
- Más en general una cierta superposición de objetivos de forma poco coherente. Abaratar costes, conseguir una mejor calidad de vida, atender las preferencias de las personas usuarias y promover el empleo local en los servicios de proximidad pueden ser objetivos armonizables, pero dicha armonización no siempre se ha dado, y la jerarquía de objetivos no siempre ha estado clara.

1.1. EL PROGRAMA MÁS ANTIGUO DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN PRIMARIA

El programa de atención a domicilio es, probablemente, el más antiguo de los programas de atención primaria de los servicios sociales en Navarra. Sus orígenes se remontan a la creación, en 1974, del servicio de atención a ancianos necesitados en su domicilio. Este servicio fue creado por Cáritas, la Cruz Roja y el Ayuntamiento de Pamplona, instalándose inicialmente en la Cruz Roja. El servicio de atención a domicilio fue asumido en 1979 por la Diputación Foral, que lo mantuvo restringido al municipio de Pamplona y orientado hacia ancianos beneficiarios de pensiones (ayudas individualizadas periódicas) del FAS y de la asistencia médico-farmacéutica municipal. El servicio se extiende posteriormente a Tudela. En 1990 el servicio de atención a domicilio en Tudela es transferido a su ayuntamiento, y en 1998 se transfiere el servicio en la capital al Ayuntamiento de Pamplona.

La Ley Foral sobre Servicios Sociales de 1983 hace referencia en varios lugares a la atención a domicilio. Entre las actuaciones que anuncia que se fomentarán en el área de la tercera edad se menciona la "potenciación del servicio de asistencia a domicilio, como cédula municipalizada de información de recursos y asistencia a las necesidades" (artículo 3, b, 3 LFSS). También menciona entre las actuaciones prioritarias en el área de minusválías la "atención domiciliaria y económica" (artículo 3, c, 5 LFSS), y finalmente, atribuye a los ayuntamientos la función de creación, organización y gestión de servicios sociales, entre los cuales se considerarán prioritarios la "atención a la tercera edad, mediante ayuda a domicilio, hogares, clubes y residencias" (artículo 6 LFSS).

En 1985, la primera convocatoria del Gobierno de Navarra para la implantación de servicios sociales de base en los ayuntamientos permite el establecimiento de programas de atención a domicilio en 6 de los 17 municipios que la suscriben.

En enero de 1987, el Decreto foral por el que se regulan los servicios sociales de base establece entre los programas específicos "los propios del sector de familia y comunidad, incluida la ayuda a domicilio" (artículo 3, 3, a DFSSB). El decreto establece que los programas específicos son aquellos, de "carácter complementario", que sirven para "hacer frente (...) a problemas sociales propios de la población de su demarcación territorial, definidos por los ayuntamientos y abordables desde los recursos propios del nivel primario" (artículo 3, 3 DFSSB). Por tanto, el decreto prevé que los programas de atención a domicilio, en tanto que programas específicos, no tienen por qué ser prestados en todos los SSB, aunque les da un carácter prioritario.

En las sucesivas convocatorias para la implantación de los servicios sociales de base el número de zonas básicas con programa de atención a domicilio crece. Desde 1991 está implantado en todas las zonas básicas de Navarra. [Tabla 1]

Tabla 1
Implantación de la atención a domicilio en los servicios sociales de base (excepto Pamplona)

Año	Zonas SSB	Zonas SAD	Personas atendidas durante el año
1985	17	6	
1986	18	7	
1987	22	14	140
1988	34	13	
1989	36	14	
1990	36	22	
1991	40	31	728
1992	40		1.214
1993	40		1.505
1994	40	40	1.473
1995	40	40	
1996	40	40	2.062
1997	40	40	2.041
1998	40	40	2.225

En la actualidad, la atención a domicilio en Navarra abarca los siguientes servicios:

El programa de atención a domicilio público, gestionado y financiado por las administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales (Gobierno de Navarra y ayuntamientos). Este programa está dirigido al conjunto de la población (no es específico para las personas mayores o con discapacidad) aunque en su mayor parte se dirige a personas mayores. Presenta dos modalidades de atención diferentes:

- Atención directa por parte de los programas de atención a domicilio de los servicios sociales de base. Se dirige a personas con necesidades de atención de hasta 2 horas diarias. Es gestionado por las administraciones responsables de los servicios sociales de base (ayuntamientos y man-comunidades) y financiado por éstas y el Gobierno de Navarra. Están implantados en todo el territorio de Navarra. La atención se presta por medio de personal de los propios servicios sociales de base, aunque en algún caso los ayuntamientos contratan servicios con empresas.
- Ayudas económicas para la atención a domicilio. Se dirige a las personas con necesidades de atención iguales o superiores a 2 horas y media al día. Es gestionado por el Instituto Navarro de Bienestar Social del Gobierno de Navarra. Las ayudas económicas se conceden a las personas beneficiarias, que pagan con ellas a las personas que les atienden.

Servicios de atención a domicilio gestionados por asociaciones

Servicios de atención a domicilio prestados por empresas comerciales

La atención a domicilio en Navarra en comparación con otras comunidades

En los últimos años la población atendida por el programa de atención a domicilio público en su conjunto ha venido creciendo hasta alcanzar unas 4.300 personas atendidas a lo largo de un año (1997), unas 3.400 en un mes (septiembre 1998). Las personas atendidas mayores de 65 años vienen a representar un 4,9 por ciento de la población navarra mayor de dicha edad¹.

Realizar una comparación de la cobertura e intensidad de la atención a domicilio en diferentes comunidades autónomas presenta grandes dificultades. En algunas comunidades el servicio se presta desde diferentes administraciones, lo que hace difícil disponer de datos globales de servicio. Los datos no suelen estar publicados, son difíciles de recopilar y no suelen estar recogidos con los mismos criterios, por lo que resulta complicado realizar un análisis comparativo. Es frecuente que los datos de diversas fuentes no coincidan, por lo que hay que tener cierta precaución a la hora de interpretarlos. Con todas las salvedades que se señalan, se ha realizado un intento de análisis comparativo que nos permita hacernos una idea de la situación en la que se encuentra Navarra en relación con otras comunidades autónomas.

En primer lugar se muestran datos de todas las comunidades autónomas para 1995, obtenidos en una investigación realizada por el IMSERSO, mediante encuesta a las Corporaciones Locales de más de 500 habitantes.

Según los datos de esta fuente se puede observar que en 1995 la cobertura del SAD en Navarra es el doble (1,43) que la media de España. Navarra se sitúa entre las comunidades que ofrecen mejor cobertura, con un nivel muy similar al País Vasco, por encima de la Comunidad de Madrid y superada únicamente por Cataluña, Murcia y Extremadura. En el caso de estas dos últimas Comunidades los datos resultan muy sorprendentes y quizá convendría contrastar con otras fuentes. [Tabla 2]

No obstante son datos que hay que tomar con cierta precaución, ya que contrastados con los datos facilitados por las comunidades, recogidos también por el IMSERSO, puede comprobarse que en una buena parte de los casos son cifras distintas y casi todas ellas superiores a los que esta entidad presenta como resultado de la investigación. [Tabla 3]

Notas

1. Estas cifras deben ser actualizadas para tener en cuenta el aumento de la población anciana entre 1996 y 1999

Tabla 2
Usuarios del
SAD por
CCAA en
1995

	Personas atendidas a lo largo del año		Población mayor de 65 años: B (*)	Cobertura total (A/B) x 100
	Totales	Mayores de 65 años: A		
Andalucía	11.398	9.563	6.196.499	0,15
Aragón	3.196	2.854	238.533	1,20
Asturias	1.543	1.438	211.960	0,68
Baleares	1.326	1.140	112.791	1,01
Canarias	2.248	1.842	167.189	1,10
Cantabria	1.161	1.036	92.726	1,12
Castilla-La Mancha	6.705	6.073	318.714	1,91
Castilla-León	6.395	6.023	511.333	1,18
Cataluña (**)	24.455	20.787	987.233	2,11
Extremadura	5.816	5.286	179.186	2,95
Galicia	5.762	4.881	499.812	0,98
La Rioja	707	628	47.436	1,32
Madrid	9.068	8.214	687.867	1,19
Murcia	2.880	2.381	148.683	1,60
Navarra	1.255	926	87.549	1,43
País Vasco	5.469	4.724	321.958	1,47
C.Valenciana	5.348	3.800	604.632	0,63
Total	94.732	81.596	11.414.101	0,71

Fuente: Elaboración propia a partir de los datos del IMSERSO

(*) Fuente: INE, Padrón de 1996

(**) En Cataluña se ha utilizado el dato proporcionado por la C.A y no el obtenido en la investigación del IMSERSO por la disparidad tan grande que existe entre uno y otro.

Tabla 3
Usuarios del SAD por CCAA en 1995, según la fuente que proporcione los datos

	Personas atendidas a lo largo del año	
	Encuesta IMSERSO	Datos proporcionados por gobiernos autónomos
Andalucía	11.398	14.054
Aragón	3.196	
Asturias	1.543	
Baleares (**)	1.326	
Canarias (***)	2.248	
Cantabria	1.161	
Castilla-La Mancha	6.705	6.909
Castilla-León	6.395	9.616
Cataluña	24.455	24.455
Extremadura	5.816	5.816
Galicia	5.762	5.452
La Rioja	707	
Madrid	9.068	
Murcia	2.880	
Navarra	1.255	
País Vasco	5.469	8.214
C.Valenciana	5.348	3.161
Total	94.732	

Fuente: Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España. IMSERSO.

La propia publicación explica que el hecho de que estas cifras no coincidan es algo que no se considera anormal, ya que la investigación proporciona los datos de los usuarios de los servicios municipales de atención a domicilio y en algunas comunidades otras administraciones u entidades proporcionan el servicio con independencia de la gestión de las corporaciones locales. Así explica el caso de Cataluña donde la discrepancia es muy fuerte.

Si contrastamos los datos de Navarra que aparecen en esta tabla, publicados por el IMSERSO, con los que figuran en el Plan Gerontológico de Navarra 1997-2000, nos encontramos que los datos del IMSERSO están muy por debajo de las cifras reales que aparecen en el Plan Gerontológico de Navarra. En este último aparecen 2.186 personas beneficiarias atendidas por los servicios de atención a domicilio municipales, lo que sitúa a esta Comunidad en una cobertura muy superior a la que refleja la investigación realizada por el IMSERSO. A esto hay que añadir 1.467 personas beneficiarias de ayudas económicas para atención a domicilio del Gobierno de Navarra.

Lo mismo ocurre con los datos del País Vasco, el Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco, realizado para el Parlamento Vasco, por la institución del Ararteko en 1995, refleja que en 1994 el número de personas atendidas a domicilio mayores de 65 años era de 8.214 personas, lo que corresponde con una cobertura del 3,05%, el doble de la que aparece en la investigación realizada por el IMSERSO para 1995, y una cifra muy parecida a la que esta institución presenta según datos recopilados directamente de las Comunidades Autónomas.

La diferencia en los datos entre una fuente y otra quizá se explique por que la investigación del IMSERSO tiene en cuenta únicamente las corporaciones locales de más de 500 habitantes. [Tabla 4]

Tabla 4
Datos del Programa de Atención a Domicilio en Navarra en 1995

	Personas beneficiarias	Cobertura(*)	Intensidad (horas/semana)
Total SAD	2.186	2,70%	2,9
Total ayudas económicas	1.467	1,81%	13,36
Total	3.656	4,51%	7,10

(*) Porcentaje de personas mayores de 65 años que reciben el servicio.
Fuente: Plan Gerontológico de Navarra 1997-2000.

En todo caso, los datos del Plan Gerontológico sitúan a Navarra entre las Comunidades Autónomas que mejor cobertura ofrece.

Si pasamos a analizar la cobertura de los programas de Atención Domiciliaria en 1998, a través de información recopilada por la Dirección General de Bienestar Social de algunas Comunidades Autónomas [Tabla 5], nos encontramos que Navarra, sumando las dos modalidades de atención, es la que mejor cobertura ofrece entre las comunidades analizadas. Aunque se echa de menos la información de comunidades como Madrid, Cataluña o el País Vasco.

Si nos fijamos en la intensidad de la atención en número de horas semanales, los datos que publica el IMSERSO [Tabla 6], indican que los usuarios reciben una atención media de 4,7 horas semanales. Navarra ofrece una intensidad media de 3,02 horas a la semana, situándose según la investigación del IMSERSO entre la comunidades que menor intensidad ofrecen. En este caso resulta una intensidad muy similar a la que nos proporciona el Plan Gerontológico de Navarra, 1997-2000, que como puede verse en la tabla que se ha mostrado anteriormente es de 2,90 horas a la semana fijándonos únicamente en la modalidad de atención directa.

No obstante, hay que tener en cuenta que en Navarra existe la modalidad de ayudas económicas, que eleva la media de atención a 7,10 horas a la semana, modalidad no considerada en la investigación del IMSERSO. No es sorprendente que la media de atención directa resulte más baja que la media del resto de la comunidades ya que la atención directa atiende los casos que necesitan menos de dos horas a la semana.

Tabla 5
Cobertura y coste de los programas de atención a Domicilio en algunas comunidades autónomas en 1998

	Personas atendidas a lo largo del año		Población mayor de 65 años: B (*)	Cobertura total (A/B) x 100	Coste del programa	
	Totales	Mayores de 65 años: A			Total	Por persona atendida
Aragón	5.985	4.616	238.533	1,94	824.040.280	137.684
Asturias	3.643	3.203	211.960	1,51	797.589.932	218.938
Baleares	3525	3.031	112.791	2,69	584.898.648	165.929
Canarias	7.700	6.622	167.189	3,96	947.434.585	123.043
Cantabria (**)	1.470	1.388	92.726	1,50	160.000.000	108.844
La Rioja (**)	1.181	1.060	47.436	2,23	132.706.000	112.367
Murcia	2.423	2.095	148.683	1,41		
País Vasco (***)	8.214	269.098	269.098	3,05	4.028.283.000	490.417
Navarra / atención directa	3.294	2.832	87.549	3,24	785.991.725	238.613
Navarra / ayuda económica	1.832	1.691	87.549	1,93	630.377.946	344.093

Fuente: Elaboración propia a partir de datos recopilados por la Dirección General de Bienestar Social.

* Fuente: INE, Padrón de 1996

** Sin contabilizar aportación municipal en el coste.

*** Datos para 1994. Fuente Informe extraordinario... Op.cit

Tabla 6
Intensidad horaria por CCAA en 1995

	Horas/semana de atención (media)
Andalucía	4,25
Aragón	3,58
Asturias	2,10
Baleares	4,74
Canarias	5,36
Cantabria	5,69
Castilla-La Mancha	4,67
Castilla-León	4,31
Cataluña	3,73
Extremadura	3,95
Galicia	4,80
La Rioja	5,06
Madrid	4,94
Murcia	5,38
Navarra	3,02
País Vasco	5,53
C.Valenciana	4,65
Total	4,70

Fuente: Evolución y extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España. IMSERSO, página 50

Tabla 7
Intensidad de la Atención Domiciliaria en el País Vasco en 1994

	Media de horas semanales
Total País Vasco	5,67
Álava	6,77
Bizkaia	5,01
Gipuzkoa	6,37

Fuente: Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco. Vitoria-Gasteiz, Ararteko 1995.

Es importante señalar que según datos publicados en el Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco citado anteriormente, que en 1994, alcanzó la cota más alta de atención, con 5,67 horas a la semana, destacando sobre todo la provincia de Alava que alcanza 6,77 horas de atención a la semana. [Tabla 7]

1.2. LAS PREVISIONES DEL PLAN GERONTOLÓGICO

El Plan Gerontológico de Navarra 1997–2000 establece como uno de sus ejes prioritarios el favorecimiento de la permanencia en el propio domicilio de las personas mayores. La permanencia en el propio domicilio debe hacerse posible, en el caso de las personas mayores con dificultades de autovalimiento mediante:

- La provisión de los cuidados necesarios en la propia comunidad
- La dotación a las redes naturales de ayuda de los medios necesarios para prestarla
- La participación del voluntariado

Tabla 8
Objetivos del Plan Gerontológico de Navarra 1997–2000 relativos a la atención a domicilio y la permanencia en la comunidad

Objetivo general 5	<p>Favorecer la permanencia de las personas mayores en su entorno social mediante la provisión de los cuidados necesarios en la propia Comunidad</p> <p>5.1. Potenciar las ayudas para la adecuación de la vivienda a las necesidades de las personas mayores, tanto en lo referido a las condiciones generales de habitabilidad como a la supresión de barreras arquitectónicas.</p> <p>5.2. Desarrollar y consolidar los programas de ayuda a domicilio en el ámbito sanitario y social.</p> <p>5.3. Regular los programas de ayuda a domicilio universalizando su concepción como un derecho social y estableciendo criterios de acceso al mismo.</p> <p>5.4. Promover la creación de servicios de atención diurna, aprovechando, hasta donde sea posible, las infraestructuras ya existentes en la red residencial y de clubes.</p> <p>5.5. Extender a toda Navarra el servicio de teleasistencia y promover la implantación de innovaciones técnicas que favorezcan la comunicación de los mayores con dificultades sensoriales y/o motoras.</p>
Objetivo general 4	<p>Potenciar la asunción de la corresponsabilidad social en la atención de los individuos dependientes, dotando a las redes naturales de ayuda de los medios necesarios para ejercer ésta y fomentando la participación del voluntariado</p> <p>4.1. Promover el apoyo profesional a las familias que atienden ancianos/as dependientes mediante programas formativos y de orientación a los cuidadores/as que realizan esta importante función social.</p> <p>4.2. Promover las ayudas económicas directas o indirectas a las familias para apoyarles en la atención a los mayores con problemas de incapacidad.</p> <p>4.3. Promover la adaptación de normativas y convenios laborales a las nuevas necesidades sociales, reconociendo permisos especiales para atención a mayores dependientes.</p> <p>4.5. Fomentar el voluntariado en el ámbito de los cuidados destinados a los mayores con problemas de incapacidad.</p> <p>4.4. Promover servicios institucionales flexibles para apoyar a las familias cuidadores (centros de día, ingresos residenciales de corta duración, atención diurna, atención nocturna, fines de semana, etc.).</p>
Objetivo general 7	<p>Garantizar a las personas mayores una adecuada atención sanitaria en los niveles preventivos y de atención primaria y especializada, así como la necesaria coordinación entre la provisión de atenciones sanitarias y sociales</p> <p>7.1. Promover la salud y la prevención primaria de la enfermedad.</p> <p>7.2. Favorecer la permanencia de las personas mayores enfermas en su domicilio, mediante programas que proporcionen en el mismo la adecuada atención y cuidados, lo cual, paralelamente reducirá las estancias hospitalarias innecesarias.</p> <p>7.4. Conseguir la integración y coordinación de los servicios sanitarios entre sí y con los servicios sociales.</p>

Las medidas de actuación concretas acerca de la atención a domicilio previstas por el Plan pueden sintetizarse del siguiente modo:

Regulación normativa de la atención a domicilio:

- Establecimiento del derecho a la atención domiciliar social, sujeta a un sistema de tarifas relacionado con los medios económicos.
- Revisión de los criterios de acceso, módulos de intensidad de atención y tarifas, para la atención directa, la ayuda económica y el servicio de teleasistencia, estableciendo un mínimo homogéneo para toda Navarra. Se delimitará su papel en relación con otros servicios (centros de día, residencias asistidas).
- Competencia de los distintos niveles administrativos en la aplicación de los criterios.
- Ajustar la valoración de los aspectos sociales y sanitarios, y unificar en lo posible el informe sanitario para el acceso a la atención a domicilio y a las residencias asistidas.
- Establecer la titulación y/o preparación mínima exigible a los trabajadores del SAD.

Ampliación de la cobertura de la atención a domicilio y reordenación de sus modalidades.

- Extender la cobertura de la atención directa hasta el 5% de la población mayor de 65 años para el año 2000. Se mantendrá como tope de atención (salvo excepciones) 2 horas diarias.
- La cobertura por medio de ayuda económica será del 1 por ciento. Se dirigirá a personas que necesiten de una atención muy intensa, de una flexibilidad que no pueda ofrecer la atención directa, y la cuantía de las ayudas se acercará a los precios de mercado.
- Se extenderá el servicio de teleasistencia a toda Navarra hasta alcanzar una cobertura del 3 por ciento.

Extensión y coordinación de los programas de atención a domicilio sociales y sanitarios al conjunto de las zonas básicas de Navarra (Centros de Salud y Servicios Sociales de Base).

- El programa será de implantación obligatoria en los SSB.
- Se transferirá el servicio de atención a domicilio al Ayuntamiento de Pamplona
- Se homogeneizará la cobertura en las zonas básicas, regulando un sistema de financiación que tenga en cuenta la población mayor de 65 años y la dispersión geográfica.
- Se implantarán programas de coordinación sociosanitaria.

Flexibilización de los servicios de las residencias para que constituyan un servicio de apoyo al los SAD.

- Utilización de comedor, comida a domicilio
- Atención diurna e higiene personal
- Lavandería.

Fomento de la acción del voluntariado para el acompañamiento y la integración social de las personas atendidas por el SAD.

- Regulación legal
- Formación y coordinación de sus tareas

1.3. LA EVALUACIÓN DEL PROGRAMA

La evaluación del programa de atención a domicilio presenta los siguientes elementos a tener en cuenta para la reordenación del servicio.

- La cobertura del servicio es aún inferior a la prevista por el Plan Gerontológico, en especial en la atención directa. Por su parte, la atención mediante ayuda económica supone una parte muy importante del programa, muy superior al objetivo previsto por el Plan Gerontológico.
- La delimitación de las dos modalidades del programa presenta numerosos problemas. No existe una aplicación coherente de criterios de acceso e instrumentos de medida de la necesidad para cada una de las modalidades, que siguen siendo formalmente incompatibles. La oportunidad de esta incompatibilidad es puesta en entredicho por una parte de las personas que gestionan el programa. Se aprecian efectos perversos en el paso de una modalidad a otra cuando el agravamiento de la necesidad puede dar origen a una menor atención.
- Las personas usuarias manifiestan una notable satisfacción con la calidad del servicio, pero no así con la cantidad (intensidad en horas de atención).
- Las personas atendidas que cuentan con apoyos de personas cuidadoras informales reciben la mayor parte de la atención de éstas. Sin embargo, el apoyo que reciben en términos de formación, apoyo técnico y psicológico es mínimo. Se aprecian problemas de sobrecarga importantes en una parte de las personas cuidadoras, apreciables en términos de volumen de horas de dedicación, de consecuencias sobre la vida laboral y la salud y de expresión explícita de la sobrecarga por parte de las propias personas o de los servicios que las atienden.
- La intensidad de la atención es especialmente insuficiente en los grandes dependientes. El peso del servicio es muy bajo en estos casos, lo cual es especialmente grave al tratarse en su mayoría de casos de ayuda económica, cuya cuantía es muy inferior al coste de mercado de la atención.

1.4. DE LA AYUDA DOMÉSTICA A LA ATENCIÓN EN LA COMUNIDAD

La evolución de la atención a domicilio en Navarra muestra algunos de los problemas presentados al principio de este apartado. La tendencia general ha sido la de la extensión de la atención al conjunto de la Comunidad Foral, y a la descentralización hacia los ayuntamientos. Ilustrativo de los cambios en la organización administrativa durante el proceso de implantación y consolidación del programa es el nacimiento del servicio de asistencia a domicilio en Pamplona de la mano de la iniciativa social y el ayuntamiento, su transferencia al Gobierno de Navarra y su complicada vuelta al ayuntamiento en un arco de 20 años. En todo caso, este proceso ha permitido alcanzar un volumen de población atendida muy importante.

Junto a esta tendencia general (extensión y descentralización) aparecen elementos de menor coherencia. La atención domiciliaria social se entiende como una actividad separada y en la práctica incompatible con el uso de algunos otros recursos clave de apoyo a personas dependientes (centros de día, etc.). A su vez la atención domiciliaria está dividida en dos modalidades incompatibles entre sí (atención directa o ayuda económica) dirigidas a dos grupos de población cuyos límites son borrosos cuando no incoherentes. En el límite entre ambas modalidades se producen en ocasiones efectos de umbral (reducción de la atención con el incremento de la necesidad). La atención domiciliaria social no está coordinada (salvo por la acción particular de algunos de sus operadores) con la atención sanitaria, lo que está siendo abordado en el marco del Plan de Coordinación Sociosanitaria. Estos problemas se traducen además en una cierta crispación en la relación entre las diferentes administraciones implicadas y sus operadores.

En general puede decirse que el programa de atención domiciliaria pasa por una crisis de crecimiento. Su problema principal no es el desbordamiento de la demanda o la ineficacia de su atención. Sus dificultades derivan de problemas organizativos, de la falta de clarificación de objetivos y de la necesidad de resolver incoherencias internas.

En esta línea, el hilo conductor de esta propuesta es la transformación del programa de atención a domicilio hoy existente en un programa articulado de atención comunitaria a las personas con problemas de autovalimiento. Ello significa poner en el mismo espacio todos aquellos dispositivos, programas, servicios y recursos cuya finalidad es atender a personas con problemas de dependencia (exceptuados los que suponen su internamiento permanente en una residencia) y articularlos en un sistema integrado.

Evidentemente ello no implica necesariamente su ubicación en una misma administración. Hay servicios que necesariamente dependerán de diferentes departamentos (sanitarios y sociales) o de diferentes niveles administrativos (entre otras razones por su diferente ámbito territorial). Pero sí significa la puesta en juego conjunta y flexible en torno a objetivos compartidos, de los recursos con independencia de su ubicación administrativa.

Este modelo significa romper con la idea de clasificar a los usuarios de forma clara en diversos tipos (definidos por su nivel de autovalimiento, la presencia o no de familiares, etc.) y asignar a cada tipo un recurso único o casi único, considerado el idóneo para ese tipo de situación e incompatible con otro u otros.

2. Objetivos y contenido del programa

2.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA

El programa de atención comunitaria de personas con problemas de autovalimiento se dirige a aquellas personas que en razón de su edad, de su discapacidad o de su estado de salud física o mental vean reducida su capacidad de valerse por sí mismas y requieran de la ayuda de una tercera persona para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria.

El programa de atención comunitaria de personas con problemas de autovalimiento tiene como objetivo permitir a dichas personas seguir desarrollando su vida en su entorno habitual (domicilio, familia, barrio o pueblo):

- Haciéndose cargo de la atención que necesiten en todo o en parte, complementando el apoyo de la familia o supléndolo cuando falte.
- Facilitando a las personas cuidadoras informales (si las hubiera) la asunción de una parte de los cuidados compatible con su bienestar y su desarrollo personal mediante diversas formas de apoyo (formación y asesoramiento, servicios de respiro, asunción directa de una parte de la atención, etc.)
- Promoviendo formas de apoyo social comunitario de tipo voluntario.

La atención del programa va dirigida tanto a personas que carecen de apoyos familiares como a aquellas que cuentan con ellos, así como a las personas que prestan cuidados.

La atención del programa debe estar orientada por los siguientes criterios:

- Una orientación preventiva que evite o limite los procesos de deterioro de las capacidades personales y la pérdida de apoyos y relaciones sociales de la persona atendida.
- El internamiento en un centro residencial sólo debe producirse cuando sea la forma de asegurar una mayor calidad de vida de la persona atendida a un coste asumible.
- El mantenimiento y fortalecimiento de los apoyos familiares debe obtenerse incentivando y estimulando el compromiso de quienes los prestan, mediante apoyos que los hagan compatibles con el bienestar y el desarrollo personal de las personas cuidadoras.

- La personalización de la atención, aplicando en cada caso y situación la combinación de recursos que permita una mejor atención con el uso más eficaz y eficiente de los recursos disponibles.
- El respeto a las preferencias de las personas atendidas y sus cuidadores.

2.2. CONTENIDOS DEL PROGRAMA

El programa de atención comunitaria de personas con problemas de autovalimiento, como todos los programas de atención primaria, incluye acciones de tipo individual y acciones de tipo comunitario o colectivo.

Atención individualizada

Las acciones de atención individualizada parten de una demanda formulada por una persona necesitada de atención y/o de la persona que presta cuidados.

Las principales acciones de este tipo son:

1. Prestación de cuidados domésticos y personales a la persona con problemas de autovalimiento de los siguientes modos:

- Atención domiciliaria cotidiana (uno o varios días a la semana) durante períodos prolongados de tiempo.
- Atención domiciliaria de respiro, concentrada en momentos determinados que permitan a las personas cuidadoras disfrutar de tiempos de descanso.
- Atención domiciliaria de urgencia, limitada a períodos relativamente breves en los que es necesaria una atención especialmente intensa (regreso al domicilio tras una hospitalización, momentos de crisis, tratamientos alternativos a la hospitalización, etc.)

2. El acceso a ayudas técnicas mediante su préstamo o el apoyo a su adquisición.

3. Formación, orientación y apoyo a las personas cuidadoras.

4. Orientación y apoyo de la acción de personas voluntarias en tareas de acompañamiento de las personas atendidas.

Atención comunitaria

Las acciones de carácter colectivo o comunitario parten de la necesidad de promover respuestas positivas del entorno social hacia los problemas de las personas con dificultades de autovalimiento.

Las principales acciones de este tipo son:

1. Sensibilizar a la comunidad acerca de los problemas y dificultades de las personas dependientes y difundir la información acerca de las respuestas que pueden ofrecer los servicios sociales.

2. Establecer redes sociales de detección de casos de necesidad de atención y de contacto con los casos atendidos fuera de los tiempos de atención directa.

3. Favorecer el apoyo de redes informales extrafamiliares (vecinos, etc.) a las personas atendidas y facilitar el acceso de las mismas a las actividades de la comunidad.

4. Crear estructuras de apoyo mutuo para las personas cuidadoras.

5. Promover y contribuir a organizar la acción del voluntariado en el acompañamiento de las personas con dificultades de autovalimiento.

3. La regulación del acceso

El Plan Gerontológico de Navarra prevé la regulación del acceso a la atención domiciliar social como un derecho de tipo universal (es decir, no sometido a requisitos de contribución previa ni de insuficiencia de medios). Al mismo tiempo prevé que los servicios no serán de carácter gratuito, sino que existirán unas tarifas en relación inversa a la capacidad económica de la persona perceptora.

En este sentido no sólo se excluye (como no podía ser de otro modo) la idea del derecho contributivo, sino que parece no optarse por un modelo de asistencia social, es decir limitado a los sectores de menor nivel de ingresos. Se trataría pues de establecer un derecho no condicionado a la carencia de recursos, aunque con un sistema progresivo de tarifas que podría tener efectos similares.

El Plan Gerontológico no es más preciso en cuanto a varias de las opciones a la hora de regular el derecho y que se exponen a continuación.

En el caso de regularse una prestación como derecho, cabe distinguir qué es lo que constituye exactamente el derecho. Se puede tener derecho a un volumen preciso de recursos (dinero, horas de atención, etc.) determinado por requisitos objetivos o se puede tener derecho a la atención de forma genérica, cuyo contenido preciso es determinado por una instancia técnica o administrativa.

Quien ha cotizado a la seguridad social sabe a cuánto dinero tiene derecho (contributivo) como pensión, con independencia de cómo valore su situación un técnico de la seguridad social. Las personas que acreditan una situación de carencia de ingresos tienen derecho (de asistencia social) a la renta básica, cuya cuantía está determinada por ley.

Sin embargo, los ciudadanos tienen derecho a la atención sanitaria, a que el personal sanitario cualificado atienda su demanda, diagnostique su situación de salud y a los medios que a juicio del facultativo sean necesarios para resolver su problema. Tenemos derecho a una operación de apendicitis y la correspondiente hospitalización, alimentación, suministro de fármacos, etc., sólo si un profesional de la medicina lo prescribe. El derecho a la atención sanitaria no se traduce en el derecho a que nos operen porque lo deseemos.

En algunos países (Francia, Alemania) se ha regulado el derecho a la protección de las situaciones de dependencia fijando una serie de cuantías económicas para el pago de cuidados que depende del nivel de autovalimiento (y de los ingresos en el caso francés). Una persona con un nivel de dependencia determinado sabe a qué volumen de recursos tiene derecho, con independencia de cómo piense un técnico que puede atenderse su situación.

3.1. LOS CRITERIOS PARA REGULAR EL ACCESO Y LA ATENCIÓN

Nivel de dependencia

Uno de los criterios reguladores del acceso a la atención en la práctica totalidad de los casos es el nivel de dependencia. Sin embargo, este criterio plantea dos tipos de problemas. Por un lado cómo se mide el grado de dependencia, y por otro, si existe una relación directa entre un determinado grado de dependencia y el volumen de horas de atención necesarias.

En cuanto al primer problema, existe una amplísima gama de tests y escalas de medida. Se estima que superan el millar². En el propio programa de atención a domicilio en Navarra se emplean dos, y los servicios sociales navarros cuentan con una o dos más. En otras comunidades autónomas se utilizan tests ligeramente diferentes. Sin embargo, llama la atención en un repaso somero de algunas de estas escalas su gran similitud. En el trabajo citado en este mismo párrafo se identifican tres o cuatro dimensiones que contienen no más de treinta preguntas diferentes que se repiten en la totalidad de los tests.

Las dimensiones son las siguientes:

Notas

2. Alain Colvez, Martine Belin, Michelle Chatelet, Joëlle Durand y Bernard Senault, "Analyser les pratiques pour construire un plan d'aide: une "démarche qualité" pour les services à domicile aux personnes âgées dépendantes", en *Revue Française des Affaires Sociales*.

- La necesidad de la ayuda de una tercera persona para el desarrollo de seis actos básicos de la vida cotidiana, a saber, vestirse, asearse, ir al servicio, movilizarse, ingerir alimentos y cuidado de la incontinencia.
- La ayuda para realizar actividades domésticas indispensables para permanecer en el domicilio, a saber, cocinar, lavar la vajilla, limpieza básica y en profundidad, gestión de medicamentos en su caso y uso del teléfono.
- El confinamiento de la persona en la cama, en un sillón, en su casa, etc.
- Las dificultades de conducta y de comunicación, que dificultan la atención. [Tabla 9]

Tabla 9
Dimensiones de medida de la dependencia en los diversos tests³

Dependencia de una tercera persona para realizar actividades de la vida cotidiana (AVC)

Vestirse
Asearse
Movilizarse (levantarse de la cama, sentarse, etc.)
Ingerir alimentos
Ir al servicio
Cuidar de la incontinencia

Necesidad de ayuda para actividades domésticas necesarias para permanecer en casa (Actividades instrumentales de la vida cotidiana, AIVC)

Cocinar
Lavar la vajilla
Limpieza básica
Limpieza en profundidad
Comprar
Gestión de medicamentos (si son necesarios)
Uso del teléfono

Confinamiento

En la cama, en sillón, en casa

Problemas de comportamiento y comunicación

Factores adicionales para establecer el plan de atención

1. Disponibilidad de ayudas informales
2. Condiciones de vivienda (en cuanto obstáculo o no para la atención y el acceso a servicios)

Estas dimensiones pueden servir de criterio para establecer una jerarquía de situaciones de mayor o menor gravedad, para fijar prioridades o incluso para establecer un umbral de acceso a un derecho. Sin embargo, no siempre se pueden traducir automáticamente en un número de horas o minutos de atención necesaria.

En primer lugar, la mayor parte de los tests tienen un campo de respuesta bastante ambiguo a cada pregunta cuando permiten contestar con un "algo", "ocasionalmente" o "en parte". Estas situaciones intermedias hacen muy difícil fijar una relación directa con el tiempo de atención necesario.

En segundo lugar, una variedad de factores pueden aumentar o reducir significativamente el tiempo necesario para una misma atención en casos distintos. El peso de la persona, la disponibilidad de ayudas técnicas, la necesidad de dos personas para una tarea pueden traducirse en cambios muy sustanciales para atender a quien "no puede" hacer por sí mismo una misma cosa.

En todo caso, la dependencia puede acercarse a determinar el volumen global de ayuda necesario, pero no la forma más eficaz de proveerlo.

Notas

3. Alain Colvez et al., op. cit.

La disponibilidad de apoyos familiares

Un segundo tipo de criterios que se viene utilizando para el acceso a los servicios de apoyo domiciliario es la disponibilidad o no de apoyos familiares. Muchos de los servicios de atención a domicilio nacen dirigidos a personas mayores carentes de apoyos familiares, que constituyen el grupo prioritario de atención en una sociedad donde las familias se ocupan de una parte muy importante de los cuidados. A partir de aquí, la extensión de los servicios se ha visto atrapada entre dos planteamientos contradictorios:

- La idea de que la atención pública debe ser subsidiaria de la responsabilidad familiar. En esta línea, los servicios públicos sólo deberían intervenir cuando no existe familia (o no está disponible), o cuando la familia se vea fuertemente limitada para prestar la atención necesaria.
- La experiencia real de que la capacidad efectiva de atención de las familias es muy diversa y que la asunción de los cuidados por la familia no siempre es compatible con el acceso al empleo, el desarrollo personal y el bienestar y la salud de las personas que deben prestarlos.

Así la atención se ha ido extendiendo a personas que cuentan con apoyos familiares, aunque con una fuerte dificultad para establecer criterios claros de cómo tratarlos.

Uno de los problemas que presentan los apoyos familiares como criterio formal para el acceso al servicio o la determinación del volumen de atención a ofrecer es que la disponibilidad de tales apoyos depende de numerosos comportamientos informales y difíciles de controlar. La presencia de familiares en el mismo domicilio o la misma población puede modificarse, en apariencia al menos, con cambios de empadronamiento. La disponibilidad de tiempo puede depender del acceso o no al empleo, o de la búsqueda o no del mismo, y de otros factores difíciles de determinar de forma precisa y formal. Aspectos como el tipo de relación (positiva o conflictiva) entre los familiares son de aún más difícil determinación. La exigencia del cumplimiento de las obligaciones legales de alimentos siempre ha sido difícil, como lo mostró la experiencia de las pensiones asistenciales, y la correspondiente supresión de la misma en las pensiones no contributivas.

A ello hay que añadir que una posición de estricta subsidiariedad negativa, es decir de defender que los servicios públicos no deben hacer nada que pueda o deba realizar la familia, lleva a entrar en un pulso de efectos negativos con las familias. Las familias perciben una actitud rúcana de los servicios públicos, que parecerían más interesados en ahorrar gastos que en el bienestar de los mayores, y que aumentan la presión que experimentan con una actitud de exigencia permanente. En el fondo constituye un desincentivo al apoyo familiar, ya que si la familia se inhibe (cuidando de hacerlo con cierta habilidad) el apoyo público aumenta. Incluso aunque en la mayor parte de los casos no se esté dando esa inhibición, la simple percepción de que si no me hiciera cargo le atenderían más o de que a otros a los que la familia les ha dejado les atienden mejor aumenta la tensión y el malestar de las personas cuidadoras y reduce el valor de su esfuerzo.

La forma en la que puede salirse de esta situación, dentro de la orientación general del Plan Gerontológico de promover el papel de la familia en la atención a las personas dependientes es pasar a un modelo de atención que premie el compromiso familiar (más que castigar su posible descompromiso). Esto puede obtenerse mediante un diseño de la atención que tenga clara y explícitamente en cuenta las necesidades de la persona anciana y también de la cuidadora, que facilite el esfuerzo de ésta y lo haga compatible con su propio bienestar. El premio al esfuerzo no tiene por qué ser siempre más volumen global de atención, sino que en ocasiones la necesidad principal es su ajuste a las necesidades de la persona cuidadora (compatibilidad con horario laboral, momentos de descanso, fines de semana o algunas noches, etc.) lo cual requiere de más flexibilidad y personalización de la atención.

3.2. UNA PROPUESTA

La propuesta de regulación se organiza en torno a los siguientes elementos:

1. Regulación del acceso. Reconocer el derecho genérico a la atención para el desarrollo de las actividades básicas de la vida diaria para aquellas personas que en razón de su edad, de su discapacidad o de su estado de salud física o mental vean reducida sustancialmente y de forma prolongada su capacidad de valerse por sí mismas y requieran de la ayuda de una tercera persona para realizar dichas actividades. Esto requiere:

- Determinar de forma reglada cuando se entiende que la reducción del autovalimiento es sustancial y prolongada. En principio la aplicación del Test Delta tiende a convertirse en una medida legal de dicha situación (a efectos de deducciones fiscales, por ejemplo), y constituye un punto de partida interesante. Faltaría introducir la medida de la duración. La determinación del grado de dependencia a partir del cual se reconoce el derecho tiene consecuencias en términos de volumen de demanda potencial y de costes. Las previsiones del Plan Gerontológico establecen un objetivo de cobertura del 5 + 1 por ciento de la población mayor de 65 años. En este momento no disponemos de datos que permitan ajustar ese objetivo de cobertura con un nivel determinado de dependencia según el Test Delta.
- Dejar abierta la puerta a la atención (no como derecho) de aquellas situaciones en las que la pérdida de autovalimiento sea ligera o de corta duración, pero en las que a juicio de los servicios sociales sea conveniente prestar una atención para evitar un deterioro de la situación.

2. Regulación del volumen y modalidades de la atención. Establecer que son los servicios sociales quienes determinan a qué volumen de atención y por qué medios debe prestarse. A este efecto el criterio determinante no sería el Test Delta o el instrumento de medida general de la dependencia, sino un Plan de atención elaborado a partir de una tabla de actividades que necesita la persona y el tiempo que requieren en su caso concreto. No parece muy necesario establecer un tiempo mínimo, ya que puede haber situaciones que requieran de apoyos muy puntuales cada mes o cada dos meses. Sí que es conveniente establecer un nivel máximo. El principal criterio sería que el coste de la atención domiciliaria no sea superior al coste de atención a esa misma persona en una residencia. Dado que el problema del límite se plantea en los casos de atención intensa, la referencia debería ser la del coste de una plaza asistida. Una primera aproximación apuntaría a que el límite máximo debería situarse en torno a las 24 horas semanales de atención.

Este presupuesto de tiempo debe servir para integrar el papel de los diversos proveedores de servicios, incluyendo los apoyos informales. El tratamiento de éstos debe ser cuidadoso, ya que evitar que se reduzcan o desaparezcan requiere no sólo no sustituirlos en exceso, sino también no ponérselo demasiado difícil. En general tienen más éxito las medidas que tienden a incentivar a quien se implica, que a restringir el apoyo a quien no lo hace.

3. Regulación del precio de la atención. El acceso a la atención en cualquiera de sus modalidades tendría un precio modulado en función del nivel de ingresos (o de recursos) de la persona atendida y su unidad de convivencia. Para fijar el precio de la atención es necesario establecer una tabla de equivalencias de forma que se pueda traducir un conjunto de atenciones en un nivel de horas (o en una medida) de atención sobre el que establecer el precio público. Alternativamente, se puede poner un precio a la hora de atención en cada modalidad (atención directa, centro de día, etc.) y calcular el valor de la atención en función de la suma de horas de cada modalidad. Cada persona pagaría una parte del precio en función de sus ingresos.

Este sistema de tarifas, como todos los demás elementos de regulación del acceso, serían comunes para toda Navarra y tendrían que ser regulados en la normativa correspondiente.

Tabla 10
Criterios e instrumentos de regulación de la atención

	Acceso	Volumen de atención	Precio
Criterio	1. Grado de dependencia	1. Necesidades específicas de atención 2. Disponibilidad de apoyos familiares e informales 3. Preferencias de la persona usuaria/cuidadora 4. Disponibilidad y límites de los recursos públicos	1. Recursos económicos de la persona atendida y su cónyuge
Instrumento	Test oficial de autovalimiento/dependencia (Test Delta)	Plan de Atención	Sistema de tarifas

4. Integrar la gestión de los recursos

4.1. RAZONES PARA LA GESTIÓN INTEGRADA

Las razones que apoyan la idea de una gestión integrada de diversos tipos de recursos, frente al modelo de una separación nítida de tipos de usuarios/un único recurso, son varias:

1. Los dispositivos y servicios más adecuados para atender cada caso en su entorno comunitario dependen de una multiplicidad de factores y circunstancias que se combinan de forma muy diversa:

- Características personales de la persona atendida, como su grado de dependencia, carga de trabajo que requiere (tipo concreto de tareas en las que necesita apoyo, la frecuencia y horario de las mismas, etc.)
- Características de los apoyos informales de los que pueda disponer: si hay familiares que le apoyen o no, si conviven o no, si trabajan y con qué horarios, si viven con un familiar o con otro núcleo familiar completo, etc. Igualmente puede haber o no, y con diferentes características, apoyos extrafamiliares (amigos, vecinos, etc.)
- Características del entorno social: hay notables diferencias entre zonas urbanas, rurales dispersas y concentradas, etc. en cuanto a la existencia de servicios públicos y privados de muy diverso tipo (centros de día, residencias, cuidadores a quienes se puede contratar, servicios de comida preparada o lavandería, etc.) y a su accesibilidad.
- Preferencias de la persona atendida: hay quienes pueden aceptar mejor ciertos cuidados personales de un tipo u otro de servicios, de una misma persona o de varias, en su casa o en un centro, etc.

2. El tipo de necesidades y la respuesta más adecuada a las mismas se va modificando a lo largo del tiempo. Ello se debe a varios factores:

- La aparición de necesidades durante períodos de tiempo limitados, como resultado de convalecencias, problemas agudos de salud, aprendizajes, etc.
- La evolución general del estado de la persona dependiente.
- La mayor o menor disponibilidad de apoyos informales en momentos diferentes del año, al modificarse la situación de la familia (vacaciones de las personas cuidadoras, de sus hijos, períodos de empleo temporal, desplazamientos en verano, etc.)

3. Cada dispositivo de atención tiene características intrínsecas que le hacen encajar mejor o peor en diferentes momentos y parcelas de las necesidades de la persona usuaria. Por ejemplo, los cen-

tros de día ofrecen una atención de alta cualificación y en general más eficiente (al atender simultáneamente a varias personas) pero con exigencias importantes de horario y de preparación previa de la persona atendida. La atención a domicilio de los servicios públicos asegura la cualificación del personal de atención y se realiza en el propio domicilio, pero tiene límites en cuanto a sus horarios y una elasticidad limitada ante los cambios en la demanda. El pago de servicios personales tiene una flexibilidad muy alta en lo que respecta a horarios, pero su continuidad y la garantía de preparación son menores, y en algunas zonas es difícil hallar personas a quien encargárselos.

Los recursos y dispositivos que pueden resultar de aplicación en la atención a las personas dependientes en su comunidad, y que por lo tanto deberían ser puestos al alcance de la estructura de gestión de casos se recogen a continuación⁴ [Tabla 11]

Tabla 11
Dispositivos a integrar en la gestión de casos para la atención a personas con problemas de dependencia

Dispositivo	Institución pública responsable
Atención doméstica y personal a domicilio	
Atención de trabajadora familiar (SAD)	Servicios sociales de base
Ayudas económicas para atención a domicilio	INBS
Atención domiciliaria de urgencia	(servicios sociales)
Atención institucional temporal	
Centro de día	INBS
Estancias breves en residencia	INBS
Supervisión y seguimiento del caso	
Seguimiento social	Servicios sociales de base
Seguimiento sanitario	Centros de salud
Servicio telefónico de emergencia	INBS
Apoyo a las personas cuidadoras	
Servicios de respiro	(servicios sociales)
Apoyo personal y emocional	(servicios sociales)
Formación y apoyo técnico	(servicios sociales y de salud)
Promoción de apoyos sociales extrafamiliares	
Promoción del voluntariado/apoyos sociales	(servicios sociales)
Acceso a ayudas técnicas	
Servicios de préstamo	(servicios sociales y de salud)
Ayudas para adquisición (a coordinar)	(servicios sociales y de salud)
Atención sanitaria a domicilio	
Programa de atención a domicilio de salud	

Algunas de estos dispositivos pueden estar gestionados por entidades privadas (mercantiles o de iniciativa social). En este cuadro hemos reflejado el nivel o ámbito de la administración competente en la materia.

4.2. UN MODELO DE GESTIÓN INTEGRADA

La gestión de casos en un campo como el que aquí nos ocupa supone hacer frente a una elevada complejidad. Se trata de atender un número importante de casos de personas con necesidades y posibilidades muy diferentes, combinando una serie de recursos diferentes, dependientes de diferentes administraciones y proveedores, en combinaciones diferentes a medida de cada caso. Hacer frente a esta complejidad requiere de un modelo de gestión con mecanismos y procedimientos muy claros. El modelo que se propone a continuación pretende ser un primer esquema para la discusión.

Las dos orientaciones básicas que inspiran el modelo son la unificación de la gestión de la atención social en el nivel primario y su coordinación con la atención sanitaria.

Notas

4. Esta lista deberá ser discutida y completada.

Entendemos por nivel primario de servicios sociales el que presta servicios que no suponen internamiento de las personas atendidas y/o su salida de su entorno de vida habitual. Estos servicios prestan apoyos técnicos, materiales y/o económicos orientados a mejorar la calidad de vida de las personas promoviendo su incorporación social y/o compensando sus límites de autovalimiento en su entorno habitual. Son servicios que toman como elemento central de su actuación un territorio (una "comunidad"), adaptándose a sus potencialidades y limitaciones, dando una orientación "comunitaria" y "preventiva" a la atención a las personas en dificultad. Ello no quiere decir que su función primordial sea la simple prevención o dinamización comunitaria.

En la actualidad tiende a identificarse en Navarra el nivel primario con los servicios sociales de base. Los servicios sociales de base son sin duda algunos servicios de nivel primario, pero el nivel primario no puede (no debe) limitarse a ellos. Los servicios sociales de base tienen en general una dimensión territorial y organizativa que hace muy difícil la gestión de determinados servicios y programas que encajan plenamente en el concepto de atención primaria. Pensemos, por ejemplo en los programas de educación familiar, algunos servicios diurnos, etc.

El modelo de gestión debe permitir abordar positivamente algunas cuestiones:

- Asegurar que existe una valoración única de cada caso en sus diversos aspectos (nivel de autonomía/dependencia y carga de trabajo que supone, apoyos sociales y familiares, etc.). La valoración debe ser realizada por técnicos cualificados para analizar los aspectos sanitarios y sociales del caso. Esta valoración debe servir para el conjunto del programa y debe ser actualizada periódicamente.
- Diseñar un plan de atención para cada caso adaptándose a sus circunstancias de forma flexible y teniendo en cuenta el conjunto de recursos disponibles y las condiciones locales. Ello significa pasar de la lógica de "clasificar" usuarios (en función de su grado de dependencia, etc.) para asignarles el recurso definido como adecuado a cada tipo, a la de concebir para cada caso la combinación de recursos más adecuada, siempre dentro de los límites de los recursos efectivamente disponibles.
- Permitir una cooperación entre los sistemas de salud y de servicios sociales. Esta cooperación (no integración) debe respetar las normas, lógicas y formas de trabajo diferentes de cada uno de los sistemas. Pero esas diferencias no deben impedir un trabajo conjunto, con información recíproca y coordinación cuando se interviene sobre el mismo caso. Esta cooperación deberá tender a enmarcarse en el espacio sociosanitario, aunque no necesita de la completa definición del mismo para empezar a implantarse.

El modelo de gestión se organiza en torno a los siguientes elementos:

a) La creación de un programa de atención comunitaria a personas con problemas de dependencia cuya estructura técnica la componen:

- Uno o varios trabajadores sociales gestores de casos ubicados en los servicios sociales de base (zona básica). Como tales gestores de casos tienen la responsabilidad plena en el diseño del plan de atención y su seguimiento.
- Uno o varios trabajadores familiares ubicados en los servicios sociales de base (zona básica).
- Un técnico responsable del programa para cada área de servicios sociales, que podría contar con algún otro personal de apoyo técnico y el apoyo administrativo que se considere necesario. Sus funciones serían la coordinación y el impulso del programa en el área (armonización de criterios y modos de trabajo, etc.), el apoyo técnico a los gestores de casos y la responsabilidad administrativa de las propuestas de utilización de recursos que no hayan sido descentralizados a los servicios sociales de base.

b) Este programa contaría, como recursos directamente adscritos al mismo, con:

- La atención de trabajo social necesaria para la valoración del caso y la propuesta de plan de atención, la negociación del mismo con la persona atendida y su acompañamiento social.

- La atención domiciliaria directa mediante trabajador familiar de la plantilla de los servicios sociales de base
- La atención domiciliaria que en su caso las administraciones locales puedan contratar con empresas.
- Unos fondos (adsritos a cada área) destinados a pagar atenciones provistas por medios ajenos a la administración. Estos fondos podrían destinarse al pago de servicios directamente a los proveedores (empresas, particulares, etc.) o a subvencionar dichos pagos que serían realizados por las personas atendidas. La primera opción debería ser prioritaria, sin excluir por completo la segunda. En todo caso debe asegurarse el correcto uso finalista de estos fondos.
- Un servicio de préstamo de ayudas técnicas, en colaboración con los servicios de salud.
- La disposición de un número de plazas de centro de día, con independencia de que su ubicación administrativa sea ajena al programa.
- La disposición de un número de plazas de residencia destinadas a estancias breves, con independencia de que su ubicación administrativa sea ajena al programa.
- El trabajo social para el desarrollo de acciones de apoyo a las personas cuidadoras, mediante la oferta de formación y apoyo técnico en los cuidados, la creación de mecanismos de autoapoyo/apoyo mutuo, etc.
- El trabajo social para la promoción de mecanismos de apoyo social (promoción e integración del voluntariado en tareas de acompañamiento, etc.)

c) La utilización de estos recursos en cada caso no es incompatible. Antes al contrario, se trata de favorecer la combinación de los mismos. Esta combinación debe atenerse a una serie de criterios:

- Ofrecer la mejor atención posible con el aprovechamiento más eficiente de los recursos. Ello supone pensar en términos de necesidades de las personas y también de cómo aprovechar al máximo las posibilidades del entorno social.
- Proporcionalidad entre los grados de necesidad y la atención ofrecida. El volumen global de la atención (que en muchos casos no podrá alcanzar un nivel que cubra todas y cada una de las necesidades) debe ser mayor en los casos de mayor necesidad. Ello no prejuzga qué modalidad de atención o qué combinación de recursos corresponde a cada grado de necesidad. Mantener esta proporcionalidad obliga a establecer unos módulos de referencia (en horas de atención, por ejemplo) para contabilizar la atención aportada con independencia de su modalidad.
- Ajuste a los recursos disponibles. Los recursos son siempre por definición limitados. Por lo tanto, es preciso adecuar la atención ofrecida a las disponibilidades en cada momento. Este ajuste debe realizarse en cada área (mediante la aprobación de los planes de atención ateniéndose a las disponibilidades reales) y más globalmente para el conjunto del programa mediante la programación anual de sus recursos y presupuestos.
- Desde hace unos años existe una preocupación acerca del riesgo de que la atención domiciliaria a personas con grandes niveles de dependencia absorba las horas disponibles de atención del personal propio de los servicios sociales de base. Esta absorción relegaría a los casos de atención más ligera y preventiva. En este sentido se suele pensar que la limitación de la atención directa a los casos que requieren menos de dos horas y media diarias de atención sirve de freno para evitar esa peligrosa deriva.

Hay que señalar que la situación actual es la contraria. La exclusión de la atención directa de los casos de gran dependencia hace que la atención recibida por éstos casos sea proporcionalmente menos en valor económico y cualificación profesional de los cuidadores. La deriva se ha producido en sentido inverso. Esto no prejuzga que la atención no sea nunca la adecuada. Parte de los ca-

sos de gran dependencia pueden estar mejor atendidos como están ahora, del mismo modo que parte de los de menos de dos horas también estarían bien o mejor con una atención en todo o en parte indirecta.

La propuesta supone romper esa separación y atender a todos los casos con la combinación de modalidades que sea más aconsejable en cada caso. Esta combinación debe establecerse haciendo compatibles criterios técnicos y el respeto a las preferencias del usuario. Sin embargo, podría tener sentido establecer un límite al número de horas diarias que un mismo caso puede recibir de una de las modalidades. Establecer que ningún caso puede recibir más de 2 horas diarias de atención directa (como prevé, salvo excepciones, el Plan Gerontológico), haría posible ofrecer atención directa a los casos más difíciles, sin que éstos absorbieran todos los recursos disponibles.

d) La ubicación de estos recursos en diferentes niveles de la administración dependerá de su propia naturaleza, pero su acceso debe ser unificado. Así, los fondos para pago de servicios o ayuda económica, los sistemas de préstamo de ayudas técnicas y la adscripción de un cierto número de plazas de centro de día o de estancia breve en residencia tendrían que situarse en el nivel de área, ya que su descentralización a cada servicio social de base es poco viable.

Por su parte, los trabajadores familiares y sociales son/serán en su mayoría de la plantilla de los servicios sociales de base. La integración de los recursos no supone necesariamente descentralización de todos ellos a la administración responsable del nivel de zona básica, sino su utilización conjunta en un programa cuyo espacio de referencia principal es el área, y en el que área y zonas trabajan de forma integrada. Como es lógico, la última palabra en cuanto a la utilización de los recursos tendría que estar en el responsable del programa en cada área.

e) La coordinación con el sistema de salud sin necesidad de modificar (al menos inicialmente) las formas de atención de cada sistema. Se trata de establecer un procedimiento reglado de trabajo en cooperación que extienda a todas las zonas y sistematice cosas que ya se están haciendo en algunas zonas. Esta puede ser una de las acciones del espacio sociosanitario. En concreto esto supone:

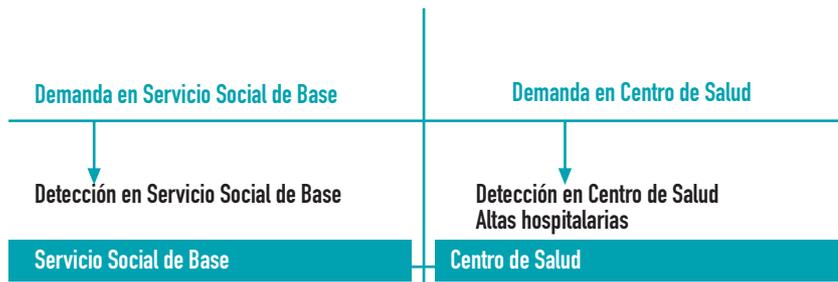
- Una valoración conjunta de los casos. La valoración de los casos supone un análisis del nivel de autovalimiento/dependencia, de la situación personal, social y familiar y (para los servicios sociales) de los medios económicos. Esta valoración requiere de personal cualificado sanitario y social. A estos efectos, debería constituirse una comisión de coordinación entre cada servicio social de base y cada centro de salud encargada de la valoración de los casos. Esta comisión debe tener existencia formal pero una estructura muy ligera: es una comisión de coordinación operativa en la atención de casos, no una comisión interinstitucional de coordinación. La comisión podrían formarla un profesional sanitario (Centro de Salud) y un trabajador social gestor de casos (SSB) que podrían realizar las valoraciones por sí mismos o recabando el dictamen de otros profesionales de sus respectivos centros. El profesional sanitario de la comisión podría completar su parte de la valoración pidiéndosela al médico de cabecera o enfermero que conozca el caso, por ejemplo.

- Un diseño "en paralelo" de los planes de atención social y sanitaria. Esto significa un primer acuerdo en la comisión acerca de si proceden uno, otro, ambos o ninguno de los planes. En segundo lugar, el diseño de cada uno de ellos (si proceden) de acuerdo con los criterios, normas y medios de cada sistema. De estos diseños por separado, sin embargo debe informarse a la otra parte. Si se ven espacios para una coordinación o complementariedad se establecerá. Pero ninguna parte podría exigir a la otra hacer cosas que no estén previstas en sus criterios de funcionamiento aunque piense que deberían estarlo. Todo ello sin perjuicio de que en un futuro, a partir de la definición del espacio sociosanitario, puedan darse formas mayores de integración.

- Una revisión periódica (semestral o cuando las circunstancias lo exijan, por ejemplo) de la situación de los casos, poniendo al día la valoración de los mismos y el plan de atención

El siguiente esquema representa la articulación práctica de la colaboración socio-sanitaria local en la atención de un caso de atención a personas dependientes.

Acogida



Valoración y diseño de la atención

Aprobación en área



Proceso de atención



4.3. ALGUNAS CUESTIONES PENDIENTES DE PRECISAR

La actual atención a domicilio se dirige de forma claramente mayoritaria a personas mayores de 65 años con problemas de autovalimiento (mayores o menores), a un pequeño número de personas discapacitadas y a algunos casos de familias con dificultades para atender las tareas de la vida cotidiana. En su gran mayoría encajan, por lo tanto, en el concepto de atención a personas con problemas de dependencia/autovalimiento que inspiraría el programa redefinido.

Habría algunas situaciones que encajan algo peor en este concepto y es necesario pensar en qué encaje darles. Se trata sobre todo de los llamados casos de familias (en los que se sufre no una falta de autovalimiento personal sino una dificultad temporal de la familia para "funcionar normalmente"), y de las personas con problemas crónicos de salud mental que en la actualidad son atendidas desde asociaciones como ANASAPS y, de manera sin duda problemática, desde los servicios de atención a domicilio municipales.

Atención a familias

Como propuesta para la discusión cabría sugerir lo siguiente. Los casos de atención a familias con menores en los que lo que se trata es de compensar una dificultad de la familia de cumplir sus funciones con normalidad parecerían encajar en el programa de atención a la infancia que se esboza en el Plan de Lucha contra la Exclusión y que se propone como uno de los tres principales programas de la atención primaria. No se trata necesariamente de casos de grave riesgo para los menores o de "dificultad social", pero un plan de atención primaria tiene también una orientación preventiva. Se trata en principio de casos en los que la adecuada atención a los menores se ve limitada por determinadas circunstancias. Parecería pues lógico que el caso fuera analizado, atendido y seguido por trabajadores sociales orientados hacia la atención de familias con menores.

Otra cuestión es el tipo concreto de atención en el domicilio que se requiera. El programa de atención a la infancia debe integrar la educación familiar como uno de sus componentes. Si este es el recurso que se considera más adecuado podría recurrirse a él. Pero si se piensa que lo que se necesita es la atención de una trabajadora familiar (por el tipo de tareas a desempeñar) cabe que el programa de atención a la infancia recurra a unas horas de una de las trabajadoras familiares del mismo servicio social de base, o que pueda disponer de fondos para contratar externamente ese servicio. Se trata en definitiva de un mero arreglo de cooperación dentro del mismo servicio, o como máximo dentro de la misma área. La supervisión de la intervención de la trabajadora familiar correspondería al profesional gestor del caso en el programa de infancia, en coordinación con un gestor de casos de atención a personas dependientes.

Personas con problemas de salud mental

En lo que se refiere a las personas con problemas crónicos de salud mental la cuestión es algo más compleja. Por lo que sabemos, en la actualidad existen dos tipos de atención domiciliaria a este grupo de población:

- La atención domiciliaria de asociaciones como ANASAPS, financiada con fondos públicos. Se trata de una atención a domicilio que se ocupa fundamentalmente de tareas educativas y rehabilitadoras, y prácticamente nunca de tareas domésticas. La realizan educadores con niveles de cualificación y especialización comparativamente altos.
- La atención prestada desde los programas de atención a domicilio municipales, consistente en tareas domésticas y de cuidado personal. La atención es prestada por trabajadoras familiares y presenta fuertes problemas de falta de apoyo y orientación por personal especializado.

Esta situación plantea un dilema que debería ser resuelto con cierta atención. Son bastantes los profesionales de atención primaria que insisten en que la necesidad prioritaria de estas personas tiene que ver no con la cobertura de necesidades domésticas típicas de la atención a domicilio, sino con un apoyo personal orientado a la adquisición de habilidades personales y sociales y a una mejora de la participación en actividades. Este apoyo debe tener además un efecto de ali-

vio sobre la carga que los problemas de salud mental suponen para los familiares directos, carga que tiene en principio más que ver con elementos de tensión personal y emocional y con limitaciones para el desarrollo de una vida social normal que con un problema "físico" de atención doméstica o cuidados personales (aseo, limpieza, movilización, etc.).

Si es así, parecería lógico englobar este tipo de atención más en los programas de incorporación social (más social que laboral, en este caso, aunque no sólo social). Se trata de ayudar a personas con limitaciones para participar en actividades sociales y de ocio, en el trabajo, etc. a que venzan esas dificultades y se incorporen. Las peculiaridades de la incorporación pueden ser notables y requerir de un tratamiento específico, pero seguiría teniendo más que ver con la incorporación que con la compensación de la dependencia.

En todo caso, los servicios sociales tienen que asumir su responsabilidad en el terreno de la salud mental. Dicha responsabilidad nace de preceptos legales. La Ley General de Sanidad ya prevé que la atención a las personas con problemas de salud mental será responsabilidad compartida de los sistemas de salud y de servicios sociales. La Ley foral 13/1999, de 6 de abril, sobre el régimen de funcionamiento del Centro Psicogeriátrico "San Francisco Javier" establece que "se reconoce como objeto de prestación social la minusvalía derivada de la enfermedad mental que tendrá el alcance de las atenciones previstas en la Ley Foral 14/1983, de 30 de marzo, de Servicios Sociales de Navarra".

Asumir esa responsabilidad quiere decir que los servicios sociales tienen que aportar a estas personas aquello que entra en el ámbito de sus competencias. No cabe decir, por tanto, que por tratarse de personas con problemas de salud toda la atención corresponde al sistema sanitario. Pero precisamente desde la asunción de esa responsabilidad (es decir, estar dispuestos a poner medios, dispositivos y recursos para ello) los servicios sociales están legitimados para reclamar de los servicios de salud mental el apoyo y la supervisión técnica que sólo estos pueden ofrecer. Dicho más gráficamente, los servicios sociales deberán tener trabajadores y educadores familiares que atiendan a las personas con problemas de salud mental y puede no tener sentido que la red de salud mental cree este tipo de servicios sociales para enfermos mentales. Pero correlativamente, no tiene ningún sentido que los servicios sociales acaben teniendo que incorporar a psiquiatras y psicólogos para apoyar, orientar y supervisar el trabajo de los educadores y trabajadores familiares.

Por ello, sería conveniente enmarcar la asunción de estas funciones por parte de los servicios sociales (prioritariamente en el programa de incorporación social, aunque tal vez también en el de atención a la dependencia) en un acuerdo formal de colaboración con los servicios de salud mental.

Educación familiar, atención personal, tareas domésticas

Esto lleva a una tercera cuestión que debe ser debatida. En las tareas que se desarrollan a domicilio aparecen tres tipos de funciones diferentes, aunque en ocasiones los límites son algo borrosos:

- Tareas de atención doméstica, como preparación de comidas, limpieza de la casa, compras, etc.
- Tareas de atención personal, como aseo, baño, movilización de personas encamadas, etc.
- Tareas de educación y rehabilitación, como mejora de las habilidades para la vida diaria, mejora de hábitos, educación para la salud, etc.

En principio cada uno de estos tipos de tareas requiere de un nivel de preparación y tiene una complejidad diferente.

Cabría pensar que las tareas de atención doméstica pueden ser realizadas por personas con un nivel de formación muy básico y se asemejan mucho a las realizadas por un empleado de hogar. En muchos casos pueden ser prestadas por proveedores externos, como empresas de limpieza, lavandería, comidas preparadas, etc.

Las atenciones de tipo personal tienen un grado de dificultad mayor, requieren en ocasiones de la utilización de ayudas técnicas, y suelen requerir de quien los presta la capacidad de crear un clima de confianza. Figuras como los auxiliares de atención personal o sanitarios, con una cierta formación en atención directa a personas mayores o discapacitadas parecen encajar más en este nivel.

El tercer tipo de tareas tiene una complejidad aún mayor y requiere de un nivel de formación claramente superior al de las anteriores. Perfiles profesionales como los de los educadores especializados podrían ser más adecuados para estas tareas.

Dado el volumen de atención dedicado a cada uno de estos tipos de tarea podría pensarse en la diversificación del personal en tres categorías, e incluso en la externalización de la provisión de algunas de las tareas domésticas.

Sin embargo, aunque parece existir un acuerdo sobre estos tres tipos de tareas, no está tan claro que siempre puedan ser separadas de forma nítida. En muchos casos la atención por parte de una misma persona es mejor aceptada por la persona atendida, lo que dificulta encargar a personas diferentes uno y otro tipo de tareas. Del mismo modo, se suele esperar de las atenciones domésticas en los casos leves una capacidad de seguimiento del caso y detección de posibles problemas ocultos. La fría racionalización mediante la división del trabajo no siempre es más eficaz.

En todo caso, y dejando para la discusión esta cuestión, pensamos que sería conveniente intentar una cierta separación de las funciones y tareas y de quienes las proveen. Una cierta separación que no tendría por qué ser sistemática y en todos los casos. Sin embargo, parecería que ciertas tareas que suponen un volumen de horas nada despreciable podrían ser separadas en muchos casos sin mayores problemas. Entre ellas cabría destacar servir comidas a domicilio (en lugar de prepararlas en cada casa), algunos servicios de lavandería y algunos tipos de limpieza (por ejemplo, limpiezas intensivas anuales o semestrales de las viviendas).

4.4. EL PROCESO DE TRANSFORMACIÓN DE LAS AYUDAS ECONÓMICAS

Las ayudas económicas para atención domiciliaria han experimentado en los últimos años un crecimiento que las ha situado por encima de las previsiones del Plan Gerontológico. Presentan diversos problemas derivados del hecho de haber sido concebidas inicialmente como un complemento puntual de la atención directa para acabar siendo la forma privilegiada de atención a los casos de mayor necesidad. La propuesta aquí planteada y las previsiones del Plan Gerontológico suponen su vuelta a un papel complementario de la atención directa cuando las características del caso aconsejen utilizarla.

Ello obliga a plantear la forma en la que sería viable una reconversión de las ayudas. La propuesta que se está discutiendo en el Instituto Navarro de Bienestar Social de transformarlas en la contratación de servicios con empresas proveedoras puede ser un elemento de dicha reconversión, que debería tener en cuenta los siguientes elementos:

La atención domiciliaria podría quedar organizada en torno a tres modalidades:

- a) Atención directa con medios propios, es decir la prestada por el personal de los servicios sociales de base
- b) Atención directa contratada/concertada, es decir la prestada por medio de empresas a las que la administración les compra el servicio
- c) Ayudas económicas para atención a domicilio, destinadas al pago de servicios por parte de las familias a personas (en principio no tendría sentido su compra a empresas, ya que sería más lógica la modalidad anterior).

La atención directa, en el sentido del Plan Gerontológico comprende las dos primeras modalidades.

La atención a recibir por cada caso puede incluir una o varias de estas modalidades, que no son incompatibles entre sí. La determinación de qué combinación es la adecuada para cada

caso corresponde al gestor de casos, de acuerdo con la persona usuaria y sus cuidadores y con la aprobación del técnico responsable del programa en el área.

La gestión administrativa de los contratos con empresas podría corresponder al Instituto Navarro de Bienestar Social. El nivel primario determinaría sus necesidades de horas de atención directa concertada (dentro de los límites presupuestarios establecidos) para cada caso y el Instituto Navarro de Bienestar Social compraría esas horas, que se pondrían a disposición de la atención primaria.

El paso de las actuales ayudas económicas a la atención combinada debe hacerse con cuidado y respetando las situaciones existentes. Recordemos que los perceptores actuales manifiestan una preferencia por la modalidad que reciben en la actualidad. Ello significa que aunque probablemente no rechazarían la otra si la tuvieran, tienen una cierta resistencia al cambio.

El proceso de cambio podría realizarse del siguiente modo:

Todos los casos nuevos se gestionarán con el nuevo modelo. Desaparacería para los casos nuevos la asignación automática a ayuda económica de los que necesiten más de 2 horas y media de atención. Todos los casos quedarían bajo la responsabilidad de un gestor de casos del servicio social de base correspondiente

A los actuales perceptores de ayuda económica se les ofrecerá un plan de atención basado en el nuevo modelo de gestión. El plan debería prever la posible sustitución de la totalidad o una parte de las horas de atención pagada con ayuda económica por horas de atención directa (con medios propios o comprados). Esta oferta sería de aceptación voluntaria, lo que permitiría a quienes optaran por mantener la ayuda económica seguir percibiéndola.

En todo caso, cuando los cambios en las circunstancias de las personas receptoras de ayuda económica lleven a un replanteamiento de sus necesidades de atención (aumento de horas, por ejemplo), el nuevo plan de atención deberá prepararse con arreglo al nuevo modelo de gestión.

La elevación de la cuantía de las ayudas económicas para acercarse a los precios de mercado debería hacerse prioritariamente con los casos nuevos o los que acepten un plan de atención según el nuevo modelo de gestión. Esta elevación debería ir condicionada a una regularización de la situación laboral de las personas cuidadoras.