EUSKO JAURLARITZA
GOBIERNO VASCO
ENPLEGU ETA GIZARTE GAIETAKO SAILA
DEPARTAMENTO DE EMPLEO Y ASUNTOS SOCIALES

ingema
instituto gerontológico matia

"IDENTIFICACIÓN DE LOS ASPECTOS NORMATIVOS AFECTADOS POR EL DESARROLLO DE LOS NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA"

Equipo de trabajo:
Cristóbal Eizaguirre Eizaguirre. Matia Fundazioa
Maria Francesca Cerdó i Pasqual. Matia Fundazioa
Marijo Garate Olazabal. Matia Fundazioa

Informe: Antoni Vilà Mancebo. Universitat de Girona

Convenio de colaboración entre
la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco
y la Fundación Instituto Gerontológico Matia (Fundación Ingema)

ÍNDICE

1. INTRODUCCIÓN
1.1. Líneas generales del informe especializado en los aspectos normativos
1.2. Estructuración del informe

2. RECOPILACIÓN DE LA NORMATIVA VIGENTE Y ANÁLISIS DE SU ADECUACIÓN A LOS REQUERIMIENTOS DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA
2.1. El modelo de atención integral centrado en la persona (AICP)
2.2. Normativa internacional
2.3. Normativa estatal
2.4. Normativa autonómica
2.5. Ley de servicios sociales del País Vasco
2.6. Normativa Foral
2.7. Normativa municipal
2.8. Normativa sectorial y laboral

3. EXAMEN DE LAS EXPERIENCIAS PILOTO EN SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y EN INSTITUCIONES: PROYECTO ETXEAN ONDO
3.1. Proyecto en Servicio de Ayuda a Domicilio
3.2. Proyectos en Instituciones

4. ESTUDIO TRANSVERSAL DE LOS ASPECTOS BÁSICOS
4.1. El ajuste del modelo AICP a la normativa vigente
4.2. Aspectos básicos de la atención
4.3. Derecho de acceso
4.4. Derechos y deberes de los usuarios
4.5. El papel de la familia
4.6. Catálogo/Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS.
4.7. Recursos humanos
4.8. Organización y gestión
4.9. Infraestructuras
4.10. Financiación

5. CONCLUSIONES

6. PROPUESTAS

INFORME ESPECIALIZADO: IDENTIFICACIÓN DE LOS ASPECTOS NORMATIVOS AFECTADOS POR EL DESARROLLO DE LOS NUEVOS MODELOS DE ATENCIÓN CENTRADA EN LA PERSONA

1. INTRODUCCIÓN

El convenio de colaboración subscrito entre la Consejería de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco y la Fundación Instituto Gerontológico Matia (en adelante Ingema), en julio de 2011, pretende abordar un proceso que permitan comprender mejor en el País Vasco los mecanismos y procesos de envejecimiento de la población para poder sentar las bases y proveer de evidencia científica el proceso de cambio hacia el modelo de atención integral centrada en la persona.

Dicho convenio tiene como objetivo desarrollar proyectos de investigación-acción de buenas prácticas para avanzar hacia un modelo de atención que tenga a la persona como protagonista, a partir del diseño y realización de experiencias piloto en servicios de atención domiciliaria y en instituciones en diversos municipios del País Vasco.

Estos proyectos, que se inscriben en el modelo de investigación-acción, se complementan con informes especializados derivados de las evaluaciones de las citadas experiencias piloto, entre los cuales se incluye una referente a los aspectos jurídicos que tiene como objetivo final la *identificación de los aspectos normativos, afectados por el desarrollo de los nuevos modelos de atención centrada en la persona*, con el fin de determinar *las principales áreas de mejora susceptibles de cambio en el marco normativo y organizativo actual que puedan estar*

obstaculizando fórmulas de atención basadas en las necesidades individuales de las personas.

El presente informe, que cumplimenta esta parte del proyecto, tiene, pues, como objetivo identificar los aspectos normativos afectados por el desarrollo de los nuevos modelos de atención centrada en la persona.

1.1. Líneas generales del informe especializado en los aspectos normativos

A continuación se transcriben los términos del citado convenio relativos al Informe especial referente a la identificación de los aspectos normativos afectados por el desarrollo de los nuevos modelos de atención centrada en la persona.

Introducción

El marco legal que regula la prestación de Servicios Sociales a las personas mayores en Euskadi está determinado por una distribución competencial relativamente compleja, en la que intervienen la Administración central, la autonómica, la foral y la local, además de por una normativa que, en algunos de sus elementos, se remonta a los primeros años de desarrollo del sistema de Servicios Sociales.

Una parte de esa cuerpo legislativo, por ejemplo la Ley 12/2008 de Servicios Sociales y su normativa de desarrollo, está orientada a la implantación en la CAPV de un modelo de Servicios Sociales de "base comunitaria", basado en el diagnóstico de las necesidades individuales y en una atención individualizada, centrada en la persona, en la línea de los países más avanzados de nuestro entorno. Cabe pensar que otras

normas vigentes en este ámbito sin embargo, sin contradecirlo expresamente, se adaptan con más dificultades al cambio de paradigma que conlleva el desarrollo e implantación de modelos de atención avanzados y centrados en la persona.

Por otro lado, cabe pensar que una buena parte de las fórmulas de coordinación institucional, de planificación de los itinerarios individuales de atención y de financiación de los servicios dificultan, en mayor medida incluso que la propia legislación, el desarrollo de un modelo de intervención realmente individualizado. En ese sentido, podrían identificarse dificultades asociadas a la coordinación y a la organización (protocolos de derivación, acuerdos de coordinación, acuerdos de iniciativas conjuntas, etc.), y sobre todo a las fuentes de financiación que convergen en la atención a las personas. *A priori*, ese tipo de dificultades pueden tener algún impacto en el marco normativo, pero no necesariamente en su configuración básica.

Objetivos

En ese contexto, y en el marco de las experiencias piloto que se están desarrollando, tanto en domicilios como en los centros institucionales de referencia, en torno al nuevo modelo de atención 'centrado en las personas mayores' se considera de interés poner en marcha un proceso de reflexión en torno a la mayor o menor adecuación de la normativa y del marco organizativo vigente a los requerimientos de un modelo de atención basado en la persona, así como de la adecuación al mismo de los modelos de financiación, coordinación y planificación de los itinerarios de atención individual.

Principales características del estudio

Las principales características del proyecto serán las siguientes:

- El estudio se ha realizado a partir de la puesta en marcha de los programas piloto previstos (en domicilio y en centros de referencia) y ha partido de la identificación que en esos programas pueda realizarse de posibles colisiones ente el marco normativo y organizativo actual y el paradigma de la intervención basada en la persona.

- En la medida en que la CAPV cuenta con un modelo normativo recientemente aprobado, y coincidente en sus líneas generales con ese paradigma, el análisis se centrará específicamente en los elementos que influyen más directamente en la atención individual (nivel micro) y tendrá por objeto no tanto ofrecer alternativas a la normativa vigente sino, más bien, posibilidades concretas de avance y mejora de la misma.

- Lógicamente, la modificación propiamente dicha del marco normativo, en cambio, no podría enmarcarse en ese análisis, ya que es algo que corresponde al Gobierno Vasco en colaboración con las demás Administraciones Públicas

Metodología

En una primera fase, a partir de los resultados de la aplicación de los proyectos piloto, un equipo formado por profesionales con conocimientos de la legislación aplicable en el marco de los servicios

sociales de Matia Fundazioa, con la colaboración en su caso de asesores externos independientes, analizará en qué medida su materialización se ve dificultada por los elementos normativos, y organizativos del marco actual.

Una vez realizado ese análisis, se procederá al diseño de propuestas de mejora y/o modificación del marco normativo y organizativo vigente, de forma que el modelo se desarrolle bajo un marco jurídico y organizativo adecuado.

Resultados esperados

Los resultados esperados del proyecto son los siguientes:

- Informe con las principales áreas de mejora susceptibles de cambio en el actual marco normativo y organizativo actual que puedan estar obstaculizando fórmulas de atención basadas en las necesidades individuales de las personas.

Equipo de trabajo

Responsable: Cristóbal Eizagirre Eizagirre (grupo Matia)
Equipo: Mª Francesca Cerdó i Pasqual y Mª José Gárate Olazabal del grupo Matia y Antoni Vilà Mancebo de la Universitat de Girona (asesor externo experto en el marco normativo vigente)

1.2. Estructuración del informe

En primer lugar, se efectúa una recopilación de la principal normativa vigente en materia de servicios sociales y personas mayores a nivel internacional, estatal, autonómico y local, con el fin de disponer de una panorámica legislativa que permita constatar las tendencias actuales en la materia y ayude a enmarcar el informe. En esta parte, se analiza principalmente la adecuación legislativa al modelo de atención integral centrada en la persona (en adelante AICP) y, más concretamente, se contrastan los principios y criterios básicos de dicho modelo con los principios y los derechos y deberes vigentes, especialmente los establecidos en la Ley de servicios sociales de 2008 (en adelante LSSPV), con el fin de determinar el grado de adecuación entre el instrumento técnico y el legislativo básico en la materia.

La parte central del informe, siguiendo las pautas del encargo, se inicia a partir de la puesta en marcha de los programas piloto previstos en el domicilio y en centros de referencia y concretamente de los conflictos y colisiones que generan en el marco normativo y organizativo la aplicación de la AICP. Por una parte, se analizan cada uno de los proyectos y subproyectos con el fin de detectar los aspectos que en su aplicación plantean dudas o colisiones con las normativas vigentes, no sólo de servicios sociales, sino también en otros ámbitos, como el sanitario, de protección de datos, etc. y por otra parte, se realiza un estudio de manera transversal de los aspectos básicos afectados (modelo de atención, organización y gestión e infraestructuras entre otros).

Debido a la necesidad de elaborar el presente informe cuando todavía no se dispone de los correspondientes a los demás proyectos en fase de elaboración, se ha trabajado en la identificación de las problemáticas y las incertidumbres planteadas durante el proceso a través del análisis legislativo y de visitas y entrevistas con los responsables y participantes en los distintos proyectos, por tanto, consideramos que una vez completadas las experiencias piloto deberán revisarse y, en su caso, completar el informe.

En la parte final, se presentan algunas propuestas de líneas de avance y mejora en la normativa para adaptarse a la AICP, sin entrar, como señala el convenio, en las modificaciones concretas del marco normativo, que corresponde la Gobierno Vasco en colaboración con las otras administraciones públicas, aunque dichas sugerencias y propuestas podrán, si las instancias públicas responsables así lo consideran, ser tenidas en cuenta en el desarrollo de la LSSPV o servir para propiciar el cambio de otras normativas que dificultan el desarrollo del nuevo modelo.

2. RECOPILACIÓN DE LA NORMATIVA VIGENTE Y ANÁLISIS DE SU ADECUACIÓN A LOS REQUERIMIENTOS DE UN MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL CENTRADO EN LA PERSONA

Con el fin de enmarcar el informe, se ha procedido, en primer lugar, a la recopilación del conjunto legislativo a nivel internacional, estatal, autonómico y local. Con dicha información se ha realizado un primer análisis general de contraste para determinar el grado de congruencia de la normativa vigente con el modelo de AICP y detectar las principales disposiciones que puedan estar obstaculizando fórmulas de atención basadas en las necesidades individuales de las personas.

A continuación se exponen los elementos configuradores de la AICP y se contrastan con los diferentes niveles de la normativa vigente.

2.1. El modelo de atención integral centrado en la persona (AICP)

La AICP supone un cambio de paradigma que consiste fundamentalmente en modificar el objeto central del modelo: desde las actuaciones, servicios y prestaciones para satisfacer una *necesidad* a la garantía de la *dignidad* de las personas y la efectividad de sus *derechos* y el correspondiente ejercicio de sus deberes.

El concepto de *dignidad*, inherente a todas las personas, consideramos que supone, además de asegurar unos mínimos vitales, el respeto a la *autonomía* individual y la correlativa libertad en la toma de decisiones. La garantía de los *derechos* se refiere a las libertades y a los derechos civiles, políticos y sociales, así como a los deberes que les corresponden en el ejercicio de su ciudadanía.

Definimos la AICP, a efectos del presente informe, como *la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva* (Rodríguez, P., 2006, 2010).[1] Este modelo,[2] diseñado a partir de la evidencia científica producida en ámbitos de la gerontología y la discapacidad, tiene como principales características las señaladas en la tabla:

Tabla 1. Principales características de la AICP

- La atención integral de carácter sociosanitario puede llevarse a cabo tanto mediante el modelo de integración (Países Nórdicos), bien se realice desde el de coordinación de servicios (Francia).
- La atención integral centrada en la persona abarca mucho más de lo que es el espacio sociosanitario, requiriéndose también la intervención de otros sectores, como el educativo, el cultural y de ocio, el urbanístico y de vivienda, el de transporte, el de empleo y seguridad social, etc.
- En la atención integral centrada en la persona debe conectarse el objetivo de apoyar con las intervenciones la autonomía personal y la vida independiente, con la que se ha denominado "atención transmural" (trabajo intersectorial y desarrollo de redes de servicios de proximidad).
- En los planes y programas que se desarrollen hay que plantearse, además de objetivos para la intervención social con la persona y sus allegados, otros objetivos dirigidos a la involucración de la comunidad para el apoyo a la participación y a la inclusión social.
- El avance en la promulgación de derechos y en la preservación de la dignidad de la persona, que deben configurarse como eje de las políticas de atención, obliga a realiza un cambio de paradigma en el modelo de intervención.

Fuente: P. Rodríguez, "La atención centrada en la persona" en Informes Portal Mayores IMSERSO, núm. 106, Noviembre 2010.

Dicho método se fundamenta en los principios – criterios siguientes:

[1] Rodríguez Rodríguez, Pilar (2006): "El sistema de servicios sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia". Madrid. Informe 87/2006. Fundación Alternativas. (2010). "La atención integral centrada en la persona". Madrid, Informes Portal Mayores, nº 106. [Fecha de publicación: 04/11/2010].
http://www.imsersomayores.csic.es/documentos/documentos/pilar-atencion-01.pdf

[2] Para ampliar pueden consultarse los trabajos de T. Martínez Rodríguez (2011) La atención gerontológica centrada en la persona además. Guía para la intervención profesional, Ed. Gobierno Vasco, y en el ámbito sociosanitario M. I.Genua et al. Atención centrada en la persona y su aplicación al entorno sociosanitario, 7º Congreso Nacional de Atención Sociosanitaria, Vitoria-Gasteiz, 26-28 de octubre de 2011.

a) Autonomía-diversidad.

b) Participación-accesibilidad e interdisciplinariedad.

c) Integridad-globalidad.

d) Individualidad-flexibilidad y atención personalizada.

e) Inclusión social-proximidad y enfoque comunitario.

f) Independencia-prevención/rehabilitación.

g) Continuidad atención-coordinación y convergencia.

Grafico 1 Principios y criterios para fundamentar un modelo de atención integral centrado en la persona

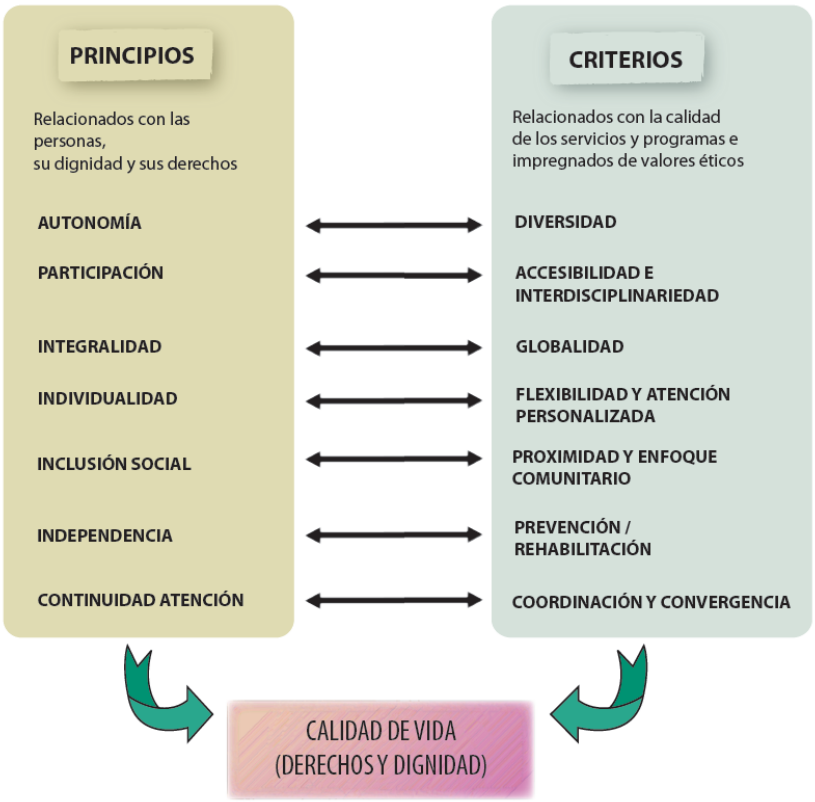

Grafico 2. Modelo de de atención integral centrado en la persona en situaciones de dependencia, discapacidad o fragilidad

Fuente: P. Rodríguez, "La atención centrada en la persona" en Informes Portal Mayores IMSERSO, núm. 106, Noviembre 2010.

2.2. Normativa internacional

A nivel internacional se recopilan los documentos y las normas relacionados con la promoción de la autonomía y la atención a las situaciones de dependencia (ver tabla 1), ya que han influido en los cambios producidos en el siglo pasado y el actual. Desde Naciones

Unidas, se han establecido, además de los textos básicos de la Declaración Universal de los Derechos Humanos (1948) y de la Convención sobre los Derechos del Niño (1989), otros documentos en el ámbito de la discapacidad que tuvieron gran repercusión, como la Declaración del Año Internacional de las Personas con Discapacidad (1981) que generó Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad (1982) y, una década más tarde, las Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (NORUM) que tenían como lema la *igualdad y plena participación* de las personas con discapacidad en la vida social y el desarrollo.

Estos documentos adoptaron la Clasificación Internacional de la Deficiencia, la Discapacidad y la Minusvalía (CIDDDM) de la Organización Mundial de la Salud (OMS, 1980) que definía las tres dimensiones del menoscabo (deficiencia – discapacidad – minusvalía), a los que Rehabilitación Internacional le añadió los tres objetivos básicos de intervención (prevención, rehabilitación y accesibilidad), esta clasificación ponía ya de relieve los *aspectos sociales de la discapacidad*. Mas adelante, se aprobó la Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF, 2001) que define la discapacidad como un término genérico que abarca deficiencias, limitaciones de la actividad y restricciones a la participación. Entiende por discapacidad la *interacción entre las personas que padecen alguna enfermedad y los factores personales y ambientales* (por ejemplo, actitudes negativas, transporte y edificios públicos inaccesibles y un apoyo social limitado), enfatizando todavía más los aspectos sociales y relacionales. En el ámbito de la discapacidad se ha vivido, pues, un proceso de cambio, desde concepciones médico-rehabilitadoras, a modelos sociales,

biopsicosociales y actualmente el Movimiento de vida independiente se refiere a la *diversidad funcional* que toma como base los derechos humanos.

No obstante, el documento más importante de los últimos tiempos en el sector de la discapacidad es sin duda la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad (2006) que para muchos supone un cambio de paradigma al optar por un modelo basado en los derechos humanos. Interesa destacar de esta Convención, firmada y ratificada por el Estado español, los principios y resaltar algunos de los derechos que coinciden con los principios, criterios y derechos del modelo AICP. Los principios de la Convención son: el respeto de la *dignidad* inherente a la persona, la *autonomía* individual, incluida la libertad de tomar las propias decisiones, y la *independencia* de las personas; la *no discriminación*; la *participación* e *inclusión* plenas y efectivas en la sociedad; el respeto por la *diferencia* y la aceptación de las personas con discapacidad como parte de la diversidad y la condición humanas; la *igualdad* de oportunidades; la *accesibilidad*; la *igualdad* entre el *hombre y la mujer*; el respeto a la evolución de las facultades de los niños y las niñas con discapacidad y de su derecho a preservar su identidad. Entre los derechos destaca: *igualdad y no discriminación*; *accesibilidad*; *libertad y seguridad* de la persona; protección de la *integridad personal*; derecho a vivir de forma *independiente* y a ser *incluido* en la comunidad; *libertad* de expresión y de opinión y acceso a la información; respeto de la *privacidad*; respeto del hogar y de la *familia*; *participación* en la vida política y pública, y en la vida social y cultural. Asimismo, se refiere a los *derechos* a la educación, la salud, la habilitación y la rehabilitación, el trabajo y empleo; el nivel de vida adecuado y la protección social, con unas referencias explicitas a dos

colectivos vulnerables, como las mujeres y la infancia con discapacidad.

En el ámbito de las personas mayores, la primea Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento, que se realizó en Viena el año 1982, estableció el Plan de Acción Internacional sobre el envejecimiento que contenía unas recomendaciones a los Estados en materia de salud y nutrición, protección de los consumidores ancianos, vivienda y medio ambiente, familia, bienestar social, seguridad de ingreso y empleo y educación. En el año1992 Naciones Unidas estableció los principios a favor de las personas de edad: *independencia*, *participación*, *cuidados*, *autorrealización* y *dignidad*, que suponían un avance importante para este colectivo. Otro hito en este proceso de dignificación de las personas mayores, fue la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002) y el correspondiente Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento de 2002, que planteó como temas centrales: la *plena* realización de todos los *derechos humanos y libertades fundamentales*; el envejecimiento en condiciones de *seguridad*; la habilitación de las personas de edad para que *participen* plena y eficazmente en la vida económica, política y social; las *oportunidades* de desarrollo, realización personal y bienestar del individuo en todo el curso de su vida; la garantía de los *derechos económicos*, sociales y culturales; el compromiso de reafirmar la *igualdad de los sexos* en las personas de edad; la importancia decisiva que tienen para el desarrollo social las *familias* y la *interdependencia*, la *solidaridad* y la *reciprocidad* entre las generaciones; la atención de la salud, el apoyo y la protección social; la promoción de una asociación entre el gobierno, a todos sus niveles, la sociedad civil, el sector privado y las propias personas de edad; la utilización de las investigaciones y los

conocimientos científicos y el aprovechamiento del potencial de la tecnología para considerar las consecuencias individuales, sociales y sanitarias del envejecimiento. En este caso observamos una tendencia clara a favor de la dignidad, la participación y la efectividad de los derechos, intereses, preferencias, elementos clave del modelo de AICP.

Desde Europa se asumieron y respaldaron las normas y documentos de Naciones Unidas para las personas con discapacidad y los mayores, y se impulsaron diversos planes y medidas para hacerlos efectivos.

Como se deduce de esta breve recopilación normativa internacional los principios y derechos establecidos han ido evolucionando hacia modelos más centrados en la persona, su dignidad y derechos, que han permitido desarrollar en algunos países modelos de AICP.

Tabla 1. Recopilación de la principal normativa y documentos internacionales

Procedencia	Ámbito	Año	Norma/documento
Naciones Unidas	**Infancia**	1989	**Convención sobre los derechos del niño**
	Discapacidad	1982	**Programa de Acción Mundial para las Personas con Discapacidad**
		1993	**Normas Uniformes sobre Igualdad de Oportunidades para las Personas con Discapacidad (NORUM)**
		2006	**Convención sobre los Derechos de las personas con discapacidad**

	Personas Mayores	1982	**Plan de Acción Internacional sobre el Envejecimiento** (Viena)
		1992	**Principios de las Naciones Unidas en favor de las Personas de Edad (1992)**
		1992	Proclamación sobre el Envejecimiento (42a reunión plenaria, 16 de octubre de 1992)
		1995	Aplicación del Pacto Internacional de los Derechos Económicos, Sociales y Culturales, Observación general 6, Los derechos económicos, sociales y culturales de las personas mayores (13 período de sesiones, 1995),
		2002	**Informe de la Segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento (Madrid, 2002)**
		2002	Plan de Acción Internacional de Madrid sobre el Envejecimiento 2002
		2008	**Declaración Ministerial de León: "Una sociedad para todas las edades: retos y oportunidades" (León, 2008)**
			Proyecto: Age-Friendly Cities. *Proyecto red mundial de ciudades amigables con las personas mayores (OMS)*
	Salud	2001	**Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud (CIF)**
Unión Europea	**Discapacidad**	2000	**Hacia a una Europa sin barreras para las personas con discapacidad**
		2003	**Igualdad de oportunidades para las personas con discapacidad: plan de acción europeo (2004-2010)**
	P. Mayores	1999	**Comunicación de la Comisión: Hacia una Europa para todas las edades - Fomentar la prosperidad y la solidaridad entre las generaciones**
		2002	**Contribución de la Comisión Europea a la segunda Asamblea Mundial sobre el Envejecimiento**
		2004	Comunicación de la Comisión al Consejo, al Parlamento Europeo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y de una asistencia de larga duración de gran calidad que sean accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales mediante la utilización del "método abierto de coordinación"
		2004	Comunicación de la Comisión. Modernizar la protección social para el desarrollo de una asistencia sanitaria y una asistencia de larga duración de calidad, accesibles y duraderas: apoyo a las estrategias nacionales a través del «método abierto de coordinación»
		2007	Comunicación de la Comisión al Parlamento

		2009 2011	Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones. «Promover la solidaridad entre las generaciones» Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones - Abordar los efectos del envejecimiento de la población de la UE (Informe de 2009 sobre el envejecimiento demográfico) Propuesta de Decisión del Parlamento Europeo y del Consejo sobre el Año Europeo del Envejecimiento Activo
Consejo de Europa	**Discapacidad**	2006	**Plan de Acción 2006-2015 para fomentar los** derechos **y la plena participación de las personas con discapacidad a la sociedad**
		2008	Derechos **humanos y discapacidad:** derechos **iguales para todos**
	P. Mayores	**1994** **2010**	**Recomendación 1254 sobre los derechos médicos y de bienestar de las personas mayores: ética y políticas** **Promover los derechos y la integración de las personas con discapacidad que envejecen: una perspectiva europea,**

2.3. Normativa estatal

La legislación española ha seguido un proceso paralelo al descrito en el ámbito internacional en la asunción de los principios y el reconocimiento de los derechos. En la tabla 2 se ha recopilado la principal normativa reciente relacionada con el tema que tratamos, donde se puede observar como a partir de la Constitución española (en adelante CE) se produjeron grandes cambios en muy poco tiempo. La CE se refiere en diversos artículos a los temas y los colectivos que tratamos, recordemos en primer lugar el artículo 10 que reconoce la *dignidad* de la persona, los derechos inviolables que le son inherentes, el *libre desarrollo de la personalidad* o el *respeto* a la ley y a los *derechos de los demás*. Además gozan, igual que las demás personas, de los derechos fundamentales, como el *derecho a la vida*, a la *libertad* y la *seguridad*, al *honor*, la *intimidad* y la propia *imagen*, a la libertad de

residencia y *circulación*, a expresar y difundir libremente sus *pensamientos*, ideas y opiniones, a *reunirse* y *asociarse* o a *participar* en los asuntos públicos, entre otros.

En relación a los derechos sociales, debe recordarse que los preceptos constitucionales no son inmediatamente aplicables y que precisan de una ley que los desarrolle. Entre estos derechos encontramos los referentes a las *personas con discapacidad*, las *personas mayores* o la *familia*.El artículo 49 establece un mandato a los poderes públicos para que realicen una política de previsión, tratamiento, rehabilitación e integración de las personas discapacitadas, a las que prestarán la atención especializada que requieran y los *ampararán especialmente para el disfrute de los derechos fundamentales*, y el artículo siguiente se refiere a las personas mayores a los que los poderes públicos deben garantizar mediante pensiones adecuadas y periódicamente actualizadas, la suficiencia económica y que asimismo, y con independencia de las obligaciones familiares, promoverán *su bienestar mediante un sistema de servicios sociales* que atenderán sus problemas específicos de salud, vivienda, cultura y ocio.

Podemos concluir estas breves referencias a la CE, señalando que sus preceptos exigen medidas para hacer efectivos los derechos reconocidos a estos colectivos y, por tanto, dan sustento al modelo de AICP.

La Ley 13/1982, de 7 de abril, de Integración Social de los Minusválidos (LISMI), que desarrolló el mencionado artículo 49 de la Constitución, instauró los principios de *participación*, *integración* y *normalización*. Esta norma fue completada unos años más tarde por la Ley 51/2003, de 2 de

diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal de las personas con discapacidad (LIONDAU) que introdujo y definió algunos conceptos básicos de gran interés para el modelo de AICP, como *vida independiente*, *normalización*, *accesibilidad universal*, *diseño para todos*, *dialogo civil* y *transversalidad,* todos ellos plenamente congruentes con la AICP.

Tabla 2. Recopilación de la normativa estatal

Materia	Año	Norma
General	1978	Constitución Española
Discapacidad	1982	Ley de Integración Social de los Minusválidos (LISMI)
	2003	Ley de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal (LIONDAU)
	2011	Ley de adaptación normativa a la Convención Internacional sobre los derechos de las personas con discapacidad
Autonomía Dependencia	2006	Ley de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD)
Sanidad	1986	Ley General de Sanidad
	2002	Ley básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica
	2003	Ley de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud
Seguridad Social	1994-…	Texto Refundido de la Ley General de la Seguridad Social
Familia	1999	Ley para promover la conciliación de la vida familiar y laboral en las personas trabajadoras
	2003	Ley de Protección a las Familias Numerosas
	2007	Ley Orgánica para la igualdad efectiva de mujeres y hombres
Fiscal	2003	Ley de protección patrimonial de las personas con discapacidad
		Normativa fiscal
Protección de datos	1999	Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal.
	2007	Real Decreto 1720/2007 por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal

Merece una mención específica la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a les Personas en Situación de Dependencia

(LAPAD) que estableció por primera vez con carácter general un derecho subjetivo de ciudadanía a los servicios y prestaciones del catálogo de prestaciones y servicios sociales. Son importantes algunas de las definiciones que establece (autonomía, dependencia, actividades básicas de la vida diaria, necesidad de apoyo para la autonomía personal, cuidados no profesionales, etc.), especialmente la referente a la *autonomía*: capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Este concepto incluye, pues, además de la autonomía funcional, la moral que le faculta para tomar decisiones sobre su vida.

También debemos referirnos, por la proximidad con los elementos de la AICP, a algunos principios de esta ley (universalidad de acceso e igualdad efectiva; atención integral e integrada; transversalidad de las políticas; valoración de las necesidades de la persona, criterios de equidad; personalización de la atención; prevención, rehabilitación y estimulo social y mental; promoción de una vida con el mayor grado de autonomía posible; permanencia, siempre que sea posible en el entorno; participación; colaboración de los servicios sociales y sanitarios; perspectiva de género) y derechos (acceso en condiciones de igualdad a las prestaciones y servicios; derechos humanos y libertades fundamentales; recibir información en términos compresibles completa y continuada; a ser advertido si los procedimientos que se le apliquen pueden ser utilizados en proyectos docentes o de investigación; respeto a la confidencialidad de los datos; participar individual y colectivamente en la formulación y aplicación de las políticas; a decidir cuando tenga capacidad de obrar suficiente, sobre

la tutela de su persona y bienes; a decidir libremente sobre el ingreso en centro residencial; al ejercido de sus derechos jurisdiccionales en caso de internamientos involuntarios; ejercicio pleno de sus derechos patrimoniales; a la defensa de sus derechos reconocidos en la ley; igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad; no discriminación por razón de orientación e identidad sexual) y deberes (suministrar información y datos; aplicar las prestaciones a la finalidad para la que fueron otorgadas).

Desde el punto de vista competencial debe dejarse constancia que la LAPAD supone una reducción importante de las competencias autonómicas en servicios sociales, ya que muchas competencias se atribuyeron al Consejo Territorial, sustrayéndolas del ámbito autonómico. Esta Ley, a pesar de los debates generados durante su tramitación, y de los informes emitidos sobre la inconstitucionalidad de algunas de sus disposiciones por los consejos consultivos de algunas comunidades autónomas, no se interpusieron –o en el caso de Navarra se retiró- los correspondientes recursos ante el Tribunal constitucional y, por tanto, está vigente y afecta a los servicios sociales para personas en situación de dependencia.

A pesar de la contundencia de los principios, derechos y deberes, luego, en el texto de la propia ley y las normas de desarrollo, se aprecian contradicciones importantes (por ejemplo, en la capacidad de elección de los servicios y prestaciones económicas). La tabla 3 recoge la normativa de modificación y desarrollo de la LAPAD.

Tabla 3. LAPAD, modificaciones y normas de desarrollo estatales

Materia	Normativa inicial	Modificaciones/desarrollo
General	Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia	Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público
Baremo valoración de la dependencia	Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia	Real Decreto 1198/2007, de 14 de septiembre, por el que se modifica el Real Decreto 504/2007, de 20 de abril, en materia de reconocimiento de descanso por maternidad en los supuestos de discapacidad del hijo y de reconocimiento de la necesidad de asistencia de tercera persona en las prestaciones no contributivas.
		Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
Nivel mínimo de protección	Real Decreto 614/2007, de 11 de mayo, sobre nivel mínimo de protección del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia garantizado por la Administración General del Estado	Real Decreto 175/2011, de 11 de febrero, por el que se modifica el Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, y el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia
Seguridad Social de los cuidadores	Real Decreto 615 /2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia	
Intensidad de protección de los servicios y cuantía prestaciones económicas	Real Decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia.	
Financiación especial	Real Decreto-Ley 9/2008, de 28 de noviembre, por el que se crean un Fondo Estatal de Inversión Local y un Fondo Especial del Estado para la Dinamización de la Economía y el Empleo y se aprueban créditos	Orden EHA/3566/2008, de 9 de diciembre, por la que se hace público el Acuerdo del Consejo de Ministros de 5 de diciembre de 2008 por el que se aprueba el destino del fondo especial del Estado para el

	extraordinarios para atender a su financiación	estímulo de la economía y el empleo, dotado por el Real Decreto-ley 9/2008, de 28 de noviembre, y su distribución por departamentos ministeriales
		Supresión de barreras arquitectónicas y realización de actividades de atención a la dependencia
Hipoteca inversa	Ley 41/2007, de 7 de diciembre, por la que se modifica la Ley 2/1981, de 25 de marzo, de Regulación del Mercado Hipotecario y otras normas del sistema hipotecario y financiero, de regulación de las hipotecas inversas y el seguro de dependencia y por la que se establece determinada norma tributaria	
Seguro de dependencia		
Calidad	Orden ESD/1984/2008, de 4 de julio, por la que se crea la Comisión Especial para la mejora de la calidad del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia	
Sistema de información	Orden TAS/1459/2007, de 25 de mayo, por la que se establece el Sistema de Información del Sistema para la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia y se crea el correspondiente fichero de datos de carácter personal	

En términos generales, podemos concluir señalando que los principios y los derechos y deberes de la normativa española en la materia analizada son también congruentes con el modelo de AICP, aunque no siempre en sus concreciones y aplicación práctica.

2.4. Normativa autonómica

En este apartado se recogen las principales leyes, así como las disposiciones reglamentarias del Gobierno Vasco vigentes relacionadas con la materia que tratamos (ver tabla 4). En primer lugar debe

recordarse que el Estatuto de Autonomía del País Vasco, aprobado mediante Ley Orgánica 3/1979, de 18 de diciembre, atribuye competencia exclusiva en materia de asistencia social, así como en fundaciones y asociaciones de carácter benéfico y asistencial (artículo 10.12 y 13). Además le atribuye competencia para desarrollo legislativo y la ejecución de la legislación básica del Estado en materia de sanidad interior y de la Seguridad Social, salvo las normas que configuran el régimen económico, y la gestión dicho régimen económico (art. 18).

Entre las normas promulgadas debemos señalar las tres leyes de servicios sociales, especialmente la vigente, la Ley de servicios sociales de 2008 que se analiza específicamente en el apartado siguiente. Otras leyes relacionadas son la 13/2008, de 12 de diciembre, de Apoyo a las Familias y la Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad.

Otra normativa que se ha tenido en cuenta para la elaboración del presente informe emana del Gobierno Vasco. Con carácter previo debe hacerse una breve referencia al marco competencial que la LSSPV regula en el Título III. En el artículo 39 señala que es competencia del Gobierno Vasco el desarrollo normativo y la acción directa que le atribuye la ley y su normativa de desarrollo. Define la acción directa como la competencia de ejecución respecto a las prestaciones y servicios que por su interés general, por su naturaleza y características, por el número de potenciales usuarios y por las economías de escala que pueden obtenerse, tengan que ser prestadas con carácter unitario en todo el territorio de la comunidad.

En concreto el artículo 40 le atribuye las siguientes competencias:

a) Potestad reglamentaria, que comprende la ordenación de los servicios sociales (autorización, registro, concertación, homologación e inspección de centros y servicios; requisitos materiales y funcionales y de personal), elaboración y aprobación de la cartera de servicios y prestaciones, regulación de los criterios generales de participación económica de los usuarios en la financiación de las prestaciones y servicios, elaboración y aprobación de los instrumentos técnicos aplicables en los requisitos de acceso a las prestaciones y servicios del SVSS, creación, regulación y mantenimiento del Registro General de Servicios Sociales.

b) Planificación general (plan estratégico de servicios sociales y planes sectoriales).

c) Provisión de prestaciones y servicios incluidos en la acción directa del Gobierno Vasco (servicio de teleasistencia; servicios de información y orientación en materia de infancia y adolescencia y de victimas de violencia de género; punto de encuentro familiar, derivados por decisión judicial; servicio integral de mediación familiar).

d) Fijación de los precios públicos de los servicios de su competencia.

e) Fomento y promoción del tercer sector de acción social, promoción de la participación ciudadana, del asociacionismo y voluntariado y participación de las personas usuarias y los beneficiarios en la gestión y evaluación de los servicios.

f) Coordinación general del SVSS con el fin de garantizar un desarrollo equilibrado de las prestaciones y servicios en todo el territorio que garantice la homogeneidad en las oportunidades de acceso a los mismos, así como la coordinación con otros sistemas y políticas, especialmente con los servicios de salud, educación, vivienda, empleo y garantía de ingresos e inclusión social.

g) Diseño y mantenimiento del Sistema Vasco de Información sobre Servicios Sociales, en el ejercicio de sus competencias de coordinación con las demás administraciones públicas, con el objetivo de disponer de conocimiento actualizado de las principales magnitudes y la coherencia e idoneidad de la planificación.

h) Creación, dirección, organización y mantenimiento del Observatorio Vasco de Servicios Sociales para el desarrollo de las funciones asignadas.

i) Aportación de información actualizada de las prestaciones y servicios, ajustándola a la característica de los datos integrados en el Sistema Vasco de Información.

j) Fomento y promoción, en coordinación de las demás administraciones públicas vascas, de la formación de los agentes y profesionales que intervienen en el SVSS.

k) Autorización, homologación, inspección y el ejercicio de la potestad sancionadora con respeto a los servicios, centros y entidades vinculadas a la acción directa del Gobierno Vasco.

l) Otras que se le atribuyan.

La LSSPV que comentamos atribuye al Gobierno Vasco competencias para regular los aspectos básicos del sistema, aunque en general se trata de un sistema con un grado importante de descentralización, especialmente en las Diputaciones Forales.

Una singularidad del reparto competencial que debe tenerse presente se refiere a las funciones del Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales (art. 44), especialmente la de informar con carácter preceptivo la Cartera, "debiendo requerir, los acuerdos que se adopten para su establecimiento y posterior actualización de la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, el voto favorable de la representación del nivel de la administración pública –ya sea autonómica, foral o local- para que se deriven obligaciones. Este informe parece, pues, que, además de ser preceptivo, tiene un cierto carácter vinculante, derivado de la exigencia de conformidad del nivel de la administración pública afectada (art. 44.3, a).

Asó mismo se ha tenido en cuenta otra normativa reglamentaria se refiere a distintos ambitos que inciden en la implantación del modelo de AICP. Es la que hace referencia al sistema sanitario (historia clínica, alimentación, autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios), a la accesibilidad (normas técnicas sobre condiciones de accesibilidad a las edificaciones y sistemas de información y comunicación) y especialmente a los servicios sociales (autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales, servicios sociales residenciales para la tercera edad, centros de día para personas mayores dependientes, carta de derechos y obligaciones de

las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales, servicio público de teleasistencia). Debe tenerse en cuenta que muchas de estas normas reglamentarias son anteriores a la Ley de de servicios sociales de 2008 y, por tanto, están afacetadas por el contenido de dicha ley, que se halla actualmente en proceso de desarrollo reglamentario.

Tabla 4. Normativa del Gobierno Vasco

Materia	año	Normativa	Modificaciones
Historia clínica	1986	Decreto 272/1986 de 25 de noviembre por el que se regula el uso de la historia clínica de los centros hospitalarios de la CAPV	
Historia clínica	1998	Decreto 45/1998, de 17 de marzo, por el que se establece el contenido y se regula la valoración, conservación y expurgo de los documentos del Registro de Actividades Clínicas de los Servicios de Urgencias de los Hospitales y de las Historias Clínicas Hospitalarias	
Discapacidad	1986	Decreto 257/1986, de 18 de noviembre, sobre Servicios Sociales para Personas con Minusvalía.	Decreto 85/1994, de 8 de febrero, por el que se modifica el decreto 257/1986.
Autorización servicios sociales	1998	Decreto 40/1998, de 10 de marzo, por el que se regula la autorización, registro, homologación e inspección de los servicios sociales de la CAPV	
Servicios sociales residenciales tercera edad	1998	Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad	Decreto 125/2005, de 31 de mayo, de modificación del D. sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad Decreto 195/2006, de 10 de octubre, de segunda modificación del D. sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad
Voluntariado	1998	Ley 17/1998, de 25 de junio, del voluntariado	
Accesibilidad	2000	Decreto 68/2000, de 11 de abril, por el que se aprueban las normas técnicas	

		sobre condiciones de accesibilidad de los entornos urbanos, espacios públicos, edificaciones y sistemas de información y comunicación	
Centros de día para mayores dependientes	2000	Decreto 202/2000, de 17 de octubre, sobre los centros de día para personas mayores dependientes	
Servicios sociales	2001	Decreto 155/2001, sobre distribución de funciones en el ámbito de los servicios sociales	
Alimentación	2002	Orden de 15 de marzo de 2002, del Consejero de Sanidad, por la que se establecen las condiciones sanitarias y la clasificación de los comedores colectivos y de los establecimientos no industriales de elaboración de comidas preparadas para el consumidor final en la CAPV	
Voluntades anticipadas	2002	Ley 7/2002, de 12 de diciembre, de las voluntades anticipadas en el ámbito de la sanidad	
	2003	Decreto 270/2003, de 4 de noviembre, por el que se crea y regula el Registro Vasco de Voluntades Anticipadas	
Derechos y deberes; quejas y sugerencias servicios sociales	2004	Decreto 64/2004, de 6 de abril, por el que se aprueba la carta de derechos y obligaciones de las personas usuarias y profesionales de los servicios sociales en la CAPV y el régimen de sugerencias y quejas.	Queda afectada por la Ley 12/2008 de servicios sociales
Autorización sanitaria	2006	Decreto 31/2006 de 21 de febrero, de autorización de los centros, servicios y establecimientos sanitarios	
Perros asistencia	2007	Ley 10/2007, de 29 de junio, sobre perros de asistencia para la atención a personas con discapacidad	
Servicios sociales	2008	Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales	
	2010	DECRETO 238/2010, de 14 de septiembre, de la Alta Inspección en materia de Servicios Sociales.	
Familias	2008	Ley 13/2008, de 12 de diciembre, de Apoyo a las Familias	
Teleasistencia	2011	Decreto 144/2011, de 28 de junio, del servicio público de teleasistencia.	

2.5. Ley de servicios sociales del País Vasco

Si relacionamos los elementos clave de la AICP con la LSSPV podemos constatar que los derechos a la dignidad y a la autonomía los encontramos recogidos y desarrollados en dicha norma, que señala explícitamente el derecho a acceder a los servicios sociales en condiciones de *dignidad* (art. 9, a) y, por otra parte, también se refiere al derecho a la *autonomía*,[3] que define como la "posibilidad de actuar y pensar de forma independiente en relación a la vida privada, incluida la disposición a asumir en la misma ciertos niveles de riesgo calculado, siempre que disponga de capacidad jurídica y de obrar para ello…" (art.9, c). Resulta conveniente resaltar el elemento del "riesgo" que incluye en el concepto de autonomía.

Asimismo, esta Ley reitera y concreta dichos derechos con los siguientes: dar o denegar su consentimiento libre y específico en relación a determinada intervención, debiendo ser otorgado el consentimiento (art. 9.1, d); renunciar a las prestaciones y servicios (art. 9.1, f); participar en las decisiones que les afecten (9.1, j); escoger libremente el tipo y modalidad de servicio (art. 9.1, k), a ser atendidas, en función de su propias preferencias, en cualquiera de los dos idiomas oficiales (art. 9.1, l); posibilitar el desistimiento o la renuncia del solicitante a los servicios y prestaciones (arts. 25 y 26). Para ello, reconoce, asimismo, el derecho de disponer de información suficiente, veraz y fácilmente comprensible,

[3] En sentido parecido la LAPAD define la autonomía como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (art. 2.1 LAPAD). Es decir además de la autonomía funcional incluye la autonomía moral.

sobre las intervenciones propuestas, sobre los servicios sociales disponibles y sobre los requisitos necesarios de acceso (art. 91, g).

Por otra parte, los principios–criterios constitutivos de la AICP, que hemos citado, igualmente concuerdan plenamente con los componentes del modelo vasco de servicios sociales, como se deduce de los principios que la LSSPV establece: proximidad (art. 7, d); prevención (art. 7 e); atención personalizada, integral y continuidad de atención (art. 7, f); carácter interdisciplinar de la atención (art. 7, g); coordinación y cooperación (art. 7, h); participación ciudadana (art. 7, j); adaptación de los recursos a la comunidad (art. 8 a); atención de las personas en su entorno habitual (art. 8, b); diseño del tipo de atención adecuada a cada caso y con participación de la persona usuaria (art. 8, c); evaluación y revisión periódica (art. 8, c); garantizar el carácter interdisciplinar de la intervención a fin de ofrecer una atención integral y ajustada criterios de continuidad (art. 8 e).

No existe, pues, contradicción alguna entre los modelos de AICP y de servicios sociales vasco, sino todo lo contrario, ya que, como se constata en los principios y preceptos comparados, encajan perfectamente; no obstante, es necesario verificar si el contenido de la propia ley y las normas de desarrollo concretan suficientemente dichos principios y derechos.

En relación a estas cuestiones que tratamos la LSSPV presenta dos singularidades en el ámbito autonómico que marcan y condicionan su desarrollo y que deben tenerse en cuenta. La primera se refiere a que la propia LSSPV crea y determina el contenido del Catálogo de Prestaciones y Servicios en la propia ley (art. 22) y además establece el

procedimiento y el contenido mínimo de la Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS, que deberá elaborarse a partir del citado catálogo. (art. 23). Este precepto imprime rigidez al sistema, ya seria necesaria una nueva ley para modificar el Catálogo, pues la Cartera concreta el Catálogo pero no puede modificarlo.

La segunda peculiaridad es el carácter de derecho subjetivo que otorga a todas las prestaciones y servicios del SVSS ("El acceso a las prestaciones y servicios del Sistema vasco de Servicios Sociales se configura como un derecho subjetivo dentro del marco de los requisitos [...] de acceso... Las personas titulares podrán reclamar en vía administrativa y jurisdiccional... art. 2; "...tendrán carácter universal, debiendo garantizarse el acceso a las mismas a todos los titulares que reúnan los requisitos de acceso que se regulen para cada uno de ellas.", art. 14.1; "El Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales es el instrumento por el que se identifican las prestaciones económicas y los servicios cuya provisión deberán garantizar las administraciones vascas competentes", art. 21.1). Aunque el derecho subjetivo puede modularse a través de los requisitos que se impongan a cada prestación o servicio y que la universalidad no signifique gratuidad, supone un compromiso importante que exige calcular con precisión los costes económicos y las fuentes de financiación para garantizar su sostenibilidad.

Sin embargo, la LSSPV distingue entre las "prestaciones propias" del sistema de otras prestaciones "propias de otros sistemas o de otras políticas públicas" y de las prestaciones que denomina "complementarias" de transporte (que no sea para facilitar el acceso a los centros de servicios sociales), alojamiento, manutención, lavandería,

limpieza y otras que se establezcan reglamentariamente (art. 14.5). Estas prestaciones complementarías no incluidas en el catálogo y que deben orientarse al logro de los objetivos propios del SVSS no tienen a priori el carácter de derecho subjetivo.

La cooperación y coordinación del SVSS con los otros ámbitos del bienestar social - sistema sanitario, empleo, vivienda, accesibilidad, garantía de ingresos, etc.- constituye una pieza clave en la articulación del modelo AICP, ya que debe permitir crear sinergias, optimizar recursos y garantizar la continuidad asistencial. En estas cuestiones la LSSPV dispone diversos instrumentos: cauces formales de cooperación (órganos de cooperación interadministrativa u otras formulas), instrumentos y protocolos conjuntos de actuación (convenios) y catálogos y carteras conjuntas de servicios y prestaciones. Asimismo, esta Ley dedica un largo artículo para tratar específicamente de la cooperación y coordinación en el ámbito sociosanitario, señalando que la atención sociosanitarias comprenderá el conjunto de cuidados destinados a las personas que, por causa de graves problemas de salud o limitaciones funcionales y/o de riesgo de exclusión social, necesitan una atención sanitaria y social simultánea, coordinada y estable, ajustada al principio de continuidad de atención, que se a reculará a través de programas o procesos de intervención en los que tomarán parte servios de ambos sistemas (art. 46.1 y 5).

En el apartando siguiente del artículo que se comenta, se refiere a los colectivos particularmente susceptibles de ser atendidos en el marco de este tipo de atención, entre los cuales señala a la mayoría de los posibles usuarios de las experiencias que se incluyen en este proyecto, tanto si se desarrollan en el ámbito domiciliario como las que se

desarrollan en el institucional: personas mayores en situación de dependencia; personas con discapacidad; personas con problemas de salud mental; personas con enfermedades somáticas crónicas y/o invalidantes, etc.

Para articular este espacio sociosanitario prevé dos formulas, la coordinación y la integración, permitiendo que se constituyan dispositivos exclusivamente sociosanitarios y unidades específicamente sociosanitarias inscritas en dispositivos más amplios; por ello, prevé tanto la articulación de las prestaciones en las respectivas carteras y como la creación de una cartera de servicios sociosanitarios (art. 46.4). En relación a los cauces de cooperación y coordinación establece dos niveles: autonómico (Consejo Vasco de Atención Sociosanitaria) y foral y municipal (consejos territoriales, comisiones u órganos de carácter mixto) (art. 46, 6).

2.6. Normativa Foral

La LSSPV establece con carácter general que corresponde a las diputaciones forales de los territorios históricos la ejecución de las normas de servicios sociales, de acuerdo con lo establecido en la ley y la normativa de desarrollo (art. 39.5). Una parte de las funciones sobre las que la citada ley le atribuye competencias a las diputaciones forales son parecidas a las del Gobierno, aunque su ámbito es más reducido y ceñido a sus territorios correspondientes. Por ejemplo, la potestad reglamentaria atribuida al Gobierno Vasco (ver apartado 2.4) en las diputaciones forales se circunscribe a la "organización de sus propios servicios", la planificación foral deberá ajustarse a lo establecido en el Plan Estratégico y a los planes sectoriales y especiales del ámbito

autonómico o la regulación y mantenimiento del Registro Foral de Servicios Sociales que deberá trasvasar los datos al citado Registro General. Las competencias relativas a la autorización, homologación, la inspección y la aplicación del régimen sancionador se han dividido territorialmente y según las competencias que tiene atribuidas cada nivel de administración; el ejercicio de esta competencia debe realizarse coordinadamente con el Gobierno y los ayuntamientos, en el seno del Órgano Institucional de Servicios Sociales, para preservar la unidad del sistema, tal como preceptúa el artículo 44.3, b) de la LSSPV. Finalmente, otra parte de las competencias son genuinas, como la provisión de los servicios de atención secundaria (excepto los de atención directa del Gobierno Vasco), la proposición y fomento de la constitución de mancomunidades u otras agrupaciones municipales para la prestación de servicios sociales

Si observamos la síntesis normativa en materia de servicios sociales -incluidas la procedentes de la LAPAD- (ver tablas de 5 a 8) establecida por las diputaciones forales vascas constatamos la abundancia de disposiciones, la diversidad de aspectos regulados y las diferencias entre las normas. Además de los aspectos tradicionales de los servicios sociales, han abordado otros aspectos relacionados, como por ejemplo la coordinación sociosanitaria (D.F. Bizkaia) o los Comités de Ética en Intervención Social (las tres diputaciones forales).

Tabla 5. Normativa Foral

D.F.	Materia	año	Normativa	Modificaciones
Álava/ Araba	Ayuda a Domicilio	1998	Normativa reguladora de la prestación de Servicios de Ayuda a Domicilio.	Modificación del artículo 13.8 de la Normativa Reguladora de la prestación

				de Servicios de Ayuda a Domicilio (2005)
	Estatutos centros de personas mayores	2001	Decreto Foral 19/2001, de 20 de febrero, que aprueba el Estatuto Básico de los Centros de Personas Mayores dependientes	Deroga el anterior D. F 482/1990, de 20 de marzo
	Comité ética intervención social	2011	Decreto Foral 14/2011, de 1 de Marzo, por el que se regula la creación y acreditación de Comités de Ética en Intervención Social	
			Orden Foral 55/2011, de 3 de Mayo, por la que se crea el Comité de Ética en Intervención Social	
	Ayudas favorecedoras de la autonomía personal	1998	Decreto Foral 17/1998, del Consejo de Diputados de 10 de marzo, por el que se aprueba la Normativa Reguladora de la Concesión por el Instituto Foral de Bienestar Social de Ayudas Individuales dirigidas a personas afectadas por minusvalías.	Decreto Foral 47/1998, del Consejo de Diputados de 5 de mayo, que modifica el Decreto Foral 17/1998; Decreto Foral 47/2006 que modifica el Decreto Foral 17/1998, de 10 de marzo, regulador de la normativa de concesión de ayudas individuales por el Instituto Foral de Bienestar Social a personas afectadas por minusvalías
	Consejo Territorial de Servicios	2010	DECRETO FORAL 28/2010, del Consejo de Diputados de 15 de	Consejo Territorial de Servicios

	Sociales		junio, que constituye el Consejo Territorial de Servicios Sociales de Álava	Sociales
	Consejo de Personas Mayores	2010	Decreto Foral 5/2010 del consejo de Diputados de 23 de febrero de 2010 por el que se aprueba la creación del consejo de personas mayores dentro del territorio histórico	

D.F.	Materia	año	Normativa	Modificaciones
Gipuzkoa	Unidades de psicogeriatría	2006	Orden Foral 394/2006 de 2 de junio de 2006 por la que se determinan las condiciones de las Unidades de Psicogeriatría.	
	Servicios sociales residenciales		Catálogo de servicios residenciales para personas mayores de Gipuzkoa. DFG.	
	Ayudas técnicas	2004	Decreto Foral 11/2004, de 24 de febrero, por el que se regula la concesión de ayudas individuales a personas con discapacidad o en situación de dependencia	Orden Foral 383/2005, de 2 junio, por la que se modifican las cuantías de las ayudas y de los baremos de concesión de las mismas previstas en la Disposición Adicional Tercera y Anexo II del Decreto Foral 11/2004.
	Comité ética intervención social	2007	Decreto Foral 46/2007, de 12 de junio, por el que se regula la creación de los Comités de Ética en Intervención Social	

D.F.	Materia	año	Normativa	Modificaciones
Bizkaia	Centros de día para personas mayores	2001	Decreto Foral 145/2001, de 22 de agosto, regulador del sistema de acceso a centros de día para personas mayores dependientes de titularidad de la Diputación Foral de Bizkaia	DF 214/2008, 30 de Diciembre, por el que se modifica el artículo 13 y el anexo 3 del decreto foral número 145/2001, regulador del sistema de acceso a centros de día para personas mayores dependientes de titularidad de la diputación foral de Bizkaia.
	Registro de servicios sociales	2002	El Decreto Foral nº 62/2002, de 26 de marzo, por el que se crea el Registro Foral de Servicios Sociales del Territorio de Bizkaia, y se regulan las normas de organización y funcionamiento.	
	Servicios residenciales para mayores dependientes	2005	Norma Foral 11/2005, 16 de Diciembre, por la que se regula el servicio público de residencias para personas mayores dependientes	
		2005	Decreto Foral 210/2005, 20 de Diciembre, regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio residencial, en estancia temporal, con la finalidad de respiro	

			para las familias y personas cuidadoras.	
		2009	Decreto Foral 29/2009,de 24 de febrero, por el que se regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio en estancia permanente.	
	Comité ética intervención social	2006	Decreto Foral 232/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la creación de los Comités de Ética en Intervención Social	
	Atención domicilio programa Zainduz	2006	Decreto Foral 151/2006, de 11 de octubre, por el que se regula el programa de atención a la dependencia en el medio familiar mediante actuaciones de prevención, voluntariado y de apoyo psicosocial a las personas cuidadoras de personas mayores.	
	Programa Adineko	2010	Decreto Foral 126/2010, de 16 de noviembre, de la Diputación Foral de Bizkaia por el que se establecen las condiciones de acceso para la realización de las actividades del programa «Adineko 2011», para personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia y se regula la concesión de ayudas económicas a	

			las actividades del citado programa	

En las tablas 6 a 8 se recopilan las normas forales de desarrollo de la LAPAD. En esta materia todas las diputaciones forales, dentro de los márgenes que permite la LAPAD y las decisiones tomadas en el seno de del Consejo Territorial del que forman parte –con voz pero sin voto-, regulan, aunque de diversas formas, la valoración y reconocimiento de la situación de dependencia, los baremos y sus equivalencias, así como los procedimientos de actuación y reconocimiento de los derechos. También regulan las condiciones de acceso y las cuantías de las prestaciones económicas previstas en dicha ley. Finalmente regulan algunos de los servicios y determina las condiciones para su autorización y concertación.

D.F. ÁLAVA/ARABA

Tabla 6. Normativa Diputación Foral de Álava/Araba[4]

Procedimiento	Decreto Foral 39/2007 de Alava, de 24 de abril, que regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia en el Territorio Histórico de Álava. Modificado por Decreto Foral 85/2008, de Álava, de 16 de septiembre, que modifica los Decretos 39 y 45/2007, de 24 de abril y de 8 de mayo, respectivamente, reguladores del procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia, el derecho y el acceso a los servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia, y del régimen de acceso y traslado de las personas no reconocidas dependientes que sean usuarias de la Red Foral de Servicios Sociales.[5]

[4] Araba Instituto Foral de Bienestar Social
http://www.alava.net/cs/Satellite?c=Page&cid=1223987552309&pagename=IFBS%2FPage%2FIFBS_contenidoFinal
http://www.alava.net/cs/Satellite?c=Page&cid=1223896595147&pagename=IFBS%2FPage%2FIFBS_contenidoFinal#Servicios_residenciales_y_servicios_de_atenci_n_diurna

[5] Esta derogado en relación a lo previsto para la PE de cuidados por el Decreto Foral 40/2010, de Álava, del Consejo de Diputados de 3 de agosto, que aprueba la normativa reguladora de la prestación

Prestaciones económicas	Decreto Foral 40/2010, de Álava, del Consejo de Diputados de 3 de agosto, que aprueba la normativa reguladora de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Modificado por Decreto Foral 59/2010, de Álava, del Consejo de Diputados de 23 de noviembre, que modifica los Decretos Forales 23 y 40/2010, de 8 de junio y 3 de agosto, sobre cuantías de la prestación económica para cuidadores en el entorno familiar de personas en situación de dependencia.
	Decreto Foral 20/2011, de 22 de marzo, que aprueba la normativa reguladora de la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar de personas en situación de dependencia, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, Grado I (Dependencia Moderada), Nivel 2
	Decreto Foral 11/2008, de 12 de febrero, que aprueba la normativa reguladora de la prestación económica de asistencia personal prevista en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia en el Territorio Histórico de Álava. (Derogada parcialmente)
	Decreto Foral 24/2008, de 8 de abril, que aprueba la normativa reguladora de la Prestación Económica Vinculada al Servicio prevista en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, en el Territorio Histórico de Álava. (derogada parcialmente)

D.F. BIZKAIA

Tabla 7. Normativa Diputación Foral de Bizkaia

Procedimiento	Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 162/2009 de 1 de diciembre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia. Modificado por Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 93/2010, de 20 de julio, por el que se modifica Decreto Foral 162/2009, de 1 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia. (art. 14 y anexos)
Órganos de valoración	Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 197/2008, de 16 de diciembre, por el que se crea y regula la comisión técnica de valoración de las personas dependientes. Modificado por Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 83/2010, de 14 de junio, por el que se modifica el Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 197/2008, de 16 de diciembre, por el que se crea y regula la Comisión Técnica de Valoración de las

económica para cuidados en el entorno familiar, en desarrollo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia

	Personas Dependientes.	
Otras normas de interés	Decreto Foral 234/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se crea y regula la Comisión técnica de valoración y orientación socio-sanitaria en materia de personas mayores. Modificado por Decreto Foral 76/2010, de 25 de mayo, por el que se modifica el Decreto 234/2006, de 26 de diciembre, por el que se crea y regula la Comisión técnica de valoración y orientación socio-sanitaria en materia de personas mayores.	
Prestaciones: servicios y prestaciones económicas	Residencias para personas mayores dependientes. Estancia permanente	Norma Foral 11/2005, 16 de Diciembre, por la que se regula el servicio público de residencias para personas mayores dependientes. Desarrollado por Decreto Foral 8/2009, de 27 de enero, por el que se actualizan para el año 2009, los precios de las plazas residenciales parar personas mayores dependientes en estancia permanente y Decreto Foral 29/2009, de 24 de febrero, por el que se regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio en estancia permanente. Modificado por: Decreto Foral 163/2009, de 1 de diciembre por el que se modifican los artículos 26 y 27 del decreto foral 29/2009, de 24 de febrero por el que se regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio en estancia permanente Orden Foral 34632/2009, de 29 de junio de 2009, de Vizcaya, de fijación de plazo máximo de espera voluntaria antes del ingreso en el servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes. (Desarrolla el DF 29/2009) Decreto Foral 30/2009, de 24 de febrero, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público por la prestación del servicio público foral de residencias en estancia permanente. Modificado por Decreto Foral 91/2011, de 24 de mayo, por el que se modifican diversos Decreto Forales por los que se acuerdan la aplicación y se regulan distintos precios públicos por la prestación de servicio público foral a personas mayores dependientes y otros servicios públicos del Departamento Foral de Acción Social
	Residencias para personas mayores dependientes. Estancia temporal	Norma Foral 11/2005, 16 de Diciembre, por la que se regula el servicio público de residencias para personas mayores dependientes Decreto Foral 210/2005, 20 de Diciembre, regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio residencial, en estancia temporal, con la finalidad

		de respiro para las familias y personas cuidadoras. Modificado por Decreto Foral 87/2011, de 10 de mayo, por el que se modifica el Decreto Foral 210/2005, de 20 de diciembre, que regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio residencial, en estancia temporal, con la finalidad de respiro para las familias y personas cuidadoras. Decreto Foral 203/2005, 20 de Diciembre, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público por la prestación del servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes, en estancia temporal, con la finalidad de respiro para las familias y personas cuidadoras. Modificado por Decreto Foral 91/2011, de 24 de mayo, por el que se modifican diversos Decreto Forales por los que se acuerdan la aplicación y se regulan distintos precios públicos por la prestación de servicio público foral a personas mayores dependientes y otros servicios públicos del Departamento Foral de Acción Social
	Unidades residenciales socio sanitarias	Norma Foral 11/2005, 16 de Diciembre, por la que se regula el servicio público de residencias para personas mayores dependientes. Desarrollada por Decreto Foral 235/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula el régimen de acceso a las unidades residenciales socio-sanitarias de la red foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio asistencial Decreto Foral 231/2006 de Vizcaya, de 26 de diciembre, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público por la prestación del servicio asistencial en las unidades residenciales socio-sanitarias de la red foral de residencias para personas mayores dependientes. Modificado por Decreto Foral de la Diputación Foral de Bizkaia 91/2011, de 24 de mayo, por el que se modifican diversos Decreto Forales por los que se acuerdan la aplicación y se regulan distintos precios públicos por la prestación de servicio público foral a personas mayores dependientes y otros servicios públicos del Departamento Foral de Acción Social.
	Centros de día	Decreto Foral 145/2001, de 22 de agosto, regulador del sistema de acceso a centros de día para personas mayores dependientes de titularidad de la Diputación Foral de Bizkaia; a plazas convenidas o concertadas en centros de día para personas mayores dependientes; y de la

		concesión de ayudas económicas individuales para el ingreso en plazas no convenidas o concertadas en centros de día para personas mayores dependientes. Modificado por Decreto Foral 39/2004, 23 Marzo; Decreto Foral 265/2003, 16 Diciembre; Decreto Foral 213/2002, 23 Diciembre; Decreto Foral 187/2005, 28 Noviembre; Decreto Foral 139/2006, 23 Agosto; Decreto Foral 214/2008, 30 de Diciembre, por el que se modifica el artículo 13 y el anexo 3 del Decreto Foral 145/2001, regulador del sistema de acceso a centros de día para personas mayores dependientes de titularidad de la diputación foral de Bizkaia: Decreto Foral 7/2009, 27 de Enero, por el que se modifica el artículo 12 del Decreto Foral 145/2001, regulador del sistema de acceso a centros de día para personas mayores dependientes de titularidad de la DFB; plazas convenidas o concertadas en centros; Decreto Foral 161/2009, 1 Diciembre; Decreto Foral 86/2011, de 10 de mayo, por el que se añade la disposición adicional quinta del Decreto Foral 145/2001, regulador del sistema de acceso a centros de día para personas mayores dependientes de titularidad de la Diputación Foral de Bizkaia; a plazas convenidas o concertadas en centros de día para personas mayores dependientes; y de la concesión de ayudas económicas individuales para el ingreso en plazas no convenidas o concertadas en centros de día para personas mayores dependientes
	Teleasistencia	Decreto Foral 30/2008, de 18 de marzo, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público por la prestación del servicio de Teleasistencia del Departamento Foral de Acción Social. Modificado por Decreto Foral 91/2011, de 24 de mayo, por el que se modifican diversos Decreto Forales por los que se acuerdan la aplicación y se regulan distintos precios públicos por la prestación de servicio público foral a personas mayores dependientes y otros servicios públicos del Departamento Foral de Acción Social Decreto Foral 32/2008, de 18 de marzo, por el que se regula el régimen de acceso al servicio público de Teleasistencia y las condiciones de prestación del servicio.
Centros	Orden Foral 34632/2009, de 29 de junio de 2009, de fijación de plazo máximo de espera voluntaria antes del ingreso en el servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes	
	Decreto Foral 29/2009, de 24 de febrero, por el que se regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para	

	personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio en estancia permanente. Modificado por Decreto Foral 163/2009, de 1 de diciembre por el que se modifican los artículos 26 y 27 del decreto foral 29/2009, de 24 de febrero por el que se regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio en estancia permanente.
	Decreto Foral 235/2006, de 26 de diciembre, por el que se regula el régimen de acceso a las unidades residenciales socio-sanitarias de la red foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio asistencial
	Decreto Foral 87/2011, de 10 de mayo, por el que se modifica el Decreto Foral 210/2005, de 20 de diciembre, que regula el régimen de acceso al servicio público foral de residencias para personas mayores dependientes y las condiciones de prestación del servicio residencial, en estancia temporal, con la finalidad de respiro para las familias y personas cuidadoras.
	Decreto Foral 86/2011, de 10 de mayo, por el que se añade la disposición adicional quinta del Decreto Foral 145/2001, regulador del sistema de acceso a centros de día para personas mayores dependientes de titularidad de la Diputación Foral de Bizkaia; a plazas convenidas o concertadas en centros de día para personas mayores dependientes; y de la concesión de ayudas económicas individuales para el ingreso en plazas no convenidas o concertadas en centros de día para personas mayores dependientes.
Capacidad Económica	Decreto Foral 30/2009, de 24 de febrero, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público por la prestación del servicio público foral de residencias en estancia permanente.
	Decreto Foral 231/2006, de 26 de diciembre, por el que se acuerda la aplicación y se regula el precio público por la prestación del servicio asistencial en las unidades residenciales socio-sanitarias de la red foral de residencias para personas mayores dependientes
Convocatoria	Decreto Foral 144/2010, de 9 de diciembre, por el que se aprueban las bases reguladoras de las subvenciones para el desarrollo del «Programa de atención a la dependencia en el medio familiar mediante actuaciones de promoción de la autonomía personal, voluntariado y de apoyo psicosocial a las personas cuidadoras de personas mayores dependientes», en el Territorio Histórico de Bizkaia.
	Decreto Foral 167/2010, de 21 de diciembre por el que se aprueba la convocatoria pública de subvenciones destinadas a la adquisición de productos de apoyo para personas en situación de dependencia o con discapacidad durante el año 2011
	Decreto Foral 23/2011, de 22 de febrero, por el que se modifica el Decreto Foral 144/2010, de 9 de diciembre, por el que se aprueban las bases reguladoras de las subvenciones para el desarrollo del programa de atención a la dependencia en el medio familiar mediante actuaciones de promoción de la autonomía personal, voluntariado y de apoyo psicosocial a las personas cuidadoras de personas mayores dependientes, en el Territorio Histórico de Bizkaia

Convocatoria ayudas técnicas	Decreto Foral 131/2010, de 23 de noviembre, por el que se modifica la disposición adicional primera en lo que respecta al límite de crédito para el año 2010, del Decreto Foral 190/2009, de 30 de diciembre, por el que se aprueba la convocatoria pública de subvenciones destinadas a la adquisición de productos de apoyo para personas en situación de dependencia o con discapacidad durante el año 2010
	Decreto Foral 190/2009, de 30 de diciembre, por el que se aprueba la convocatoria pública de subvenciones destinadas a la adquisición de productos de apoyo para personas en situación de dependencia o con discapacidad durante el año 2010
Préstamo productos de apoyo	Decreto Foral 24/2009, de 17 de febrero, por el que se regula el acceso al «Servicio publico foral de orientación y préstamo de productos de apoyo para la promoción de la autonomía personal (Gizatek)»
Prestaciones económicas	- Prestación económica vinculada al servicio Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes. Modificado por Decreto Foral 117/2010, de 9 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes; Decreto Foral 132/2010, de 23 de noviembre, por el que se modifica la disposición adicional primera del Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes; Decreto Foral 164/2010, de 21 de diciembre, por el que se modifica la disposición adicional primera en lo que respecta al límite de crédito para el año 2011, del Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes; Decreto Foral 65/2011, de 29 de marzo, por el que se modifica el Decreto Foral 90/2010, de 29 de junio, en la redacción dada por el Decreto Foral 117/2010, de 9 de noviembre, por el que se regula la prestación económica vinculada al servicio foral residencial para personas dependientes.
	- Prestación para cuidados en el entorno familiar. Decreto Foral 98/2007, de 19 de junio, por el que se regula la prestación para cuidados en el entorno familiar. Modificado por Decreto Foral 198/2007, de 6 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 98/2007, de 19 de junio, por el que se regula la prestación para cuidados en el entorno familiar Decreto Foral 68/2010 de 4 de mayo, por el que se aprueban en el Territorio Histórico de Bizkaia, las cuantías para año 2010 de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personal
	- Prestación económica de asistencia personal Decreto Foral 99/2007, de 19 de junio, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal. Modificado por Decreto Foral 199/2007, de 6 de noviembre, por el que se modifica el Decreto Foral 99/2007, de 19 de junio, por el que se regula la prestación económica de asistencia personal.

	- Actualizaciones de cuantías Decreto Foral 68/2010 de 4 de mayo, por el que se aprueban las cuantías para año 2010 de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personal
	- Precios públicos y cuantías prestaciones económicas Decreto Foral 91/2011, de 24 de mayo, por el que se modifican diversos Decreto Forales por los que se acuerdan la aplicación y se regulan distintos precios públicos por la prestación de servicio público foral a personas mayores dependientes y otros servicios públicos del Departamento Foral de Acción Social Decreto Foral 93/2011 de 24 de mayo, por el que se aprueban en el territorio histórico de Bizkaia, las cuantías para año 2011 de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y de asistencia personal
Valoración de las personas dependientes	Decreto Foral 76/2010, de 25 de mayo, por el que se modifica el Decreto 234/2006, de 26 de diciembre, por el que se crea y regula la Comisión técnica de valoración y orientación socio-sanitaria en materia de personas mayores del Territorio Histórico de Bizkaia
	Decreto Foral 162/2009 de 1 de diciembre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia

D.F. GIPUZKOA

Tabla 8. Normativa Diputación Foral de Gipuzkoa

Valoración	Orden Foral 320/2007, de 25 de abril, por la que se establece el baremo de la de valoración de la situación de dependencia y el procedimiento de actuación para su determinación
Prestaciones económicas	Decreto Foral 25/2009, de 21 de julio, por el que se regulan las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia
Centros concertados	Orden Foral 445/2007, de 4 de junio, por la que se determina para el ejercicio 2007 el grado de implantación del Decreto Foral 38/2007 de 22 de mayo, por el que se determinan las condiciones necesarias para la concertación de servicios residenciales para personas mayores dependientes
	Decreto Foral 38/2007, de 22 de mayo, por el que se determinan las condiciones necesarias para la concertación de servicios residenciales para personas mayores dependientes
Capacidad económica	Anuncio, de la Diputación Foral de Guipúzcoa, de actualización de tarifas y aportaciones económicas por la prestación de servicios sociales.
Convocatorias de ayudas	Decreto Foral 29/2008, de 29 de abril, por el que se aprueba el programa **«Sendian»** de apoyo a familias con personas mayores dependientes a su cargo
	Decreto Foral 87/2008, de 23 de diciembre, por el que se regula la concesión de las ayudas individuales del Programa Etxean dirigidas a

	personas con discapacidad o en situación de dependencia
	Decreto Foral 89/2008, de 23 de diciembre, por el que se aprueba el Programa de Acogimiento Familiar de personas en situación de dependencia y las ayudas económicas necesarias para su desarrollo

Una primera valoración general de la normativa establecida por las diputaciones forales parece mostrar formalmente una exuberancia normativa y una variedad de criterios en su contenido, asimismo las medidas adoptadas presentan un carácter bastante detallista y con poca ductilidad. Sin embargo, en los aspectillos substantivos de derechos y deberes muestran una buena sintonía con los principios y criterios de la AICP

2.7. Normativa municipal

La LSSPV atribuye a los ayuntamientos competencia en la creación, organización y gestión de los servicios sociales de base y, además, entre otras, les asigna las siguientes: la potestad reglamentaria de sus propios servicios, la planificación de los servicios del SVSS que sean de su competencia y la provisión de los servicios sociales de atención primaria -excepto la teleasistencia que corresponde al gobierno- de ayuda a domicilio, servicios de atención diurna y nocturna o los servicios de alojamiento (piso de acogida, vivienda y apartamentos tutelados) (arts. 22.1 y 42).

En la tabla 9 se recoge la normativa establecida en la materia por los ayuntamientos que participan en el programa piloto de servicio de ayuda a domicilio *Etxean Ondo*. Además existen algunas disposiciones forales anteriores, como la Normativa reguladora de la prestación de Servicios de Ayuda a Domicilio de la Diputación Foral de Álava de 13 de

octubre de 1998 (modificación del artículo 13.8 por acuerdo del Instituto Foral de Bienestar Social de 23 de febrero de 2005) , que establecía el régimen jurídico de concesión de las prestaciones de ayuda a domicilio por el Instituto Foral de Bienestar Social, o el Acuerdo Marco para la colaboración entre la Diputación Foral de Gipuzkoa y la Asociación de Municipios Vascos (EUDEL) para definir las condiciones de prestación del servicio de ayuda a domicilio de 16 de septiembre de 2005, que pretendía básicamente definir el alcance y contenido de del servicio de ayuda a domicilio y aprobar el modelo de convenio entre la diputación foral y cada uno de los ayuntamientos., estableciendo como objetivos de cobertura general para el 2010: prestar 260 horas semanales por cada 1000/habitantes mayores de 65 años (cobertura 5%); asimismo establecía un reglamento pactado, unos baremos de acceso, unos pliegos de condiciones y tarifas.

Tabla 9. Normativa municipal

Ayuntamiento	Habitantes	Materia	Norma
DONOSTIA	185.506	Servicios de alojamiento y convivencia	**Reglamento municipal de servicios de alojamiento y convivencia para personas mayores autónomas**
		Apartamentos tutelados	**Apartamentos tutelados para Personas Mayores.**
		Ayuda domiciliaria	**Reglamento Municipal regulador de Ayuda Domiciliaria de 5.12.2006**
IRUN	60.938	Ayuda domiciliaria	**Reglamento Municipal regulador de Ayuda domiciliaria de 28.12.2005**
OIARTZUN	9.947	Ayuda domiciliaria	**Reglamento Municipal regulador de Ayuda Domiciliaria, publicado el 18.09.2006**
TOLOSA	18.095	Ayuda domiciliaria	**Reglamento Municipal regulador del Servicio de Ayuda al domicilio de 11.08.2006**
			Pliego de Condiciones para la contratación mediante procedimiento de concurso de la contratación del servicio de Ayuda Domicilio, de 30.010.2007
ZARAUTZ	22.658	Ayuda	**Reglamento Municipal regulador de**

		domiciliaria	**ayuda domiciliaria, de 28.06.2006**
			Propuesta de modificación del Reglamento Municipal regulador de ayuda domiciliaria (2011)

Las normativas municipales, ante la ausencia de una regulación general del SAD, deben regular de forma completa dicho servicio con una estructura parecida: objeto, ámbito de aplicación, definición y objetivos del servicio, principios, actuaciones que incluye y características del servicio, titulares, evaluación y baremos de acceso, derechos y deberes, aspectos procedimentales, urgencias, seguimiento, suspensión y extinción, aspectos económicos y de financiación (baremos de la aportación económica). También en algunos casos regulan los pliegos de cláusulas administrativas para la concesión del SAD (por ejemplo las del ayuntamiento de Tolosa de 27 de diciembre de 2007).

A pesar de su similitud existen también diferencias apreciables que podrían conculcar el principio de igualdad de derechos y deberes de los ciudadanos según el lugar de residencia y poner en peligro la unidad del SVSS. Por ello, parece razonable que en base a la distribución competencial establecida en la nueva LSSPV se regule la Cartera y los distintos servicios que la componen de forma consensuada en el Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales, de acuerdo con la forma y criterios comentados (art. 44 LSSPV).

2.8. Normativa sectorial y laboral

También debe considerarse la normativa interna de los establecimientos donde se prestan los servicios y la legislación laboral y los convenios colectivos de los trabajadores, ya que ambas afectan de forma importante a los cambios de modelo que quieren implantarse.

En este caso se señalan como referencia las normas de centros de la Fundación Matia y de Gerozerlan y, de la vertiente laboral, además del Estatuto de los Trabajadores, los convenios colectivos que afectan a dichas instituciones, ya que las experiencias piloto se efectúan en sus centros y servicios (ver tabla 10).

Tabla 10. Normativa sectorial y laboral

Reglamento general	Normativa de Centros Gerontológicos y Centros de Día de Matia Normativa de Centros Gerontológicos y Centros de Día de Gerozerlan
Regulación laboral y convenios colectivos del sector	Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo)
	Convenio colectivo de residencias para las personas mayores de Gipuzkoa 2009-12
	Convenio colectivo Matia 2009-2011

La implantación del la AICP exige una reorganización de los servicios y establecimientos, que repercute en sus normativas generales y en los reglamentos de régimen interior que deben adaptarse para hacer posibles los principios y criterios del nuevo método.

La actual Normativa de Centros Gerontológico y Centros de Día de Fundación Matia se refiere fundamentalmente a los aspectos prácticos, por ejemplo en el centro gerontológico se trata del régimen de visitas y relación con los familiares, ausencias temporales, normas generales de convivencia y la de los centros de día sobre horarios, visitas a los usuarios, información sobre el usuario y/o centro, responsabilidades de los familiares y ausencias temporales. En estos documentos se observa un régimen abierto (los residentes podrán salir y entrar libremente, comunicando las ausencias) y de visitas, un respeto por las decisiones de los usuarios (por ejemplo facilitar información a los familiares si la persona lo desea), respeto a la confidencialidad e intimidad (no se

puede entrar en las habitaciones sin su permiso), derecho a ser consultado y informado en las cuestiones que le afecte, etc. también se señalan las obligaciones de los usuarios y sus familiares (aportar documentos, acompañamiento, convivencia, etc.).

Por su parte el Reglamento general de Centros Gerontológicos y Centros de Día de Matia regulan los derechos y deberes de los usuarios y el régimen sancionador. Entre los derechos se señala el derecho al Total y libre acceso a los centros y a cesar en los mismos y darse de baja, la no discriminación, a trato respetuoso, correcto y personalizado, a la intimidad, confidencialidad, a relacionarse y recibir visitas del exterior, recibir información, a una atención individualizada, interdisciplinar y profesional, a efectuar propuestas, sugerencias y quejas, respeto a su dignidad personal, a solicitar cambios, a dispone de un espacio íntimo privado y personal o a participar tanto los usuarios como sus familias. Entre los deberes, señala el de conocer y cumplir las normas del reglamento de régimen interior, observar una conducta basada en el respeto, la tolerancia y la colaboración o participar en la vida del centro. Para el caso de incumplimiento establece un régimen sancionador.

Como puede observarse las características básicas contenidas en estos documentos se ajustan al modelo de AICP y, por tanto, su aplicación a los servicios y establecimientos de esta institución no debe presentar problemas con sus normas internas. Sin embargo, la promulgación de la nueva LSSPV y la puesta en marcha de la AICP aconsejan de una revisión de dichos documentos para adaptarlos al nuevo marco legislativo y a los principios y criterios de actuación.

Esta reorganización también afecta a los recursos humanos ya sea en el nomenclátor profesional, debería girar entorno a la figura central de un auxiliar con mayores atribuciones que las actuales y unas tareas más polivalentes. Estos cambios exigen una formación específica y continuada para el buen desempeño de sus nuevas funciones y modificaciones en el régimen de jornada, salarios, etc. que deberán realizarse teniendo en cuenta la normativa general y específica y mediante la negociación con los representantes sindicales.

Por otra parte, en los documentos analizados observamos la presencia de distintas denominaciones (profesional de referencia de los servicio sociales de base y de los servicios de atención domiciliaria e institucional, gestor de casos, facilitador del plan de atención y vida), que consideramos deberían simplificarse y concretar sus funciones. Una posibilidad seria establecer dos profesionales: a) el profesional de referencia, que actuaría de acuerdo con la metodología de la gestión de casos, que tiene la responsabilidad de coordinar el procedimiento, que en la fase inicial recaerá en el trabajador social del servicios social de base y que, si el grado de intensidad del apoyo requerido, lo aconseja podrá ser a un profesional de los servicios sociales de atención secundaria, en los términos establecidos en el artículo 19.4 de la LSSPV; b) el profesional de referencia de la persona en la atención domiciliaria o institucional, que actúa como persona de confianza en su vida diaria (debería establecerse una denominación específica para este profesional con la finalidad de evitar confusiones con el señalado en el apartado anterior).

Para ampliar estas cuestiones nos remitimos al informe especializado relativo a los profesionales (definición de los perfiles profesionales

necesarios para abordar un modelo integrado de atención a las personas en situación de dependencia en los centros de referencia –residenciales y de día- y en domicilio) y en relación a la formación a informes sobre los proyectos docentes (acciones formativas globales en relación con la difusión del nuevo modelo) (ver apartados 3.4 y 4.1 del Convenio de colaboración con el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco).

3. EXAMEN DE LAS EXPERIENCIAS PILOTO EN SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA Y EN INSTITUCIONES: PROYECTO ETXEAN ONDO

El proyecto piloto de investigación-acción para avanzar en el modelo de AICP que se pretende consolidar en el País Vasco, denominado *Etxean Ondo,* como se ha señalado, pretende averiguar las metodologías y servicios más adecuados para la mejora de la atención a las personas dependientes, ya sean personas mayores o personas con discapacidad. El proyecto se divide en dos partes, una experiencia se realiza en el domicilio, mediante el servicio de ayuda a domicilio, y la otra en el entorno institucional, en centros residenciales y centros de día.

3.1. Proyecto Servicio de ayuda a domicilio

La primera rama del proyecto que analizamos es el de atención domiciliaria, que oferta servicios innovadores y, por tanto, algunas de las acciones no están previstas ni reguladas jurídicamente. Este servicio pretende prestar una atención domiciliaria centrada en la persona que potencie la promoción de la autonomía personal, mediante los siguientes servicios y actuaciones:

a) Servicios de proximidad complementarios.

   Que incluyen la comida y lavandería a domicilio; para las zonas rurales además podría incluir la podología, fisioterapia, peluquería, biblioteca móvil.

b) Entorno accesible

   Transporte accesible, especialmente para las zonas rurales

Mejoras en la accesibilidad de los hogares, mediante la supresión de barreras y el suministro de productos de apoyo, aplicaciones domóticas y otras tecnologías de apoyo.

c) Teleasistencia avanzada

Incorpora a las prestaciones tradicionales otras funciones, como la telemedicina, el consejo profesional relacionado con los cuidados, etc.

d) Apoyo a las familias cuidadoras.

Programa "Acompaña", que se dirige a las personas que reciben la prestación económica para cuidado en el entorno familiar de la LAPAD y proporciona a las personas cuidadoras no profesionales (familiares o empleadas de hogar) formación, asesoramiento y apoyo en el propio domicilio y consultas a distancia (teleasistencia, teléfono, correo electrónico) para resolver los problemas o dificultades cotidianas, al tiempo de realizar un seguimiento y evaluación de la calidad de los cuidados.

El programa Sendian[6] de la Diputación Foral de Gipuzkoa (atiende a las necesidades de las familias, mediante el desarrollo de diversos recursos de apoyo para evitar los desequilibrios personales y los desajustes familiares de las personas cuidadoras y permiten presta una mejor atención a la persona cuidadora) complementaría en dicho territorio el programa Acompaña. Además en aquellos lugares donde haya disponibilidad las familias podrán beneficiarse de más servicios de apoyo y descanso (centros de día, estancias transitorias).

[6] http://www.gipuzkoa.net/gizartekintza/sendian/

e) Participación social y comunitaria

Actuaciones complementarias de dinamización y participación ciudadana en colaboración con los movimientos asociativos locales.

f) Promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida

Mediante programas sociosanitarios coordinados o integrados.

El enfoque amplio del proyecto exige que, además del departamento de Empleo y Asuntos Sociales, participen las áreas de sanidad, industria y vivienda, etc. y muy especialmente los 5 ayuntamientos seleccionados (Donostia, Irun, Oiartzun, Tolosa y Zarautz) para implantar dicho proyecto, ya que de acuerdo con el reparto competencial estableció en la LSSPV les corresponde las competencias en la materia. Debe recordarse en este sentido que la LSSPV establece, por una parte, un mandato claro para que los órganos de las administraciones públicas vascas competentes coordinen sus actuaciones, bajo parámetros comunes adoptados en el Órgano Institucional de Servicios Sociales (art. 45) y, por otra, que incluye como prestación técnica la atención doméstica (art. 15.2, f) y en el Catálogo de servicios y prestaciones, entre los servicios sociales de atención primaria, se refiere al Servicio de ayuda a domicilio (art. 22.1.2).

En relación a las competencias, la LSSPV, como se ha visto, otorga al gobierno amplias facultades en ordenación de los servicios sociales y en coordinación para conseguir un desarrollo equilibrado de las prestaciones y servicios que garantice la homogeneidad en las oportunidades de acceso a los mismos (art. 40.1, a y 6 LSSPV), pero al mismo tiempo reconoce a los ayuntamientos potestad reglamentaria para la organización de sus propios servicios y de los servicios sociales de

base (art. 42.1 y 3 LSSPV), que incluyen el SAD (arts. 29.5 y 22,1.2 LSSPV). Por ello, parece que deberían regularse los aspectos que garantizaran la homogeneidad del acceso –es necesario concretar el alcance de este concepto, así como la denominación de "modelo homogéneo y común", que aparece en las notas preliminares del borrador que comentamos, ya que si bien es necesario garantizar la igualdad, no perece que puede exigirse la uniformidad-. En todo caso, se considera razonable regular unos mínimos comunes que garanticen la igualdad y dejar un margen a los ayuntamientos para el ejercicio de sus competencias.

Por otra parte, como se ha señalado, dichas cuestiones competenciales deberán tratarse en el seno del Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales (art. 44 LSSPV, desarrollado mediante Decreto 101/2010, de 30 de marzo), que tiene una composición paritaria entre el Gobierno por una parte y las Diputaciones y los ayuntamientos por otra. Entre las facultades atribuidas al mencionado órgano se halla la de informar con carácter preceptivo los anteproyectos de ley y las disposiciones de carácter general, y específicamente la Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS (en adelante Cartera). Debe resaltarse por su peculiaridad la forma de la toma de decisiones relacionadas con la aprobación o modificación de la Cartera, que según la LSSPV requiere que para que se deriven obligaciones se adopten los acuerdos con el voto favorable de la representación del nivel de la administración pública –ya sea autonómica, foral o local- afectada.

En relación a la experiencia, su objetivo pretende mantener la persona en su domicilio y entorno mediante una atención domiciliaría integral que le permita su plena participación e inclusión social. Para ello, se ha

adoptado la metodología de la investigación-acción participativa (IAP) que es la que más se adapta al proyecto y que requiere la participación amplia de los afectados, las asociaciones y ONG's, así como los profesionales y proveedores de servicios del bienestar social de servicios de proximidad.

En la parte operativa de esta experiencia domiciliaria ocupa un lugar destacado el profesional de referencia, que la LSSPV se refiere en los artículos 8 y 19. El primero de los artículos citados señala en su apartado c) que a cada persona o familia se le asignará un profesional de referencia al objeto de garantizar la coherencia de los itinerarios de atención y la coordinación de las intervenciones. Por su parte, el artículo 19, al referirse a las funciones de los profesionales, señala que cuando constaten la necesidad de proceder a una intervención que requiera un seguimiento, realizaran un diagnóstico y si fuera preciso elaboraran un plan de atención personalizada que definirá el conjunto de servicios y prestaciones cuya intervención se prevé. Establece, asimismo, que dichos procedimientos exigen el consentimiento de la persona o familia usuaria, o de sus representantes legales, y que la coordinación recaerá en el profesional de referencia, que habitualmente en la fase inicial del procedimiento será un trabajador social del servicio social de base y que, posteriormente, si el grado de apoyo requerido lo aconseja podrá ser un profesional de los servicios sociales de atención secundaria (ver aparatado 4.7 referente a los recursos humanos) .

Otro aspecto importante para el programa es la continuidad asistencial que se garantiza especialmente mediante la coordinación de los servicios sociales con el empleo, la vivienda, la accesibilidad o la garantía de ingresos, pero muy especialmente con la sanidad. Como se

ha comentado al tratar de la LSSPV (ver comentarios finales apartado 4.5.), esta norma prevé diversos instrumentos y cauces de cooperación y colaboración entre ambos sistemas, tanto a nivel autonómico, como foral y local (art. 46).

3.2. PROYECTO EN INSTITUCIONES

La otra rama del proyecto de investigación se refiere a experiencias institucionales, desarrolladas en diversos centros, unos dependientes de la Fundación Matia (centro residencial y centro de día) y otro de Gerozerlan (centro residencial) en los cuales se despliegan diversos subprogramas, como puede verse en el cuadro 11.

Tabla 11. Proyectos y subproyectos

Instituciones / Centros	Subproyectos
FUNDACIÓN MATIA **Centro residencial y centro de día Julián Rezola** **Donostia**	**- Centros libres de restricciones** **- Minimizar riesgo de caídas** **- Organización de la vida cotidiana: intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana** **- Análisis observacional** **- Historia de vida**
GEROZERLAN **Centro Residencial Zubiaurre** **Donostia**	**- Implantación del modelo de atención centrado en la persona en atención residencial con la incorporación de las buenas prácticas homologadas: impacto en usuarios, familias y trabajadores.** **- Se ha considerado un amplio abanico de aspectos del modelo: ambientes, personal, restricciones, observación, valoración, etc….**

El proyecto realizado en el Centro Residencial y Centro de Día Julián Rezola de la Fundación Matia se estructura en varios subproyectos, que se comentan a continuación.[7]

a) Centro libre de restricciones

Estas acciones tratan de garantizar la integridad física en personas de riesgo, de manera compatible con el respeto de los derechos básicos que garanticen la integridad y dignidad de la persona. Se pretende que, el afán de cuidado y el exceso de medidas protectoras y de seguridad por aversión al riesgo, puedan significar para la persona limitaciones a su autonomía y el consiguiente incremento de su dependencia, es conscientes del riesgo y dificultades que puede conllevar por ello se prevén evaluaciones escrupulosas y continuadas. Se distingue entre sujeción física, restricción física y restricción química, distingue según la persona esté o no incapacitada y establece el procedimiento y forma de la toma de decisiones, así como el de revisión y de revocación.

Las medidas que propone son de tipo ambiental, mediante estancias de contención y el acompañamiento continuado, y se refiere al riesgo controlado y regula el aseguramiento de los derechos básicos de la persona a la cual se aplican medidas de restricción/contención, según los principios de la ética asistencial.

Los resultados obtenidos son muy favorables ya que se ha logrado reducir substancialmente las restricciones; para ello, se ha formado

[7] Los comentarios que se han elaborado a partir de las visitas a los centros y reuniones mantenidas Copn los responsables y el personal que ha intervenido. Cuando estén finalizados los informes se efectuará una revisión y, en su caso, se complementará el presente informe.

al personal e informado a las familias, que previamente han firmado el consentimiento informado, que pueden revocar en cualquier momento. En caso de que la persona no esté incapacitada debería firmar dicho documento en primer lugar la persona.

En este programa se sigue un modelo de seguridad, aunque no está exento de riesgo, del que se informa al interesado y a los familiares. En este sentido debemos recordar que la LSSPV, por una parte, reconoce el derecho a la autonomía, que define como la posibilidad de actuar y pensar de forma independiente en relación con la vida privada incluida la disposición a asumir en la misma ciertos niveles de "riesgo calculado", que a pesar de su ambigüedad consideramos que requiere un equilibrio entre la seguridad y el riesgo en cada caso concreto, que permite considerar razonable que pueda asumirlo (también la LAPAD reconoce el derecho a la autonomía y la define como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria, art. 2.1). Por otra parte, esta ley reconoce el derecho a dar o denegar su consentimiento libre y especifico en relación a determinadas intervenciones, como seria este caso; especificando que el consentimiento de las personas incapacitadas o de los menores se otorgará conforme al procedimiento legalmente establecido (art. 9.1, d). Así mismo, la LSSPV contempla como infracción muy grave, en el artículo 91, el "Someter a las personas usuarias a cualquier tipo de inmovilización o restricción física o farmacológica sin prescripción médica y supervisión, a excepción de los supuestos en los que exista peligro inminente para la seguridad

física de ésta o de otras personas, así como silenciar o encubrir dichas actuaciones"

Por otro lado, algunos de los desarrollos normativos forales le otorgan importancia a este aspecto como es el caso de la ORDEN FORAL 394/2006, de 2 de junio de 2006, por la que se determinan las condiciones de las Unidades de Psicogeriatría que apunta en que uno de sus objetivos es el de disminuir al máximo las contenciones físicas (correas, cinturones o sujeciones magnéticas y similares) y químicas (neurolépticos) que sólo deberán emplearse por indicación del servicio médico responsable del centro y como último recurso en situaciones de riesgo para el propio enfermo o para los demás residentes, aplicando siempre protocolos específicos de atención. En el Artículo 4: Requisitos materiales y funcionales de las Unidades Psicogeriátricas en el punto 5 expone que "Se evitarán todo lo posible las medidas de restricciones físicas, y en caso de utilizarse, según protocolo específico y autorizado por esta Diputación Foral", y en el artículo 4 y concretamente en el punto 4.2.3. "Dado que el ingreso en estas Unidades puede comportar limitaciones a los derechos individuales de las personas mayores deberá tenerse en cuenta la procedencia de articular un protocolo en el que se recojan los siguientes extremos: (…)" entre los que se encuentra el de "Autorizaciones en caso de aplicación de medidas de contención física o química"

También en el decreto foral 19/2001 de la Diputación Foral Alavesa, en el derecho a la dignidad (art. 8.d), se reconoce el derecho a no ser objeto de restricciones físicas y/o químicas que no les hayan sido médicamente prescritas y aceptadas; en el art 9, derecho a la

autonomía, derecho a ser informadas, en caso de que por sus especiales circunstancias fuera necesario adoptar alguna medida de carácter restrictivo, de las razones que lo justifican. La adopción de las mismas corresponderá conjuntamente al equipo profesional y a la familia; deberán registrarse y ser objeto, como mínimo, de una revisión trimestral. Finalmente, en el art 11d) derecho a disfrutar de un entorno en el que se traten de evitar los riesgos de restricción de los derechos de las personas usuarias como resultado de prácticas institucionales y procedimientos que dan prioridad a los intereses de la organización.

No obstante, y aunque el documento alavés exprese mayor compromiso, se está lejos del desarrollo de la comunidad foral de Navarra, ejemplo en España por ser la primera comunidad que ha regulado sobre el uso de sujeciones con su DECRETO FORAL 221/2011 de 28 de setiembre, por el que se regula el uso de sujeciones físicas y farmacológicas en el ámbito de los servicios sociales Residenciales de la Comunidad Foral de Navarra.

El modelo AICP también dedica especial importancia al ámbito de la garantía derechos en relación a la sujeción y contención física y química, a la necesidad de trabajar en la medida de lo posible en centros libres de restricciones y a la necesidad de disponer de herramientas que faciliten el seguimiento y control de las medidas en uso.

Así pues, la normativa da soporte a la política de centros libre de restricciones y a la asunción de riesgos controlados aunque sería recomendable, dada su importancia, que fuese desarrollada con mayor detalle o concreción. Por otro lado, para la aplicación de las

técnicas que eviten las restricciones se requiere una formación de los profesionales que intervendrán y, asimismo, para mayor seguridad deberían concretarse los elementos clave que deben tenerse en cuenta para su aplicación, en cuya tarea debería contarse con la colaboración de los Comité de Ética de la Intervención Social existentes en los tres territorios históricos. En relación a estos Comités, la LSSPV se refiere en el ámbito de la formación de los profesionales en ética y bioética y atribuye al Observatorio de servicios sociales la función de sensibilizar sobre las dimensiones éticas y de bioética presentes es su practica profesional, facultándoles para promover programas de formación, investigaciones y divulgación de las recomendaciones y pautas de actuación derivadas de la actuación de los citados comités (art. 77.3, c), sin embargo no prevé un Comité a nivel autonómico que podría actuar de aglutinador de esta cuestiones, evitando la dispersión y las contradicciones

b) Minimizar riesgo de caídas

Debe tenerse en cuenta que muchas veces el deterioro físico que se produce en el envejecimiento tiene efectos sobre la marcha de muy diversa índole. Los más comunes, verdaderos predictores de las caídas, son la lentitud en la marcha, los problemas de movilidad, la dificultad para mantener el equilibrio, la disminución de la fuerza muscular sobre todo de miembros inferiores y el deterioro cognitivo.

Las caídas son frecuentes en la población anciana y tienen consecuencias graves: son una de las principales causas de lesiones, incapacidad, institucionalización e incluso de muerte. Se consideran acciones preventivas eficaces: prevención de la primera caída,

mediante la promoción de un estado físico, mental y social óptimo; la valoración de las caídas ya producidas, especialmente de los factores de riesgo; la prevención de nuevas caídas, se trata e actuar sobre las causas que la han generado; y la prevención de la incapacidad tras la caída, se trata de disminuir la incapacidad generada por la cauda mediante el tratamiento adecuado de las complicaciones y una adecuada rehabilitación.

El derecho a la salud y las normas de desarrollo no sólo justifican estas acciones, sino que las exigen como prevención, especialmente en el caso de las personas frágiles, y también se requiere para la promoción de la autonomía, ya que las consecuencias normalmente son graves para su salud y calidad de vida. Estos programas deberían exigirse en todos los centros. Por otra parte esta actividad requiere asimismo una formación específica de los profesionales que participan.

c) Organización de la vida cotidiana: intervenciones terapéuticas basadas en la vida cotidiana

Con este proyecto se trata de utilizar la vida cotidiana como terapia, favoreciendo el mantenimiento de la autonomía y la calidad de vida, mediante actuaciones coherentes con la historia de vida, necesidades y preferencias de las personas.

Este planteamiento requiere que el diseño de los programas de intervención que se acerquen más a los intereses particulares de cada persona en las dinámicas del día a día y que a la vez puedan servir tanto para personas con capacidades físicas y/o psíquicas

todavía mantenidas, como para personas con un deterioro importante. Para ello, deben identificar y ejecutar programas de forma que garanticen la autonomía y personal y la gestión de la vida cotidiana, desde las capacidades y habilidades de la persona, y dentro de su plan de vida.

En definitiva, se trata de evitar que el usuario se vea obligado siempre a adaptarse a las normas del centro o a procedimientos establecidos de forma idéntica para el conjunto de personas allí atendidas. Para ello, se deben recoger y registrar las preferencias de las personas en relación a los asuntos cotidianos del Centro, como la forma de comunicación con ellos, la toma de decisiones, el cuidado personal, enseres y espacios, gustos y preferencias sobre la alimentación, las actividades y talleres, situaciones informales y las relaciones. Asimismo, se considera necesario detectar el bienestar o malestar que generan algunos elementos de la vida cotidiana en el centro y en el caso de personas con grave afectación o deterioro, estas cuestiones deben averiguarse mediante la información proporcionada por su círculo cercano (familia, amigos…), completándola con el análisis observacional.

Se considera que con esta organización se consigue avanzar en las distintas dimensiones de la calidad de vida: desarrollo de la autonomía, mejora del bienestar emocional, fortalecimiento de las relaciones interpersonales y protección de los derechos.

La experiencia realizada - aunque el reducido número de usuarios y la breve de duración de la misma no permiten hacer generalizaciones- ha sido muy satisfactoria y ha permitido detectar

algunas cuestiones relacionadas con normas que deberían tenerse en cuenta a la hora de ponerse en práctica experiencias similares:

- Información previa y detallada a los usuarios y sus familiares sobre el nuevo modelo.

- La utilización de las historias de vida (ver letra e de este apartado) fue útil para conocer los gustos y preferencias de los usuarios. Los datos facilitados fueron los indispensables para poder realizar la oferta y el programa de actividades y su utilización se realizó dentro del equipo del programa bajo el circulo de confidencialidad.

- La figura clave del proceso fue el "auxiliar", a los que se atribuyeron funciones distintas y más amplias, de acuerdo con la AICP; Los especialistas participaron cambiando su rol, actuando puntualmente cuando una situación concreta lo requería (esta circunstancia se ha dado también en la implantación en el centro Zubiaurre). Todos los profesionales que participaron lo hicieron voluntariamente; asimismo, fueron informados los representantes sindicales que aceptaron la participación en el programa. Se facilitó formación sobre la AICP a todo el personal de la residencia.

- La experiencia muestra que la aplicación del modelo exige, además de una adaptación de programas, una conformación distinta de los espacios para darle un aire más personal y hogareño, también una adaptación de los muebles y ayudas y técnicas.

- Igualmente para la ejecución del proyecto se precisa de una cocina -no industrial sino doméstica-, con el fin de que las personas puedan cocinar algunas de sus comidas, como una actividad de la vida cuotidiana; esta cuestión también provoca problemas legales, especialmente si se exige el cumplimiento de la normativa de comedores colectivos, a pesar de que en este caso el número de comensales seria equivalente a un núcleo familiar.

- El nuevo modelo exige asimismo cambios en la organización y los horarios, el incremento de las salidas del centro para ir a comprar o realizar tareas domésticas u otras actividades (por ejemplo, trabajos en el huerto) y mayor presencia de los familiares. Algunas de estas actividades suponen la asunción de riesgos, los cuales deben ser aceptados por los usuarios y, en su caso, por los familiares.

- La valoración de los resultados se ha realizado a partir de la aplicación de la escala de calidad de vida y de las opiniones de los usuarios, profesionales y familia.

No encontramos ninguna referencia normativa que se oponga a este tipo de intervención terapéutica basada en las actividades de la vida cotidiana aunque la orientación, cuando se habla de actividades; que se plasma en los decretos de atención en centros de día, centros residenciales y la normativa foral, es más generalista, hablando de planes generales de actividades anuales, aprobados por la dirección, que contemplen programas en las áreas funcional, cognitiva,

sociocultural que el centro debe de garantizar más que de programas diseñados por los propios usuarios, planes de actividades para cada individuo más que para grupos de perfiles similares, etc.…

d) Análisis observacional

Se define como una metodología que ayuda a identificar aquellos factores y conductas que tienen un impacto positivo y los que tienen un impacto negativo para la calidad de vida de la persona que no puede comunicarse verbalmente. Esta información obtenida mediante la observación permite mejorar el bienestar y la atención a las personas con demencia al promover intervenciones acordes con los resultados de la observación realizada. Mediante esta metodología se pueden evaluar las necesidades de las personas que tienen una limitación cognitiva que les impide expresarlas. Exige a los profesionales, especialmente a los de atención directa, habilidades de percepción y formación especifica en estas técnicas.

A la hora de identificar los aspectos normativos afectados por el desarrollo de esta experiencia piloto, no hemos encontrado colisiones ya que fundamentalmente se refiere a metodología de intervención concreta ante un perfil concreto, a su vez, de usuarios, aspecto no detallado en el desarrollo normativo de servicios sociales en institución ni en domicilio. No obstante, y derivado que el análisis observacional (basado en la metodología de Demential Care Mapping)[8] se realiza sobre la personas con

[8] (Bradford Dementia Group, 1997; 2005. Kitwood, describe en su libro Dementia reconsidered (1997) el Dementia Care Maping (DCM) como "un intento serio de adoptar el punto de vista de la persona con demencia, usando una combinación de empatía y destrezas observacionales" (Kitwood, 1997, p. 4)

deterioro cognitivo y demencia que habitualmente pueden presentar trastornos de comportamiento, destacar que el catálogo de servicios residenciales de Guipúzcoa, en el punto que hace referencia al proceso de desarrollo del plan de cuidados, en el área psicológica apunta la necesidad de que el centro residencial cuente con un protocolo escrito de determine los criterios a seguir en el manejo de trastornos de conducta así como también la evidencia mediante registro, de las decisiones adoptadas para el manejo de dichos problemas en la historia del residente. Por otro lado, la Norma Foral 11/2005, de 16 de diciembre, por la que se regula el servicio público de residencias para personas mayores dependientes se menciona los trastornos de comportamiento en los anexos a la norma como información requerida en el informe médico y en el baremo social y como criterio de no acceso a residencia si estos trastornos son graves y comprometen el funcionamiento del centro. Por otro lado en el libro editado por la Diputación Foral de Bizkaia "Plan de Intervención Individual. Servicio Foral Residencial", los trastornos de comportamiento son objeto de valoración desde el área sanitaria (alteraciones de conducta observadas, información referente a trastornos de agitación o sueño) y en el área psicológica de manera más detallada, teniendo que describir la relación de trastornos de conducta detectados: a) deambulación – vagabundeo; b) lenguaje ofensivo; c) agresividad física; comportamiento social inadecuado; y d) rechazo a los ciudadanos. Con todo ello este documento, propone con su diseño de PAI, el plasmar las necesidades y las potencialidades, así como el establecimiento de objetivos, acciones y responsables

de las mismas sin más detalle para el tema que nos ocupa, los trastornos de comportamiento.

Finalmente, el decreto foral alavés, no desarrolla ningún contenido al respecto.

El tratado de Atención Gerontológica Centrada en la Persona,[9] habla de conductas especiales y de la forma de intervenir sobre las mismas, a través de otorgarles significado para poder diseñar las pautas de intervención para familiares y profesionales que contribuyan a mejorar el bienestar de la persona. Desde el modelo AICP se da mucha importancia al método de observación directa por parte del profesional para conocer como se sienten, cuál es su estado, etc, de aquellas personas que no pueden expresar verbalmente su conformidad u opinión respecto al proceso asistencial, ante actividades propuestas, etc.

La experiencia sobre la utilización de estas técnicas para identificar los deseos, en substitución de la información verbal, en casos de personas con trastornos de conducta y/o problemas de expresión verbal ha permitido la modificación de algunos programas y el ajuste de algunas actuaciones (por ejemplo adaptar el ritmo del tiempo a las características y deseos de cada persona) con una valoración positiva. En estos casos también se informó, cuando fue posible, a los usuarios y en otros casos a sus familias y se realizó una formación específica para el personal.

[9] T. Martínez Rodríguez (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional, Ed. Gobierno Vasco.

e) Historia de vida

Se entiende por historia de vida en este proyecto tanto la biografía de la persona como sus aficiones, gustos y preferencias, que deben ser tenidos en cuenta para poder elaborar un programa personalizado de cuidado que garantice una intervención respetuosa con su trayectoria de vida y sus preferencias personales y socioculturales. Así, pues, se considera que es imprescindible conocer la historia de vida de las personas para proporcionar una AICP, sin ella resulta difícil personalizar la atención, que debe realizarse en coherencia con su pasado y sus expectativas.

El objetivo explícito de este proyecto se dirige a conocer y valorar la historia de vida de cada uno de los usuarios tenga o no deterioro cognitivo así como sus expectativas y sus actuales preferencias, con el fin de mejorar la atención que se ofrece y proporcionarles mayor calidad de vida.

Para la experiencia se ha seleccionado una muestra de los usuarios, teniendo en cuenta el grado de deterioro cognitivo de las personas y la capacidad de comunicación verbal, y para el almacenamiento y tratamiento de los datos se utilizó el sistema informático de gestión de la información de los residentes y usuarios de sus servicios, denominado SIGECA (Sistema de Gestión de Casos), ya que es la herramienta que se utiliza en todos los centros del grupo Matia para poder registrar todo lo relacionado con cada usuario y permite, por tanto, homogeneizar la recogida y consulta de información por parte de los distintos profesionales que intervienen en la atención.

A la hora de llevar adelante el proyecto de historia de vida en los centros piloto (Rezola y Zubiaurre), cabe tener en cuenta en un primer lugar la información y el consentimiento que la persona, o su familiar, en caso de que exista incapacitación, debe dar para la recogida de su historia de vida. Por otro lado, puede, a través de la historia de vida, accederse a información muy sensible y de alto nivel como son entre otros, creencias religiosas, ideología, etc, para lo que la persona, teniendo en cuenta el modelo AICP, debería de definir quién quiere o no quiere que acceda a la misma y finalmente, de cara a la adecuada custodia de la información, deberán de seguirse protocolos de seguridad conforme a la ley de protección de datos de carácter personal.

Una de las cuestiones que surgen en la aplicación de esta técnica para recabar información sobre el usuario se refiere a la protección de los datos registrados, especialmente cuando se trata de aspectos protegidos por la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que plantea diversas cuestiones que deben ser tenidas en cuenta, como el derecho de información en la recogida de datos, el consentimiento del afectado, los datos especialmente protegidos (los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente), registros, deber de secreto, comunicación de datos, acceso a los datos, etc.

En relación a los aspectos de confidencialidad, el criterio general establecido por el Real Decreto 1720/2007, de 21 de diciembre, por el que se aprueba el Reglamento de desarrollo de la Ley Orgánica

15/1999, de 13 de diciembre, de protección de datos de carácter personal para la recogida de cualquier tipo de dato personal, es el del consentimiento informado, aunque puede entenderse que este consentimiento se otorga en el momento de la firma del contrato asistencial, en el que se informa al usuario y a la familia los objetivos, medidas a tomar con los datos de carácter personal y sus derechos como titulares de los datos, desde el modelo de atención centrado en la persona se aporta una visión diferente y más garantista del derecho de confidencialidad y de la autonomía del usuario orientando a las organizaciones prestadoras de servicios a recabar consentimiento sobre instrumentos de atención personalizada a utilizar y el uso que van a tener, consenso y establecimiento de círculos de confidencialidad (Appelbaum y Gutheil, 1991.) dónde se establezca qué información se comparte, con quién, en qué medida o profundidad llegará a cada profesional, entre otros. Cobra especial importancia el secreto compartido en el equipo y el secreto derivado y las medidas que la organización pone para garantizarlos (Documento de seguridad, formación y sensibilización al todo el personal, establecimiento y cumplimiento de protocolos de garantía de confidencialidad, etc.)

La historia de vida, al ser instrumento de valoración para la atención personalizada, en el que se puede recabar información sensible, debería entonces someterse a información y consentimiento informado por parte del propio usuario y o de su familiar.

Por otra parte los centros, como responsables de los ficheros donde se ubican los datos de los residentes, están obligadas a adoptar "las medidas de índole técnica y organizativas necesarias que

garanticen la seguridad de los datos de carácter personal y eviten su alteración, pérdida, tratamiento o acceso no autorizado, habida cuenta del estado de la tecnología, la naturaleza de los datos almacenados y los riesgos a que estén expuestos, ya provengan de la acción humana o del medio físico o natural" (artículo 9 LOPD). Serán en este caso (historias de vida) normalmente medidas de seguridad de tipo alto. Por tanto, debe verificarse que los sistemas de información cumplen todos los requisitos establecidos por la LOPD y sus desarrollos y es igualmente obligado el establecer un protocolo (que formaría parte del Documento de Seguridad de la organización) sobre el manejo de los datos de las historias de vida y otros instrumentos de atención personalizada por los diversos profesionales que intervienen.

En un módulo del Centro Residencial Zubiaurre se ha desarrollado una "unidad de convivencia", que ha realizado una experiencia desde una perspectiva más integral de aplicación del modelo AICP, basándose en los puntos que se presentan a continuación:

a) Atención Individual y "calidad de vida"

Se ha partido del respeto a los principios y derechos básicos de dignidad, privacidad, autodeterminación, elección, satisfacción y realización personal, protección, conocimiento y defensa de los derechos.

En la parte operativa se ha situado a los residentes como protagonistas de la definición del Plan Individualizado de atención y la historia de vida y el análisis observacional y/o escucha activa se han tenido como elementos definitorios de los programas de

intervención. Asimismo, las intervenciones que den respuesta a los puntos anteriores, siempre que se pueda, están ligadas a vida cotidiana.

El otro eje de las actuaciones se centraba en la mejora y/o mantenimiento de la salud, promoción de autonomía y seguridad; siendo aspectos importantes a considerar la prevención de la infección y de la dependencia, la no presencia de dolor y el no uso de restricciones físicas y/o químicas.

Otro elemento básico del programa era la consideración de las familias como participantes en el plan de atención y como objeto de atención.

Los aspectos normativos afectados por estas metodologías de intervención basadas en el modelo de AICP, se han ido describiendo en los apartados anteriores y se incide sobre ellos en el punto de estudio trasversal.

b) Profesionales

Es fundamental el papel de los auxiliares/gerocultores polivalentes, bien formados y comprometidos que conozcan bien a los usuarios y sepan canalizar la demanda especializada.

El profesional de referencia debe garantizar la continuidad de los cuidados y la prestación del plan de atención individual, que debe

ser actualizado en función de las preferencias y deseos de los residentes. Las funciones de este profesional son las siguientes[10]:

- Conocer sus necesidades, preferencias y deseos, tratando que sus expectativas sean satisfechas y favoreciendo su bienestar. Para ello participará en el proceso de acogida y en la elaboración de la historia de vida y biografía del usuario.

- Identificar las competencias de la persona dando valor y reconocimiento a sus capacidades mantenidas.

- Favorecer la autonomía de la persona, su independencia funcional y la garantía de sus derechos en la organización, participando activamente en la elaboración del plan de atención.

- Gestionar la información de la persona usuaria con el esmero y los límites que el derecho a la intimidad personal le confiera.

- Coordinar la labor del resto del equipo asegurando modos de trabajar que sigan los mismos criterios acordados en el plan personalizado de atención.

- Seguimiento de la relación e información familiar. Identificando en que momentos tienen que participar los profesionales especialistas (psicólogo, médico, enfermera, etc.) del equipo en esta relación para informar a la persona o a su familia.

[10] Adaptadas de Bermejo y Cols

En este nuevo contexto los profesionales especializados tienen como objetivos principales los siguientes:

- Dar respuesta tanto a las necesidades identificadas de atención individual puntual y/o planificada
- Formar y capacitar a los auxiliares/gerocultores
- Planificar los cuidados preventivos y de atención a la dependencia y promoción de la autonomía y cuidados de salud
- Elaborar materiales de trabajo: procedimientos básicos a seguir, como puede ser la Historia de Vida, la movilización de los usuarios, etc.

Los equipos interdisciplinares de atención en este nuevo modelo juegan un papel diferente. Son el propio usuario y la familia junto con el gerocultor (a poder ser el de referencia), y con la participación sólo en el caso ser necesaria de alguno otro miembro del equipo interdisciplinar, quiénes pactan y elaboran el plan de atención individual.

En este sentido y tal y como se ha apuntado en el apartado de Intervenciones de vida cotidiana, los profesionales que han sido primordiales en la puesta en marcha y desarrollo de esta experiencia piloto en Gerozerlan han sido los auxiliares. Todas han participado de forma voluntaria, recibiendo al inicio y durante el proceso, formación en el modelo AICP. Destacar igualmente que todo el personal de la residencia Zubiaurre ha sido formado y que el proyecto fue presentado al inicio al comité de empresa para lograr su implicación. También hay que destacar en lo que respecta al personal, la formación y sensibilización en materia de derechos de los usuarios

haciendo especial hincapié y en lo que respecta a confidencialidad, respecto a la intimidad, dignidad y autonomía de los residentes. En este sentido los auxiliares del módulo se han convertido en garantes de los derechos de las personas residentes en el módulo.

El auxiliar, en este nuevo modelo realiza nuevas tareas y asume responsabilidades gracias al empoderamiento que le otorgan las nuevas competencias.

Cabe destacar igualmente, que durante esta experiencia, el ratio ha sido superior al marcado por el catálogo de servicios residenciales de Guipúzcoa.

c) infraestructuras y ambientes

Estos modelos de atención se ven favorecidos por entornos en los que se priorice el confort, la personalización y la creación de espacios de relación. Por ello se diseñan módulos o unidades de convivencia, organizadas como si de una vivienda se tratara (se trata de crear entornos para que la persona se sienta *como en casa*).

Son importantes para la AICP los diseños modulares con personal estable y funcionamiento propio, la personalización de los ambientes, tanto de la vivienda como de la propia habitación/apartamento así como los sistemas de información, como apoyo a la orientación de la atención a los profesionales y como sistema de garantía de la continuidad de cuidados.

En el caso de Zubiaurre, se ha implantado esta experiencia en el módulo de la séptima planta, módulo compuesto por 8 habitaciones individuales, espacio común y al que se ha dotado de cocina y otros elementos que lo han convertido en un hogar, personalizando hasta los espacios comunes.

Tal y como apuntábamos anteriormente, el hecho de que en el centro los propios residentes cocinen los menús puede acarrear dificultades en términos de cumplimiento de normativa sanitaria. Conforme a lo establecido en la Orden de 15 de marzo de 2002, del Consejero de Sanidad, por la que se establecen las condiciones sanitarias y la clasificación de los comedores colectivos y de los establecimientos no industriales de elaboración de comidas preparadas para el consumidor final en la Comunidad Autónoma del País Vasco convendría determinar la clasificación del establecimiento según el Art.3 entendiéndose por establecimiento "local o instalación … donde se elaboran… comidas para su consumo directo por el consumidor final" y determinar los requisitos que le aplican en base a sus Anexos.

A los usuarios se les ha permitido que aportaran a la residencia sus muebles y enseres, aunque la mayoría sólo aportaron algunos objetos significativos. Este aspecto es importante en el modelo de AICP y que puede comprometer el cumplimiento normativo debido a los requisitos existentes hoy día en la normativa de referencia en servicios residenciales (principalmente el decreto 41/98 de servicios residenciales para tercera edad y sus modificaciones).

Por otro lado, la AICP podría comportar en algunos casos que los usuarios de servicios desearan conservar o disponer de un animal de compañía. A pesar de la evidencias existentes sobre la bondad de la tenencia de animales de compañía, ya que aumentan la autoestima, disminuyen la ansiedad y la agresividad, podría generar en la práctica problemas derivados de la normativa higiénico-sanitaria o de las correspondientes ordenanza municipales para la tenencia de animales, ya sea por las condiciones que imponen o por circunscribir al autorización a los domicilios particulares.

d) Seguridad en la atención

Finalmente, en la implantación del modelo AICP en Zubiaurre, se ha trabajado en la seguridad en la atención dada la importancia que esta tiene cuando el trabajo se realiza con personas mayores frágiles, como es el caso de mayores institucionalizados.

En este sentido, se ha trabajado la valoración desde la vertiente preventiva, paliativa y rehabilitadora, teniendo especialmente en cuenta riesgos comunes como son la infección, uso de medicación, UPP, caídas, etc.

Los aspectos normativos que pueden verse afectados por la implantación de este modelo son múltiples y ya se han ido apuntando en los apartados anteriores o bien se aportan en el apartado siguiente.

4. ESTUDIO TRANSVERSAL DE LOS ASPECTOS BÁSICOS

Para completar los análisis anteriores se ha efectuado un estudio transversal de los aspectos afectados por la implantación del nuevo modelo que se ha centrado en las siguientes cuestiones: el encaje del modelo AICP con la normativa básica actual; los aspectos básicos en la atención; el derecho de acceso a los servicios y los derechos y deberes de los usuarios de los mismos; el catálogo y la cartera de servicios; los recursos humanos; a la organización y gestión de los servicios; las infraestructuras; y la financiación (ver tabla 12).

Tabla 12. Análisis transversal de los aspectos afectados por el cambio

ASPECTOS	OBJETIVOS	CONTENIDO	NORMATIVA
MODELO	Analizar el nivel de encaje entre la normativa actual y el modelo de atención centrado en la persona	Estudiar los elementos básicos del modelo actual según la normativa y los principios y criterios de modelo propuesto	Internacional Estatal Autonómica Foral
ASPECTOS BÁSICOS DE LA ATENCIÓN	Contrastar los criterios del modelo con la normativa asistencial para verificar el grado de ajuste	Acogida / valoración/ingreso Plan personalizado intervención Organización de la vida cotidiana; historia de vida; restricciones; caídas; análisis observacional; plan general de actividades; conflictos éticos.	Estatal: LAPAD Autonómica: Ley servicios sociales Foral Municipal
DERECHO DE ACCESO	Establecer la fortaleza del derecho a los servicios y prestaciones	Catálogo y cartera de servicios Prestaciones económicas Otras acciones	Estatal y Autonómica: Servicios sociales Sanidad Sociosanitaria
DERECHOS Y DEBERES DE LOS USUARIOS	Determinar compatibilidad de los derechos y deberes otorgados a los usuarios y los esenciales del	Autonomía (funcional y moral) Confidencialidad Participación (usuario y familia) Limitaciones	- CA: Ley servicios sociales Protección de datos - Estatal:

	modelo	(restricciones, incapacitación) Incumplimiento (infracciones y sanciones)	LAPAD Sanitaria Protección de datos, etc.
CATÁLOGO / CARTERA DE SERVICIOS	Comparar el contenido de los actuales y los exigidos por el nuevo modelo	Concretar el contenido legal de una cartera de servicios centrados en la persona Determinar los cambios legales exigidos	Ley servicios sociales y normas desarrollo Catálogo LAPAD Cartera de servicios sociosanitarios
RECURSOS HUMANOS	Analizar la normativa laboral y los convenios actuales para ver las posibilidades legales y contractuales para efectuar los cambios de las condiciones laborales Analizar los derechos y deberes específicos en el ámbito de los servicios sociales	Condiciones de trabajo Perfiles profesionales Ratios de profesionales Reestructuración de plantillas Programas de formación inicial y continuada Derechos y deberes de los profesionales de servicios sociales	Estatuto de los Trabajadores Normativa autonómica y foral sobre tipo y ratios de los profesionales Convenios colectivos del sector y de la F. Matia LSSPV
ORGANIZACIÓN Y GESTIÓN	Estudio los condicionantes legales de la organización actual y de las posibilidades del cambio para el nuevo modelo	Principios: flexibilidad, desburocratización,… Espacio sociosanitario Calidad Profesional de referencia/gestor de caso Sistema de información Relaciones con la comunidad…	- Autonómica y foral: servicios, prestaciones y actuaciones y organización - Normativa estatal: LAPAD y normas desarrollo, leyes sanitarias
INFRAESTRUC-TURAS	Analizar los cambios que precisaría el nuevo modelo en los espacios, edificios, viviendas, etc.	Los equipamientos actuales y requerimientos nuevo modelo Tipos accesibilidad: edificios, urbanismo, transporte y comunicación	Normativa estatal y autonómica de accesibilidad y seguridad
FINANCIACIÓN	Estudiar el sistema legal de financiación actual y las posibilidades reales del cambio de modelo	Fuentes de financiación Conceptos (asistencia, hostelería, sanidad, etc.) Aportaciones usuario (renta disponible, patrimonio, hipoteca inversa) y los familiares	- Autonómica y local (del sector y de hacienda) - LAPAD

		obligados Fiscales (desgravaciones) Modalidades: cheque-servicio	

4.1. El ajuste del modelo AICP a la normativa vigente

De la recopilación y estudio de la normativa efectuado en el apartado 4 (análisis general de la adecuación de la normativa vigente a los requerimientos de un modelo de AICP) se desprende que en los últimos años las tendencias legislativas en el ámbito del bienestar a nivel internacional, estatal y autonómica se pronuncian a favor de modelos centrados en la efectividad de los derechos humanos. El derecho de acceso a los servicios básicos de salud, educación, vivienda, servicios sociales o a otros de protección social, así como el respeto a la dignidad y la autonomía de todas las personas constituyen el eje central de las nuevas normas.

Se aprecia, pues, una coincidencia entre los principios y derechos que establece el marco legislativo general descrito con los correspondientes al modelo de AICP que pretende instaurarse. Sin embargo, como se ha visto, dichos principios y derechos muchas veces no se corresponden con el contenido operativo de las mismas leyes y, menos aún, en las disposiciones reglamentarias de desarrollo. Algunas veces tampoco parece muy adecuada la terminología y los conceptos utilizados en los textos. Parece que se incluyen los principios y derechos en las leyes sin considerar las repercusiones económicas, organizativas y jurídicas que se derivan.

En el caso del País Vasco, el contraste de los principios y derechos de la LSSPV con el modelo de AICP (ver apartado 4.4.) ha dado resultados

positivos, no obstante en su texto se han detectado algunas disfunciones que se han puesto de relieve. Seria conveniente que antes de la aprobación de los reglamentos de desarrollo se verificara la terminología y el ajuste a los criterios de la AICP para asegurar su congruencia con la ley.

4.2. Aspectos básicos de la atención

También se han analizado varios de los ingredientes relativos a la atención que se proponen desde el nuevo modelo. Este apartado incluye la fase inicial de entrada al (solicitud, valoración, ingreso y la acogida), la elaboración del programa personalizado y la atención domiciliaria o institucional. Todas estas acciones deberían ajustarse a los criterios del AICP en los términos señalados en el apartado 2.1.

La fase inicial reviste una gran importancia en el proceso de implantación de la AICP ya que es la puerta de entrada al sistema de servicios y debe denotar los elementos clave del modelo. En este sentido debemos referirnos a la LAPAD, ya que en muchos casos se trata de personas en situación de dependencia, y recordar que la valoración se efectúa a partir de unos baremos que, a pesar de que debe tener como referente las CIF -modifican el enfoque médico por el bio-psico-social-, esta Ley al tratar de los criterios objetivos de valoración de la capacidad de la persona para llevar a cabo por sí misma las actividades de la vida diaria y las necesidades de apoyo y supervisión, no se refiere a la opinión y las aportaciones de la persona y su familia (art. 27), a pesar de la definición amplia de autonomía que contiene esta norma en el artículo 2.1. En la elaboración del programa individual de atención (PIA) la participación es limitada por una parte por el

profesional que selecciona las alternativas ("… se determinaran las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado y nivel, con la participación previa consulta y, en su caso, elección entre la alternativas propuestas del beneficiario y, en su caso, de su familia…") y por otra por la propia ley que establece una prioridad hacia los servicios (art. 14.2) e introduce requisitos específicos para el acceso a determinadas prestaciones económicas (la prestación económica vinculada para cuando no sea posible la atención mediante alguno de los servicios previstos del catálogo prestados por la oferta pública de la red autonómica, art. 14.3; el beneficiario podrá, "excepcionalmente", recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales…), aunque en la práctica la excepcionalidad se ha convertido en la prestación más concedida. En esta cuestión la LSSPV sigue una línea parecida, ya que reconoce el derecho a participar en la elaboración del plan de atención personalizado (art. 9.1, i) y a escoger libremente el tipo y modalidad de servicio más adecuado a su caso, que supedita a las disponibilidades y a los criterios profesionales ("…atendiendo a la orientación y a la prescripción técnica de la persona profesional de referencia asignada", art. 9.1, k). En este caso, es clara la intromisión de la terminología y los conceptos sanitarios a los servicios sociales, que tratan de problemáticas que precisan de actuaciones bien distintas.

En el momento del ingreso y la acogida adquiere un papel importante las normas reguladoras de la ayuda domiciliaria y el reglamento de régimen interior de los centros, que debería regular las condiciones en que debe realizarse. En este sentido la LSSPV recoge, entre los derechos de las personas usuarias, el de la autonomía, a renunciar a prestaciones

y servicios, a disponer de información suficiente y comprensible sobre los servicios disponibles y los requisitos de acceso, etc., todos ellos, relacionados con este momento crucial en la vida de una persona, aunque no siempre presentes en el reglamento de régimen interior, como por ejemplo, en el documento Normativa de Centros Gerontológicos y Centros de Día de Matia, en el que no se incluye esta fase inicial y se entra directamente en el funcionamiento del centro.

Los decretos reguladores de los servicios residenciales (Decreto 41/1998) y de los centros de día de la CAPV (Decreto 202/2002), definen la obligatoriedad de entrega en el momento del pre ingreso del reglamento de Régimen Interior de la institución. En relación al este reglamento cuyo contenido se regula igualmente en estos decretos, contempla información sobre los objetivos del servicio, características de las personas destinatarias, requisitos de acceso, capacidad, derechos y deberes de los usuarios y del personal, normas, cauces de participación, precios, sistema de cobros, procedimiento de reclamaciones, horario de visitas, régimen de salidas, entre otros (anexo I decreto 41/98).

El Estatuto de centros de mayores alavés, en el art. 15 detalla la obligatoriedad de disponer de un folleto informativo ilustrado, y redactado en un lenguaje de fácil comprensión, que refleje la vida en el centro y que refleje, además de los detallados en el RRI, las características del edificio y su equipamiento, posibilidad de acceso en periodos de prueba, actividades de ocio, horarios, servicios comunitarios próximos, disponibilidad de apoyos para salidas, etc… lo que se acerca mucho más a las orientaciones del modelo de atención centrado en la persona, aportando al usuario información significativa de forma

accesible por lo que la orientación de este decreto foral se considera adecuada.

Siguiendo la acogida en institución, destacar el desarrollo que se realiza en el Decreto Foral 19/2001, del Consejo de Diputados de 20 de febrero, que aprueba el Estatuto Básico de los Centros de Personas Mayores dependientes de esta Diputación Foral Alavés, en su artículo 17 destaca que en los primeros meses de utilización del servicio, se consideran periodo de adaptación personal al cetro en el que se requiere una atención y apoyo especiales para facilitar su integración, además de ello se contemplan las opciones ante casos en que la adaptación no se supere. El Decreto Foral de Bizkaia 209/2005, asimismo en su artículo 32 fija el periodo de adaptación en los tres meses posteriores al ingreso. Este periodo de adaptación deberá reflejarse en el plan de atención individualizado (PAI).

En el catálogo de servicios residenciales guipuzcoano, se establece como proceso clave el proceso de ingreso y adaptación que contempla la entrevista previa al ingreso con el usuario o familia, la elaboración del plan de atención individual provisional y la necesidad de que los centros residenciales fijen responsable del proceso y protocolo de actuación al efecto.

El documento La atención Gerontológica Centrada en la Persona. Guía para la intervención profesional (Martínez 201, pág 97)[11] aporta pautas de buenas prácticas para el pre-ingreso y para cuando la persona llega

[11] T. Martínez Rodríguez (2011) La atención gerontológica centrada en la persona. Guía para la intervención profesional, Ed. Gobierno Vasco.

al centro que resultan adecuadas para su incorporación a protocolos de actuación en los centros.

En relación a la atención, debe distinguirse entre la domiciliaria y la institucional. La domiciliaria ya se ha comentado (ver apartado 3.1) se compone de una amplio dispositivo (servicios de proximidad complementarios, entorno accesible, teleasistencia avanzada, apoyo a las familias cuidadoras, programa "Acompaña", participación social y comunitaria, promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida) que choca con el modelo reglamentarista existente y que la cartera de servicios debería poner al día para hacer posible el nuevo modelo.

La atención institucional (ver apartado 3.2.) que se propone se basa en la organización de la vida diaria de forma coherente con la historia de vida, las necesidades y las preferencias de las personas usuarias, con el fin de utilizar la vida cotidiana como terapia, favoreciendo el mantenimiento de su autonomía y calidad de vida. Este planteamiento difiere de forma importante con la organización actual de los centros que parte de otros supuestos de carácter más economicista o sujeto a las condiciones laborales de los profesionales.

El nuevo planteamiento supone un nuevo paradigma organizativo que impacta con fuerza en los modelos establecidos, en muchos casos impuestos por las administraciones de forma muy rígida en los reglamentos relativos a las condiciones funcionales exigidas para poder firmar convenios o para recibir subvenciones. Por otro lado, los cambios que son necesarios para implantar el nuevo modelo tienen consecuencias en las relaciones laborales, ya que exige una revisión de

las categorías profesionales y sus funciones, así como de la correspondiente revisión salarial, una redistribución de los puestos de trabajo, cambios de horarios y descansos, formación para los nuevas tareas, etc. que tienen como marco el Estatuto de los Trabajadores y requieren de una negociación con los sindicatos.

Para la puesta en marcha del nuevo modelo de atención se prevén asimismo diversos instrumentos que se han expuesto en el apartado 3.2: centros libres de restricciones; minimizar el riesgo de caídas; actividades terapéuticas de vida cotidiana; análisis observacional; e historia de vida. La utilización de dichos instrumentos debe respetar con lo previsto en la Ley Orgánica 15/1999, de 13 de diciembre, de Protección de Datos de Carácter Personal, que, como señala el artículo 9.1, b de la LSSPV, incluye la debida reserva por parte de los profesionales con respeto a la información de la que haya tenido conocimiento sobre las personas usuarias de los servicios sociales.

En los casos de conflictos y dudas puede ser de gran interés los comités de ética en intervención social, como los establecidos mediante Decreto Foral 232/2006, de 26 de diciembre, de la Diputación Foral de Bizkaia, por el que se regula la creación de los Comités de Ética en Intervención Social y el como los creados en Guipúzcoa, mediante Decreto Foral 46/2007, de 12 de junio, por el que se regula la creación de los Comités de Ética en Intervención Social y posteriormente en Álava por Decreto Foral 14/2011, que regula la creación y acreditación de los Comités de Ética en Intervención social. El primero de los decretos define estos comités como una comisión consultiva e interdisciplinar al servicio de las personas que participan en la intervención social del ámbito social y sociosanitario (profesionales, destinatarios, asociaciones,

instituciones,…) creada para analizar y asesorar en la revisión de los posibles conflictos éticos que se producen con la práctica de dicha intervención y cuyo objetivo final es mejorar la calidad de la misma (art. 1) y la normativa de Guipúzcoa y de Álava los define en términos parecidos. Los tres decretos mantienen que las funciones de los Comités de Ética en Intervención Social se entenderán sin perjuicio de las competencias que, en materia de ética y deontología de los profesionales, corresponden a sus respectivos colegios profesionales. Si se consideran útiles dichos órganos, especialmente en un momento que consideramos están en auge las incertidumbres y conflictos éticos en los servicios sociales y sociosanitarios, cabria reflexionar sobre la creación de uno a nivel de comunidad autónoma, evitando en todo caso su proliferación excesiva que paradójicamente podría conducir a la falta de rigor y confusión (en este sentido, únicamente el documento alavés define expresamente la necesidad de coordinar su actuación con los demás comités de ética existentes tanto en el territorio como en la CAV). Finalmente, destacar que estos órganos deben sustentarse en la imparcialidad, el rigor, la transparencia, la publicidad y la accesibilidad.

Como aspecto clave en la atención, a continuación se detalla en relación a la valoración y plan individual de atención el desarrollo normativo vigente y su impacto en las prácticas que se proponen y se han implementado en base al modelo AICP.

Independientemente de la valoración que determina el grado de dependencia BVD complementada con el RAI RUG como valoración de necesidades y capacidades, previo al ingreso en centros residenciales, sin estar reflejado en todos los decretos reguladores de la

prestación del servicio en residencias y en centros de día, existe acuerdo en que la valoración debe de ser integral e interdisciplinar:

En el Decreto 41/1998, de 10 de marzo, sobre los servicios sociales residenciales para la tercera edad se habla de Programas de atención directa individualizada con asignación a cada residente de un/una trabajador/a clave o de referencia. En su modificación para el mayor desarrollo de los requisitos de aplicación en apartamentos tutelados, se define en su apartado 5 de tipología de servicios que además de los servicios obligatorios se favorecerá la autonomía personal mediante la realización de valoraciones personales integrales y periódicas, que abarcaran a las actividades de la vida diaria y la atención integral. A su vez, la entidad gestora deberá elaborar un plan individual con objeto de prevenir posibles carencias y suprimir o aliviar déficits existentes.

Por otro lado, el decreto de centros de día, amplia el contenido relacionando la necesidad de establecer un PAI teniendo en cuenta las necesidades de cada persona y con la participación de todas las figuras profesionales, en base a la valoración de déficits o discapacidades, acciones para compensarlos, control y seguimiento de alteraciones físicas o psíquicas y de sus dependencias derivadas, seguimiento del tratamiento médico en caso de que sea necesario. Contempla las reuniones periódicas con familiares y con el propio usuario del servicio y que se realizará una evaluación del mismo como mínimo semestralmente.

En relación con los desarrollos forales, Gipuzkoa, mediante el catálogo de servicios residenciales y desarrollo de la orden foral de unidades de psicogeriatría, desarrolla con mayor amplitud este aspecto. En esta

última se habla de la valoración y elaboración del PAI al ingreso en la unidad, en un periodo que no debe superar el mes, y que en el diseño del plan deberán participar de forma activa todos los profesionales de la unidad. En la valoración se tendrán en cuenta también las potencialidades y cómo potenciar las capacidades residuales. Aporta también la necesidad de establecer profesional de referencia, igual que los decretos comentados más arriba.

En el catálogo de servicios residenciales de Gipuzkoa se identifica como proceso la valoración y el diseño del plan individual en base a la valoración de las áreas funcional, física, mental y socio familiar incluyendo objetivos, responsables y plazos, en la áreas valoradas. Se fija plazo de dos meses desde el ingreso, obligación de revisar al menos una vez al año y que se comunicará total o parcialmente al residente o persona de referencia.

La Diputación Foral de Bizkaia en el libro Plan de Atención Individual, establece que la valoración geriátrica integral como "la piedra angular del proceso de elaboración del PAI (…) será básico realizar la valoración en las tres áreas de influencia significativa (social, psicológica y sanitaria)". Plantea como herramientas mínimas de valoración el Barthel y el Minimental y define los contenidos a valorar por cada una de las áreas (social, sanitaria y psicológica). Este documento, plantea un modelo de plan de intervención que pone el foco en las necesidades, riesgos y problemas de la persona mayor en las áreas evaluadas.

Asimismo, el Decreto Foral alavés, de Estatuto de centros de mayores, contempla el derecho a la satisfacción (art.11. h), en el que

expresamente refleja el derecho a "Contar con un plan de atención personal, revisado de forma periódica, en cuya definición tomen parte la persona usuaria y/o su familia" y en el punto que le sigue, el derecho a tener asignado una persona trabajadora clave o de referencia que ejerza funciones de seguimiento y atención individualizados.

Po otra parte, la Carta de Derechos, aprobada por Decreto 64/2004, se refiere, en relación al plan de atención individual, al derecho a disponer de una evaluación en tiempos razonables (marca plazos), que tenga en cuenta la descripción de necesidades y determine las posibles respuestas (describir con precisión los servicios, las prestaciones y las personas que van a intervenir).

En términos generales y derivado del análisis realizado en base a la normativa, comentar que en la valoración, se pone el foco en las discapacidades, déficits, más que en las capacidades, no se refiere a los deseos, preferencias en la valoración, tampoco de biografía ni de proyecto vital. A su vez, cuando se habla del plan de atención individualizado, se pone el foco igualmente en la compensación de estas discapacidades o problemas; no se especifica claramente la necesidad de consenso del Plan y no queda claro en todos los decretos, la necesidad de participación tanto del propio usuario como de su familia en el proceso de elaboración del mismo (PAI). Conviene también que se tenga en cuenta a la hora de la elaboración del PAI, tanto el derecho a elegir del propio usuario sobre quiénes van a intervenir, prever la posibilidad de instaurar los GRUPOS DE CONSENSO, sobre cuál va a ser el plan de atención y quién va a ser el profesional de referencia o confianza.

En relación al plan de actividades o plan general de intervención, a continuación se aportan algunas referencias al respecto:

La ORDEN FORAL 394/2006 de 2 de junio de 2006 por la que se determinan las condiciones de las Unidades de Psicogeriatría establece que la Unidad Psicogeriátrica deberá dotarse de un Programa anual de actividades, en el que constarán los objetivos, actividades y técnicas, periodicidad y sistema de registros para el seguimiento y evaluación. Deberá recoger entre otros, los siguientes aspectos: atención personal básica, psicoestimulación y atención Sanitaria.

En la Norma Foral 11/2005 de Bizkaia, en su artículo 17, que hace referencia a las Condiciones y contenidos mínimos del servicio residencial para personas mayores dependientes, se expone que los centros deberán garantizar a los usuarios la prestación de actividades o programas que fomenten el desarrollo de las capacidades motoras, ocupacionales y relacionales en sus distintos niveles, grupal, familiar, social y con el entorno, con el objetivo de lograr si no la recuperación de las facultades, sí el freno de la merma de las mismas dentro de la patología de cada caso. En todo caso, existirá un programa de prevención y tratamiento para las personas con deterioro cognitivo, fisioterapia y rehabilitación, y programa de actividades de dinamización sociocultural (además de asistencia psicológica, asistencia social y apoyo a familiares)

Sin entrar en mayor detalle, el foco normativo está en el aseguramiento de la existencia de un plan general (y anual) de intervención o de actividades que contemplen las áreas de atención (cognitiva, social, de ocio, funcional, etc...). Algunos de ellos hablan de programaciones

anuales, esto puede resultar contradictorio en el sentido de que puede resultar demasiado general o inflexible. Por otro lado, en ningún documento se habla de la participación de los usuarios en el diseño de las actividades y tampoco de los familiares aunque en los documentos forales de Bizkaia y Álava si se tiene en cuenta cuando se habla del reglamento de régimen interior (en el primer caso) "Participación de las personas usuarias en la planificación de las actividades, mediante la creación, en su caso, de órganos de participación" o en el caso del decreto foral alavés (19/2001) , la posibilidad de elegir las actividades, de participar en el diseño de las mismas a través de los órganos de participación o rechazar participar en ellas.

Merece especial atención en relación al plan de actividades, el Decreto Foral alavés que aprueba el Estatuto Básico de los Centros de Personas Mayores dependientes, en el que cuando se habla de los derechos de las personas usuarias de los centros de mayores (centros de día y centros residenciales), y concretamente en el derecho a la satisfacción, se expresa que la persona tiene derecho a "disfrutar de un entorno en el que las actividades no estrictamente inherentes a la atención residencial se organicen y localicen de forma que no afecten negativamente al estilo de vida de las personas residentes".

En definitiva, el modelo de atención centrada en la persona, pone el foco sobre la persona y en su autonomía de decisión y en la importancia de poder ejercer control sobre lo cotidiano (en qué actividades quiero ocupar mi tiempo) y en la confluencia de lo terapéutico en lo cotidiano y realmente significativo para las personas. En este sentido las actividades de la vida diaria y las actividades significativas se convierten en el hilo conductor del programa

terapéutico o rehabilitador además de garantizar la continuidad de la historia de vida, costumbres y hábitos de las personas atendidas. Por ello, el plan de be ser compartido, diverso y flexible.

4.3. Derecho de acceso

La promoción y garantía del derecho de acceso a las precitaciones y los servicios es el objetivo de la LSSPV, que lo configura como un derecho subjetivo, por ello señala que los titulares podrán reclamar en vía administrativa y jurisdiccional (arts. 1 y 2). Consideramos que el derecho subjetivo se refiere a las prestaciones y servicios incluidos en la cartera, pero no a las prestaciones complementarias de transporte, alojamiento, manutención, lavandería y limpieza y otras que se determinen reglamentariamente, ni a las prestaciones propias de otros sistemas o de otras políticas públicas que se rigen por su normativa específica (art. 14.5) (ver apartado 4.3).

Como titulares se refiere simplemente a las personas, pero exige empadronamiento y residencia legal y efectiva en alguno de los municipios de la comunidad, especificando que para ser beneficiario de las prestaciones y servicios de la LAPAD se requerirán los requisitos que establece dicha ley. Asimismo, establece unas prestaciones mínimas a las que podrán acceder, en todo caso, las personas que se hallen en la comunidad autónoma: servicio de información, valoración, diagnóstico y orientación, así como al acompañamiento social y aquellos otros servicios y prestaciones que la Cartera conceptúe como de urgencia social (art. 3.3). Señala, además, las peculiaridades en caso de los menores, remitiendo a la ley 3/2005, de 18 de febrero, de Atención y Protección a la Infancia y la Adolescencia.

Debe recordarse que la Ley Orgánica 4/2000, de 11 de enero, sobre derechos y libertades de los extranjeros en España y su integración social, en el art. 14 preceptúa que los extranjeros residentes tienen derecho a todos los servicios y a las prestaciones sociales (tanto a las generales y básicas como a las específicas), en las mismas condiciones que los españoles y que cualquiera que sea su situación administrativa, tienen derecho a los servicios y prestaciones sociales básicas. En relación al tema que tratamos, debe resaltarse que los extranjeros con discapacidad, menores de dieciocho años, que tengan su domicilio habitual en España, tendrán derecho a recibir el tratamiento, servicios y cuidados especiales que exija su estado físico o psíquico.

Además de estos requisitos generales para ser titulares de los derechos a determinadas prestaciones y servicios deberán reunirse los que se establezcan con carácter específico para cada una en la Cartera.

En relación a las personas en situación de dependencia deben tenerse en cuenta que la LAPAD establece asimismo un derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio del estado español (art. 1), que se concreta en el catálogo de servicios sociales y las prestaciones económicas (art. 13-20) para las personas en situación de dependencia en alguno de los grados establecidos que residan en territorio español y haberlo hecho en los 5 años anteriores, de los cuales 2 deben ser inmediatamente anteriores (art. 5). En cambio las ayudas económicas para facilitar la autonomía personal están supeditadas a las disponibilidades presupuestarias (disposición adicional tercera).

4.4. Derechos y deberes de los usuarios

Al tratar de la adecuación de la LSSPV al modelo AICP ya se han enumerado y comentado algunos derechos que mostraban el ensamble pleno de los mismos con los criterios de la AICP, recogidos en el artículo 9 de la LSSPV. Nos referimos al derecho a la *autonomía*, que ya se ha tratado ampliamente con anterioridad. Para poder ejercer plenamente la autonomía se requiere *información suficiente, veraz y fácilmente compresible*, por ello, la LSSPV reconoce este derecho que concreta que debe ser sobre las intervenciones propuestas y sobre los servicios sociales disponibles y lo requisitos de acceso; por otra parte, reitera el derecho a *acceder a su expediente individual*, en los términos que establece la legislación vigente.

Otros derechos que refuerzan la autonomía de la persona, se refieren a *dar o denegar su consentimiento libre y específico en relación a una determinada intervención*, exigiendo que sea por escrito cuando la intervención implique ingreso en un servicio de alojamiento o en un centro residencial, señalando que los menores y personas incapacitadas deben otorgarlo según la legislación vigente. En el mismo sentido se reconoce es el *derecho a renunciar a las prestaciones y servicios concedidos*, con la salvedad de los internamientos involuntarios por razón de trastorno psíquico y en los casos de menores.

Otro grupo de derechos, se refieren a *participar individual y colectivamente en las decisiones que le afecten* y *en el funcionamiento de los servicios* y a acceder a los cauces de información, *sugerencias y quejas* que permitan el ejercicio efectivo y la defensa de sus derechos;

a *escoger libremente el tipo y modalidad de servicio más adecuado* a su caso en función de su disponibilidad, aunque debe atender la orientación y prescripción técnica del profesional de referencia; a ser atendidos en función de sus propias preferencias en cualquiera de los dos idiomas oficiales.

Otro derecho que reconoce la ley y que afecta al modelo propuesto, se trata de las instrucciones previas para situaciones futuras de incapacidad respecto a la asistencia y cuidados que se le puedan procurar y derecho a la autotutela (posibilidad de nombrar anticipadamente a la persona que le representará y ejercerá la tutela sobre su persona y bienes en caso de perdida de su capacidad de autogobierno).

Es importante referirnos también a los deberes, ya que la ciudadanía se compone de derechos y deberes u obligaciones. Una parte de los deberes regulados en el artículo 10 de la LSSPV son de carácter normativo e instrumental, se refieren concretamente al cumplimiento de las normas en relación a las prestaciones y servicios, de las normas de organización, funcionamiento y convivencia de los centros y servicios; facilitar información y datos, así como las variaciones; financiar el coste de las prestaciones o servicios; y respetar y utilizar correctamente los bienes muebles e instalaciones.

Otras obligaciones se centran en las prestaciones, señalando que debe respetarse el plan de atención personalizada y las orientaciones establecidas por los profesionales; destinar la prestación a la finalidad para la que se concedió; respetar todos los derechos reconocidos a los

demás usuarios y a los profesionales; mantener un comportamiento no discriminatorio con los otros usuarios y los profesionales.

También son de aplicación a las personas en situación de dependencia los derechos y obligaciones establecidos en el artículo 4 de la LAPAD, que tampoco no contradicen los principios del modelo de AICP, aunque sí en su contenido se aprecia alguna limitación, especialmente en cuanto a la capacidad para elegir el acceso a algunos servicios y prestaciones.

La LSSPV establece, además, en el artículo 13, que la normativa reguladora de los diferentes tipos de prestaciones y servicios deben definir los derechos y obligaciones que correspondan a los usuarios. Por tanto, la cartera deberá establecer cuando sea necesario derechos y deberes específicos cuando lo exija la naturaleza y características de cada servicio o prestación, respetando en todo caso los establecidos en esta ley que comentamos.

Constatamos, pues, que se ajustan y refuerzan el modelo de AICP. Estos derechos y deberes -y los que se incorporen por la vía de la Cartera- son superiores a los establecidos en los reglamentos y normas interiores de las entidades e instituciones y deben ser cumplidas por los usuarios y profesionales, que en caso de incumplimiento incurren en una infracción, que debe ser sancionada de acuerdo con la ley. En relación a las infracciones y sanciones de la LSSPV debe ponerse de relieve que no son coincidentes con las establecidas en la LAPAD, cuestión que puede generar problemas a la hora de su aplicación a servicios y establecimientos de servicios sociales con usuarios en situación de dependencia.

4.5. Papel de la familia

En varios artículos de la LSSPV se hace referencia a las *preferencias* del usuario, que en algunos casos se especifica *cuando sea posible*, ya que la elección entre las opciones debe tener límites, con el fin de garantizar la viabilidad organizativa y la sostenibilidad del sistema. Estas preferencias convendría distinguirlas claramente de las "decisiones" y "consentimiento" del usuario, que se precisan para iniciar el servicio y/o la correspondiente actuación. En todo caso, de acuerdo con los principios de la LSSPV, estas acciones deberían ir precedidos de una información completa, veraz y compresible sobre las actuaciones, servicios, prestaciones, así como las alternativas posibles y sus consecuencias.

Por otra parte, en varios preceptos de la LSSPV se hacen referencia a la familia sin concretar muchas veces su papel, que si esté incapacitada decidirá el tutor o la entidad tutelar, en los términos establecidos en la legislación vigente. Cuando la persona no tiene capacidad para decidir pero no está incapacitada legalmente pueden recibir la información (como en el ámbito sanitario). En todos los casos debería seguirse la llamada toma de decisiones asistida y podría constituirse un grupo de apoyo y consenso (ver apartado 3.1).

Otra situación distinta a considerar, se produce cuando la decisión autónoma y del usuario afecta a la familia –o a terceros-, en cuyo caso deberían ser escuchados los familiares o los terceros afectados y tener en cuenta también sus derechos y la viabilidad de la atención solicitada. Sin embargo, en las múltiples ocasiones en que la atención

profesional debe complementarse con la familiar, será necesario contar con la opinión y acuerdo de la persona de la familia que asume las funciones de cuidadora principal, evitando, en todo caso, soslayar la opinión y autonomía del usuario.

4.6. Catálogo/Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS.

En primer lugar, debemos recordar que la primera norma que introdujo el concepto de catálogo con carácter general en los servicios sociales fue la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (en adelante LAPAD), que relaciona los servicios y efectúa una descripción de cada uno de ellos. Todas las leyes autonómicas aprobadas con posterioridad a la LAPAD regulan los catálogos/carteras de servicios sociales, aunque no se desarrollan, al menos plenamente, en las propias leyes y dependen para su perfeccionamiento de disposiciones de desarrollo reglamentario. Este instrumento era imprescindible para sustentar el derecho subjetivo que, asimismo, instituían esta Ley y las posteriores autonómicas.

En el ámbito de los servicios sociales se disponía de poca experiencia en el manejo generalizado de derechos subjetivos y en la elaboración de los catálogos/carteras; por ello, se recurrió básicamente a las tipologías de servicios sociales existentes y también se adoptó como referente la cartera de servicios mínimos del Sistema Nacional de Salud (SNS), como se aprecia ya en las primeras carteras (Navarra y Cataluña, 2008) y que luego, con algunas diferencias, siguieron los demás catálogos/carteras aprobados (por ejemplo La Rioja, Islas Baleares y Aragón). La garantía de los derechos subjetivos exige, por una parte, una mayor precisión

jurídica en la regulación de los requisitos de acceso a los servicios y prestaciones y, por otra, la determinación clara de las características de dichos servicios y prestaciones para poder establecer el cálculo de los costes y asegurar su financiación. Estos antecedentes y condicionamientos han contribuido a algunas de las confusiones conceptuales que se dan en algunos casos entre servicios y centros, al mantenimiento de la estructuración de los catálogos/carteras por sectores de población (personas mayores, personas con discapacidad, infancia, mujeres maltratadas, etc.) y al carácter reglamentista que presentan.

Del estudio de las carteras promulgadas a partir de las nuevas leyes de servicios sociales (Navarra, Cataluña, La Rioja, Islas Baleares, Aragón)[12] se constata, por una parte, un enfoque centrado en los servicios y prestaciones económicas - a pesar que alguna norma, como la de La Rioja, en su preámbulo señala que el centro y eje de la cartera es el ciudadano- y, por otra parte, se observa una gran compartimentación de servicios y una minuciosidad reguladora de los mismos que les imprime una gran rigidez y les impide la flexibilidad necesaria para adaptarse a las situaciones personales y familiares. Consideramos que una posible explicación de este modelo se encuentra en querer hacer coincidir el catálogo/cartera, con la tipología de condiciones funcionales y materiales y los módulos de financiación de los servicios y prestaciones. De este planteamiento de triple coincidencia, resulta un encaje muy forzado, tratándose de cuestiones de naturaleza muy

[12] Los catálogos/carteras analizados son los de Navarra (Decreto Foral 69/2008, 17 de junio por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General), Cataluña (Decreto. 151/2008, de 29 de julio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2008-2009; con anterioridad se había aprobado el Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011); La Rioja (Decreto 31/2011de 29 de abril, se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público Riojano de Servicios Sociales); Islas Baleares (Decreto 56/2011, de 20 de mayo, por el que aprueba la Cartera Básica de Servicios Sociales 2011-2014); Aragón (Decreto 143/2011, de 14 de junio, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales).

distinta; posiblemente, hubiera sido más sencillo y operativo separar las tres materias para que cada una siguiera su propia lógica.

Por otra parte, debemos considerar que en algunos casos el citado modelo autonómico de catálogos/carteras colisiona con determinados principios de las propias leyes de servicios sociales, como el de autonomía, que requiere una gran variedad y flexibilidad de servicios para posibilitar la elección, la integralidad de las intervenciones o la continuidad de la prestación, e incluso impide la personalización de los servicios y prestaciones que proclaman.

Como se ha señalado, una singularidad de la ley vasca es el carácter de derecho subjetivo que otorga a todas las prestaciones y servicios, aunque puede delimitarse a través de los requisitos que se establezcan. Sin embargo, la LSSPV se refiere, asimismo, junto a las prestaciones "propias" del sistema a otras, que no tienen a priori carácter de derecho subjetivo: "propias de otros sistemas o de otras políticas públicas" y de las prestaciones que denomina "complementarias", que incluyen el transporte, el alojamiento, la manutención, la lavandería, la limpieza y otras que se establezcan reglamentariamente (art. 14.5). Consideramos que estas prestaciones complementarias deberían regularse en la Cartera con el fin de despejar las dudas sobre su contenido y dejar clara la naturaleza del derecho (subjetivo o no). Para ello, podría ser oportuno concretar las cuestiones siguientes:

a) Establecer y definir las prestaciones propias de otros sistemas, de otras políticas públicas y las prestaciones complementarias; en este último caso debe tenerse en cuenta las limitaciones que establece la

ley (transporte y alojamiento) y las posibilidades de ampliación vía reglamentaria (ver comentarios generales al anexo IV. Definiciones).

b) Determinar cuando las prestaciones complementarias no tiene tal carácter y forman parte del propio servicio de la cartera, en cuáles no forman parte del SVSS pero se proveen desde los servicios del sistema (p.e. ejemplo la manutención en un centro de día o la limpieza en la atención domiciliaria) y cuáles son provistos externamente (p.e. alojamiento no incluido en el catálogo).

En relación a la clasificación del Catálogo de Prestaciones y Servicios, consideramos que sigue en términos generales las tendencias autonómicas generales señaladas. En la dinámica de funcionamiento de la cartera, que se concretan en el procedimiento básico de intervención, ocupa un lugar preponderante el profesional en detrimento de las personas y sus familias, que sólo se citan en un apartado, en el que precisan que "El procedimiento deberá aplicarse previo consentimiento de la persona y familia usuaria o, en su caso, de la persona o entidad que represente legalmente a la persona usuaria y, tanto como sea posible, con la participación de la persona o familia usuaria." (art. 19.3). En cambio, la capacidad para iniciar el procedimiento se otorga al profesional (…los profesionales constaten la necesidad de proceder a la intervención…), así como la coordinación, la evaluación y otras funciones (art. 19). No específica en qué casos y con que capacidad de decisión participa la familia.

El enfoque y las concreciones que se establezcan en la Cartera tendrán una gran repercusión en las posibilidades de implantar el nuevo modelo AICP, a pesar que el Catálogo que establece la ley le condiciona

fuertemente. Por ello, es importante introducir en este instrumento los elementos y la flexibilidad necesaria para facilitar la implantación del modelo de AICP.

4.7. Recursos humanos

A los trabajadores que prestan sus servicios en el ámbito de los servicios sociales les es de aplicación la normativa laboral y los convenios colectivos del sector, que deberán tenerse en cuenta para estudiar las posibilidades de modificación de las condiciones laborales que puede exigir el cambio de modelo, concretamente pueden quedar afectados, los perfiles profesionales, las plantillas de puesto de trabajo, los programas de formación, los sistemas retributivos, etc.

Por otra parte, debe aplicarse la normativa autonómica y foral relativa a los tipos y ratios de profesionales establecidas para cada uno de los servicios y los que se establezcan en la Cartera prevista en la LSSPV. Consideramos que las normas vigentes resultan excesivamente detallistas, impidiendo innovaciones y dificultando la ejecución de planes piloto.

Estos temas no se abordan en detalle en el presente informe, ya que uno de los proyectos trata específicamente de los profesionales y otro trata del estudio e intervención sobre el Burnout y el funcionamiento emocional en profesionales de la salud (apartado 3.4. y 1.3 del citado Convenio de colaboración con el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno vasco, respectivamente).

Por otra parte, la LSSPV, siguiendo planteamientos normativos anteriores, regula los derechos y deberes específicos de los profesionales de los servicios sociales en el artículo 11. Para el proyecto que se analiza es preciso tratar este aspecto, ya que debe tenerse en cuenta en la implantación del nuevo modelo. Los derechos se refieren a las condiciones de igualdad y dignidad en que deben desarrollar su actividad; a la información y orientación inicial destinada a facilitar la adecuación y la calidad de la atención a las necesidades de los usuarios; a la adaptación de los profesionales a las características del servicio; a la formación profesional continuada para garantizar la adecuación de la atención prestada a las pautas de buena práctica profesional (ver apartado 4 del Convenio con el Departamento de Empleo y Asuntos Sociales del Gobierno Vasco. Proyectos docentes: Acciones formativas globales en relación con la difusión del nuevo modelo); a participar individual y colectivamente en las decisiones que les afecten y en la organización de los servicios; a acceder a los cauces de información, sugerencias y quejas que permitan el ejercicio efectivo y la defensa de sus derechos; disponer de los medios necesarios para garantizar la prestación de un servicio en condiciones que responda a los criterios de calidad.

Entre los deberes de los profesionales, que se regulan en el artículo 12, sobresale un grupo relacionado con los usuarios de especial interés para la implantación del nuevo modelo: promover la dignidad, la autonomía, la integración y el bienestar de las personas a las que se atienden y respetar todos los derechos reconocidos en la LSSPV (ver apartado 4.7) ; mantener en sus relaciones con otros profesionales y usuarios un comportamiento no discriminatorio; respetar las opiniones, criterios y decisiones que los usuarios tomen por sí mismos o a través de su

representante legal; guardar las normas de convivencia y respeto mutuo en los servicios; en caso de que sea necesaria la derivación de la persona usuaria a otro servicio hacerlo de la manera más favorable para la personas, procurando la continuidad de la intervención. Podemos observar como estas obligaciones y los correlativos derechos de los usuarios se hallan interrelacionados y juntos constituyen una guía para la actuación profesional en el modelo de AICP.

Este artículo establece otras obligaciones que, igualmente deben temerse en cuenta: conocer y cumplir la normativa vigente; respetar y utilizar correctamente los bienes muebles y las instalaciones; respetar los plazos que se establezcan para las distintas intervenciones; poner en conocimiento de los responsables de los servicios las irregularidades o anomalías que se observan en el funcionamiento, la organización y las instalaciones del mismo y finalmente, poner en conocimiento de la autoridad competente cualquier situación que en su opinión y basándose en los elementos de valoración de los que dispone, pudiera conllevar una vulneración de derechos.

4.8. Organización y gestión

El modelo de AICP requiere una organización flexible y ágil en red y en cambio los modelos actuales de servicios sociales adolecen de una cierta rigidez y burocratización. La LSSPV dedica a la organización del SVSS el Capítulo II del Título II que en el artículo 27 establece un sistema mixto (todos los servicios y equipamientos que integran el SVSS, sean de titularidad pública o privada concertada, actuarán de forma coordinada…) que estructura en los dos niveles (servicios sociales de atención primaria y servicios sociales de atención secundaria). En los

artículos siguientes, regula los servicios sociales municipales y los servicios sociales de base (arts. 28 y 29), los servicios sociales forales (art. 30) y los de ámbito autonómico (art. 31). A pesar del carácter mixto del sistema, no regula la iniciativa privada en este apartado, sino que lo hace en el Título V que se refiere, en primer lugar, a la intervención del ámbito privado en la prestación de servicios sociales de responsabilidad pública (autorización y homologación de servicios y centros y participación en la prestación de servicios del Catálogo, arts. 59 y 60) y después a la concertación con la iniciativa privada, en cuyo apartado se refiere a las medidas de discriminación positiva que establece una prioridad, cuando existan análogas condiciones de eficacia, calidad y costes, a las entidades dedicadas a la prestación de servicios sociales que tengan carácter no lucrativo y cualquiera que sea su forma jurídica, si reúne alguna de las características siguientes: haber dedicado de los resultados económicos de la actividad a la mejora continuada de los servicios; que la prestación se dirija a personas familias o grupos espacialmente desfavorecidos; agregar valor al servicio o centro a través de la conexión con otras prestaciones, servicios o actividades dirigida a personas destinatarios del mismo; mejorar las ratios de personal contratado; contemplar la participación de las personas afectadas (ayuda mutua y voluntariado); contar con más de un 40 % de mujeres en los órganos directivos; aplicar medidas para la conciliación de la vida laboral y familiar, para la integración laboral de las personas con discapacidad, más allá de las exigencias legales, o para la preservación, conservación o restauración del medio ambiente; aplicar sistemas de aseguramiento o mejora continuada de la calidad y para la mejora de las condiciones laborales. También regula los convenios y acuerdos marco de colaboración (art. 69 y 70), la gestión de los

servicios del Catálogo y de otras actividades de responsabilidad pública (art. 71 y 72) y el apoyo a la iniciativa social sin ánimo de lucro.

En el mismo sentido la LAPAD establece un Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia (SAAD) de carácter mixto que se estructura en red ("El Sistema se configura como una red de utilización pública que integra, de forma coordinada, centros y servicios, públicos y privados" art. 6.2).

4.9. Infraestructuras

En los análisis realizados sobre las experiencias piloto y los aspectos básicos del proyecto se ha detectado la necesidad de modificaciones en los espacios, instalaciones, muebles, ayudas técnicas, etc. que no se consideran especialmente gravosos. Parece que a partir de los informes concretos de las distintas experiencias debería efectuarse una propuestas sobre estas cuestiones con el fin de contrastarla con la normativa y modelos actuales. En cualquier caso, actualmente las normativas parecen excesivamente detallistas, por ello, quizás en lugar de concretarlo en medidas específicas, podrían describirse los espacios mínimos con el fin posibilitar una mayor ductilidad a estos aspectos, si se quiere conseguir un ambiente más hogareño y confortable, respetando en todo caso la normativa de accesibilidad.

En este sentido, cobra especial relevancia además de la normativa de servicios sociales, la normativa sanitaria para aspectos como elaboración de comida, tenencia de animales en los centros, normativa y requerimientos en materia de seguridad de las instalaciones, requisitos para la obtención sanitaria de funcionamiento, etc que en algunos

casos pueden dificultar que verdaderamente los entornos convivenciales sean lo más parecido a una casa.

Por otra parte, este modelo incluye que las personas que lo deseen puedan incorporar a los establecimientos sus muebles y enseres personales, siempre que sea posible. Para ello, debería reconocerse este derecho y fijar, en su caso, los límites.

4.10. Financiación

Las fuentes de financiación de los servicios sociales vascos son básicamente los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma, de los territorios históricos, de los ayuntamientos y del precio público o tasas abonadas por los usuarios (art. 54). La LSSPV regula las consignaciones presupuestarias (deben ser suficientes para hacer frente a los gastos derivados del ejercicio de sus competencias), las fórmulas de colaboración financiera entre las administraciones (prestaciones del SVSS provistas en el marco de otros sistemas, prestaciones sociosanitarias, acceder a la reserva de viviendas de protección oficial, etc.) y la participación económica de los usuarios.

En la financiación es importante la naturaleza que se atribuya al servicio o prestación. La LSSPV distingue según sean propios del SVSS o sean propios de otro sistemas o políticas o tengan carácter complementario de los del SVSS, ya que en el primer caso se trata de un derecho subjetivo y en los demás no (arts. 14.5 y 56.3), aunque todos ellos pueden articularse entre sí. La LSSPV deja cierto margen para determinar cuáles son las prestaciones complementarias y su relación con las propias. Por ello, la normativa reguladora de la cartera debería

clarificar el sistema de financiación de las prestaciones complementarias, que podría estar sujeto a limitaciones presupuestarias y a la participación del usuario, en función de su renta y/o patrimonio, e incluirlas en la correspondiente ficha de servicios de la cartera.

El derecho subjetivo no significa que el servicio sea gratuito, sino que puede estar sometido al copago, mediante el precio público o la tasa correspondiente. La participación económica de los usuarios se regula en el artículo 57 de la LSSPV, que, en primer lugar distingue entre las prestaciones gratuitas y las sometidas al pago del precio público o tasa, aunque consecuente con el principio de universalidad establece que la atribución del servicio no dependerá del nivel de recursos económicos del solicitante, sino de la necesidad de dicha intervención.

Para determinar el precio público se tendrá en cuenta el tipo y coste de la prestación y el servicio y los diferentes grados de utilización. La aportación del usuario se fijará teniendo en cuenta los factores siguientes: a) nivel de recursos económicos (queda excluida la valoración de la vivienda habitual); b) la unidad de convivencia (solo se tendrían en cuenta los miembros de la unidad familiar que dependan económicamente del beneficiario); si no disponen de recursos económicos suficientes se beneficiarán de exenciones o bonificaciones; están obligados los que hayan sido favorecidos por transmisiones patrimonial es a título gratuito en los cinco años inmediatos a la solicitud; garantía de una cantidad mínima de libre disposición. Por otra parte, establece normas específicas para los servicios residenciales para personas mayores: si carecen de ingresos para el pago pero dispongan de patrimonio, podrán acordarse entre la administración pública

competente y el usuario formulas alternativas de financiación y articularse procedimientos de reconocimiento de deuda.

En el caso de los servicios y prestaciones de la LAPAD debe seguirse la normativa estatal (ver tabla 3) y el desarrollo efectuado por las diputaciones forales (tablas 6 a 8).

5. CONCLUSIONES

A modo de conclusiones, se presentan las principales cuestiones relacionadas con aspectos normativos detectadas en el proyecto y en las acciones que se derivan.

1. Aspectos generales

1.1. **Normativa internacional**. El análisis de la normativa internacional relativa a las personas con discapacidad y personas mayores muestra una evolución favorable a los postulados de la AICP, especialmente reconociendo la necesidad de situar la persona en el centro de las políticas y de legislar para reconocer su dignidad y garantizar sus derechos. En este proceso ocupa un lugar destacado la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad.

1.2. **Constitución española**. La Constitución española reconoce los derechos de las personas con discapacidad y las personas mayores (arts. 40 y 50), pero sus preceptos no son directamente aplicables, sino que su efectividad depende de las leyes que los desarrollen.

1.3. **Derecho subjetivo**. Una aportación reciente de la legislación de servicios sociales ha sido el establecimiento con carácter general de servicios y prestaciones de derecho subjetivo. La primera norma fue la LAPAD que estableció el derecho subjetivo de ciudadanía a la promoción de la autonomía y atención a las

personas en situación de dependencia. Todas las leyes autonómicas de servicios sociales posteriores regulan las prestaciones garantizadas como derecho subjetivo. La LSSPV establece el derecho subjetivo a todas las prestaciones y servicios propios incluidos en el Catálogo.

1.4. **Normativa española y AICP**. En términos generales, se puede concluir señalando que los principios y los derechos y deberes de la normativa española son favorables al modelo de AICP, aunque no siempre sea así en sus concreciones y aplicación práctica.

1.5. **Estatuto de Autonomía del País Vasco**. Esta norma básica le atribuye competencia exclusivas en materia de servicios sociales y compartidas en sanidad y seguridad social, aunque la LAPAD redujo las competencias autonómicas en materia de servicios sociales para las personas en situación de dependencia al atribuir importantes funciones al Consejo Territorial.

1.6. **Ley de servicios sociales**. La LSSPV que atribuye al Gobierno Vasco competencias para regular los aspectos básicos y para asegurar la unidad del sistema, aspecto importante porque existe un alto grado de descentralización en las Diputaciones Forales. Estas competencias deben fraguarse en el Órgano Interinstitucional de Servicios Sociales que deben informar los proyectos y en el caso de la Cartera exige en voto favorable del nivel de la administración pública afectada.

1.7. **Sociosanitario**. La LSSPV prevé distintas formulas para operativizar acciones transversales, especialmente sociosanitarias, previendo

a tal efecto fórmulas de coordinación y de integración, permitiendo que se constituyan dispositivos exclusivamente sociosanitarios y unidades específicamente sociosanitarias inscritas en dispositivos más amplios; asimismo, prevé tanto la articulación de las prestaciones en las respectivas carteras y como la creación de una cartera de servicios sociosanitarios.

1.8. **Normativa autonómica y AICP**. Consideramos que no existe contradicción alguna entre los modelos de AICP y el sistema de servicios sociales vasco, sino todo lo contrario, ya que los principios y preceptos comparados, encajan perfectamente; no obstante, es necesario verificar si el contenido de la propia ley y las normas de desarrollo concretan suficientemente dichos principios y derechos.

1.9. **Normativa foral**. La síntesis de la normativa foral en materia de servicios sociales -incluida la de desarrollo de la LAPAD- establecida por las diputaciones forales vascas constata la abundancia de disposiciones, la diversidad de aspectos regulados y las diferencias entre las normas. Además de los aspectos tradicionales de los servicios sociales, han abordado otros aspectos, como por ejemplo la coordinación sociosanitaria o a los Comités de ética en intervención social.

1.10. **Normativa foral y AICP** La valoración general de la normativa establecidas por las diputaciones forales parece mostrar formalmente una gran abundancia normativa y una variedad de criterios en su contenido, asimismo las medidas adoptadas presentan un carácter detallista, sin la necesaria ductilidad que

exige cualquier actuación centrada en la persona y su autonomía. En los aspectillos substantivos de derechos y deberes muestran una buena sintonía con los principios y criterios de la AICP.

1.11. Normativa municipal. A los ayuntamientos la LSSPV les atribuye competencia en la creación, organización y gestión de los servicios sociales de base y otras relacionadas con los servicios sociales de atención primaria. Las normativas municipales, ante la ausencia de una regulación general del SAD, han regulado de forma completa dicho servicio con una estructura parecida, aunque existen también diferencias apreciables que podrían conculcar el principio de igualdad de derechos y deberes de los ciudadanos según el lugar de residencia y poner en peligro la unidad del SVSS.

1.12. Reglamento régimen interior. La implantación del la AICP exige una reorganización de los servicios y establecimientos, que repercute en sus normativas generales y en los reglamentos de régimen interior que deben adaptarse para hacer posibles los principios y criterios del nuevo método. En los documentos analizados no se observan discrepancias con la AICP, aunque no enfatizan suficientemente los principios y derechos que exige este modelo.

1.13. Recursos humanos. El cambio de modelo puede afectar a los perfiles profesionales (la figura central de un auxiliar con mayores atribuciones que las actuales y unas tareas más polivalentes), las plantillas, los puestos de trabajo, los programas de formación, los

sistemas retributivos o a las condiciones laborales (horarios, retribuciones, etc.). Es decir, las implicaciones legales pueden ser importantes y, por tanto, deben ser tenidas en cuenta. Además de los aspectos propiamente laborales, afectan a cuestiones reguladas desde el ámbito de los servicios sociales, como los tipos y ratios de los profesionales, con los servicios sociales. En relación a los derechos y deberes de los profesionales establecidos en la LSSPV, consideramos que se ajustan y refuerzan el modelo AICP.

1.14. Reglamento de los establecimientos. La implantación del modelo requiere cambios estructurales, de distribución de espacios, de mobiliario e instalaciones que afectan a la normativa vigente sobre estas cuestiones y otras de conexas, como las referentes a las condiciones higiénicas sanitarias o las de accesibilidad.

2. Aspectos específicos

2.1. Servicio de ayuda a domicilio. El proyecto de este servicio tiene un carácter innovador y tiene unos perfiles muy amplios y flexibles, que incluye servicios de proximidad complementarios, un entorno accesible, la teleasistencia avanzada, el apoyo a las familias cuidadoras, la participación social y comunitaria y la promoción de la salud, autocuidado y control de la propia vida. Este enfoque requiere por una parte una gran flexibilidad de la normativa de desarrollo y una implicación intersectorial (sanidad, vivienda, industria, etc.) e interadministrativa (ayuntamientos, diputaciones forales y gobierno vasco).

2.2. **Elementos del SAD**. Es importante destacar que para el buen funcionamiento del programa de ayuda a domicilio es fundamental el profesional de referencia, la implantación de la metodología de gestión de casos, la garantía de la continuidad de los cuidados y la formación, el asesoramiento y apoyo en el propio domicilio y las consultas a distancia que está previsto que se dispensen desde el programa "Acompaña".

2.3. **Intervenciones basadas en la vida cotidiana**. La AICP requiere una organización de programas y actividades terapéuticas basadas en la vida cotidiana de los usuarios e implica una serie de cambios, algunos de los cuales tiene repercusiones legales. Aunque no encontramos ninguna referencia normativa que se oponga directamente a este tipo de intervención terapéutica basada en las actividades de la vida cotidiana, sí se han identificado algunos aspectos que deberían regularse o revisarse, como por ejemplo la necesidad de información previa a los usuarios y, en su caso, a sus familiares y la consiguiente aceptación; la recalificación de la figura del auxiliar y de sus condiciones laborales; la posibilidad de que los usuarios aporten muebles, enseres personales o animales domésticos; adaptación de programas; cambios en la conformación de los espacios (cocinas); muebles y ayudas técnicas; condiciones laborales (funciones, horarios, etc.).

2.4. **Aspectos básicos de la atención**. El análisis de los elementos que integran los aspectos básicos de la atención pone de relieve algunas disfunciones y conflictos con el modelo que se pretende instaurar. Si se tiene en cuenta, en primer lugar, el proceso de

valoración observamos que muchas normas se basan en baremos y otros criterios objetivos sin tener muy en cuenta la opinión y las aportaciones de la persona y su familia. El plan o programa de intervención se somete a menudo a una primera selección de oportunidad a cargo del profesional y/o se limita la capacidad de elección del usuario (por ejemplo en el PIA de la LAPAD). Por otro lado, el momento del ingreso reviste gran importancia la acogida al nuevo usuario, precisa de información sobre como es su nuevo lugar de vida y como se organiza, ello requiere, desde el punto de vista legal, una explicación detallada del reglamento de régimen interior y la realización de un periodo de adaptación. Una vez la persona se ha integrado en el servicio o centro no debe olvidarse el seguimiento y evolución de las intervenciones, que debe realizarse con la participación activa del interesado.

2.5. **Restricciones**. En el proyecto institucional, el desarrollo del programa para reducir las restricciones es uno de los retos más destacados. Estas acciones requieren fundamentarse en un modelo de seguridad y al mismo tiempo de asunción de riesgos, con la participación y aceptación expresa del usuario y, si no es posible, por sus familiares (consentimiento informado), que podrán revocar en cualquier momento. La asunción del riesgo calculado aparece en la definición de autonomía que efectúa la LSSPV. La normativa no se opone a la política de centros libre de restricciones y da soporte a la asunción de riesgos controlados, aunque para la aplicación de las técnicas que eviten las restricciones se requiere una formación específica de los profesionales que intervendrán y, asimismo, para mayor seguridad

deberían concretarse los elementos clave que deben tenerse en cuenta para su aplicación.

2.6. **Caídas**. Otra de las experiencias realizadas en el ámbito institucional se dirigía a evitar las caídas, que se justifica en el mismo derecho a la salud, que exige prevención, especialmente en el caso de las personas frágiles, y rehabilitación, asimismo es una exigencia de la promoción de la autonomía, ya que las consecuencias normalmente son graves para su salud y calidad de vida. Este programa deberían exigirse en todos los centros. Por otra parte, esta actividad requiere asimismo una formación específica de los profesionales que participan.

2.7. **Análisis observacional**. La utilización de la técnica observacional como parte integrada de la valoración integral y continuada realizada por los equipos asistenciales permite mejorar la calidad de la atención prestada a personas con demencia que no pueden expresar verbalmente sus deseos, preferencias, frustraciones o malestar. La metodología Dementia Care Maping[13] (DCM) permite identificar los factores detractores y potenciadores de bienestar para las personas y facilita, gracias a la puesta en marcha de acciones acordes, mejorar el modelo de atención. De hecho, en el centro Rezola, la puesta en práctica del análisis observacional permitió la modificación de algunos programas y el ajuste de algunas actuaciones (por ejemplo adaptar el ritmo del tiempo a las características y deseos de cada persona) con una valoración muy positiva. No existen referencias sobre este aspecto

[13] (Bradford Dementia Group, 1997; 2005. Kitwood, describe en su libro Dementia reconsidered (1997) el Dementia Care Maping (DCM) como "un intento serio de adoptar el punto de vista de la persona con demencia, usando una combinación de empatía y destrezas observacionales" (Kitwood, 1997, p. 4)

en la normativa actual de servicios sociales aunque podría valorarse como herramienta para hacer efectivos algunos de los derechos de dignidad, autonomía, participación, etc. de los usuarios de los servicios.

2.8. **Historia de vida**. Es otra técnica utilizada para recabar información sobre el usuario y así poder adaptar las actividades a su manera de ser e intereses es la historia de vida. Su utilización exige respetar la normativa de protección de datos: previa información en la recogida de datos, el consentimiento del afectado, los datos especialmente protegidos (los datos de carácter personal que hagan referencia al origen racial, a la salud y a la vida sexual sólo podrán ser recabados, tratados y cedidos cuando, por razones de interés general, así lo disponga una ley o el afectado consienta expresamente), registros, deber de secreto, comunicación de datos, acceso a los datos, etc. En su aplicación práctica deben establecerse círculos de confidencialidad y adquiere especial importancia el secreto compartido en el equipo y el secreto derivado y las medidas que la organización pone para garantizarlos, así como el respeto a las normas de custodia de los archivos.

2.9. **Ética**. La aplicación del modelo de AICP puede generar en la práctica, como se ha visto en la experiencia, a los responsables de las entidades o servicios y en los profesionales, ya sean del ámbito social o sociosanitario, conflictos éticos sobre determinadas intervenciones; por ello, debe destacarse la creación por parte de las diputaciones forales de los comité de

ética en intervención social que pueden ser de gran ayuda en las resolución de las cuestiones planteadas.

2.10. Derechos y deberes de los usuarios. El análisis de los derechos y deberes establecidos en la LSSPV y la LAPAD nos muestra como se ajustan y refuerzan el modelo de AICP. Estos derechos y deberes tienen un rango superior a los establecidos en los reglamentos y normas interiores de las entidades e instituciones y deben ser cumplidas por los usuarios y profesionales, ya que en caso de incumplimiento incurren en una infracción, que debe ser sancionada de acuerdo con la ley.

2.11. Papel de la familia. Varios preceptos de la LSSPV hacen referencia a la familia sin concretar muchas veces su papel. Cuando la persona está incapacitada actuará el tutor o la entidad tutelar, en los términos establecidos en la legislación vigente. Cuando la persona no tiene capacidad para decidir pero no está incapacitada legalmente la familia pueden recibir la información. Otra situación distinta a considerar, se produce cuando la decisión autónoma y consciente del usuario afecta a la familia –o a terceros-, en cuyo caso deberían ser escuchados los familiares o los terceros afectados y tener en cuenta también sus derechos y la viabilidad de la atención solicitada. Sin embargo, en la práctica cuando la atención profesional debe complementarse con la familiar, será necesario contar con la opinión y acuerdo de la persona de la familia que asume las funciones de cuidadora principal, evitando, en todo caso, soslayar la opinión y autonomía del usuario.

Otra observación en relación a la familia es tenerla en cuenta como como objeto de atención. Siguiendo los preceptos del modelo de atención centrada en la persona, la familia ha de ser objeto de atención en el sentido de que es primordial para el bienestar de la persona mayor o persona discapacitada. También desde el modelo se advierte de cómo normas demasiado estrictas, ciertas actitudes, etc pueden distanciar a las familias de los centros de servicios sociales. Por todo ello hay que prever espacios de verdadera participación en el cuidado, su participación en el diseño y desarrollo del plan de atención individual y acciones de apoyo a la familia, de asesoramiento individualizado, de formación, etc. Por ello, los desarrollos normativos futuros deben de contemplar este papel activo de la familia en el cuidado de la persona mayor y en la vida del centro.

2.12. Catálogo de Prestaciones y Servicios del SVSS. El Catálogo de Prestaciones y Servicios que establece la LSSPV sigue en términos generales las tendencias autonómicas en el diseño de estos instrumentos. En el procedimiento básico de intervención, ocupa un lugar destacado el profesional, al que se le atribuye la capacidad para iniciar el procedimiento, aunque deberá aplicarse previo consentimiento del usuario y su familia o, en su caso, de la persona o entidad que le represente legalmente y con la participación de la persona o familia usuaria tanto como sea posible. No específica en qué casos y con que capacidad de decisión participa la familia.

2.13. Cartera de Prestaciones y Servicios del SVSS. El enfoque y las concreciones que se establezcan en la Cartera tendrán una gran

repercusión en las posibilidades de implantar el nuevo modelo AICP, a pesar que el Catálogo que establece la ley le condiciona fuertemente. Por ello, es importante introducir en este instrumento los elementos y la flexibilidad necesaria para facilitar la implantación del modelo de AICP.

2.14. Organización y gestión. El modelo de AICP requiere una organización en red flexible y ágil y en cambio la normativa actual establece modelos de servicios sociales bastante rígidos. El modelo se estructura en dos niveles (primario y secundario) y su gestión es de carácter mixto, público y privado (acreditado y concertado). La LSSPV regula los convenios y acuerdos marco de colaboración, la gestión de los servicios del Catálogo y de otras actividades de responsabilidad pública y el apoyo a la iniciativa social sin ánimo de lucro. La LAPD también estableció un sistema que se estructura en red de utilización pública que integra centros y servicios públicos y privados.

2.15. Financiación. Las fuentes de financiación proceden básicamente los presupuestos generales de la Comunidad Autónoma, de los territorios históricos, de los ayuntamientos y del precio público o tasas abonadas por los usuarios. La LSSPV regula las consignaciones presupuestarias (deben ser suficientes para hacer frente a los gastos derivados del ejercicio de sus competencias), la fórmulas de colaboración financiera entre las administraciones (prestaciones del SVSS provistas en el marco de otros sistemas, prestaciones sociosanitarias, acceder a la reserva de viviendas de protección oficial, etc.), participación económica de los usuarios (servicios gratuitos o de pago del precio público o tasa, en

función del nivel de recursos económicos; criterios específicos para las residencias de personas mayores). La garantía de las prestaciones y servicios dependerá de si son propias (cartera) i complementarias. En el contexto actual de crisis socioeconómica, deben tener sen en cuenta estos aspectos ya que una de las prioridades será la sostenibilidad del SVSS y, por ello, la implantación de nuevos modelos dependerá en buena medida de la relación entre costes y beneficios.

3. Comentario general

La legislación vigente analizada no impide el desarrollo de un modelo de AICP, sino que, por el contrario, en muchos casos requiere, a través de sus principios y derechos que establece, su implantación. Sin embargo, se han detectado algunas contradicciones entre los principios y derechos que se establecen y su concreción y aplicación práctica que no favorecen su desarrollo; asimismo, el carácter "reglamentarista" de algunas normas dificulta la adaptación de la atención a las personas usuarias. Debería vigilarse el desarrollo de la LSSPV para verificar su ajuste a dicho modelo que se ajusta a los principios y derechos establecidos en la ley.

6. RECOMENDACIONES

A continuación se exponen las recomendaciones en base a las conclusiones del presente estudio. Se completarán a la hora de redactar el informe final una vez dispongamos de la información definitiva de los proyectos piloto.

6.1 DE CARÁCTER GENERAL

1. **Criterio general**. La Atención Integral Centrada en la Persona, (en adelante AICP), requiere desde un punto de vista jurídico una normativa de servicios sociales flexible, que permita el ajuste a las necesidades y aspiraciones de los destinatarios de las prestaciones y de los usuarios de los servicios y exige el respeto al derecho a la *dignidad* y a la *autonomía* de la persona. Este nuevo modelo normativo debe basarse, pues, en los derechos de los usuarios y evitar los modelos reglamentaristas centrados en los servicios.

2. **Revisión normativa autonómica**. La Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad, firmada y ratificada por el Estado español, se basa en los postulados de la AICP. Debería *revisarse la normativa autonómica* vigente con el fin de adaptarla para dar cumplimiento a sus preceptos.

3. **Autonomía**. Toda la normativa debe primar la promoción de la *autonomía* y la *prevención* de la dependencia, no sólo en los principios y en la determinación de los derechos y deberes, sino

también debe estar presente en el diseño y la regulación de las actividades y los servicios que deben hacerlos efectivos.

4. **Forma de elaboración**. En los procesos de elaboración de la normativa debe facilitarse y garantizarse la máxima *participación cívica*, especialmente de las personas afectadas y sus familiares, con el fin de garantizar respuestas ajustadas a sus necesidades reales y a sus deseos y aspiraciones.

5. **Dependencia**. Las personas en situación de dependencia deben gozar de los *derechos y libertades constitucionales*, por ello, las normas autonómicas deben incorporar medidas concretas para la plena efectividad de dichos derechos. La garantía de estos derechos exige la incorporación de servicios y prestaciones en el Catálogo y la Cartera del Sistema Vasco de Servicios Sociales, en el que deben integrarse, a través de las correspondientes redes autonómica, foral y local.

6. **Derecho subjetivo**. La Cartera de servicios y prestaciones del SVSS, que se apruebe, debe hacer efectivos los derechos subjetivos establecidos en el catálogo por la LSSPV, concretando el alcance de los servicios y prestaciones propias. La citada Cartera debería tener en cuenta los principios y criterios del modelo de AICP.

7. **Espacio sociosanitario**. La normativa de desarrollo de la LSSPV, tal como prevé la propia ley, debería articular el sistema sanitario y el de servicios sociales, ya sea mediante fórmulas de integración o coordinación, especialmente mediante la articulación de las

cartera, o bien creando una cartera específica de prestaciones y servicios sociosanitarios.

8. **Actualización de la normativa**. La aprobación de la LSSPV introduce cambios significativos en la forma de elaborar las normas de desarrollo y determina su contenido. Este nuevo marco legislativo exige la adecuación de la normativa vigente autonómica, foral y municipal, que debería aprovecharse para su racionalización y simplificación, así como para ajustarla a la AICP, como establecen los principios y derechos de la citada Ley.

9. **Recursos humanos**. Debería revisarse la normativa general y específica de aplicación al personal de servicios sociales con el fin de poder introducir los cambios que exige el nuevo modelo. Los cambios afectan a la reordenación de plantillas, clasificaciones y funciones de los profesionales, así como a las condiciones laborales (horarios, retribuciones, etc.). Los cambios exigidos requieren, pues, negociaciones con los representantes sindicales para las adecuaciones de los convenios colectivos y con las personas afectadas en relación a sus condiciones laborales. Por otra parte, también deberán revisarse las cuestiones reguladas desde el ámbito de los servicios sociales, como los tipos y ratios de los profesionales, horas de dedicación, etc. Asimismo, deben respetarse los derechos y deberes específicos de los profesionales establecidos en la LSSPV.

10. **Profesional de referencia**. Entre los profesionales que interviene en el proyecto destacan los que ocupan el papel de referente para el usuario y su familia. En primer lugar, la normativa debería

concretar las funciones entre el profesional de referencia previsto en la LSSPV, que es el que actúa con la metodología de la gestión de casos y que tiene como funciones básicas dar coherencia integralidad y continuidad al proceso de intervención, ya sea desde el servicio social de base o, en determinados casos, desde los servicios sociales de atención secundaria. Por otra parte, seria necesario definir el profesional que actúa de referente del usuario en un servicio determinado.

11. **Normas materiales**. Debería revisarse la normativa vigente relativa a las condiciones materiales e instalaciones, ya que el modelo de AICP requiere cambios estructurales, de espacios y su distribución, de mobiliario, de ayudas técnicas y de instalaciones, algunas de la cuales afectan a disposiciones higiénico-sanitarias. Deberá tenerse en cuenta el equilibrio entre seguridad, bienestar y autonomía.

6.2 ESPECÍFICAS

12. **Servicio de ayuda a domicilio**. Los cambios que propone este proyecto innovador exigen que se incorporen las prestaciones y acciones que lo configuran a la Cartera de servicios y prestaciones y que, en la normativa específica que se apruebe para este servicio, se regule, asimismo, la articulación intersectorial (sanidad, vivienda, etc.) y la coordinación y colaboración territorial (gobierno vasco, diputaciones forales y ayuntamientos) ya que estos aspectos son claves para el desarrollo del nuevo modelo.

13. **Apoyo a las familias cuidadoras**. Las normas de desarrollo de la LSSPV deberían regular el programa "Acompaña", como un servicio del proyecto de servicio de ayuda a domicilio, que tiene como objetivo proporcionar a las personas cuidadoras no profesionales formación, asesoramiento y apoyo en el propio domicilio y consultas a distancia para resolver los problemas o dificultades cotidianas, al tiempo que realizan el seguimiento y evaluación de la calidad de los cuidados, especialmente en los perceptores de prestaciones para ser atendidos en el entorno familiar de la LAPAD.

14. **Reglamento de régimen interior**. La nueva LSSPV y la implantación del modelo de AICP requieren una revisión de las normas institucionales y de los reglamentos de régimen interior, que debería realizarse con una amplia y activa participación, especialmente de los usuarios y, en su caso, de los familiares. Deben incorporar además las formas de hacer efectivos, en el propio servicio, los derechos que en ellos se explicitan.

15. **Vida cotidiana.** La organización de los servicios y centros basada en la vida cotidiana es fundamental para la implantación de la AICP y tiene un gran impacto en toda la organización que debe ser regulado. Los principales aspectos a regular identificados son:

- Obligación de información previa a los afectados y, en su caso, a las familias y la necesidad de aceptación explícita del cambio.

- Redefinición de la figura del auxiliar y de sus condiciones laborales y la reorganización de las plantillas.

- Derecho de los usuarios a que aporten muebles, enseres personales o animales domésticos.

- Cambios en la conformación de los espacios, habitaciones e instalaciones (cocinas).

- Adaptaciones del mobiliario y las ayudas técnicas;

16. **Aspectos básicos de la atención**. La aplicación de la AICP requiere también cambios en los instrumentos de intervención, especialmente deberían revisarse la normativa referente a las cuestiones siguientes:

- En la valoración debería propiciarse la participación activa del usuario y tenerse en cuenta la información que facilite y su opinión y, en su caso de los familiares y/o personas de confianza (grupo de apoyo y consenso).

- Potenciar la autonomía del usuario y, por tanto, su capacidad de elección en la elaboración del plan o programa de intervención. Además, tanto la valoración como el plan de intervención deberían centrarse en las capacidades y potencialidades de los usuarios más que en los déficits y problemas, y deben de tener en cuenta pasado, presente y futuro de la persona, permitiendo que éstas lleven a cabo en el servicio, su proyecto vital.

- El ingreso en un establecimiento debe contemplar la acogida, una amplia información sobre el nuevo lugar de vida y su

organización (Reglamento de régimen interno) y un periodo de adaptación.

- Seguimiento y evaluación de las intervenciones con la participación activa del usuario y, en su caso, de la familia contando con el profesional referente como apoyo en todo el proceso asistencial y garante de los derechos de los usuarios.

17. **Técnicas utilizadas**. Parece necesaria la regulación de algunos aspectos relacionados con la aplicación de las técnicas necesarias para la implantación de la AICP, con el fin de garantizar los derechos de los usuarios. Concretamente se propone la regulación de los aspectos siguientes:

- Reducción de las restricciones. La aplicación de las técnicas para conseguir la reducción de las restricciones físicas o químicas debería requerir la participación, información precisa sobre los riesgos y aceptación expresada por la personas afectada (consentimiento informado) y, si no es posible, de sus familiares que podrá ser revocada en cualquier momento. Por otra parte, debería concretarse la noción de riesgo calculado que señala la ley al definir el derecho de autonomía y exigir formación específica al personal que va a utilizarlo.

- Caídas. Si consideramos que prevenir las caídas y rehabilitar las consecuencias forman parte del derecho a la salud y de la promoción de la autonomía y atención a la situaciones de dependencia, debería exigirse en todos los servicios y centros de personas mayores y personas con discapacidad la aplicación de

dichos programas, así como la formación especializada del personal en las técnicas correspondientes.

- Análisis observacional. Esta técnica debería incluirse en la regulación de la valoración integral y continuada cuando las personas no pueden expresarse verbalmente y/o sufren algún tipo de demencia u otra enfermedad que les impide manifestar sus deseos, preferencias o malestar. También exige formación específica del personal.

- Historias de vida. La recogida, tratamiento y trasmisión de la información obtenida por esta técnica así como de otros instrumentos de valoración centrada en la persona está sujeta a las normas vigentes en materia de protección de datos y, en su caso, de autonomía del paciente, de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica u otra que pudiera afectarle. Para mayor seguridad jurídica podría establecer se un protocolo que concretara la aplicación de la citada normativa vigente a estos supuestos y que tratara de los círculos de confidencialidad y del secreto compartido en el equipo.

18. **Derechos y deberes**. Los usuarios de los servicios y los destinatarios de las prestaciones disponen de los derechos y de las obligaciones regulados en la LSSPV que se ajustan a los criterios de la AICP, sin embargo debería obligarse a la revisión de todos los reglamentos de régimen interior y, en su caso, a la adaptación de los mismos, con el fin de garantizar el cumplimiento de los mencionados derechos y deberes.

19. **Comités de ética en intervención social**. Estas comisiones consultivas creadas por las diputaciones forales pueden ser un instrumento de gran utilidad para analizar y asesorar en la resolución de los posibles conflictos éticos que pueden generar la puesta en marcha del modelo de AICP. Por ello, se considera recomendable la implantación de dichos comités, que no deberían ser excesivos y que precisarían de una de una instancia de coordinación, que podría ser una función del Observatorio Vasco de Servicios Sociales.

20. **Familia**. Debería concretarse el papel y funciones de la familia en sus distintas facetas (como cuidador, como representante, como participante en la intervención, etc.) y determinar cómo y cuándo debe ser tenida en cuenta, ya que las normas actuales no concretan estos aspectos y en la práctica plantea problemas legales y éticos de gran alcance, que muchas veces exigen una valoración conjunta sobre los derechos y deberes recíprocos.

21. **Catálogo/Cartera**. El Catálogo de servicios y prestaciones del SVSS que establece la ley debe desarrollarse a través de la Cartera que debería incluir los principios y criterios de la AICP, así como otros aspectos señalados en el presente informe para ajustarse al citado modelo.

22. **Financiación**. Debe desarrollase reglamentariamente los requisitos de acceso a los servicios y las prestaciones propias (derecho subjetivo) y complementarias y determinar los requisitos para el acceso y concretar las aportaciones de los usuarios.