

La atención domiciliaria local: una presentación del «informe Griffiths»

LUIS VILA

Ninguna traducción del «community care» inglés me satisface por completo, ante el riesgo de identificarla con alguna de las formas de trabajo social divulgadas entre nosotros («ayuda a domicilio»). La pobreza de nuestro nacional sentido de «la comunidad» me lleva a esa traducción anodina que desde el principio llamo «atención domiciliaria local», aunque luego en el texto aparezca bajo otras formas.

¿Por qué el informe Griffiths? En septiembre de 1988, con ocasión de una visita de trabajo a varias universidades inglesas, me sorprendió el interés que profesionales y estudiosos mostraban por dicho informe, ampliamente divulgado y discutido. Independientemente de su contenido, que lo juzgaba de interés para nuestro contexto nacional, lo que más me llamó la atención fue que un informe encargado por el gobierno y que contenía severas críticas a su política social, fuese libremente consultado y discutido, en vez de ser objeto del mucho más confortable secuestro oficial.

Del informe Griffiths pueden hacerse diversas lecturas. La primera es una lectura política, con dos versiones: la que contempla la tradicional oposición entre el gobierno central (Ministerio de Salud, Ministerio de Seguridad Social) y los gobiernos locales (Departamentos de Servicios Sociales); otra versión sería la que proviene del conjunto de matices propios de una «economía mixta del bienestar», que aquí en el informe encuentra su reflejo. La segunda lectura, que no es excluyente, es de tipo profesional: ¿cuál es la mejor respuesta a las necesidades? Elimino una tercera lectura, la «economicista»: ¿qué es lo más barato?

El origen del problema es la larga estancia en los hospitales de la población altamente dependiente, concretamente los mayores y los deficientes psíquicos, así como otros minusválidos. Parecería conveniente emprender una descarga de los hospitales hacia las responsabilidades de las autoridades locales, con la suficiente provisión de recursos para que esos grupos fuesen atendidos en la propia comunidad. Había razones de todo tipo en favor y en contra de tal medida, empezando la discusión sobre los planteamientos financieros y de planificación, que luego dieron lugar a otros temas: en el fondo, ¿qué es lo que pretende?, ¿cómo habría que hacerlo? El debate se llevó hacia el paquete de cuidados y servicios que constituirían la oferta y la atención a las necesidades del consumidor. Se terminó pensando en una ampliación de los colectivos protegibles, para incluir

otros grupos desfavorecidos para los que la atención domiciliaria se veía importante. La ampliación sugerida contemplaba a los niños y las familias, los individuos solos y sin hogar, las personas afectadas por el alcohol y las drogas, los jóvenes desempleados, etc. Respecto al «paquete de cuidados» no se excluía la vivienda, la salud, los servicios de empleo, el transporte, el ocio... En definitiva, la atención domiciliaria local se convertía, para algunos, en la instrumentación a nivel local, de todas las medidas oportunas para una lucha contra la exclusión y la ciudadanía de segundo orden.

Si esta es la apretada síntesis, analicemos algunos aspectos.

LA SITUACION PRESENTE

Community care, now! es una organización que agrupa varias asociaciones de profesionales del sector de la atención a grupos dependientes. En una de sus manifestaciones, a raíz del informe Griffith, decía su presidente, John Rea Price, que a pesar de la publicación de muchos informes sobre el tema, la atención domiciliaria estaba todavía por arreglar, era un simple tema de discurso político y sólo existía en un grado limitado. Cerca de 8 millones de personas (viejos, enfermos mentales, deficientes físicos y psíquicos) estaban necesitando ayuda domiciliaria, así como un número aproximado de familiares, vecinos y voluntarios que los cuidaban y que necesitaban ser ayudados de forma permanente, eficiente y práctica. ¿Cómo realizar esa ayuda? ¿Cómo utilizar mejor los recursos públicos anualmente gastados en cuidado comunitario?

EL ABORDAJE INSTITUCIONAL

A partir de la reorganización administrativa de 1974 comienza una larga historia de ajustes entre las autoridades sanitarias y las autoridades locales. En 1986 el debate político se centró en los mecanismos para mejorar la planificación conjunta, pasando posteriormente a la reorganización de la gestión de la ayuda local domiciliaria. Este proceso lo jalonan tres documentos fundamentales.

El primero es del Ministerio de Salud y Seguridad Social (DHSS), en 1986: *Collaboration Between the NHS, Local Government and Voluntary Organisations: Joint Planning and Collaboration* (fundamentado en el informe de un grupo de trabajo del Ministerio sobre planificación conjunta, «Progress in Partnership»). El segundo documento es el informe de la Audit Commission, *Making a Reality of Community Care*, en diciembre de 1986. La respuesta del Gobierno vendría aparentemente dada por el encargo a sir Roy Griffith de un informe que es el tercer documento aludido. Veamos el contenido de esos documentos.

El primer documento fue la ocasión para ir, más allá de los tecnicismos de la planificación conjunta, a una consideración sobre la naturaleza del cuidado comunitario. En efecto, el informe de Audit Commission, al analizar el impacto de las políticas del gobierno central sobre las autoridades locales identificó un lento e inacabado progreso hacia la atención domiciliaria, debido a problemas latentes sobre los que el gobierno era el mayor responsable: fragmentación organizacional, falta de preparación de los equipos y, sobre todo, incompatibilidad entre las políticas de control financiero y los objetivos de la atención domiciliaria, así como entre ésta y las políticas de Seguridad Social. Audit Commission señaló tres opciones estratégicas que tenían que profundizarse: 1.^a Las autoridades locales tienen la responsabilidad de la atención a largo plazo de los disminuidos físicos y mentales, excepto de aquellos que necesiten supervisión médica. 2.^a Para la atención domiciliaria de los mayores se establecerá, entre la autoridad local y las autoridades sanitarias, un presupuesto específico para contratar los servicios de instituciones públicas y privadas, supervisadas por un comité conjunto NHS y autoridades locales. 3.^a Algo parecido se hará con los enfermos mentales.

¿Qué se esperaba de Griffiths? El NHS y las autoridades locales tenían sus temores. Podría centrarse, como lo había hecho en su anterior informe sobre el NHS, sobre la atención a los deseos del consumidor, provocando un previsible consenso amplio sobre la prioridad de las necesidades del consumidor, por encima de las del proveedor efectivo de los servicios. Podría reflejar la necesidad de adaptar los servicios a las preferencias del consumidor, de obligar a escuchar la voz de éstos. En el fondo no era nada nuevo. Ya la Audit Commission le había recordado al gobierno que el objetivo principal era el suministro de servicios a la gente, más que el suministro de gente para los servicios establecidos; el ajuste de los servicios para responder a las necesidades de la gente, más que el ajuste de la gente para responder a las necesidades de los servicios.

Por otra parte se asistía al crecimiento del sector voluntario y de las organizaciones que promovían las verdaderas necesidades de los usuarios frente a un contexto en el que la voz dominante la tenían los proveedores de servicios. En el campo de los disminuidos físicos el derecho de control de los usuarios era un hecho. Además, los Departamentos de Servicios Sociales (autoridades locales) se habían interesado por el desarrollo de estrategias basadas en los consumidores (*Hearing the Voice of the Consumers*, Policy Studies Institute, 1988).

EL ENCARGO A SIR ROY GRIFFITHS

A finales de 1986, Norman Fowler, secretario de estado para los servicios sociales, en respuesta a una interpelación parlamentaria, comunicaba el encargo de un informe sobre las políticas de atención domiciliaria. «Es

un punto clave —decía— en nuestras estrategias del servicio de salud, los servicios sociales personales y la seguridad social. Ya que dedicamos cuantiosos recursos públicos, necesitamos asegurarnos de que lo estamos haciendo todo lo bien que podemos... El informe estará terminado dentro de doce meses» (el miércoles 16 de marzo de 1988 se publica el informe).

Las tres áreas de consulta que Griffiths se proponía eran:

1.^a La estructura de las prestaciones de la seguridad social animan a los mayores a buscar plaza en las residencias, cuando podrían estar mucho mejor en sus propias casas, y además preferirían estar en ellas. Tan importante es que la seguridad social sea sensible a los deseos de las personas como que actúe con neutralidad, sin distorsionar la elección individual. Ante la escalada del gasto en residencias, hay que ver si el sistema está actuando con sensibilidad y con justicia. Por tanto, se examinará la financiación de las residencias y otro tipo de alojamientos en los que se utilizan recursos locales, comparándolos con la financiación de la atención domiciliaria.

2.^a Gran parte de los recursos públicos mantienen las políticas de atención domiciliaria a través de la seguridad social, los servicios sociales personales de las autoridades locales y el servicio de salud (NHS). Necesitamos conocer la eficiencia en el uso de los recursos, si están bien enfocados y si la gente que recibe ayuda lo hace de la forma más apropiada a sus necesidades.

3.^a En el país se gestionan esos fondos de manera muy variada. Aunque haya que adaptarse a las circunstancias locales, esto no significa que no se puedan mejorar las decisiones presupuestarias y de gestión. Se trata de un área que se beneficiará del examen de un experto exterior.

El informe no fue gratificante para el gobierno. Ante la acusación de que se mostraba más reticente que frente a su anterior informe sobre el NHS, el nuevo secretario de estado, John Moore, dijo lo acostumbrado: «El gobierno considerará el informe y hará sus propuestas en el momento oportuno».

Las dificultades para el gobierno no están sólo en la crítica a la gestión de la atención comunitaria en los niveles centrales y locales, ya que va más allá al establecer un marco de propuestas que serán difíciles de digerir para un gobierno que no simpatiza con los gobiernos locales. No destaca sólo los fallos de las agencias locales, sino también el grado de responsabilidad del gobierno en el mantenimiento de esos fallos. La solución de Griffiths no es tirar por tierra las estructuras existentes y comenzar de nuevo. Más bien el centro de su enfoque radical es la distinción de responsabilidades, la insistencia en el nivel de realización y la contabilidad, la evidencia de que algo está ya en marcha y, todavía más radical, condicionar el éxito de las políticas al establecimiento de recursos adecuados y calenda-

rios pactados. El informe no trata de fórmulas de financiación, sino de la mejor forma de encauzar los recursos. Para él la situación de muchos departamentos de servicios sociales y de grupos de voluntarios es como la de los israelitas en su cautiverio del faraón: tener que fabricar ladrillos sin disponer de paja.

EL ABORDAJE PRIVADO DEL TEMA Y LA RESPUESTA A GRIFFITHS

La recepción del informe por parte del mundo profesional ha sido positiva y ha suscitado comentarios en las publicaciones del mundo del trabajo social, así como ha convocado numerosas reuniones de estudio. Me refiero, por ejemplo, a algunos de los puntos destacados en el seminario de organizaciones voluntarias, autoridades locales y mundo académico, tenido en Birmingham, en junio 1988.

Se habla mucho de las preferencias del consumidor. Pero en realidad, teniendo en cuenta cómo son los beneficiarios de la atención domiciliaria (viejos, enfermos, minusválidos) serán sus familiares y vecinos los que harán la elección.

Hay que definir con claridad los principios y objetivos de la atención, con el fin de dar una clara visión al usuario. Estos principios todavía no existen, y es urgente un sistema de alianzas para crear opinión y ofrecer un marco al gobierno.

Insistir en el papel de los voluntarios, que están más cerca del usuario y son más sensibles a sus necesidades. Sin embargo, aunque haya pluralidad de suministradores de servicios, el diseño de financiación tendrá que ser monopolístico.

Es necesario un compromiso para implementar las propuestas de Griffiths que pase por un proceso de consultas con las organizaciones de usuarios y cuidadores, proveedores de servicios y profesionales. Esto terminaría en un plan para fijar las medidas transitorias, proveer el entrenamiento necesario del personal, procedimientos de evaluación y seguimiento que aseguren el logro del nuevo sistema.

Los mecanismos de consulta y arbitraje son fundamentales para garantizar los derechos de los usuarios y de los que prestan la atención.

A diferencia de los EE. UU., la experiencia en contratación ajena en el Reino Unido es muy escasa. Los departamentos de servicios sociales apenas la han experimentado.

Hay que reforzar las capacidades de los gobiernos locales para asumir la responsabilidad. No van a ser los proveedores monopolísticos del servicio, sino sólo los gestores del sistema de atención. Aunque los Departamentos de servicios sociales aceptan el reto, su ejecución puede ser problemática. Es un estímulo para la «economía mixta de la atención», a través de mayores contribuciones de los servicios privados y voluntarios, lo que va a parecer una privatización camuflada. Pero otros ven aquí el reconoci-

miento de un sistema que inevitablemente está siendo cada vez más pluralista y necesita ser ordenado. El crecimiento del sector privado es una consecuencia directa de amplias fuerzas económicas y sociales, muy particularmente de la difusión de las pensiones y otras prestaciones económicas. En cualquier caso siempre queda el temor de que para los Dptos. de servicios sociales quede la parte más difícil y estigmatizada de los fines del mercado.

EMPEZAR LA LECTURA DIRECTA DEL INFORME

Las páginas anteriores han querido presentar el contexto del documento que se ofrece en este mismo número de *Cuardenos de Trabajo Social*. Son el resultado de un dossier constituido por comunicados de prensa del DHSS y diversas publicaciones de organizaciones voluntarias y de profesionales del trabajo social en el Reino Unido. Probablemente el énfasis puesto en uno u otro punto deriven de la especial sensibilidad del «introducción», a la vista de los temas que aquí y ahora estamos discutiendo, entre la propaganda partidista y la reflexión científica.