

EL PROGRAMA DE ASISTENCIA DOMICILIARIA EN LA C.A.V.

Texto de la conferencia pronunciada en el Master de Gerontología de la Universidad de Salamanca el 22 de enero del presente año por el Vice-Consejero de Trabajo y Seguridad Social del Gobierno Vasco.

La promoción del servicio de asistencia domiciliaria constituye, desde hace años, un objetivo en el que coinciden todos los grupos políticos que trabajan en la Comunidad Autónoma Vasca. Nuestra Ley de Servicios Sociales, consensuada por todos ellos y aprobada en 1982, incluye entre las áreas preferentes de actuación «El apoyo a la tercera edad mediante servicios tendentes a mantener al anciano en su entorno social...». No es extraño, por ello, que el País Vasco resultase la Comunidad pionera del Estado Español en la implantación y desarrollo por parte de las instituciones públicas del programa de asistencia domiciliaria.

La primera intervención de Ayuntamientos y Diputaciones en este terreno se remonta a ese mismo año, 1982, y se produce en el contexto de unos planes de más largo alcance puestos en marcha por los organismos torales, los Planes Anuales de Emergencia Social, destinados a mejorar las condiciones de vida de los colectivos más desfavorecidos. La fórmula elegida puede calificarse, cuando menos, de atrevida y original: para paliar la situación del colectivo integrado por mujeres con graves dificultades económicas, los Planes de Emergencia les ofrecen trabajo, trabajo

que va a consistir precisamente en mejorar la situación de otro de los colectivos sociales desfavorecidos, el integrado por ancianos que precisan apoyos exteriores para poder seguir viviendo en sus domicilios.

A la vista de la gran aceptación alcanzada por el programa de atención domiciliaria, al cabo de muy poco tiempo éste se desvincula totalmente del marco en el que surge y adquiere autonomía propia. Es difícil, sin embargo, prescindir de las raíces y lo cierto es que este singular maridaje entre usuarios y trabajadores que está en el origen del programa, unido al bajo nivel general de desarrollo de otros servicios alternativos a comienzos de los ochenta, hipotecó seriamente el funcionamiento del servicio a lo largo de los seis o siete primeros años de funcionamiento; todavía hoy quedan restos de esta herencia a pesar de las numerosas rectificaciones y mejoras incorporadas.

Entre los sesgos introducidos por esta original forma de poner en marcha el servicio, se pueden citar los siguientes:

- A la hora de seleccionar a los usuarios del servicio, el criterio que estuvo primando durante bastante

tiempo, fue el de la situación más desfavorecida de los ancianos, lo que condujo a un plantel de beneficiarios con un alto grado de discapacidad, que posiblemente en muchos casos hubieran debido ser objeto de atención por parte de servicios de naturaleza más pesada, más especializados que el de la atención domiciliaria.

- Tampoco en el momento de la selección de los trabajadores los criterios utilizados fueron los más procedentes, prevaleció el de su desfavorable situación económica, frente al de su formación y adecuación a las tareas propias del servicio.
- Como resultado de la confluencia de estos dos factores, la naturaleza del servicio de atención domiciliaria estuvo distorsionada durante bastante tiempo, con independencia de la buena acogida que recibió el programa. Personas con un bajo nivel de cualificación, «amas de casa con sentido común» se enfrentaban a situaciones difíciles y duras que sólo parcialmente mejoraban con la realización de las tareas domésticas y la extensión horaria de la prestación; el terreno propio del servicio, el de los ancianos con un bajo nivel de discapacidad que ven mejorada cualitativamente sus condiciones de vida con un bajo nivel de intervención poco especializado, no se aborda desde el principio.
- La provisionalidad inherente a los Planes de Emergencia, tenían carácter anual, impregnó también de provisionalidad al servicio y los Ayuntamientos, que eran los organismos encargados de la gestión del programa, por mucho que el grueso de la financiación viniese de las Diputaciones, no acertaron en muchos casos a solucionar adecuadamente el delicado tema de las relaciones laborales con los trabajadores del servicio. Ello dio lugar, a partir del ochenta y seis y hasta casi el noventa, a numerosos y duros conflictos que en algunos casos llegaron a provocar transitoriamente el desmontaje del servicio.

Había, sin embargo, como se ha señalado, una valoración muy positiva de la asistencia domiciliaria, tanto por parte de la población en general como de las instituciones y había, y sigue habiendo, una preocupación seria por parte de estas últimas de mejorar las condiciones en que

se prestaba y reconducir el asunto a sus justos límites. Esta preocupación, plasmada en los numerosos estudios y evaluaciones encargados y/o realizados por la Administración a lo largo de los ochenta, permitió ir detectando, diagnosticando y tratando los continuos problemas que el programa planteaba en estas condiciones:

- Primero las Diputaciones y a finales de los ochenta el propio Gobierno Vasco, en uso de sus competencias, abordaron la tarea de mejorar la formación de los trabajadores, organizando cursillos de reciclajes destinados a todos ellos, los primeros de carácter general o básico, con una duración de veinte horas y los segundos, los del Gobierno, más especializados, de unas doscientas horas.
- El ámbito de intervención de la asistencia domiciliaria se amplía a otros colectivos y otras problemáticas —personas con minusvalía, enfermos mentales, niños en familias desestructuradas o desorganizadas...— y esta apertura refuerza las necesidades de adecuación de los profesionales a las problemáticas concretas que se plantean. El campo principal de la atención domiciliaria, el de la realización de tareas domésticas para personas con discapacidades no graves, se acota de forma más correcta. Se generaliza, a la hora de seleccionar a los usuarios, la utilización de escalas de discapacidad que permiten determinar de forma más clara tanto las necesidades reales como los recursos necesarios.
- Las condiciones laborales de los trabajadores se van progresivamente normalizando por la vía, en unos casos, pocos, de su contratación directa por parte de los propios Ayuntamientos y en otros, la mayoría, de la promoción de empresas cooperativas entre los propios trabajadores o la contratación directa con otras empresas de servicios. La regularización de esta situación supuso, entre otras cosas, un encarecimiento espectacular del coste-hora de atención que provocó, durante un par de años, entre el ochenta y ocho y el noventa, una ralentización del ritmo de crecimiento del servicio.
- Finalmente, aunque no en orden de importancia, todo este dinámico proceso se desarrolla en el marco de un crecimiento espectacular del sec-

tor público de servicios sociales, sin parangón con otras áreas de intervención de las distintas Administraciones de la Comunidad: implantación, desarrollo y consolidación de la red básica de servicios sociales, lo que permite empezar a coordinar las intervenciones en este área, lanzamiento y consolidación del Plan de Lucha contra la Pobreza e impulso general a todo tipo de programas, centros y servicios especializados.

Transcurridos diez años desde la asunción por parte de la Administración pública de la responsabilidad de promocionar el programa de atención domiciliaria —no estaría de más resaltar que una institución como Caritas se había ya adentrado en este terreno con anterioridad, al menos en el País Vasco— la situación puede considerarse consolidada, como ponen de manifiesto los datos e indicadores¹ contenidos en el siguiente cuadro, sin que ello quiera decir que se valore como totalmente adecuada, problema al que habrá, más adelante, ocasión de referirse.

Para empezar, los datos:

- prácticamente ocho mil familias reciben en estos momentos atención domiciliaria en esta Comunidad Autónoma;
- de los ocho mil casos atendidos, seis mil quinientos —algo más del ochenta por cien— reciben el servicio de atención debido a la presencia en el domicilio de una persona mayor de sesenta y cinco años;
- el número anual de horas destinado a la atención domiciliaria relacionada con la tercera edad, supera ampliamente los dos millones;

Para contextualizar estas cifras y evitar quizás innecesarios problemas de cálculo, puede resultar significativo apuntar que una empresa de servicios que asumiese la responsabilidad de mantener el servicio de atención domiciliaria en la C.A.P.V. debería tener en plantilla mil cuatrocientas personas, a tiempo completo —mil setecientas horas anuales— solamente a título de trabajadores directos.

Más importantes para el seguimiento del programa resultan, sin embargo, otros tres indicadores —que empiezan a ser adoptados por las instituciones de la Comunidad— que permiten, al menos con una periodicidad anual, cotejar los resul-

tados propios con los relativos a otros países, cuyos modelos de servicios sociales ponderamos como término de referencia.

Se trata de indicadores bien simples, cuyo alcance no escapará a nadie:

- La cobertura relaciona el número de usuarios del servicio de sesenta y cinco y más años con el total de habitantes de la misma edad, expresado ello en términos porcentuales,
- la intensidad mide el número de horas semanales de servicio por usuario, y, por último,
- el nivel establece el número de horas semanales de servicio que se presta por cada mil habitantes de sesenta y cinco años y más.

Nuestra situación actual, en relación a los países y regiones del contexto europeo con los que se cotejan estos indicadores, podría definirse como de escasa cobertura, muy elevada intensidad y bajo nivel. Dicho de otra forma: la proporción de población mayor atendida es todavía escasa, los casos que se atienden, se atienden con gran intensidad y, en términos generales, las horas de servicio prestadas, en relación a la población total, resultan algo bajas, ya que el déficit de cobertura incide más en el conjunto total de horas que la intensidad del servicio.

El servicio de atención domiciliaria en el País Vasco se encuentra todavía, a tenor de los indicadores cotejados, al final de un estadio inicial de desarrollo, etapa que se caracteriza siempre por la elevada intensidad y la baja cobertura. La evolución natural del programa debería ir en el sentido de disminuir esa intensidad —el desarrollo de los servicios alternativos es una pieza clave para ello— y, particularmente, en el de aumentar su cobertura.

No es cuestión de perderse en muchas comparaciones para contextualizar los indicadores vascos. Si consideramos el caso inglés, modelo social que ha ejercido sutiles y profundas influencias particularmente en Bizkaia, justo es reconocerlo, observamos que:

- La media de coberturas en los Distritos metropolitanos es de 15,6, de 10,3 en los Distritos de Londres (London Boroughs) y 6, 8 en los Distritos rurales (Shire Counties), cifras todas bien lejanas del tres por ciento actual en que nos situamos.
- La intensidad de los servicios de atención domiciliaria vascos resulta por el contrario más de dos veces

¹ Proporcionados y elaborados por el Centro de Documentación y Estudios SMS.

superior a la media inglesa, fijada en 3,3 horas de atención por cliente y semana.

- El nivel, por último, alcanza en Inglaterra valores de 246, 402 y 328, según se trata en los Distritos rurales. Metropolitanos o Londinenses, superiores a la media general vasca, aunque homologables a la media del Territorio más avanzado en este terreno, Alava.

No hay que deducir de estos resultados, ya lo he apuntado antes, que la política de adjudicación del servicio debe consistir en reducir la asignación de horas por usuario; el descenso de la intensidad media debe más bien producirse por la vía de la incorporación de nuevos clientes que precisarán una atención menor en términos de horas y que actualmente permanecen al margen del servicio.

Conviene tener siempre presente a este respecto que el servicio de atención domiciliaria no es sustitutivo de la atención residencial, aunque a la larga su implantación, junto con el desarrollo de otros servicios complementarios, puede efectivamente traducirse en una reducción de la demanda de plazas residenciales y, sobre todo, retrasar la edad media de ingreso en este tipo de instituciones. La atención domiciliaria en principio—lo que no equivale a decir que necesariamente— es un servicio de carácter eminentemente preventivo y de apoyo, ligero y, por tanto, de no muy elevada intensidad, destinado fundamentalmente a un colectivo muy amplio de personas que precisan sólo una ayuda para poder vivir de manera independiente en su propio domicilio; ello equivale a decir que su cobertura potencial es muy elevada.

La intensidad, por otra parte, está demostrado, influye más en el coste del servicio y exige, en consecuencia, mayor es-

fuerzo económico que la cobertura. Este hecho, unido indudablemente al anterior, ha dado lugar a que en Europa se haya tendido hacia la extensión del servicio, hacia el logro de altas coberturas, mediante una política de contención de la intensidad. El Reino Unido y Francia resultan los ejemplos más ilustrativos de esta tendencia. En estos países en la actualidad se aboga, sin embargo, por un cambio de dirección en esta política, en base, principalmente, a dos argumentos: la evidencia de que unos estándares horarios de atención tan bajos no sirven para mantener dignamente a los ancianos en su domicilio, junto a la constatación del aumento de población muy anciana, muy discapacitada por tanto, que requiere cuidados más intensos tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo. Siempre resulta útil tener como referencia, aunque el carácter de ésta sea ideal, el caso de Suecia; en este país la intensidad es de 4,74, inferior a la vasca, pero la cobertura es de 18,68 y el nivel 891,9.

Esta es básicamente la línea general de trabajo que se sigue en el tema de la asistencia domiciliaria. Existen además aspectos concretos del servicio, algunos bastante complejos, en los que se pretende seguir trabajando para mejorar la calidad y la eficacia de la atención domiciliaria: hay que tender a paliar las grandes diferencias que se producen dentro de la Comunidad en las definiciones de usuarios y en los baremos utilizados para medir necesidades y recursos, fruto de la autonomía municipal existente en estos terrenos, hay que redefinir las tareas propias del auxiliar doméstico y ampliar el abanico de figuras profesionales para ajustarse en mejor medida a diferentes problemáticas, parece preciso establecer de forma clara y uniforme las aportaciones de los usuarios, debe estudiarse en profundidad la posibilidad de incorporar personal voluntario para la realización de tareas no especiali-

SERVICIO DE ATENCION DOMICILIARIA

	Alava	Bizkaia	Gipuzkoa	C.A.P.V.
1. N.º total de casos atendidos	1.350	4.242	2.400	7.992
2. N.º de mayores de 65 años atendidos	1.097	3.354	2.045	6.496
3. Población mayor de 65 años total	25.433	120.071	72.700	218.204
4. <i>Cobertura</i> Población atendida / Población total x 100	4,31	2,79	2,81	2,98
5. N.º de horas de servicio al año destinadas a la atención de ancianos	8.804	24.887	13.087	46.777
6. N.º de horas semanales de atención	8,02	7,42	6,39	7,20
7. <i>Intensidad</i> (horas semanales servicio / usuario)	346,2	207,3	180,0	214,4
8. <i>Nivel</i> (horas semanales de servicio por 1.000 habitantes de 65 y más años)	270	763	401	1.434
9. Plantilla de trabajadores directos necesaria	—	—	—	—

zadas, para las que no tiene sentido la fórmula de la contratación laboral... Y así podría seguir durante bastante rato.

El tema es realmente importante: en mi opinión, en el País Vasco se reconoce esa importancia y espero haber reflejado esa

sensación en este apartado que las limitaciones de tiempo me obligan a cerrar.

Rafael Iturriaga
Viceconsejero de Trabajo y
Seguridad Social