

# LA SITUACIÓN DEL **Servicio de Ayuda a Domicilio** en el ámbito local y perspectivas de futuro



Depósito Legal: M-33913-2015  
ISBN: 978-84-608-3198-3

**Esta publicación no podrá reproducirse ni total ni parcialmente  
sin expresa autorización de la Fundación Caser.**

## EQUIPO DE TRABAJO

**COORDINACIÓN:** Subdirección de Asuntos Sociales (FEMP) y Pilar Rodríguez Rodríguez (Fundación Pilares para la Autonomía Personal)

**POR LA FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAL (FEMP):**

- Subdirección de Asuntos Sociales
- Subdirección de Estudios

**POR LA FUNDACIÓN CASER:**

- Juan Sitges Breiter
- Ana Artacho

**POR LA FUNDACIÓN PILARES PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL:**

- Pilar Rodríguez Rodríguez
- Penélope Castejón Villarejo
- Ana García Mendoza
- Juan Carlos Mejía

### **Nota de la FEMP:**

*La FEMP se reserva el derecho de no asumir ninguna responsabilidad sobre la actualidad, corrección, integridad o calidad de la información proporcionada en los textos de este informe ante las reclamaciones por responsabilidad motivadas por el uso de cualquier información facilitada, incluyendo cualquier tipo de datos incompletos o incorrectos. Con las presentes páginas, la FEMP pretende fomentar el acceso del público a la información relativa a las iniciativas y a las políticas municipales. Nuestro objetivo consiste en velar por la actualidad y exactitud de dicha información, por ello trataremos de corregir los errores que se nos señalen. No obstante, la FEMP no asume responsabilidad alguna en relación con el material incluido en estas páginas dado que son reflejo de información de carácter agregado que no ofrece necesariamente información exhaustiva, completa, exacta o actualizada. La presente cláusula de exención de responsabilidad no tiene por objeto limitar la responsabilidad de forma contraria a lo dispuesto por las normativas nacionales aplicables, ni excluir su responsabilidad en los casos en los que, en virtud de dichas normativas, no pueda excluirse.*

# ÍNDICE

## PRESENTACIÓN.

**P. 05**

## 1/ EVOLUCIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD) EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y EN ESPAÑA.

**P. 07**

### 1.1. El SAD en el ámbito internacional.

#### 1.1.1. El SAD en el conjunto de la UE.

#### 1.1.2. Los países nórdicos, pioneros.

#### 1.1.3. El caso de Alemania, como modelo de país familiarista con regulación reciente de las situaciones de dependencia.

### 1.2. Evolución histórica del SAD en España.

## 2/ CONCEPTUALIZACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

**P. 19**

### 2.1. El contexto internacional.

### 2.2. Concepción del SAD en España.

## 3/ MARCO NORMATIVO DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DEL SAD<sup>25</sup>.

**P. 25**

### 3.1. Las CC.AA. y los servicios sociales.

### 3.2. Las entidades locales en la gestión de los servicios sociales.

### 3.3. El papel de los entes locales en el SAD.

### 3.4. Los destinatarios y el acceso al SAD.

### 3.5. La financiación del SAD.

### 3.6. Normativa autonómica de servicios sociales y SAD.

### 3.7. Competencia de los ayuntamientos en el SAD después de la Ley 27/2013, de racionalización y sostenibilidad de la administración local (Irsal).

### 3.8. Las diputaciones.

#### 3.8.1. Las diputaciones provinciales en la gestión del SAD.

## 4/ DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

**P. 49**

### 4.1. Objetivos y ámbito.

### 4.2. Metodología.

#### 4.2.1. La encuesta.

#### 4.2.2. Fase cualitativa del estudio.

## ÍNDICE

### 5/ RESULTADOS DE LA ENCUESTA.

P. 53

- 5.1. Resumen de los principales resultados.
- 5.2. Etapas de implantación del SAD.
- 5.3. Personas usuarias.
- 5.4. Modalidades de SAD: tradicional y por dependencia.
- 5.5. Modelo de gestión.
- 5.6. Condiciones de acceso al servicio.
  - 5.6.1. Copago, gratuidad y participación en el SAD.
  - 5.6.2. Ingresos.
  - 5.6.3. Demanda y listas de espera.
- 5.7. Servicios de proximidad complementarios al SAD.
  - 5.7.1. Desarrollo de los servicios de proximidad.
  - 5.7.2. Futuro de los servicios de proximidad complementarios.
  - 5.7.3. El futuro de las tareas domésticas.
- 5.8. Financiación y coste del SAD.
  - 5.8.1. Evolución presupuestaria de los servicios sociales.
  - 5.8.2. Evolución presupuestaria del servicio de ayuda a domicilio.
  - 5.8.3. Fuentes de financiación.
  - 5.8.4. Coste y precios públicos del servicio.
- 5.9. Recursos Humanos del SAD.
  - 5.9.1. El servicio de ayuda a domicilio y el empleo.
  - 5.9.2. Denominación de las/los trabajadores del SAD que realizan la atención directa en los domicilios.
  - 5.9.3. El papel del voluntariado en el SAD.
- 5.10. Formación de profesionales y cuidadores/as familiares .
  - 5.10.1. La capacitación de los/as auxiliares del sad profesionales.
  - 5.10.2. Capacitación de las familias cuidadoras.
- 5.11. Coordinación entre el SAD y los servicios sanitarios.
  - 5.11.1. Cuando existen acuerdos formales entre la consejería de sanidad y la de servicios sociales y/o ayuntamientos.
  - 5.11.2. Cuando hay coordinación establecida por la buena disposición de los profesionales, pero no de manera formalizada y estable.
  - 5.11.3. Ámbitos de la coordinación sociosanitaria.
  - 5.11.4. Cómo avanzar en coordinación sociosanitaria.

## ÍNDICE

5.12. Otros servicios: teleasistencia y centros de día.

5.12.1. Teleasistencia.

5.12.2. Centros de día y de noche.

5.13. Percepción de problemas y sugerencias de mejora.

5.13.1. Las dificultades del SAD.

5.13.2. Las causas de los problemas.

### 6/ LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO.

6.1. Características y problemática actual del SAD.

6.2. Papel actual y futuro de las tareas domésticas.

6.3. Teleasistencia.

6.4. Coordinación sociosanitaria.

6.5. La prestación del sad a personas con situación de dependencia de grado III.

6.6. Metodología de gestión de casos.

### 7/ CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

7.1. Conclusiones.

7.2. Recomendaciones para mejorar la atención domiciliaria en el conjunto de los países de la OCDE.

7.3. Recomendaciones adicionales a aplicar en España.

### ANEXO: CUESTIONARIO.

### REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.

**P. 129**

**P. 157**

**P. 167**

**P. 199**

## PRESENTACIÓN

Esta publicación contiene los principales resultados del estudio realizado como fruto de la voluntad de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), la Fundación Pilares para la Autonomía Personal y la Fundación Caser para conocer la problemática y mejorar el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) de los servicios sociales municipales.

El objetivo general de la investigación ha sido actualizar el conocimiento de la situación del SAD, dado que los últimos datos recogidos de las entidades locales datan de 1995 (Porto y Rodríguez, 1996), y no existen registros desde entonces sobre su evolución y características actuales. El interés en realizar este estudio se veía acrecentado al considerar como hipótesis el impacto que en este servicio han podido tener fenómenos tan importantes como la crisis económica o la entrada en vigor de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), todo ello en un contexto de crecimiento de la demanda debido al enorme aumento que está experimentando la población mayor, destinataria mayoritaria del SAD.

La Federación Española de Municipios y Provincias ha tenido interés particular en conocer la situación del SAD, como prestación básica de los servicios sociales para los vecinos, que se gestiona desde las Entidades Locales.

Por su parte, la Fundación Pilares tiene como una de sus áreas de actuación el incremento del conocimiento acerca del funcionamiento de los servicios formales de atención a las personas con necesidad de cuidados de larga duración para poder aportar, apoyándose en sus resultados, propuestas para mejorarlos.

Así mismo, la Fundación Caser contempla, entre sus fines, la promoción, desarrollo e incentivación de cualquier actividad relacionada con la atención a la dependencia o que fomente la mejor atención social, la conciliación de la vida familiar y laboral, así como la solidaridad y responsabilidad social.

En virtud de lo anterior, las tres Entidades citadas firmaron un Convenio para la elaboración del estudio cuyos principales resultados se presentan en esta publicación, referidos en su mayoría al año 2012, que es el ejercicio anterior al periodo de realización del trabajo de campo. Y más allá del objetivo general mencionado antes, las tres partes unieron sus esfuerzos para conocer de manera específica diferentes ámbitos relacionados con el SAD en la actualidad: su conceptualización, alcance, tipo de prestaciones y tareas que incluye, intensidad y cobertura, coste y financiación, así como aproximar un análisis prospectivo sobre su evolución futura.

Hacemos explícito el agradecimiento a la colaboración y esfuerzo de los numerosos técnicos que han acogido este proyecto, tanto de Ayuntamientos como de Diputaciones, sin cuya colaboración este estudio habría sido imposible. Ellos y ellas han dedicado un tiempo inestimable a la búsqueda de datos, en ocasiones muy dispersos o de ejercicios pasados, y a la cumplimentación en detalle del cuestionario, así como a la realización de comentarios o al aporte de información complementaria. El interés que han mostrado estos profesionales creemos que es un indicador del valor que se otorga al servicio de ayuda a domicilio por parte de las Corporaciones Locales de nuestro país.



# 1 / EVOLUCIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD) EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y EN ESPAÑA.

## 1.1. El SAD en el ámbito internacional.

### 1.1.1. El SAD en el conjunto de la UE.

### 1.1.2. Los países nórdicos, pioneros.

### 1.1.3. El caso de Alemania, como modelo de país familiarista con regulación reciente de las situaciones de dependencia.

## 1.2. Evolución histórica del SAD en España.

### 1.1. EL SAD EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.

Tal como se recoge en la bibliografía existente sobre el tema (Rodríguez et al, 2003, 2011; OCDE, 2005; Doyle y Timonen, 2007; SIIS, 2012; Glendinning et al, 2010; Genet et al, 2012; Degrave y Nyssen, 2012), en los países más avanzados en políticas sociales el SAD se ha desarrollado y organizado de manera heterogénea, de acuerdo a las necesidades de cada país. De ahí que en algunos de ellos este servicio cuente con una larga tradición, como es el caso de los Países Nórdicos, Holanda o Gran Bretaña, y que en otros, como España o Grecia, se haya desarrollado fundamentalmente en los últimos 30 años.

Son numerosos los países europeos en los que la extensión generalizada del SAD tiene lugar bastantes años antes que en España. Algunos de ellos, como Dinamarca, Suecia, Noruega, Gran Bretaña y los Países Bajos comienzan a implantarlo con posterioridad al fin de la II Guerra Mundial, como correlato del triunfo de las ideas acerca del Estado del Bienestar propugnadas por Beveridge y Keynes y dentro de un contexto amplio de prestaciones universales de seguridad social, que incluye las pensiones, la asistencia sanitaria y los servicios sociales, uno de cuyos pilares lo constituye la atención domiciliaria.

#### 1.1.1. El SAD en el conjunto de la UE.

Entre los pioneros en desarrollar la atención domiciliaria, hay que citar a Gran Bretaña, cuya regulación data de 1946, entendiéndola como uno de los programas de la asistencia sanitaria (Ministry of Health, 1946). Del mismo modo, el Gobierno holandés organizó un sistema de atención a domicilio con carácter general en 1947 (Heflvel y Gerritsen, 1991), con la colaboración de entidades voluntarias vinculadas, en su mayor parte, a instituciones religiosas. En el caso de los Países Bajos, aunque también eran dependientes del sistema sanitario, en su conceptualización se englobaba tanto la atención

médica y de enfermería como la atención social a las necesidades de apoyo en las AVDs de las personas en situación de dependencia.

Durante las décadas de los 60 y 70, a los pioneros se les fueron uniendo la mayoría del resto de países desarrollados. Este periodo, que se corresponde con la aparición de las normativas sobre la implantación del SAD y su posterior desarrollo y extensión generalizado, fue descrito como "crecimiento sin política" (Jamieson, 1991), puesto que en la mayoría de los países tal desarrollo respondía más a las presiones sociales para un incremento general del conjunto de las políticas sociales que a un cuidadoso diagnóstico de necesidades. Fue durante la década de los años 80 (denominados por Jamieson los de la "política sin crecimiento") cuando se realizaron evaluaciones sobre el conjunto de servicios que ofrecía la prestación de atención domiciliaria, concluyéndose en ellos la importancia que reviste el suministro de diferentes apoyos en los propios domicilios como fórmula idónea para posibilitar a las personas con discapacidades o en situación de dependencia vivir el máximo tiempo posible en su casa, retrasando o evitando institucionalizaciones innecesarias.

Puede afirmarse, por otra parte, que fue el desarrollo de la atención domiciliaria (junto a la implementación de la metodología de gestión de casos) lo que hizo posible que se produjera el gran movimiento de "desinstitucionalización", en especial en algunos de los países del Norte de Europa (Escandinavia, Holanda, Gran Bretaña), con lo que se pudo reducir sensiblemente el número de personas ingresadas en residencias y hospitales de larga duración, muchos de ellas con enfermedad mental.

¿Cuál ha sido la evolución posterior que ha seguido la atención domiciliaria en los países que fueron pioneros en su implantación? En todos ellos existe coincidencia, desde los inicios del siglo XXI, en la necesidad de revisar sus prestaciones y "racionalizar" la oferta de los SAD como prestación profesional personal, lo que se traduce en un descenso del número de personas atendidas y de su intensidad. La razón fundamental que se esgrime para esta racionalización se concreta en las alertas que las proyecciones demográficas han impuesto a los sistemas de protección social con respecto al enorme incremento de la población muy mayor que se avecina y, por ende, al aumento de las tasas de dependencia asociadas al grupo de población mayor de 80 años. Pero también se trata de ajustar la oferta a la demanda de las personas y de las familias, y ampliar así su libertad de elección.

Atendiendo a indicadores tales como el índice de cobertura (porcentaje de personas usuarias respecto de la población total) se observa que, por ejemplo, en los países nórdicos (el grupo que más había avanzado en la extensión de la protección social en general y de los SAD en particular), se ha venido produciendo un claro retroceso: si en 2005

Dinamarca atendía al 21,7% de las personas mayores de 65 años, en 2012 se ha pasado a un 13,7%. En Suecia se redujo la cobertura desde un 12% en 1995 hasta un 8,6% en 2005, indicador que se ha venido manteniendo pese a la crisis económica, registrándose en 2012 una ratio del 9,2% en 2012 (NOSOSCO, 2013).

Otros ejemplos de extensión importante del SAD a principios de siglo se encuentran en Noruega (con un índice de cobertura del 15,2%), Finlandia (10%); Reino Unido (9%); Francia (7%) y Bélgica (6%) (OCDE, 2005).

Cabe destacar que las diferencias en la evolución del SAD que se han venido registrando entre los países de la UE se explican, en buena medida, por las distintas filosofías en relación a la provisión de los cuidados de larga duración que ostentan los diferentes Estados de Bienestar europeos. Si los países del Norte de Europa se fundamentaron desde su inicio en una concepción de derecho subjetivo de ciudadanía del mismo rango que la asistencia sanitaria, los del área centroeuropea y mediterránea se basaron en una concepción familiarista de los cuidados, según la cual se adjudica a las familias (a las mujeres) la responsabilidad en la atención a la infancia y las personas con discapacidad o en situación de dependencia.

En este grupo de países el Estado solo actuaba de forma subsidiaria cuando no existía familia con disponibilidad de asumir los cuidados, lo que explica que la atención pública a las personas en situación de dependencia quedara relegada a la asistencia social y estuviera sometida a prueba de recursos y de situación familiar, en la que especialmente se valoraba si existían personas (fundamentalmente, esposas e hijas) que pudieran hacerse cargo del cuidado (Rodríguez, 2005). Pero desde las últimas décadas del siglo XX se han venido produciendo un conjunto de fenómenos (generalización de la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, auge de las ideas a favor de la igualdad propugnada por los movimientos feministas y agudización del fenómeno del envejecimiento poblacional), que han motivado que se fueran incrementando las situaciones de necesidad de cuidados de larga duración sin cobertura social suficiente.

Frente a esta situación, en algunos países se regularon leyes específicas mediante las que se creaba un derecho social nuevo: la protección como derecho subjetivo a las situaciones de dependencia. Así ha sucedido en Austria, Alemania, Francia o Luxemburgo, y también, de forma más tardía, en España.

### 1.1.2. Los Países Nórdicos, pioneros.

En los países nórdicos el SAD comienza a organizarse en los años cincuenta (Eliasson y Szebehely, 1999; Ingvad y Olsson, 1999; Lewinter 2004; Roostgaard 2010, 2011; Szebehely y

Trydegård, 2011; Lindström, 2015), dentro de un modelo que se ha denominado “tradicional” y que consistía en aprovechar la experiencia de las mujeres cuidadoras del ámbito familiar que, bajo el control y supervisión municipal, ofrecían los cuidados en entornos de proximidad. A este modelo le siguió, en los años 80, el denominado “autogestionado en pequeños grupos”, mediante el cual se descentraliza la gestión en los municipios y éstos, a su vez, dejaban libertad a grupos de 15/20 trabajadoras para organizarse en función de los contextos y las necesidades de las personas.

Fue durante la aplicación de este modelo cuando el SAD alcanzó las mayores cotas tanto en cobertura como en su perfeccionamiento (fórmulas estables de coordinación sociosanitaria, atención durante la noche y en fines de semana). En la década de los 90, atendiendo a la presión que los sistemas de protección social sufrían para reducir costes y ganar tanto en racionalización como sostenibilidad, se implanta el denominado “modelo taylorizado”, mediante el que se separan las funciones de valoración y planificación de la prestación del SAD, y se asignan tiempos a las tareas. Este modelo, importado del sistema sanitario, ha recibido muchas críticas del sector profesional y también de las personas usuarias (Lindström, 2015).

Las últimas tendencias en los países nórdicos pasan por establecer estándares de calidad, entre los que la libertad de elección de proveedor por parte de las personas destinatarias de los SAD es el que está teniendo más auge. Para ello, se ha establecido un sistema de transparencia de la información acerca de lo que se ofrece en cada municipio y, así, mediante la metodología de comparaciones abiertas, se da opción a los usuarios a elegir los proveedores.

Esta fórmula a través de la cual las personas usuarias eligen libremente la entidad proveedora de servicios domiciliarios está siguiéndose con mucho interés en otros países, porque plantea una alternativa a la contratación que realizan las AAPP de entidades prestadoras del servicio. En este sentido, en España quizá convendría realizar un análisis que establezca la viabilidad de implementar sistemas similares a los que se vienen aplicando desde hace años en países como Suecia o Dinamarca, donde, en lugar de subcontratar a una o dos entidades para prestar toda la ayuda a domicilio, se establecen procedimientos de registro de todas las entidades que cumplen los requisitos de autorización y se ofrece públicamente a la ciudadanía y a las personas usuarias, que tienen la posibilidad, así, de elegir la entidad (empresa o tercer sector) que prefieran. El precio de referencia a pagar por el servicio se establece por la Administración Pública.

De esta manera, las Entidades prestadoras no compiten solo en función de su oferta económica sino, y esto es en lo que más debe interesar a los gestores públicos, en función de la calidad de los servicios que prestan. Otra ventaja añadida es que los proveedores

carecen de incentivos para reducir los costes a cuenta de minorar la calidad de la atención o de ofrecer peores condiciones a sus trabajadores y trabajadoras.

Hay que señalar que en la evolución del conjunto de recursos sociosanitarios de los países nórdicos ha tenido gran importancia el desarrollo del SAD, concebido como la piedra angular que permite que las personas continúen viviendo en sus hogares, de acuerdo con sus deseos. Con ese propósito, las políticas sociales de estos países han venido conjugando las facilidades para hacer posible esa preferencia con la necesidad de contraer el gasto en un escenario de incremento de la demanda por el fenómeno del envejecimiento de la población. De esta manera, se incorporaron algunas innovaciones tales como la creación de servicios de proximidad (comidas y lavandería a domicilio, podología, acompañamiento por voluntariado, pequeñas reparaciones, etc.) que ayudaron a reducir las horas de prestación del SAD en los domicilios. Asimismo, están generalizadas las prestaciones para adaptar las viviendas suprimiendo barreras y haciéndolas más confortables y para la obtención de productos de apoyo, que tienen como resultado una reducción en la necesidad de ayuda y un incremento de autonomía para las personas.

Ante el progresivo aumento de intensidad de atención que requieren las personas con necesidad de cuidados de larga duración de carácter complejo, especialmente por la incidencia de las demencias, en estos países se ideó que una forma de abaratar costes de atención del SAD y seguir garantizando su calidad era agrupar a las personas en viviendas o pequeñas unidades de convivencia (para alrededor de 10/12 residentes) enmarcadas éstas muchas veces en edificios de más de 100 plazas. Éste fue el inicio de una modalidad de atención residencial de diseño hogareño que después se ha extendido a muchos otros países, fundamentalmente porque facilita desarrollar una atención de calidad, centrada en las personas, al contrario de lo que ocurre en los diseños clásicos modelo institucional.

### 1.1.3. El caso de Alemania, como modelo de país familiarista con regulación reciente de las situaciones de dependencia.

Ciñéndonos ahora al caso alemán, como ejemplo por las similitudes con España, en cuanto se refiere a la primacía del cuidado familiar y la consiguiente subsidiariedad del Estado frente a las necesidades de cuidados, la Ley alemana de atención a las personas en situación de dependencia fue promulgada en 1994 y entró en vigor en 1995.

Mediante dicha norma, que se estuvo discutiendo a lo largo de veinte años por las Administraciones y agentes concernidos (Seguridad Social Federal, los Estados Federados, los Municipios y los proveedores de servicios) hasta llegar a un consenso sobre sus

características y ámbito protector, se vino a garantizar la atención y cuidados a las personas a las que se les reconociera oficialmente en situación de dependencia (dos millones y medio de personas en 2011), dividiéndose sus prestaciones en dos grandes ámbitos: la atención en el domicilio, de la que disfrutaban a finales de 2011 el 70% de los usuarios, y la atención en residencias, el 30% restante (Montero, 2015).

Las prestaciones que comprende el módulo de atención domiciliaria en Alemania son diversas y, además, también son compatibles entre sí. Se reflejan en el recuadro siguiente.

- Atención personal en los domicilios a cargo de profesionales cualificados.
- Prestaciones monetarias para familiares cuidadores, amigos o personas contratadas directamente por las personas en situación de dependencia.
- Servicios de respiro, como un SAD temporal para cubrir las ausencias de los/as cuidadores/as informales.
- Atención en centros de día, de noche o en residencias (estancias temporales).
- Provisión de ayudas técnicas o productos de apoyo.
- Prestaciones económicas para la reforma de la vivienda.
- Afiliación a la Seguridad Social (pensiones y accidentes) a familiares cuidadores.
- Actividades de formación a cuidadores informales.

Los últimos cambios producidos en este seguro fueron introducidos mediante una reforma de la Ley que se llevó a cabo en 2008. Consistieron en la actualización de las cuantías de las prestaciones y, además, se produjeron importantes mejoras en la atención domiciliaria, que incluyeron, entre otras, las excedencias y permisos para cuidar a un familiar en situación de dependencia y la utilización de la metodología de gestión de casos (Montero, 2015).

## 1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SAD EN ESPAÑA

Como se ha expuesto en otro lugar (Rodríguez, 2011a), los orígenes en España de la ayuda a domicilio pueden situarse en la década de los 70, cuando, por Orden del Ministerio de Trabajo de 19 de marzo de 1970, se establecía el Servicio Social de Asistencia

a los ancianos, que fijaba entre sus objetivos la “organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios” (art. 2º, aptdo. b. de la citada norma). Por otra parte, la Orden del mismo Ministerio de 26 de febrero de 1971 aprobaba el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los ancianos, una de cuyas áreas de actuación consistía en el desarrollo de la ayuda a domicilio. Se configuraba ésta como una prestación del Sistema español de Seguridad Social y, por tanto, dirigida a los trabajadores afiliados, si bien se restringía su ámbito prestacional solo a los sectores de población más necesitados. No obstante, las experiencias que en la década de los 70 se pusieron en marcha como consecuencia de dicha normativa fueron proyectos aislados que, desde luego, no alcanzaron significación estadística.

El inicio del SAD, con las características generales de servicio público, habría de arrancar a partir de la aprobación de la Constitución Española de 1978 y la configuración de los primeros ayuntamientos de la democracia, hechos que tuvieron lugar tras las elecciones municipales de 1979. Después de éstas, las Corporaciones Locales (Municipios, Cabildos insulares y Diputaciones Provinciales y Forales) desarrollan nuevas competencias en el área de la asistencia social y de los servicios sociales. La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, mencionaba alguna de las funciones que a este nivel de la Administración le correspondían (obligatorias para los municipios mayores de 20 mil habitantes) y que, sobre todo, tienen que ver con los denominados servicios sociales generales o de atención primaria que en su territorio se presten.

Para lograr el impulso y más rápido desarrollo de la red local de servicios sociales y de las prestaciones de este nivel de la Administración fue decisivo el Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de CC.LL., que se inició el año 1988 por iniciativa de la Administración General del Estado y con la colaboración y financiación conjunta entre ésta, las respectivas CC.AA. y las CC.LL. Las prestaciones básicas del Plan Concertado son cuatro: información, diagnóstico, orientación y ayuda a domicilio.

Con respecto al caso concreto del SAD, tal como se pudo poner de manifiesto en el primero de los estudios realizados mediante la colaboración entre el INSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) al inicio de la década de los años 90, la extensión y generalización del SAD en todo el territorio del Estado aún no se había conseguido, si bien aquellas CC.LL. que no lo habían iniciado se encontraban en fase de planificación y preparación de la infraestructura correspondiente.

Entre los resultados de dicha investigación, que formaba parte de la fase de diagnóstico para la elaboración del Plan Gerontológico, se obtuvo que el porcentaje de personas mayores de 65 años que recibían un servicio de ayuda a domicilio era solo del 0,48% en

el conjunto del Estado, con diferencias muy notables en cuanto a las diferentes CC.AA. Por entonces destacaba sobremanera el desarrollo que los SAD habían alcanzado en el País Vasco y en Navarra, donde la ratio llegaba al 2% de cobertura. Este estudio sobre el SAD en los servicios sociales municipales se volvió a realizar en 1996, también mediante la colaboración de la FEMP y el IMSERSO. (Porto y Rodríguez, 1998).

Un momento verdaderamente clave para España en el devenir de los servicios sociales en general y del SAD en particular fue la promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), mediante la que, siguiendo la tendencia de algunos países avanzados en políticas sociales, se incrementaba nuestro ámbito de protección social creando un derecho social nuevo que se configura como derecho subjetivo. El calendario de la LAPAD establecía un periodo amplio (desde el año 2007 al 2015) para la aplicación y despliegue completos del nuevo Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, que debía incardinarse en el marco de los servicios sociales competencia de las CC.AA. pero recibiendo el apoyo de la Administración General del Estado y la colaboración de las CC.LL. Dicho periodo fue posteriormente ampliado hasta el 2017.

Entre las prestaciones que la LAPAD contempla está el servicio de ayuda a domicilio (SAD), que pasa a convertirse así en una prestación de derecho para las personas que, reuniendo los requisitos que la ley establece, la soliciten y les sea contemplada en su Programa Individualizado de Atención (PIA).

Sin embargo, también el SAD continuó y continúa prestándose a personas o familias que, sin encontrarse en situación de dependencia reconocida oficialmente o ser ésta de carácter leve (no contemplada dentro del ámbito protector de la Ley), sí se encuentran en otras situaciones de fragilidad o necesidad de las que se contemplan y regulan en las respectivas leyes de servicios sociales autonómicas. En algunas de éstas se contempla ya una cartera de servicios, entre ellos el SAD, que se declaran como derechos subjetivos.

Todo lo anterior ha originado que, como puede observarse en la siguiente tabla, el crecimiento que en España ha tenido la extensión de la cobertura del SAD a lo largo de los últimos decenios haya sido muy notable, aunque insuficiente según las previsiones realizadas. Por ejemplo, el Plan Gerontológico (INSERSO, 1992) fijaba un incremento de esta prestación que debía alcanzar una ratio del 8% a lo largo de la década siguiente.



TABLA 1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS Y COBERTURA DEL SAD EN ESPAÑA. AÑOS 1990 - 2011.

Año	Población de 65 y más años	Usuarios de 65 y más años	Ratio
1990	5.359.908	34.181	0,48
1995	6.086.365	63.712	1,04
2000	7.037.553	139.384	1,98
2005	7.484.392	305.801	4,09
2009	7.782.904	394.403	4,97
2010	8.093.557	395.085	4,88
2011	8.221.047	382.575	4,65

Fuentes: Años 90-95: Porto y Rodríguez. 1998. Evolución y extensión del SAD en España. Años 2000-2012: IMSERSO: Informe 2012. Las personas mayores en España. INE: Explotación estadística del Padrón Municipal. (Los datos de usuarios corresponden a 31 de diciembre del año indicado, mientras que los de población datan del 1 de enero del año inmediatamente posterior a cada año referenciado).

Según los datos reflejados en el Informe 2012 *Las personas mayores en España* (IMSERSO 2014), el índice de cobertura del SAD alcanza su momento álgido en 2009, cuando las personas usuarias de este servicio suponen prácticamente un 5% de la población mayor. Al año siguiente, en 2010, la cobertura de personas usuarias descienden ligeramente. En 2011, último año del que se disponen datos sobre Servicios Sociales en España, se contabilizaron 11.828 personas usuarias menos que en 2009.

La falta de estudios desarrollados en el ámbito de las Entidades Locales sobre la situación de los servicios sociales en general, y del SAD en particular, aflora una importante laguna de conocimiento desde la visión de la Administración que, hasta ahora, había sido la competente en esta materia. Y esta necesidad de mayor conocimiento se agudiza en un momento crítico como el que vivimos en España desde 2008. Por una parte, porque es cuando acontece la enorme crisis económica de la que derivan, como consecuencia que más puede haber incidido en la prestación del SAD, significativos ajustes y decrementos en los presupuestos públicos. Y, por otra parte, porque se trata del periodo en el que debía llevarse a cabo la aplicación progresiva de la LAPAD, cuyo despliegue se ha venido realizando con mermas importantes en forma de retrasos en el calendario

establecido por la LAPAD y recortes en sus prestaciones (García Herrero, 2010; Rodríguez et al, 2011; SIIS, 2012).

Ante la situación someramente descrita, parecía muy pertinente llevar a cabo la investigación cuyos principales resultados ofrecemos en la presente publicación, según los cuales, tal como se expondrá en los siguientes apartados, está generalizada la percepción de que determinados problemas que se detectan en la prestación del SAD derivan principalmente del impacto que sobre ella tuvo la entrada en vigor de la LAPAD, así como del contexto de crisis económica de los últimos años.

En este sentido, diferentes agentes que han participado en este estudio señalan de manera muy gráfica que “el SAD ha sido absorbido por la Dependencia”, coincidiendo también en identificar como la principal causa de la crisis del Servicio de Ayuda a Domicilio el descenso en su prescripción, que atribuyen a la extensión de las ayudas económicas derivadas de la LAPAD, por una parte, y a la reducción de los presupuestos para la partida de ayuda a domicilio, por otra.

Para valorar el verdadero impacto de la LAPAD en la configuración del SAD de las Corporaciones Locales, en nuestra investigación hemos distinguido entre el SAD tradicional, refiriéndonos al servicio prestado habitualmente desde el municipio como una de sus prestaciones básicas, y el SAD que se provee como prestación derivada de la LAPAD, que es aún limitada y con grandes diferencias entre los territorios.

Los propios datos estadísticos relativos al Sistema de Autonomía y Dependencia ofrecidos por el IMSERSO a 30-6-2015 muestran que la prestación del SAD derivada de la LAPAD solo constituye, en el conjunto de España, el 12,96% del total de prestaciones del Sistema mientras que la atención en residencias es del 15,38%. Sin embargo, hay que matizar esta información por las grandes diferencias que se producen entre CC.AA. Algunas de ellas no conceden aún el SAD como prestación del Sistema, o apenas acaban de comenzar (Aragón, C. Valenciana o Murcia), mientras que en otras este Servicio representa más del 20% (Andalucía, Canarias, Galicia, La Rioja).

Otra consideración de interés para interpretar estos datos es el también diferente desarrollo que están teniendo las prestaciones económicas vinculadas a un Servicio, si bien las estadísticas publicadas no ofrecen aún cómo se reparten dichos servicios entre SAD, Centros de Día y Residencias. Mientras Aragón, Castilla y León y Extremadura superan el 20% de este tipo de prestaciones, Cantabria no concede ninguna y, por su parte, en Andalucía, Baleares, Murcia, País Vasco y Ceuta y Melilla no llegan a significar ni el 4% del total de prestaciones.

Lo que resulta más destacable en la aplicación de la LAPAD es el predominio de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. Éstas se conceden a las personas en situación de dependencia que optan por ser atendidos por alguna persona de la familia, a la cual se le exige reunir una serie de condiciones de idoneidad. El 42,52% de todas las prestaciones, en el conjunto de España, corresponden a esta tipología, pero también aquí se registran muchas diferencias entre CC.AA. En los extremos se encuentran Baleares (con un 70,34% de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar), Murcia (con el 64%) y Ceuta y Melilla (con el 51,53%), mientras que, por el otro lado, encontramos que las CC.AA. con indicadores más bajos en estas prestaciones económicas son: Madrid, con un 26%, Galicia con el 28,46% y Castilla y León con el 29,19%.

Como principales consecuencias de la proliferación de estas ayudas económicas cabe señalar la falta de control sobre la calidad de los cuidados prestados y la falta de profesionalización de la atención. En consecuencia, teniendo en cuenta la preferencia mostrada por las personas y familias por las prestaciones económicas, parece claro concluir que es una asignatura pendiente el aumento de la formación de los cuidadores/as no profesionales, así como el apoyo a los mismos mediante programas específicos de asesoramiento especializado en el propio domicilio y de respiro. En este sentido, Pilar Rodríguez (2011b) ha propuesto como muy recomendable que se generalice el que denomina "Programa Acompaña", mediante el que se ofrecen unas horas complementarias de ayuda a domicilio mensuales para que la persona cuidadora de la familia pueda descansar y un servicio profesional de asesoramiento a domicilio en materia de adaptación de viviendas, productos de apoyo, psicología, fisioterapia, etc. Con este programa "Acompaña" se cumple, además, con otra cuestión de capital importancia cuando se conceden prestaciones económicas públicas, como es el control de la calidad de los cuidados prestados por los familiares. Desarrollos como éste pueden realizarse vinculando estos cuidados a un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio o a un centro de día (García Herrero, 2010).

Para tener más conocimiento respecto a la calidad de los cuidados prestados en los domicilios, en el cuestionario que sirve de soporte a la encuesta que hemos realizado se incorporó un apartado sobre la cualificación de quienes prestan cuidados y apoyos a las personas en riesgo o en situación de dependencia, incluyendo tanto la atención profesional prestada desde el SAD, en cualquiera de sus modalidades de gestión, como las que se realizan desde el ámbito familiar.

Con respecto al impacto de la crisis económica y los recortes en los presupuestos producidos en el SAD, las Corporaciones Locales tuvieron ocasión de señalar en la fase cualitativa de nuestra investigación algunos de los problemas generales que ha ocasionado.

Entre otros, destacan la consideración de que el coste del servicio y el copago establecido es elevado, especialmente ante la disminución de recursos económicos a la que muchas familias hacen frente en la actual coyuntura socioeconómica. Por otra parte, también se señala que, en general, la intensidad de la atención profesional domiciliaria del SAD resulta insuficiente en casos de gran dependencia o dependencia severa.

Teniendo en cuenta lo anterior, así como las tendencias internacionales de diversificación de servicios que se está incorporando en el SAD y los criterios adoptados para hacer sostenible este gasto, entre los principales asuntos recogidos en nuestro cuestionario, incorporamos, además de las cuestiones básicas (cobertura, sistemas de gestión, coste del servicio, recursos humanos, financiación), también la valoración de las Entidades Locales acerca de los servicios complementarios que ya se están prestando o los que pudieran prestarse en el futuro y su opinión con respecto a otras modificaciones a realizar en la conceptualización de la atención domiciliaria.

En otro orden de cosas y tal como se ha mencionado, la prescripción del SAD es muy variable dependiendo de la CC.AA. y de los propios municipios, destacando la gran dificultad para la organización y prestación del servicio en zonas rurales. Y también las fuentes de financiación resultan difíciles de explorar y cuantificar, sobre todo porque, hasta ahora, han existido diferentes vías de financiación procedentes de diversos agentes en un mismo territorio (del Estado a la FEMP, a las CC.AA. y a las ONGs como Cruz Roja o Cáritas, y lo mismo ocurre desde algunas CC.AA.). El cuestionario incorporó a este respecto un apartado específico para intentar clarificar las diferentes fuentes de financiación existentes en la actualidad.

Por otro lado, y aunque los servicios domiciliarios estaban en su origen enfocados a las familias en general, y en particular, a las madres y a la infancia en situación de riesgo, la evolución sociodemográfica derivada del envejecimiento poblacional ha hecho que el SAD se preste en un altísimo porcentaje a personas mayores y, en mucha menor proporción, a familias e infancia o personas con discapacidad jóvenes.

## 2/ CONCEPTUALIZACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

### 2.1. El contexto internacional.

### 2.2. Concepción del SAD en España.

#### 2.1. EL CONTEXTO INTERNACIONAL.

Como se ha puesto de relieve en la literatura relacionada con la atención domiciliaria (OCDE, 2005; Glendinning, et al, 2010; Rodríguez et al. 2011; Colombo et al, 2011; Genet et al, 2012; SIIS, 2012; Kenigsberg, 2013), ésta se entiende de manera muy diferente según los países y sectores que se consideren. Lo más común es que sea concebida como cualquier atención profesional recibida en el domicilio de una persona para que pueda continuar viviendo en su casa y entorno familiar. No obstante, en algunos lugares se considera que los apartamentos con servicios, las unidades de convivencia e incluso algunas residencias son también “viviendas de los usuarios” a los efectos de la atención que reciben sus residentes, que se considera como prestación de atención domiciliaria.

En cuanto al tipo de servicios formales prestados en el hogar se pueden referir tanto a la atención profesional desde el ámbito sanitario (de carácter preventivo, de atención a enfermos agudos, de rehabilitación, cuidados paliativos) como a la atención prestada por los servicios sociales (cuidados personales para el desarrollo de las AVDs, tareas domésticas, productos de apoyo y TIC). El problema ya identificado desde hace muchos años son las dificultades que se encuentran en la mayor parte de los países para encontrar fórmulas viables y estables de coordinación sociosanitaria y conseguir, así, la atención integral e integrada que requieren buena parte de las personas con discapacidad, personas en situación de dependencia o pacientes con pluripatología crónica (OCDE, 2005, 2013; Leichsenring y Aleszewski, 2004; Billings y Leichsenring, 2005; Rostgaard, 2010; Kuluski, 2012).

Otra distinción de interés al conceptualizar la atención domiciliaria es si ésta se refiere exclusivamente a la que se presta por los profesionales o incluye o se realiza en combinación con la atención prestada por personas allegadas, normalmente de la familia, o incluso por personas cuidadoras no profesionales pagadas por la familia de manera

informal. En este sentido, aunque tradicionalmente se han separado ambas fuentes de prestación de cuidados, desde hace algunos años se reclama la convergencia o complementariedad entre la atención formal y la informal (Rodríguez, 2005; Glendinning et al 2010; Rostgaard, 2010; Triantafyllou et al, 2010; Hoffmann y Rodrigues, 2010; Genet et al, 2012). Y ello porque el cuidado profesional apoya y alivia por sí mismo el peso de la atención de los cuidadores informales (sobre todo en su función de respiro y relevo, pero también en su faceta de asesoramiento y formación), lo que resulta totalmente conveniente para prevenir, y en muchos casos evitar, la claudicación de los/as cuidadores/as informales lo que redundaría de manera muy negativa tanto en el bienestar de la persona que requiere cuidados de larga duración como en el peso de la atención formal, con los costes (inasumibles) que supondría el abandono de los cuidados familiares.

Hay que tener en cuenta a este respecto que la presencia de una familia cuidadora es determinante en el tipo de asignación de recursos formales que se realiza, pues muchas personas que están atendidas en su casa lo son precisamente porque existe una familia que, con el complemento de la atención formal o sin él, las atiende y cuida durante mucho tiempo; a menudo, toda una vida.

Por otra parte, hay que considerar que los cuidados formales e informales son menos distintos de lo que pueda parecer y que su límite se va haciendo cada vez más borroso, sobre todo cuando tenemos en cuenta que en gran parte de los países de la OCDE se han establecido prestaciones económicas o presupuestos personales para organizarse de manera autónoma los apoyos o cuidados que las personas en situación de dependencia puedan precisar.

Las fórmulas son diversas. Unas veces, retribuyendo a alguien de la familia que se ocupa del cuidado; otras, contratando a un cuidador/a que, normalmente, carece de formación para el cuidado. En algunos países, como en Suecia, las personas cuidadoras de la familia se integran en las plantillas de cuidadores profesionales de los municipios. En otros, como en Alemania y Austria (y también hasta el año 2012 en España) el Estado asume a sus expensas las cotizaciones a la Seguridad Social de las personas cuidadoras.

En síntesis, las tendencias que se observan en los países de la OCDE apuntan, teniendo en cuenta que la demanda es cada vez más compleja, a los tipos mixtos de cuidados en el hogar (servicios de atención social provistos por la iniciativa pública o por proveedores privados, los servicios de atención desde los sistemas de salud, la atención informal, los productos tecnológicos, las ayudas técnicas y los elementos domóticos). Se considera a este respecto que al ser precisamente esta mixtura lo que parece hará viables y sostenibles los sistemas de atención domiciliaria, resulta muy conveniente avanzar en fórmulas estables de coordinación de servicios (especialmente sociosanitarios) así como en

metodologías adecuadas para garantizar la coordinación y la continuidad de la atención, como es la gestión de casos.

## 2.2. CONCEPCIÓN DEL SAD EN ESPAÑA.

Restringiendo nuestro análisis al caso de España y al ámbito estricto del SAD ofrecido por los servicios sociales municipales, se presenta a continuación la definición y los principales rasgos que suelen encontrarse en esta prestación, estableciendo sus objetivos y las principales funciones y tareas que se llevan a cabo por los trabajadores/as sociales y por los/as auxiliares del SAD a la hora de prestar el mismo.

La ayuda a domicilio se concibe generalmente como un servicio integral, polivalente y comunitario, orientado a las personas y/o familias que presentan problemas para la realización de las actividades de la vida diaria, proporcionándoles atención directa en el propio hogar mediante intervenciones específicas que favorezcan su permanencia e integración en su entorno habitual, y compensen sus limitaciones o restricción de independencia funcional.

Existen diferentes definiciones del SAD. Entre ellas, destacamos la siguiente, que es también la que se recoge en el Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia (IMSERSO, 2005):

Se define el servicio de ayuda a domicilio como un programa personalizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal (física y psicosocial), gestión y funcionamiento de la unidad convivencial, fomento de las relaciones sociales en el entorno y apoyo a las familias, prestado en el domicilio de una persona en situación de fragilidad o de dependencia (Rodríguez, 2003, 2011).

En líneas generales, puede ser usuaria del SAD toda persona que tenga dificultad para realizar las actividades de la vida diaria y supere los límites de puntuación del baremo establecido a tal efecto en cada entidad local. Cuando se trate de un SAD como prestación derivada de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), los requisitos son los establecidos por las normas derivadas de dicha Ley.

Generalmente, se cita como objetivo general del SAD mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, potenciando su autonomía, seguridad y relaciones sociales.

Y entre sus objetivos específicos, suelen encontrarse:

- Objetivo de tipo asistencial: apoyarles en la realización de aquellas actividades de la vida diaria que no puedan ejercitar por sí solas, realizando tareas de atención personal y/o domésticas.
- Objetivos de tipo preventivo: colaborar en el mantenimiento de la persona usuaria en su entorno habitual, evitar o retrasar el ingreso en instituciones, prevenir el riesgo de marginación, aislamiento o abandono, prevenir el progresivo deterioro de las familias o su claudicación en el desarrollo de los cuidados.
- Objetivo de tipo educativo: capacitar y estimular el desarrollo de sus capacidades funcionales para las AVD así como para la toma de decisiones sobre su plan de atención (autonomía).

Con respecto a las funciones del trabajador/a social municipal responsable del SAD, suelen destacarse las siguientes:

- Información, valoración, seguimiento, detección de otras necesidades y gestión de recursos adecuados, a fin prevenir situaciones de riesgo o desatención.
- Coordinación con la empresa adjudicataria del servicio cuando ésta existe.
- Evaluación de la calidad de la prestación del servicio.
- Fijar objetivos del servicio, entre los que debe estar el apoyo a la persona usuaria en aquellas actividades que no pueda realizar por sí misma, tendiendo a la vez a desarrollar sus capacidades para fomentar su autonomía personal.

Y con respecto a las tareas concretas a realizar por los/as auxiliares del SAD, destacan las siguientes:

- Atención Personal: Vestido, acompañamiento, aseo, alimentación, movilizaciones.
- Apoyo educativo:
  - Orientar/educar sobre la higiene personal.
  - Orientar/educar sobre una correcta alimentación.
  - Orientar/educar sobre la economía y tareas domésticas.
- Cuidado de la salud:
  - Garantizar la toma correcta de la medicación en casos necesarios.
  - Acompañar a la consulta médica.
  - Pequeñas curas sencillas y ejercicios físicos y de estimulación que hayan sido pautados y supervisados por un profesional sanitario o psicosocial.



- Apoyo doméstico:
  - Limpieza cotidiana del hogar.
  - Elaborar comidas y realización de compras.
  - Cuidado de la ropa (lavado y planchado).

No están contempladas entre las tareas del SAD:

- Atender a otras personas de la familia o allegadas que habiten en el mismo domicilio.
- Hacer arreglos de la casa (en lo que no esté directamente relacionado con el servicio personalizado a la persona usuaria, siempre y cuando ésta no viva sola).
- Ir a buscarle a un lugar que no sea su domicilio habitual, salvo casos excepcionales.
- En general, aquellas tareas que requieran esfuerzos físicos excesivos por parte de la auxiliar o el auxiliar domiciliario y pongan en peligro su salud.

Y quedan totalmente excluidas tareas que son competencia de los profesionales sanitarios:

- Poner inyecciones.
- Tomar la tensión.
- Tratamiento de escaras, úlceras, etc.
- Suministrar una medicación delicada que implique conocimiento y especialización por parte de quien lo administra.
- Ayudar a la persona usuaria en la realización de ejercicios específicos de rehabilitación.



## **3/** MARCO NORMATIVO DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DEL SAD\*.

3.1. Las CC.AA. y los servicios sociales.

3.2. Las entidades locales en la gestión de los servicios sociales.

3.3. El papel de los entes locales en el SAD.

3.4. Los destinatarios y el acceso al SAD.

3.5. La financiación del SAD.

3.6. Normativa autonómica de servicios sociales y SAD.

3.7. Competencia de los ayuntamientos en el SAD después de la Ley 27/2013, de racionalización y sostenibilidad de la administración local (Irsal).

3.8. Las diputaciones.

3.8.1. Las diputaciones provinciales en la gestión del SAD.

### **3.1. LAS CC.AA. Y LOS SERVICIOS SOCIALES.**

La Constitución Española sólo se refiere explícitamente a los servicios sociales al tratar de “la tercera edad”. Sin embargo, en otros preceptos se refiere a colectivos relacionados con esta materia (familia, infancia, discapacidad, tercera edad, etc.). Por otra parte, cuando trata de las posibles competencias autonómicas utiliza el término asistencia social, aunque sin concretar su contenido. Se aprecia, pues, cierta confusión terminológica en relación al significado del término servicios sociales.

Ante dicha ambigüedad semántica, se interpretó en la práctica como una materia que las Comunidades Autónomas podían asumir con carácter de competencia exclusiva y así lo incorporaron en los correspondientes Estatutos de Autonomía (en adelante EA).

(\*) Para la elaboración de este capítulo se ha contado con el asesoramiento y participación del especialista en normativa de servicios sociales, el Prof. Dr. D. Antoni Vilà, al que agradecemos de manera especial su desinteresada e inestimable colaboración.

Los EA, además de recoger la citada competencia en servicios sociales, concretaban las administraciones locales de su territorio y sus funciones. Así mismo establecían la organización territorial autonómica, que variaba según se tratara de comunidades pluri-provinciales o uniprovinciales, fueran insulares o debido a otras peculiaridades. Debe señalarse que los EA reformados a partir del año 2006 (Comunidad Valenciana, Cataluña, Illes Balears, Andalucía, Aragón, Castilla y León y Extremadura) incluyen, además, los derechos y deberes de los ciudadanos de la comunidad, concretan el contenido de la competencia exclusiva y regulan con mayor precisión los entes locales de la CA.

En base a la competencia exclusiva las CC.AA. aprobaron Leyes en materia de servicios sociales y/o acción social, en las que establecen los correspondientes sistemas que, a pesar de las diferencias, presentan un cierto fondo común.

Por otra parte, tal como se ha mencionado anteriormente, el Estado aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (LAPAD) que incluye en su Catálogo de servicios sociales el Servicio de Ayuda a domicilio, que comprende la atención a las necesidades del hogar y los cuidados personales. Dichos servicios, de acuerdo con los principios que establece esta Ley, deben integrarse en las redes de servicios sociales de las CC.AA.

La legislación autonómica, en general y también en relación al SAD, sigue unas pautas y criterios parecidos, que pueden resumirse en los siguientes:

- Todas las CC.AA. los estructuran funcionalmente como un sistema y divide los servicios en los de nivel primario o general y los del nivel secundario o especializado, aunque lo hacen con denominaciones y contenidos diversos.
- Las competencias correspondientes al nivel primario de servicios sociales se atribuyen a los gobiernos locales.
- El SAD se define y se incluye dentro de dicho nivel primario, remarcando su carácter de servicio de proximidad.
- Se concretan los destinatarios: población general, personas y familias con características específicas (personas mayores, personas cuidadoras, personas con discapacidad, mujeres víctimas de violencia de género, personas o grupos en riesgo de exclusión social, etc.)
- Regulan la cobertura de las necesidades sociales y la forma de acceso a los servicios y recursos sociales, de convivencia, de participación social, de necesidades básicas e inclusión, de autonomía personal.
- La mayoría disponen de catálogos y carteras de servicios sociales, que concretan los aspectos básicos: naturaleza de las prestaciones, el tipo de prestaciones (técnicas, económicas y tecnológicas), la financiación (gratuitas o de copago).

- El tipo de gestión pueden ser público (directo o concertado) o privado, aunque la responsabilidad sobre el sistema es pública.
- Se refieren a los medios disponibles para la prestación: recursos humanos (equipos profesionales de servicios sociales públicos, profesionales del tercer sector y voluntariado) y equipamientos (centros de atención diurna y residencial).

### 3.2. LAS ENTIDADES LOCALES EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES.

A continuación se analizan determinados aspectos básicos de la normativa que influyen en la prestación del SAD. En concreto en lo relativo al papel que juegan los entes locales en la gestión del SAD.

En el momento de elaborar este estudio, los Ayuntamientos son responsables de los Servicios Sociales de su ámbito territorial, de acuerdo con los EA, la Ley reguladora de las Bases del Régimen Local y dentro del marco de las respectivas Leyes de Servicios Sociales autonómicas, estableciendo regulaciones específicas para la coordinación y cooperación administrativa con las Entidades Locales. Por otra parte, el Plan concertado se ha venido configurando a través de un sistema de acuerdos con carácter plurianual para contribuir a financiar los servicios sociales básicos que gestionen.

En relación a la colaboración, sirva de ejemplo el Título VII de la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, o el Art. 12 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, que establecen fórmulas de gestión como convenios de colaboración o consorcios de gestión. Es habitual que aquellos municipios mayores de 20.000 habitantes tengan un estatus especial. Por ejemplo, en el caso de Andalucía son competencias de estos Ayuntamientos, por delegación de la CC.AA., la gestión de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios y de los Centros de Servicios Sociales Especializados.

Por otro lado, se fomenta la constitución de Mancomunidades de Municipios para la prestación en común de servicios sociales de acuerdo con criterios de territorialidad cuando éstos tengan menos de 20.000 habitantes, como en el caso de Madrid (Art 12.2 de la Ley de Servicios Sociales); o en el caso de Cataluña, que establece que el área básica de servicios sociales debe agrupar los municipios de menos de veinte mil habitantes, y que en este caso la gestión corresponde normalmente al consejo comarcal (Art. 34 de la Ley de servicios sociales de Cataluña).

Los catálogos/carteras de servicios sociales se van estableciendo como instrumentos que determinan el conjunto de prestaciones del Sistema de Servicios Sociales. Incluyen para cada una de las prestaciones (como el SAD), cuestiones tan esenciales como la definición

y clasificación de todas las prestaciones, el contenido e intensidad de las mismas, la población destinataria, requisitos y condiciones para su acceso y disfrute, titularidad, aportación de la persona usuaria o la forma de financiación. Identifican, en su caso, las prestaciones que tengan la calificación de esenciales o garantizadas como derecho subjetivo y las que no tiene esta naturaleza (de concurrencia, sujeta a los presupuestos), teniendo en cuenta las condiciones de acceso y las personas destinatarias para las que dichas prestaciones se consideren esenciales. En este sentido debe recordarse que todas las prestaciones de la LAPAD -incluido el SAD- son un derecho subjetivo de ciudadanía para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español.

Finalmente, en algunas CC.AA. se estipula que las entidades locales podrán aprobar sus propios catálogos de servicios sociales que complementen las prestaciones de servicios sociales de ámbito general, cuyo ámbito de aplicación será el territorio del respectivo ente local, y cuya financiación correrá a su cargo. Algunas CC.AA. reservan esta competencia a las comarcas y a aquellos municipios de más de veinte mil habitantes que constituyan área básica de servicios sociales; otras restringen esta capacidad.

### 3.3. EL PAPEL DE LOS ENTES LOCALES EN EL SAD.

La normativa autonómica suele ser parecida en lo referido a determinadas funciones municipales con respecto al SAD. Este servicio es de responsabilidad pública (pudiendo utilizar cualquier fórmula de gestión indirecta o colaboración de las previstas en el ordenamiento jurídico, a través de entidades de derecho público o privadas de carácter social o mercantil) y el carácter de competencia propia le confiere autonomía para su ejercicio, especialmente en los aspectos organizativos. Las Corporaciones Locales en su ámbito territorial disponen de las funciones de información, valoración, diagnóstico, prescripción, coordinación, supervisión, planificación y evaluación, así como el personal que las desarrolle, dentro del marco de la planificación autonómica.

Además, la normativa autonómica sobre el SAD suele establecer explícitamente como posibilidad general la suscripción de convenios de colaboración entre la Consejería competente en materia de servicios sociales y las Entidades Locales y otras entidades de Derecho Público para el desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio.

De acuerdo con la normativa de régimen local, suelen regularse específicamente en la normativa autonómica las funciones de las diputaciones, consejos comarcales, consejos insulares y cabildos y municipios de más de veinte mil habitantes:

- Algunas de las CC.AA., como Aragón o Cataluña que disponen de consejos comarcales, establecen un régimen específico para las comarcas y municipios de más de veinte

mil habitantes, que tienen competencia sobre la organización del SAD y del Servicio de Teleasistencia.

- Estas comarcas y municipios gestionan los SAD y la Teleasistencia de forma directa o pueden encomendar la gestión a una entidad local supracomarcal o delegarla a una entidad local municipal o, en su caso, privada, preservando en este caso las mismas condiciones de acceso y prestación para todas las personas usuarias del servicio del mismo territorio comarcal.
- En el caso de Castilla y León, la legislación autonómica da un papel muy relevante a las provincias y municipios mayores de 20.000 habitantes, estableciendo el Art. 45 de la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales, la competencia en materia de servicios sociales de la Comunidad de Castilla y León. Sin embargo, a los Municipios con población superior a 20.000 habitantes sí se les confieren competencias en la gestión del SAD, así como a las Diputaciones provinciales que ejercerán las competencias en los municipios con población igual o inferior a 20.000 habitantes. Es decir, solo los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes tienen competencias sobre el SAD y Teleasistencia (Art. 48), y en el resto de los Ayuntamientos se gestiona desde las Diputaciones.
- Las leyes de servicios sociales de Canarias y de las Islas Baleares establecen normas específicas competenciales y de gestión de servicios de los cabildos y consejos insulares, respectivamente.

### 3.4. LOS DESTINATARIOS Y EL ACCESO AL SAD.

En términos generales se podría afirmar que podrán recibir el SAD todas aquellas personas y unidades de convivencia que carezcan o tengan mermada la autonomía, temporal o permanentemente, que les impida satisfacer sus necesidades personales y sociales por sus propios medios, y requieran asistencia para continuar en su domicilio habitual, y que residan en cualquier municipio de la Comunidad Autónoma de que se trate.

La concesión del servicio de ayuda a domicilio se efectuará normalmente previa tramitación del procedimiento establecido al efecto por los entes locales competentes conforme a su normativa. Y presentada la solicitud por el interesado, corresponderá a los servicios sociales locales la valoración de la misma y la propuesta de concesión o denegación de la prestación. En el caso de la LAPAD deberá seguirse el procediendo de valoración y resolución establecido por la normativa específica, que se detalla más adelante.

La variabilidad en los requisitos de acceso y baremos para la valoración de solicitudes y las diferencias de copago son algunos de los problemas que plantean estas prestaciones ya que se observan diferencias significativas entre CC.AA. y entes locales. Son numerosos los Decretos y órdenes autonómicas, así como las ordenanzas municipales, que

regulan los requisitos de acceso y el coste medio de referencia del servicio y, en su caso, la estimación de la aportación media de los usuarios.

Normalmente se establecen determinados requisitos y previsiones para la valoración y resolución de las solicitudes de acceso a la prestación de Ayuda a Domicilio, fijándose variables como la "Capacidad Funcional" (grado de dependencia), "situación Socio-Familiar", y "situación económica" para el acceso al servicio, debiendo el solicitante alcanzar una puntuación mínima.

La normativa autonómica establece de manera generalizada una dualidad en cuanto al acceso a este servicio, dependiendo de que el reconocimiento se derive de la Ley estatal (LAPAD) o de la autonómica y de las ordenanzas locales.

La diferenciación de estos dos regímenes de SAD resulta problemática y perjudica la unidad de los sistemas autonómicos de servicios sociales, ya que produce situaciones como las siguientes:

- Cuando se tiene reconocida la situación de dependencia de acuerdo con lo establecido en la LAPAD, sus modificaciones posteriores y sus normativas de desarrollo, el acceso derivado de esta situación debería ser inmediato, tras la aprobación del Programa Individual de Atención (PIA). Sin embargo, para su efectividad se estará a lo dispuesto no solo en la normativa de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) sino también a la de la respectiva C.A. y a los correspondientes instrumentos de gestión del servicio aprobados por las Corporaciones Locales, que deberán garantizarlo. En este sentido, la LAPAD ha generado un rígido y detallista desarrollo normativo estatal y autonómico, tanto para el reconocimiento y regulación de este derecho como para la acreditación de los servicios y entidades privadas, concertadas o no, que atiendan a personas en situación de dependencia por parte de la Comunidad Autónoma correspondiente.

- Cuando no se tiene reconocida la situación de dependencia o, teniéndola reconocida, no corresponderle la efectividad del derecho a las prestaciones conforme a lo establecido en la regulación del SAAD, la aplicación del servicio de ayuda a domicilio se inserta, en general, dentro de la normativa autonómica, que puede beneficiarse del citado Plan Concertado. La prescripción del servicio se efectuará mediante procedimiento reglado establecido al efecto por las Corporaciones Locales y siguiendo los correspondientes instrumentos de gestión del servicio aprobados por las mismas.

Algunas Leyes de CC.AA., especialmente las aprobadas con posterioridad a 2006, regulan esta dualidad, a partir de la conceptualización del SAD según se trate de un servicio



garantizado o esencial o de un servicio complementario o de concurrencia. Se incluye la noción de exigibilidad de las prestaciones sociales definidas como esenciales al introducir la consideración del acceso a las mismas como derecho subjetivo de las personas con determinadas necesidades sociales, incorporando así en el ordenamiento jurídico la línea de evolución que inició la Ley de servicios sociales del Principado de Asturias (2003) y que consolidó la LAPAD.

Así, y tal como se ha señalado, en los catálogos/carteras de servicios sociales se determinarán aquellas prestaciones de carácter esencial o exigible, cuyo reconocimiento tiene el carácter de derecho subjetivo (serán obligatorias en su provisión y estarán públicamente garantizadas con independencia de cuáles sean el nivel de necesidades, el índice de demanda existente o los presupuestos asignados), y las prestaciones complementarias, cuyo reconocimiento podrá quedar supeditado a las disponibilidades presupuestarias del sistema público y al orden de prelación y concurrencia que al efecto se establezca.

En cualquier caso, la naturaleza del SAD se ve afectada por esta dualidad (para el colectivo de personas en situación de dependencia es un derecho subjetivo y para los otros no), originada por el impacto de la LAPAD en los sistemas autonómicos de servicios sociales.

### 3.5. LA FINANCIACIÓN DEL SAD.

Las diferencias señaladas en el apartado anterior tienen su reflejo en la financiación de los servicios, ya que en el supuesto de personas que tengan reconocida la situación de dependencia y se les haya prescrito el SAD en la resolución aprobatoria del PIA, el servicio se financiará con las aportaciones de la Comunidad Autónoma correspondiente, de la Administración General del Estado y de las Corporaciones Locales, así como con la aportación de la persona destinataria del servicio.

Para garantizar la ayuda a domicilio como prestación del SAAD, la CC.AA. puede y suele suscribir convenios de colaboración con los entes locales, en los que se concretará, en general, el tipo de atención, la intensidad, el coste, y la aportación del usuario. Mediante estos convenios las Corporaciones Locales se comprometen a la prestación del servicio y la CC.AA. a realizar su aportación con cargo a los presupuestos de cada ejercicio.

En el supuesto de personas que no tengan reconocida la situación de dependencia o de aquéllas que, teniéndola reconocida, no les corresponda la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia conforme a la normativa de la LAPAD, el servicio se financiará con las aportaciones de las CC.AA y las Corporaciones Locales, con posibles aportaciones del Estado a través del Plan Concertado de Prestaciones Básicas en materia

de servicios sociales, además de la aportación (copago) de la persona o unidad de convivencia destinataria del servicio.

### 3.6. NORMATIVA AUTONÓMICA DE SERVICIOS SOCIALES Y SAD.

En el siguiente cuadro se relaciona la normativa autonómica relativa a los Servicios Sociales, al Servicio de Ayuda a Domicilio y a la regulación relativa al catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Se han excluido las normas adicionales de desarrollo de la LAPAD, tales como las referidas a baremos para la valoración de solicitudes, precios públicos, intensidad de los servicios o régimen de compatibilidades.

CC.AA.		LEGISLACIÓN SERVICIOS SOCIALES Y SAD
ANDALUCÍA	Ley	2/1988, de 4 de abril, de servicios sociales.
	Prestaciones	Art 10 Ley 2/1988, de 4 de abril.
	SAD	Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
ARAGÓN	Ley	5/2009, de 30 de junio, de servicios sociales.
	Prestaciones	
	SAD	Decreto 143/2011, de 14 de junio, por la que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales. BOA nº 127, 30-6-2011.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Ley	1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales.
	Prestaciones	Art 20 Ley 1/2003, de 24 de febrero.
	SAD	Decreto 42/2000, de 18 de mayo, por el que se regula la ayuda a domicilio.
ISLAS BALEARES	Ley	4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales.
	Prestaciones	Decreto 56/2011, de 20 de mayo, por la que se aprueba la Cartera Básica de Servicios Sociales 2011-2014. BOIB nº 79, 31-5-2011.
	SAD	Orden de 2 de octubre 2000.
CANARIAS	Ley	9/1987, de 28 de abril, de servicios sociales.
	Prestaciones	Ley 9/1987, Art 6. Servicios Sociales Generales o Comunitarios y Prestaciones.
	SAD	Decreto 5/1999, de 21 de enero.

## LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

CANTABRIA	Ley Prestaciones SAD	2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales. Ley 2/2007, Art 25 a 27, cartera de servicios sociales. Decreto 106/97, de 29 de septiembre, por el que se regula el servicio de atención domiciliaria concertado entre la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Administración Local (modificado por Decreto 143/2004, de 22 de diciembre y Decreto 137/2007, de 18 de octubre).
CASTILLA LA MANCHA	Ley Prestaciones SAD	14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales. Ley 14/2010, Art 34 y 35. Catálogo. Decreto 30/2013, de 06/06/2013, y Orden de 10 de mayo 2013, de régimen jurídico de los servicios de atención domiciliaria. Orden de 17 de junio de 2013 por la que se regulan los Convenios de colaboración con las entidades locales y otras entidades de derecho público para la prestación de los servicios de ayuda a domicilio.
CASTILLA Y LEÓN	Ley Prestaciones SAD	16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales. Ley 16/2010, Art 16 y 17. El catálogo de servicios sociales. Decreto 269/1998, de 17 diciembre, que Regula la prestación social básica de la Ayuda a Domicilio.
CATALUÑA	Ley Prestaciones	12/2007, de 18 de octubre, de servicios sociales. Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. DOGC nº 5738, 20-10-2010.
EXTREMADURA	Ley Prestaciones	5/1987, de 23 de abril, de servicios sociales. Ley 5/1987, Art 5 a 8, Servicios Sociales de Base y prestaciones.
GALICIA	Ley Prestaciones SAD	13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia. Ley 13/2008, Art 18 al 22, Catálogo de servicios Sociales. ORDEN de 22 de enero de 2009 por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio.
COMUNIDAD DE MADRID	Ley SAD	11/2003, de 27 de marzo, de servicios sociales. Decreto 88/2002, de 30 de mayo.

REGIÓN DE MURCIA	Ley Prestaciones	3/2003, de 10 de abril, del Sistema de servicios sociales. Ley 3/2003, Artículo 9 Servicios Sociales de Atención Primaria y Prestaciones.
NAVARRA	Ley Prestaciones	Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales. Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. BON nº 84, 9-7-2008.
PAÍS VASCO	Ley Prestaciones	12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales. Proyecto de Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (15-2-2012, pendiente de aprobación).
	SAD	Normativa reguladora de la prestación de Servicios de Ayuda a Domicilio. Aprobada por acuerdo del Consejo de Administración del Instituto Foral de Bienestar Social en sesión celebrada el 13 de octubre de 1998 (Álava).
LA RIOJA	Ley Prestaciones	7/2009, de 22 de diciembre, de servicios sociales. Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales. BOR nº 59, 6-5-2011.
	SAD	Decreto 8/2011, de 18 de febrero.

## CIUDADES AUTÓNOMAS

CEUTA		Real Decreto 30/1999, de 15 de enero, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de asistencia social. Resolución de 2 de octubre 2013. Delegación de la competencia sobre la gestión de la ayuda a domicilio básica y teleasistencia domiciliaria básica a la Ciudad de Ceuta.
MELILLA		Real Decreto 1385/1997, de 29 de agosto, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de asistencia social. 27 de Agosto de 2002, Reglamento Regulador de Medidas para la Inclusión Social. Resolución de 2 de octubre 2013. Delegación de la competencia sobre la gestión de la ayuda a domicilio básica y teleasistencia domiciliaria básica a la Ciudad de Melilla.

### 3.7 COMPETENCIA DE LOS AYUNTAMIENTOS EN EL SAD DESPUÉS DE LA LEY 27/2013, DE RACIONALIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL (LRSAL).

Las competencias de los Ayuntamientos han sido alteradas mediante la promulgación y entrada en vigor de la Ley 27/2013. El contenido de las normas de aplicación son:

- Artículos 7, 25, 27, 57bis de la Ley 7/85 Reguladora de las Bases de Régimen Local.
- Disposición Transitoria Segunda de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.

Respecto a la afectación que la nueva normativa tiene sobre las competencias municipales se consideran pertinentes las siguientes consideraciones jurídicas:

Las Competencias municipales se ejercerán de conformidad con los principios de descentralización, proximidad, eficacia y eficiencia, y con estricta sujeción a la normativa de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. En este sentido, la nueva Ley establece que los principios de eficacia y estabilidad presupuestaria serán los ejes de la gestión de las Entidades locales.

El artículo 7 de la LRBRL (en la nueva redacción dada por la LRSAL) clasifica las competencias de las Entidades Locales en tres tipos: las competencias propias, las competencias delegadas y las competencias que no son propias ni delegadas.

Las competencias propias de los Municipios, las Provincias, las Islas y demás Entidades locales territoriales sólo podrán ser determinadas por ley y se ejercen en régimen de autonomía y bajo la propia responsabilidad, atendiendo siempre a la debida coordinación en su programación y ejecución con las demás Administraciones Públicas.

Son competencias propias de los municipios, las referidas en el artículo 25 de la LRBRL, en la redacción de la LRSAL.

Son competencias propias de las Diputaciones Provinciales o Entidades equivalentes las referidas en el artículo 36 de la LRBRL, en la redacción de la LRSAL.

Las competencias delegadas son las que con tal carácter les atribuyen el Estado y las Comunidades Autónomas mediante una disposición normativa (no necesariamente con rango de Ley) o un acuerdo y se ejercen en los términos establecidos en esa disposición o acuerdo de delegación y con sujeción a las reglas establecidas en el artículo 27 de la LRBRL, en la redacción de la LRSAL, y preverán técnicas de dirección y control de

oportunidad y eficiencia. Los acuerdos o convenios de delegación deberán formularse teniendo en cuenta las garantías de pago establecidas en el artículo 57 bis de la LBRL, en la redacción de la LRSAL.

El citado artículo 27, entre otras cosas, condiciona la efectividad de la delegación a que ésta sea aceptada por el Ayuntamiento y establece la nulidad de las delegaciones que no vayan acompañadas de la correspondiente financiación. Además, en el caso de que la Administración delegante sea una Comunidad Autónoma, el también citado artículo 57 bis exige que se establezca una cláusula de garantía del cumplimiento de las obligaciones financieras o compromisos de pago que aquélla asuma.

Las competencias distintas de las propias y de las delegadas no precisan ser atribuidas ni por el Estado ni por las Comunidades Autónomas y solo pueden ejercerse por las Entidades Locales cuando concurren los siguientes requisitos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7.4 de la LBRL, en la redacción de la LRSAL:

- Cuando no ponga en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, cumpliendo los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.
- No se incurra en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública.

Es precisamente la clarificación de las competencias de las Entidades Locales para evitar que éstas ejerzan competencias que no les corresponden cuando no cuenten con la financiación suficiente para ello o cuando ello suponga una duplicidad con las ejercidas por otras Administraciones públicas, uno de los principales objetivos de la LRSAL, como se deduce de su propia exposición de motivos, en la que se afirma que con esta Ley “el Estado ejerce su competencia de reforma de la Administración local para tratar de definir con precisión las competencias que deben ser desarrolladas por esta Administración, diferenciándolas de las competencias estatales y autonómicas. En este sentido, se enumera un listado de materias en que los municipios han de ejercer, en todo caso, competencias propias, estableciéndose una reserva formal de ley para su determinación, así como una serie de garantías para su concreción y ejercicio. Las Entidades Locales no deben volver a asumir competencias que no les atribuye la ley y para las que no cuenten con la financiación adecuada. Por tanto, solo podrán ejercer competencias distintas de las propias o de las atribuidas por delegación cuando no se ponga en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, y no se incurra en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública.”

La adaptación de la Ley 7/1985, de 2 de abril, de las Bases del Régimen Local a los requerimientos fijados en la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad

Financiera (L.O. 2/2012, de 27 de abril), distingue entre competencias propias y otras competencias facultativas. Sólo cuando esté garantizada la prestación de servicios obligatorios de los Ayuntamientos se podrán prestar servicios no obligatorios.

La LRSAL suprime el artículo 28 de la LRBRL, que contemplaba la posibilidad de que los municipios pudieran realizar actividades complementarias de las propias de otras Administraciones públicas y, en particular, las relativas a la educación, la cultura, la promoción de la mujer, la vivienda, la sanidad y la protección del medio ambiente.

### **Competencias delegadas.**

No obstante, los ayuntamientos podrán seguir prestando otras competencias, que este prestando actualmente, aunque no sean de las consideradas propias, siempre y cuando los mismo sean solventes o se le delegue por la administración que tenga la competencia con la financiación suficiente, apostándose así por un ejercicio responsable de la Autonomía Local.

En este caso el Ayuntamiento si quisiera seguir prestando este servicio tiene dos vías:

a. La del Art. 7.4 de la LRBRL, competencias distintas de las propias delegadas. Si el ejercicio de éstas no pone en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, cumpliendo los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera y no se incurre en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública, una vez que se tengan los informes previos y vinculantes que acrediten la inexistencia de duplicidades y la sostenibilidad financiera de las nuevas competencias.

b. La del artículo 27 de la LRBRL. En este caso el Ayuntamiento podrá solicitar un convenio de delegación de competencia a la Comunidad Autónoma o del Estado, el cual deberá formularse en los términos del artículo 57 bis de la LRBRL, en la redacción dada al mismo por la LRSAL.

La delegación habrá de ir acompañada en todo caso de la correspondiente financiación, para lo cual será necesaria la existencia de dotación presupuestaria adecuada y suficiente en los presupuestos de la Administración delegante para cada ejercicio económico, siendo nula sin dicha dotación.

El incumplimiento de las obligaciones financieras por parte de la Administración autonómica delegante facultará a la entidad local delegada para compensarlas automáticamente con otras obligaciones financieras que ésta tenga con aquélla.

En materia competencial, la Ley reconoce las singularidades del País Vasco, Navarra, Ceuta y Melilla, Madrid y Barcelona, así como la singularidad Comarcal de Aragón, y las de las Islas Baleares y Canarias.

En concreto se establece que en el País Vasco, su legislación podrá atribuir competencias propias a los municipios en el ámbito de sus respectivos territorios.

### **Competencias propias.**

Las actuales materias de servicios sociales, vivienda, educación y participación sobre las que los municipios tienen o ejercen competencias propias, según dispone el artículo 25.2 de la LRBRL en la redacción de la LRSAL, son las siguientes entre las más relacionadas con los servicios sociales:

- a. Urbanismo: Promoción y gestión de la vivienda de protección pública con criterios de sostenibilidad financiera. Conservación y rehabilitación de la edificación.
- b. Evaluación e información de situaciones de necesidad social, y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social.
- c. Promoción del deporte e instalaciones deportivas y de ocupación del tiempo libre.
- d. Participar en la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria, y cooperar con las Administraciones educativas correspondientes en la obtención de los solares necesarios para la construcción de nuevos centros docentes. La conservación, mantenimiento y vigilancia de los edificios de titularidad local destinados a centros públicos de educación infantil, de educación primaria o de educación especial.

Las competencias municipales en las materias enunciadas en este artículo se determinarán por Ley, debiendo evaluar la conveniencia de la implantación de servicios locales conforme a los principios de descentralización, eficiencia, estabilidad y sostenibilidad financiera.

La mencionada Ley deberá ir acompañada de una memoria económica que refleje el impacto sobre los recursos financieros de las Administraciones Públicas afectadas y el cumplimiento de los principios de estabilidad, sostenibilidad financiera y eficiencia del servicio o la actividad. Debe preverse la dotación de los recursos necesarios para asegurar la suficiencia financiera de las Entidades locales sin que ello pueda conllevar, en ningún caso, un mayor gasto de las Administraciones Públicas.

### **La competencia en servicios sociales.**

Una de las materias que han dejado de ser competencia propia de los Ayuntamientos



es precisamente la “prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social” y, en cambio, se incluye como competencia propia la “evaluación e información de situaciones de necesidad social, y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social.”

No obstante, el criterio del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, expuesto en la “Nota explicativa sobre la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local” considera que el listado de materias del artículo 25.2, sobre las que los municipios ejercerán en todo caso competencias propias, se establece “sin perjuicio de lo que puedan prever las leyes sectoriales estatales y autonómicas.” Por tanto, cabe interpretar que los municipios pueden ejercer competencias propias sobre materias no incluidas en ese listado si se las atribuyen esas leyes sectoriales.

La LRSAL establece en la modificación que realiza del artículo 27 de la LRBRL, un catálogo de competencias que la Administración del Estado y las de las Comunidades Autónomas podrán delegar en los Ayuntamientos entre las que están:

- a. Prestación de los servicios sociales, promoción de la igualdad de oportunidades y la prevención de la violencia contra la mujer.
- b. Conservación o mantenimiento de centros sanitarios asistenciales de titularidad de la Comunidad Autónoma.
- c. Creación, mantenimiento y gestión de las escuelas infantiles de educación de titularidad pública de primer ciclo de educación infantil.
- d. Realización de actividades complementarias en los centros docentes.

Dichas competencias se podrán delegar en la forma establecida en la ley, es decir, que sea aceptada por el municipio; y por un periodo estable temporal que no podrá ser inferior a 5 años; acompañada de la correspondiente dotación presupuestaria; con una cobertura del 100% del coste del servicio; y su cobro deberá estar garantizado.

El artículo 27.3.c) de la LRBRL, establece la prestación de los servicios sociales como una de las competencias delegables en los municipios, cosa que se corrobora en la disposición transitoria segunda de la LRSAL.

Consecuentemente, según la nueva regulación de las competencias municipales establecida por la LRSAL, las competencias que los municipios ejerzan en materia de servicios sociales ya no tendrán el carácter de propias sino que serán competencias delegadas, por lo que la titularidad de esas competencias corresponderá a la Administración delegante y no a los municipios.

## **El periodo transitorio.**

Establece la Disposición transitoria segunda de la LRSAL, que con fecha 31 de diciembre de 2015, las Comunidades Autónomas asumirán la titularidad de las competencias que se preveían como propias del Municipio, relativas a la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social.

Las Comunidades Autónomas podrán delegar dichas competencias en los Municipios, Diputaciones Provinciales o Entidades equivalentes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local.

Si a 31 de diciembre de 2015 las Comunidades Autónomas no hubieren asumido el desarrollo de los servicios de su competencia prestados por los Municipios, Diputaciones Provinciales o Entidades equivalentes u otras Entidades Locales, o en su caso, no hubieren acordado su delegación, los servicios seguirán prestándose por el municipio con cargo a la Comunidad Autónoma. Si la Comunidad Autónoma no transfiriera las cuantías precisas para ello se aplicarán retenciones en las transferencias.

Es decir, no se elimina la prestación de servicios sociales. Se produce un traspaso competencial, con unos periodos transitorios concisos.

Todo lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 7.4 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, que permite a los municipios desarrollar competencias distintas de las propias y de las delegadas, si el ejercicio de éstas no pone en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, cumpliendo los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, y no se incurre en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública, una vez que se tengan los informes previos y vinculantes que acrediten la inexistencia de duplicidades y la sostenibilidad financiera de las nuevas competencias.

Cabe hacer notar que, dentro del plazo comprendido entre la entrada en vigor de la LRSAL (31-12-2013) y el 31-12-2015 habrá un periodo en el que ni la titularidad de las competencias ni la cobertura de la prestación de los servicios haya sido asumido por las CC.AA. pero en el que los municipios tampoco contarán con esa titularidad, si atendemos a que desde el día 31 de diciembre de 2013 la prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social ya no figura entre las materias sobre las que los municipios ejercerán competencias propias.

En este sentido, el apartado 5 de la Disposición transitoria segunda de la LRSAL

dispone que los servicios seguirán prestándose por el municipio con cargo a la Comunidad Autónoma, dando por sentado que los municipios seguirán prestando los mismos servicios que venían prestando antes de la entrada en vigor de la LRSAL y ello hasta que sean asumidos por las CC.AA., aunque con una diferencia para los Ayuntamientos que vengan financiando o colaborando en la financiación de esos servicios:

- Si tal asunción se lleva a cabo antes del 1 de enero de 2016 los Ayuntamientos seguirán financiando o colaborando en la financiación de esos servicios hasta que sean asumidos por la CC.AA.
- Si la asunción se produce con posterioridad al 31 de diciembre de 2015, a partir de esta fecha la financiación de los servicios corresponderá íntegramente a la CC.AA.
- Por tanto, de conformidad con lo dispuesto en el apartado 5 de la Disposición Transitoria Segunda de la LRSAL se deduce que los Ayuntamientos deberán seguir prestando los servicios sociales que prestaban antes de la entrada en vigor de esta Ley, y lo deberán seguir haciendo hasta que tal prestación sea asumida por la Comunidad Autónoma respectiva, y ello con independencia de que esto se produzca antes o después del 31 de diciembre de 2015.

En el caso de que, en materia de servicios sociales, el Ayuntamiento venga ejerciendo competencias por delegación de la Comunidad Autónoma, podrá seguir ejerciéndolas (y prestando los servicios de ellas derivados) hasta el 31 de diciembre de 2015. A partir del 1 de enero de 2016 podrá seguir ejerciéndolas siempre que el instrumento a través del cual se haya producido la delegación se haya adecuado a lo establecido en los artículos 7, 27 y 57 bis de la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Si el plazo de la vigencia de la delegación concluyera antes del 31 de diciembre de 2015, para que se pueda prorrogar esa vigencia será preciso que la delegación incorpore la cláusula de garantía prevista en el artículo 57 bis 1 de la LRBRL, sin que hasta esa fecha sea necesario que se incorporen el resto de los requisitos establecidos en los citados artículos de la Ley 7/1985.

Por último, podría darse el caso de que el Ayuntamiento ejerciese competencias en materia de servicios sociales que ni le han sido atribuidas como propias ni como delegadas. En este caso, para seguir ejerciéndolas debería cumplir con lo establecido en el artículo 7.4 de la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases del Régimen Local, debiendo promover el oportuno expediente en el que, necesariamente, se incluirán dos informes: Uno de la Administración que tenga atribuida la tutela financiera, en el que se ponga de manifiesto la sostenibilidad financiera del ejercicio de esas competencias por parte del Ayuntamiento; y otro informe de la Administración competente por razón de materia (normalmente la Consejería correspondiente de la respectiva Comunidad Autónoma), en el que se señale la inexistencia de duplicidades entre los servicios que, en ejercicio de

la competencia en cuestión, presta el Ayuntamiento y los que presta la Administración competente.

En síntesis y para concluir este apartado, cabe afirmar que tras la entrada en vigor el pasado 31 de diciembre de 2013 de la LRSAL, el artículo 25.2 de la LRBRL ya no incluye la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social entre las materias sobre las que los municipios ejercerán competencias propias, limitándose la competencia propia municipal a la evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social, si bien se prevé un periodo transitorio, hasta el 31 de diciembre del año 2015, para que la titularidad de las competencias propias municipales sobre prestación de servicios sociales sean asumidas por las Comunidades Autónomas, debiendo seguir los Ayuntamientos prestándolos incluso si tal asunción se produce después de la mencionada fecha.

No obstante, los municipios sí podrán ejercer competencias en materia de servicios sociales cuando se las haya delegado o se las delegue la Administración titular de las mismas (la Comunidad Autónoma respectiva), si bien los instrumentos a través de los cuales se hubiera efectuado esa delegación deberán adecuarse a los establecido en los artículo 7, 27 y 57 bis de la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases del Régimen Local, antes del 1 de enero de 2016. Si a dicha fecha no se ha producido tal adaptación, la delegación quedaría sin efecto.

También en materia de prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social los Ayuntamientos podrán ejercer competencias distintas de las propias y las delegadas. Para ello, deberán promover el oportuno expediente para justificar que el ejercicio de esas competencias no pone en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal y que no se incurre en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública. Este expediente deberá integrarse obligatoriamente por los informes de la Administración que tenga atribuida la tutela financiera y de la Administración competente en la materia de que se trate, que acrediten que se cumplen los requisitos de sostenibilidad financiera y de inexistencia de duplicidades.

### 3.8. LAS DIPUTACIONES.

Dedicamos este apartado a sintetizar las características peculiares de las Diputaciones en cuanto se refiere al papel que éstas desempeñan, como CC.LL., en cuanto a los servicios sociales en general y al SAD en particular.

## **Marco jurídico.**

### *Competencias de las Diputaciones.*

Las competencias de las Diputaciones Provinciales o Entidades Equivalentes y sus funciones de Coordinación deben ser consideradas en su contenido tras la aprobación de la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.

En particular la aplicación de la normativa recogida en:

- a. Artículos 7, 26, 27, 31, 36, 37, 38, 116 bis, 116 ter y Disposición adicional segunda de la Ley 7/85 Reguladora de las Bases de Régimen Local (LRBRL).
- b. Disposición adicional 15ª del RDL 2/2004 por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales.
- c. Disposiciones adicionales primera, segunda, tercera, sexta, y decimosexta de la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local. (LRSAL).

De conformidad a lo establecido en el artículo 36 LRBR, son competencias propias de las Diputaciones Provinciales o Entidades equivalentes (Cabildos, Consejos Insulares y Comunidades Autónomas Uniprovinciales) las siguientes:

I. Las que les atribuyan, en este concepto, las leyes del Estado y de las Comunidades Autónomas.

II. En todo caso, en lo que pueda afectar a los servicios sociales:

- La coordinación de los servicios municipales entre sí para la garantía de la prestación integral y adecuada a que se refiere el apartado a) del número 2 del artículo 31 (Asegurar la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de los servicios de competencia municipal).
- La prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal y el fomento o, en su caso, coordinación de la prestación unificada de servicios de los municipios de su respectivo ámbito territorial.
- El seguimiento de los costes efectivos de los servicios prestados por los municipios de su provincia. Cuando la Diputación detecte que estos costes son superiores a los de los servicios coordinados o prestados por ella, ofrecerá a los municipios su colaboración para una gestión coordinada más eficiente de los servicios que permita reducir estos costes.

Se establece en la LRSAL, entre las competencias propias de las Diputaciones o Entidades equivalentes:

- El fomento o, en su caso, coordinación de la prestación unificada de servicios de los municipios de su respectivo ámbito territorial.
- La contratación centralizada en los municipios con población inferior a 20.000 habitantes.
- El seguimiento de los costes efectivos de los servicios prestados por los municipios de su provincia. Cuando la Diputación detecte que estos costes son superiores a los de los servicios coordinados o prestados por ella, ofrecerá a los municipios su colaboración para una gestión coordinada más eficiente de los servicios que permita reducir estos costes.

#### *Entidades Locales de menor tamaño.*

A la hora de estudiar el papel de las Diputaciones Provinciales en la gestión de los Servicios Sociales y del SAD es relevante considerar el límite poblacional establecido por el art. 26.1.c de la LRBRL, que dejaba fuera de la obligatoriedad de prestar estos servicios a los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, siendo éstos la inmensa mayoría de las entidades locales.

En este sentido, el papel de las Diputaciones ha sido esencial para todos los municipios que están por debajo de ese rango de población, para mantener la igualdad en el acceso a los servicios sociales y permitiendo que se presten adecuadamente.

No obstante, esta función ha tendido a decrecer por la progresiva creación de Mancomunidades de Municipios. Hay que tener en cuenta que la propia LRBRL introduce la posibilidad de recurrir a fórmulas de organización supramunicipal, como las Comarcas u otras Entidades que agrupen varios Municipios, y que también han jugado un papel fundamental para la efectiva prestación de estos servicios.

#### ***3.8.1 Las Diputaciones Provinciales en la gestión del SAD.***

Hay una gran heterogeneidad en lo que respecta a la intervención de las entidades locales de segundo nivel en la gestión y prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio, existiendo especificidades dependiendo de la normativa autonómica.

Las Diputaciones llevan a cabo el cumplimiento de sus fines (asegurar la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de los servicios de competencia municipal), principalmente a través de la coordinación de los servicios municipales y

de la asistencia y cooperación técnica, económica y jurídica a los municipios, que puede realizarse con una intensidad muy variable y en general esa cooperación y asistencia se ejerce de manera predominante de cara a los municipios más pequeños.

Además, las Diputaciones tienen una estructura organizativa que suele constituirse a través de un Área de Bienestar Social o de un Patronato Provincial de Servicios Sociales del que dependen determinados Servicios, entre ellos un "Servicio de Acción Social" o "Servicios Sociales" sobre el que recae la competencia de coordinación y gestión de los Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma correspondiente y de los programas con ellos relacionados en el marco de los Convenios suscritos con los correspondientes municipios.

A partir de ahí se suelen descentralizar en Unidades de Trabajo Social (UTS), a su vez agrupadas en Zonas de Trabajo Social (ZTS), y con un ámbito territorial intermedio entre el nivel provincial y el municipal.

En algunos casos, los propios municipios de menos de 20.000 habitantes han creado a su vez Patronatos Municipales de Servicios Sociales que desarrollan las distintas prestaciones básicas de Servicios Sociales Comunitarios en colaboración y coordinación con las Áreas de Bienestar Social de las Diputaciones Provinciales o, en su caso, con los Patronatos Provinciales dependientes de éstas.

Existe una gran disparidad en el contenido de Reglamentos, de referencia para los técnicos de los ayuntamientos y su aplicación, lo que no obsta que se puedan extraer algunas líneas generales en cuanto a las cuestiones que se han homogeneizado, como lo referido a los precios públicos del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Por tanto, las Diputaciones presentan diferencias tan importantes que apenas tienen más punto en común que el de apoyar y complementar a los municipios de su ámbito territorial en diferentes materias, entre las que se encuentran los servicios sociales.

Y además de las diferencias existentes en la legislación estatal, los estatutos de autonomía y las leyes autonómicas de servicios sociales, así como en la competencia legislativa, planificadora y de inspección de los correspondientes gobiernos autonómicos, numerosas particularidades definen a las diputaciones forales, a los cabildos, y los consejos insulares.

En concreto, el papel de las Diputaciones forales vascas es muy relevante al tener numerosas competencias asumidas desde el Estatuto de Autonomía del País Vasco. Las Diputaciones Forales han sido pioneras en materia de Servicios Sociales, siendo competentes

en lo relativo a todas las prestaciones que se dirigen a la atención a las personas en situación de dependencia, mientras quedan como competencia municipal los servicios y prestaciones dirigidos a la atención de personas "autónomas". La valoración de la dependencia es también una competencia foral.

También las Diputaciones de la Comunidad Autónoma de Cataluña juegan un papel importante si bien éste se ve muy afectado por la configuración de las comarcas.

Otras Diputaciones que merecen una mención específica por el papel que desempeñan en el SAD de su provincia, son las de Castilla y León, Castilla la Mancha y Andalucía, que tienen, en general, una intervención muy relevante de las mismas, mientras que en el resto de las CC.AA. (salvo el País Vasco y Cataluña, ya mencionados) la participación de las Diputaciones no es tan destacada. Incluso dentro de cada Comunidad Autónoma esta intervención puede ser muy variable. Sirvan como ejemplo los casos de Almería, Huelva, Jaén, Granada y Málaga, que tienen un papel muy relevante, mientras que el del resto de Diputaciones andaluzas es más residual.

Como ya se ha mencionado, un caso especial es el de Castilla y León, donde la propia Comunidad Autónoma establece que las Diputaciones Provinciales tienen competencia para la creación, organización y gestión de los servicios sociales de ámbito provincial.

#### *Elementos comunes.*

No obstante lo anterior, existen elementos comunes en la participación de las Diputaciones provinciales en el SAD, destacando que todas ellas realizan funciones organizativas (coordinación, seguimiento, supervisión y evaluación global del servicio) en la gestión del SAD de los municipios menores de 20.000 habitantes de su territorio, y establecen las relaciones entre la Comunidad Autónoma respectiva y los municipios de la Provincia.

En general, las Diputaciones se han encargado de servicios sociales generales, pero también se dedican a la gestión de servicios sociales de ámbito provincial o supramunicipal de carácter especializado, y cuya gestión por parte de los Municipios pequeños es muy complicada, cuando no imposible.

Prácticamente todas las Diputaciones colaboran en la coordinación con otros elementos del sistema, y las que sí gestionan el SAD, lo hacen a través de gestión indirecta, asumiendo la labor de redactar y publicar los pliegos de prescripciones técnicas y las bases de contratación, contratando empresas para que presten el Servicio a los municipios de su territorio. De hecho, prácticamente la totalidad de las Diputaciones contactadas han



expresado que prestan el SAD mediante gestión indirecta, es decir, a través de conciertos o contratos con entidades ajenas, aunque hay algún ejemplo de gestión directa (la Diputación de Albacete lo presta directamente a través del Consorcio de Servicios Sociales, estableciéndose Convenios de los Ayuntamientos con el Consorcio para la gestión).

Dado que la ejecución material de los Servicios de Ayuda a Domicilio corresponden a la empresa o entidades adjudicatarias del concurso público convocado por la Diputación, una vez que se aprueba la concesión de una ayuda determinada para un beneficiario, su prestación se realizará en los términos previstos en el correspondiente pliego de cláusulas técnicas y Económico-Administrativas del concurso para la adjudicación del Servicio de Ayuda a Domicilio, y el posterior contrato.

En este sentido, todas las diputaciones realizan determinadas tareas concretas como:

- Ofrecer información relativa al SAD: en qué consiste, objetivos, contenido, etc., si bien el acceso al servicio se realiza a través del municipio (la solicitud y el lugar de entrega de documentación suele ser en las Oficinas de los Servicios Sociales de Atención Primaria del Ayuntamiento de residencia del usuario).
- Firmar convenios de colaboración con las CC.AA. a través de los cuales se transfiere la financiación, suscribiéndose posteriormente los pertinentes Convenios de Colaboración con los ayuntamientos, que asumen con diferente intensidad la gestión del mismo.
- Redactar directamente los Pliegos para la contratación de la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio en los Ayuntamientos menores de 20.000 habitantes.
- Procurar la debida coordinación entre las instituciones intervinientes y la empresa o entidades adjudicatarias: Diputación – Ayuntamientos – Empresa/as.
- Mantener una comunicación fluida con las empresas, comunicándoles la asignación de los Servicios e información relevante, como puede ser:
  - Datos de identificación y domicilio de las personas usuarias.
  - Fecha en que deba ser “alta” en el SAD.
  - Objetivos a conseguir y definición de las actuaciones y tareas a llevar a cabo.
  - Número de horas semanales, distribución de las mismas y horario concreto de atención.
  - Otras indicaciones específicas para la atención.
- Garantizar la unidad de criterios en la gestión y prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio en cada municipio. Para ello, la Diputación puede facilitar a la empresa o empresas adjudicatarias, los modelos de documentación necesarios.



## 4/ DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.

### 4.1. Objetivos y ámbito.

### 4.2. Metodología.

#### 4.2.1. La encuesta.

#### 4.2.2. Fase cualitativa del estudio.

### 4.1. OBJETIVOS Y ÁMBITO.

Uno de los objetivos que nos propusimos al diseñar este estudio fue tener conocimiento actualizado sobre el alcance y características del Servicio de Ayuda a Domicilio en Ayuntamientos, en cuanto a su conceptualización, alcance y contenido de sus prestaciones, perfil de sus destinatarios, extensión de su cobertura, tareas que se realizan, coste y financiación.

El otro objetivo (muy relevante para el momento actual de los servicios sociales y sociosanitarios) consistió en detectar los aspectos más problemáticos del SAD y las expectativas percibidas por los técnicos con respecto a su potencial reforma para acomodar la atención domiciliaria a la situación de la demanda en los próximos años.

El ámbito de la investigación se ha circunscrito, por consiguiente, a la prestación del SAD que realizan los Ayuntamientos, lo cual, como es fácil colegir, no ha estado exento de dificultades teniendo en cuenta su alto número, su heterogeneidad, la dispersión territorial, la ausencia de recursos o la dificultad de acceso a los propios datos o a los técnicos locales, por mencionar solo algunas de ellas.

De esta manera, se ha pretendido cubrir un déficit en cuanto a la existencia de datos directamente facilitados por la Administración responsable de la gestión del SAD tratando de dar respuesta al problema que se deriva de la falta de estadísticas oficiales actualizadas o el hecho de que los últimos datos recogidos directamente de las entidades locales daten de hace dieciocho años.

Finalmente, y de manera complementaria, nos propusimos un tercer objetivo, que hemos podido ver cumplido, como es conseguir que la FEMP pueda dotarse de un sistema de indicadores válido y un directorio o base de datos de técnicos responsables del

Servicio de Ayuda a Domicilio, que facilitará el conocimiento de la situación del SAD en el futuro y la comparabilidad de los datos para conocer su evolución.

## 4.2. METODOLOGÍA.

El diseño de esta investigación se realizó desde una perspectiva de complementariedad metodológica cuantitativa y cualitativa.

### 4.2.1. La encuesta.

El trabajo cuantitativo se ha realizado a través de la recolección y análisis de datos facilitados por los técnicos responsables de la gestión del SAD de Ayuntamientos, en tanto en cuanto hasta ahora se ha considerado un servicio de competencia municipal. Sin embargo no todos los Ayuntamientos gestionan directamente este servicio, siendo frecuente que en los municipios de menos de 5.000 habitantes el SAD se gestione desde la Entidad Local mayor que corresponda, bien sean Mancomunidades o Diputaciones. Además, 14 de las Diputaciones existentes en España gestionan el SAD para los Municipios de menos de 20.000 habitantes que les competen. Es el caso de las Diputaciones Provinciales de Almería, Huelva; Jaén, Málaga, Ávila, Burgos, León, Palencia, Salamanca, Segovia, Soria, Valladolid, Zamora y Albacete. El universo de la encuesta deja fuera, pues, a aquellos Municipios que no gestionan SAD, que en conjunto albergan apenas un 13% de la población española.

Por otra parte, cabe señalar que en el diseño de la muestra se aspiró a obtener información de todos los municipios de más de 500.000 habitantes (existen 6 en España), sin embargo sólo se consiguieron datos de Málaga, Zaragoza y Valencia, no obteniendo respuesta de Madrid, Barcelona y Sevilla.

Con las precisiones que anteceden, se pasa ahora a presentar la Ficha técnica de la encuesta:

*Ámbito:* Nacional.

*Universo:* Ayuntamientos de más de 5.000 habitantes exceptuando aquellos cuyas Diputaciones gestionan el SAD (1.210 Ayuntamientos).

*Muestra:* Muestra teórica: 292 con afijación proporcional por tamaño de municipio.

Muestra real obtenida, n=387, que se distribuye de la siguiente manera:

5.001-10.000	10.001-20.000	20.001-50.000	50.001-100.000	100.001-500.000	>500.000
105	93	101	48	37	3

*Tipo de entrevista:*

Cuestionario autocumplimentado por ordenador, con asistencia telefónica cuando procedía.

*Fecha de trabajo de campo:*

Durante el periodo comprendido entre el 3 de mayo y el 31 de julio de 2013.

*Error muestral:*

5%, a un nivel de confianza del 95% y en la hipótesis de variables con dos categorías igualmente distribuidas (P=Q=50%).

*Bloques temáticos:*

- i. Tipología de SAD: tipo de SAD, modelo de gestión, entidades prestadoras.
- ii. Características: antigüedad del servicio, cobertura, intensidad y condiciones de acceso.
- iii. Perfil de los usuarios.
- iv. Recursos empleados: coste, financiación y RRHH
- v. Servicios complementarios del SAD: servicios de proximidad, programas y cursos dirigidos a las familias cuidadoras.
- vi. Coordinación con otros Servicios Sociales y con los Servicios Sanitarios.
- vii. Las prestaciones económicas.
- viii. Problemática específica: Lista de espera, calidad del servicio, coordinación...

El año de referencia de la mayoría de los datos recogidos corresponde a 2012, ejercicio inmediatamente anterior a cuando fue desarrollado el trabajo de campo, excepto cuando la información se refiere a determinadas cuestiones para las que se consideró de interés referenciarlas a lo largo de ejercicios concretos.

#### **4.2.2. Fase cualitativa del estudio.**

Para el cumplimiento del segundo de los objetivos de la investigación desarrollada, se llevó a cabo una aproximación cualitativa a través de la cual se pudo acceder a distintos y más elaborados posicionamientos sobre los problemas detectados en el SAD y los cambios e innovaciones a introducir. Si bien es cierto que la encuesta también contemplaba un bloque de preguntas abiertas destinadas a recoger información sobre este tema, la riqueza discursiva que ofrece una metodología cualitativa y el enfoque de complementariedad metodológica planteado para este estudio, condujo a abordar las percepciones de un grupo cualificado de profesionales, mediante análisis cualitativo, programado como fase previa a la encuestación y llevado a cabo a través de la técnica de los grupos focales con informantes clave.

Se entiende por grupos focales a informantes clave los formados por aquellas personas que, por el lugar que ocupan en la estructura de las relaciones sociales, ofrecen información relevante del fenómeno social objeto de estudio. Esta técnica consiste, básicamente, en reunir a un grupo de personas que cumplen unos requisitos prefijados para discutir un tema específico y estructurado. En nuestro caso, los participantes en los grupos fueron agentes implicados en la prestación del SAD.

En el diseño se incluyeron los siguientes tipos de informantes:

- Técnicos y directivos de Servicios Sociales de Administraciones Locales (Ayuntamientos y Diputaciones Provinciales) procedentes de: Barcelona, Huelva, Madrid, Málaga, Salamanca y Guadalajara.
- Profesionales y directivos de empresas prestadoras de SAD.
- Representantes de los Colegios profesionales de Trabajo Social y de Educación Social.

Se organizaron tres grupos de tamaño reducido (5-6 personas cada uno) procurando incluir todos los perfiles de informantes clave contemplados, y lograr así la máxima heterogeneidad discursiva sobre la realidad del SAD en cada uno de ellos.

## 5/ RESULTADOS DE LA ENCUESTA.

- 5.1. Resumen de los principales resultados.
- 5.2. Etapas de implantación del SAD.
- 5.3. Personas usuarias.
- 5.4. Modalidades de SAD: tradicional y por dependencia.
- 5.5. Modelo de gestión.
- 5.6. Condiciones de acceso al servicio.
- 5.7. Servicios de proximidad complementarios al SAD.
- 5.8. Financiación y coste del SAD.
- 5.9. Recursos Humanos del SAD.
- 5.10. Formación de profesionales y cuidadores/as familiares .
- 5.11. Coordinación entre el SAD y los servicios sanitarios.
- 5.12. Otros servicios: teleasistencia y centros de día.
- 5.13. Percepción de problemas y sugerencias de mejora.

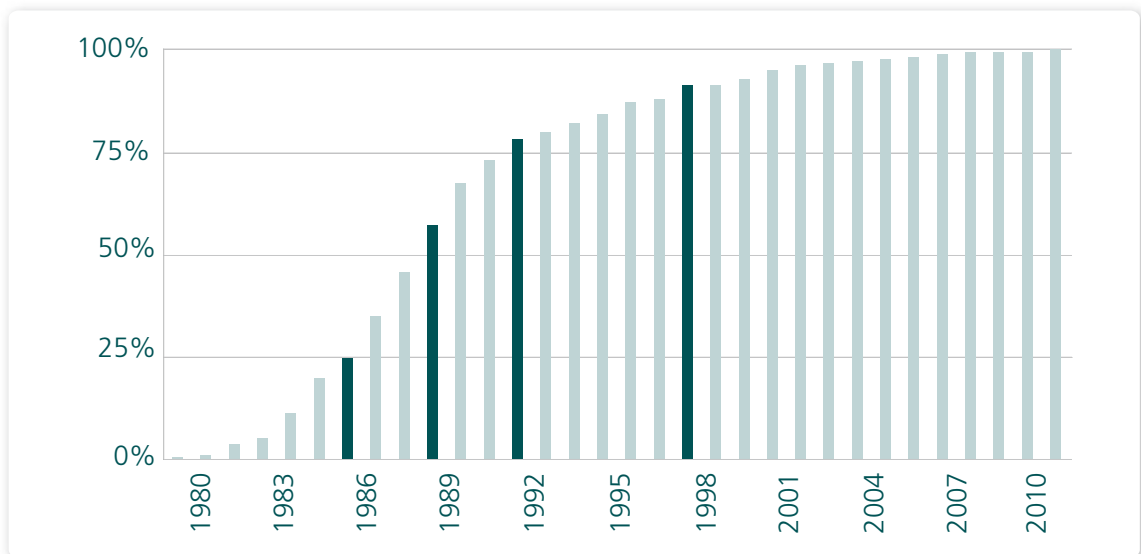
### 5.1. RESUMEN DE LOS PRINCIPALES RESULTADOS.

De la colaboración entre tres entidades con experiencia común en el pasado fruto de otros acercamientos a la caracterización del Servicio de Ayuda a Domicilio, el estudio aborda las líneas de mayor interés de este servicio para todas ellas. Además del componente cuantitativo esperable, se aporta la intensidad derivada de la opinión de los profesionales que prestan sus servicios en las corporaciones locales, indispensables también para la elaboración de estas páginas.

Opinión, y sobre todo datos, aportados por 387 entidades locales con más de 5.000 habitantes, en respuesta a la iniciativa que se les remitió mediante un extenso cuestionario en soporte on-line. Es de reconocer igualmente su generosa participación en las tareas previas de asesoramiento, consejo y enunciado de objetivos generales así como su ayuda en la concreción de éstos en el redactado de cada una de las preguntas destinadas a conocer el panorama esencial de la situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el año 2012.

La conformación de un Estado en España garante de los derechos de los ciudadanos alumbró la creación, ex novo, de un servicio público que ya es posible invocar en cuanto tal. En primera línea, como en tantos otros aspectos, serán los Ayuntamientos quienes tomen iniciativas que pueden denominarse concertadas con el resto de las administraciones y que son articuladas por más del 50% de los municipios en la segunda mitad de los años 80.

GRÁFICO 1. IMPLANTACIÓN DEL SAD POR LOS MUNICIPIOS ENTRE 1980 Y 2011, PORCENTAJE ACUMULADO.

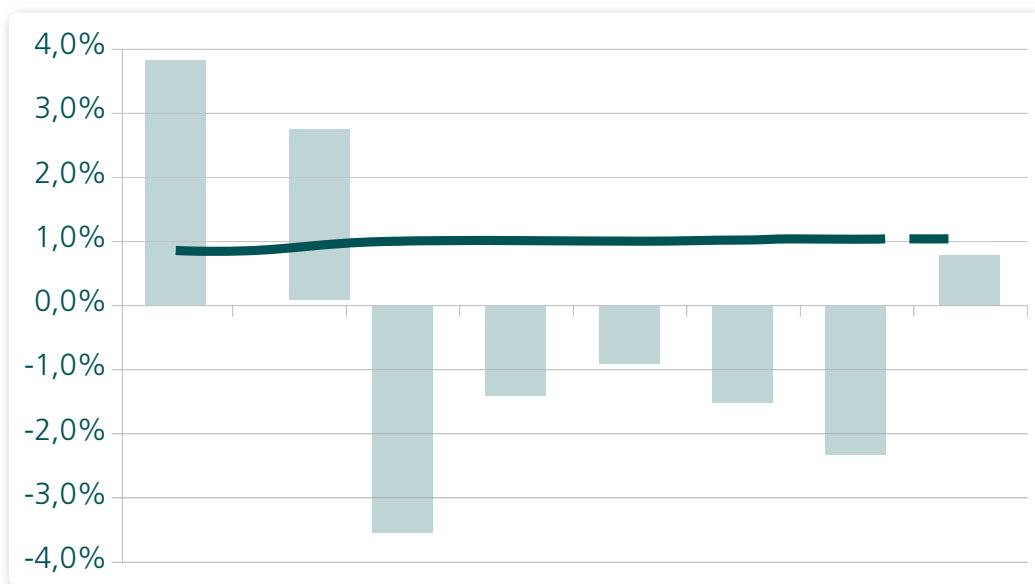


Sobre esas bases, en el año 2006 la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), crea un derecho invocable con pretensión creciente de aplicación a lo largo del periodo que se abre entre su promulgación y el año 2015, mientras ha continuado incrementándose el fenómeno del envejecimiento de la población. Pero el entramado institucional y competencial y los menguantes créditos públicos y recortes producidos no han convergido para lograr el despliegue completo de la Ley en el calendario establecido ni en las cuantías e intensidad



de las prestaciones que se habían previsto, ni para alcanzar una cobertura mayor de servicios formales, como es el SAD. Si a lo anterior se une la pérdida de ingresos en las familias, todo ha facilitado que una medida concebida como excepcional, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, haya sido acogida mayoritariamente como primera opción, y en la mayor parte de los lugares ésta se concede sin posibilidad de compatibilizarla con servicios, lo que origina sobrecarga de las familias y actúa en detrimento de la calidad de la atención, el *expertise* del servicio, o la contribución conjunta al coste.

GRÁFICO 2. EVOLUCIÓN DEL PIB DE LAS PERSONAS MAYORES DE 65 AÑOS ENTRE LOS AÑOS 2007 Y 2014.



El servicio de ayuda a domicilio puede definirse, en términos generales, como la atención profesional recibida en el domicilio de una persona en situación de fragilidad o dependencia, para que pueda continuar viviendo en su hogar y su entorno familiar. Sin embargo, no resulta sencillo discriminar entre los aspectos formales y los informales de esa atención, dada la innegable cohabitación necesaria entre ambos para la creación de un entorno sociosanitario saludable, pretensión última del servicio.

El marco normativo del SAD, ajustado a la Constitución Española y a los Estatutos de Autonomía, ha sido integrado en las redes de servicios sociales por cada una de las comunidades autónomas en decretos dictados mayoritariamente en la década de los años 2000. En ellos se les atribuye su carácter de servicio primario, de proximidad, son definidos su perfil básico de prestaciones y tipo de gestión, así como la financiación

y medios requeridos. La integración de este servicio en los acuerdos de colaboración interadministrativos ha conformado las diversas competencias ejercidas por las entidades locales, bien de manera individual de superar el umbral de 20.000 habitantes, bien desde la instancia provincial o de forma mancomunada de no alcanzarse esa población.

Se articula así un sistema en el que las entidades locales, por sí o agrupadas, devienen en el punto de entrada a la prestación del servicio, por cuanto son las que realizan la valoración de cada una de las situaciones personales, si bien la concesión efectiva queda condicionada tanto a los procedimientos de aprobación dictados por la norma, como a las disposiciones presupuestarias de naturaleza interadministrativa.

La incorporación a este sistema de la LAPAD ha conducido a la existencia en la práctica de tres segmentos de beneficiarios del SAD: el derivado del reconocimiento de la situación de dependencia, que implica en la mayoría de los territorios a las tres administraciones y alcanza al 39% de los usuarios; un 27% de éstos que siguen siéndolo bajo el llamado SAD tradicional, con las características establecidas previamente a la entrada en vigor de la Ley; y el tercero, que ha integrado a ambos y es la fórmula usada para la prestación a uno de cada tres usuarios.

En el conjunto de todas estas modalidades, y en cuanto a su ámbito protector, el SAD concentra sus esfuerzos sobre todo en las personas mayores de 65 años, el 88% del total de las beneficiarias del sistema, siendo las familias el 2% y las personas con discapacidad el 10% restante.

Conviven dos fórmulas de gestión del servicio con cifras idénticas, la que realiza la entidad local y la que lleva a cabo una entidad ajena, bien con carácter mercantil o sin ánimo de lucro. Predominará ésta segunda opción en los Ayuntamientos con más de 20.000 habitantes y alcanzan el 90% de la gestión en los superiores a 100.000. Esta característica se ve reflejada en la proporción del personal que presta el servicio, contratado en una proporción de 8 a 2 por parte de entidades no municipales, si bien los requisitos de cualificación normalizados para el acceso al empleo se aplican en el 95% de las entidades locales, aplicando más de la mitad de éstas recursos de seguimiento y reciclaje específicos a las trabajadoras, denominadas comúnmente auxiliares del SAD.

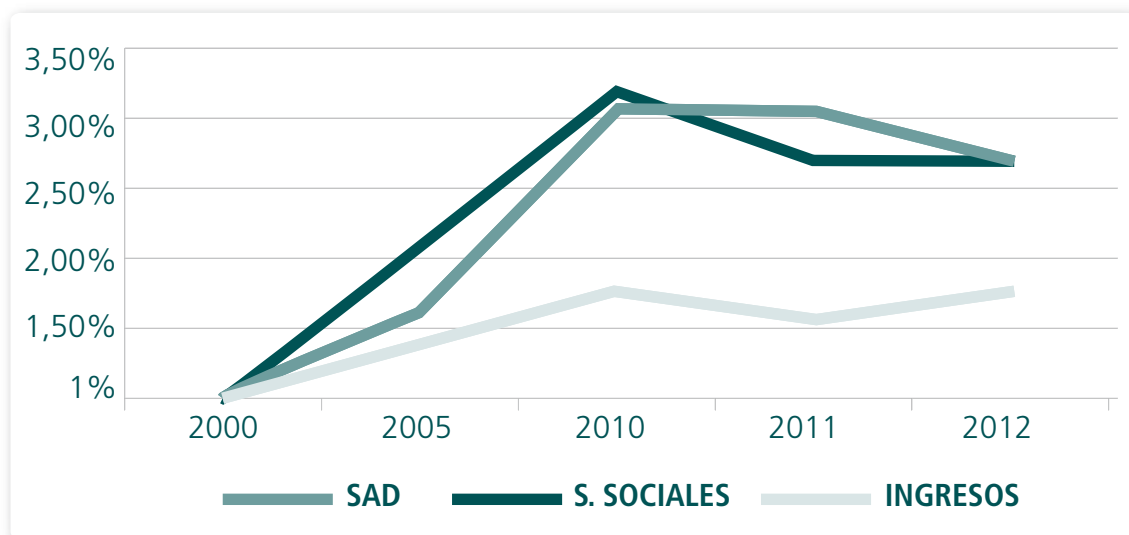
Son esas entidades de menor tamaño las que mantienen el mayor porcentaje de gratuidad (una tercera parte) disminuyendo en razón del número de habitantes en favor del copago, que alcanza a 7 de cada 10 municipios de mayor población. No obstante, el 50% del total de ayuntamientos fijan un umbral mínimo de ingresos y rentas por debajo del cual el usuario no debe contribuir con cantidad alguna, siendo, a la inversa, la aplicación de un tope máximo de ingresos utilizado por el 16% de entidades.

Común es el régimen horario del servicio que prestan las auxiliares del SAD, ajustándose su trabajo a los hábitos semanales de mañana y en días laborables, concentrados en tres tipos de tareas mayoritarias: los cuidados personales (26%), las labores domésticas (un 25%), o ambas (el 45%) y, en un 4% de los casos, también se incluye el acompañamiento dentro o fuera del hogar.

Según los datos recogidos, cinco de cada diez usuarios tienen la posibilidad de obtener también los denominados servicios de proximidad complementarios al SAD, entendiendo por ellos algunos como los siguientes: servicio de lavandería, prestaciones para la eliminación de barreras en el hogar o atención profesional especializada, siendo los más frecuentes la llevanza de la comida a domicilio y el transporte accesible.

El esfuerzo económico realizado por parte de las entidades locales en la prestación del servicio desde el año 2000 se refleja en la evolución creciente de los capítulos de gasto en el conjunto de los programas de servicios sociales hasta el año 2011 y la evidencia de dilación temporal al año 2012 en la afección de merma de recursos al servicio de ayuda a domicilio.

GRÁFICO 3. ÍNDICE DE EVOLUCIÓN DE LOS INGRESOS TOTALES DE LOS AYUNTAMIENTOS, SERVICIOS SOCIALES Y SERVICIO DE ASISTENCIA A DOMICILIO (2000-2012).



La evolución que se muestra adquiere mayor carta de valor considerando que las fuentes de financiación hacen recaer en las entidades locales la porción mayoritaria, frente a la autonómica y la casi testimonial en cuantía total contribución del copago por parte de los usuarios. La aportación autonómica concentra su intensidad a medida que aumenta el tamaño de la entidad (de dos de cada tres a nueve de cada diez, en los valores extremos) y, con ella, la influencia en la prestación del SAD en los segmentos de la dependencia o el integrado.

Como resultado, y en términos muy generales, el coste del servicio no supera en la mitad de las entidades los 16 euros por hora y el precio público fijado por aquéllas supera ligeramente los 10 euros. Estas cifras presentan notables diferencias entre territorios, motivadas, como causas más destacable, por el nivel de renta salarial de los municipios y el número de tareas incluidas en la prestación del servicio, por delante de otros factores con influencia tales como el tamaño de la población, la fórmula de gestión o la distribución territorial, igualmente perceptibles.

Crucial en el conjunto del sistema es el papel que asumen las familias de los receptores del servicio, que motiva el ser acompañado, en cuatro de cada diez entidades, por actuaciones de formación o apoyo a los cuidadores informales. Estas acciones se extienden desde la entrega de guías prácticas a los programas de respiro o la ayuda psicológica. La disponibilidad de centros de día creados por el 26% de las entidades locales contribuye de manera destacada a la estabilidad del usuario en su entorno comunitario.

El horizonte de contenido sociosanitario presente en el servicio se articula por las acciones de coordinación con los servicios sanitarios de la zona, cercano al 70% en el caso de los centros de salud y en un 20% realizado con los hospitales, si bien se trata de vías de coordinación informales. Solo el 7% de las Entidades Locales declara la existencia de acuerdos institucionales formalizados frente a la práctica diaria más común, realizada directamente por la buena voluntad de los profesionales, tras la evaluación oportuna de necesidad y recursos disponibles en la zona.

Particular relevancia adquiere la teleasistencia, tanto por su extensión geográfica, que le lleva a estar presente en más del 65% de los ayuntamientos, como por sus usuarios, superiores al cuarto de millón de personas, de los que una cuarta parte (25,4%) comparten el uso de ambos servicios.

La opinión de los profesionales expresa con claridad su dedicación a un SAD caracterizado por el trato directo y diario con personas que atraviesan dificultades y a las que se debe y desea ofrecer las mejores condiciones de bienestar posibles desde la administración pública. La cercanía, en este caso, pasa por el conocimiento individual de los

usuarios y las condiciones de atención adecuadas a cada uno de ellos.

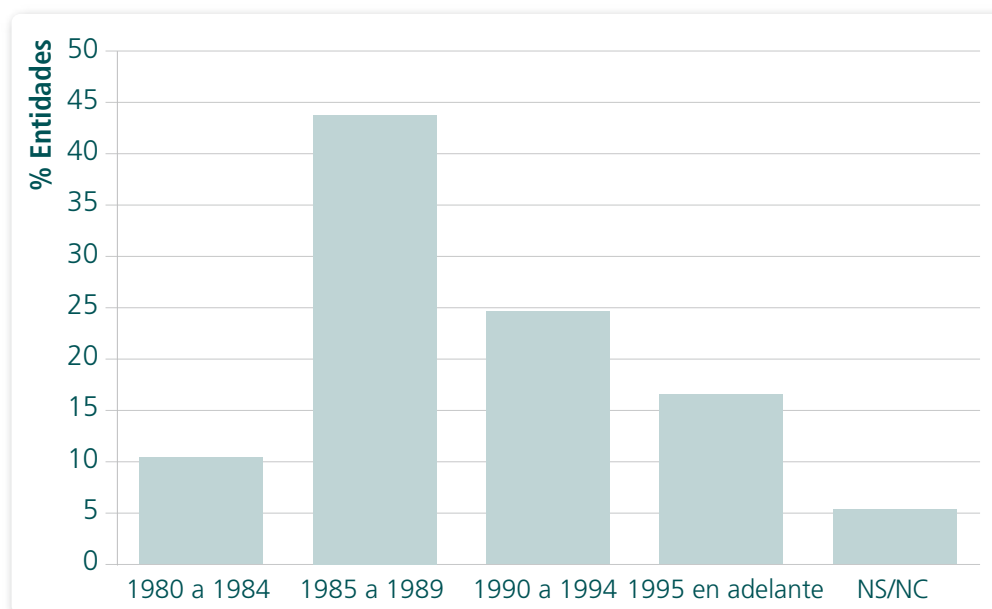
El contraste con la calidad buscada en todos los objetivos del servicio se percibe desde la caída de la financiación y el nutrido conjunto de sus consecuencias. El catálogo de implicaciones está presente en la pérdida de intensidad del servicio, la insuficiente cobertura de las necesidades, el recurso del copago, la menor especialización en el empleo, la restricción para la introducción de acciones complementarias o la cooperación con otros recursos con similares afecciones.

## 5.2. ETAPAS DE IMPLANTACIÓN DEL SAD.

Como se ha mencionado en la Introducción, el arranque de la implantación del SAD en España como servicio público de atención a personas o familias en situación de riesgo o dependencia, tiene lugar con el advenimiento de la democracia, la promulgación de la Constitución de 1978, la creación de las CC.AA. y la regulación del régimen local de 1985.

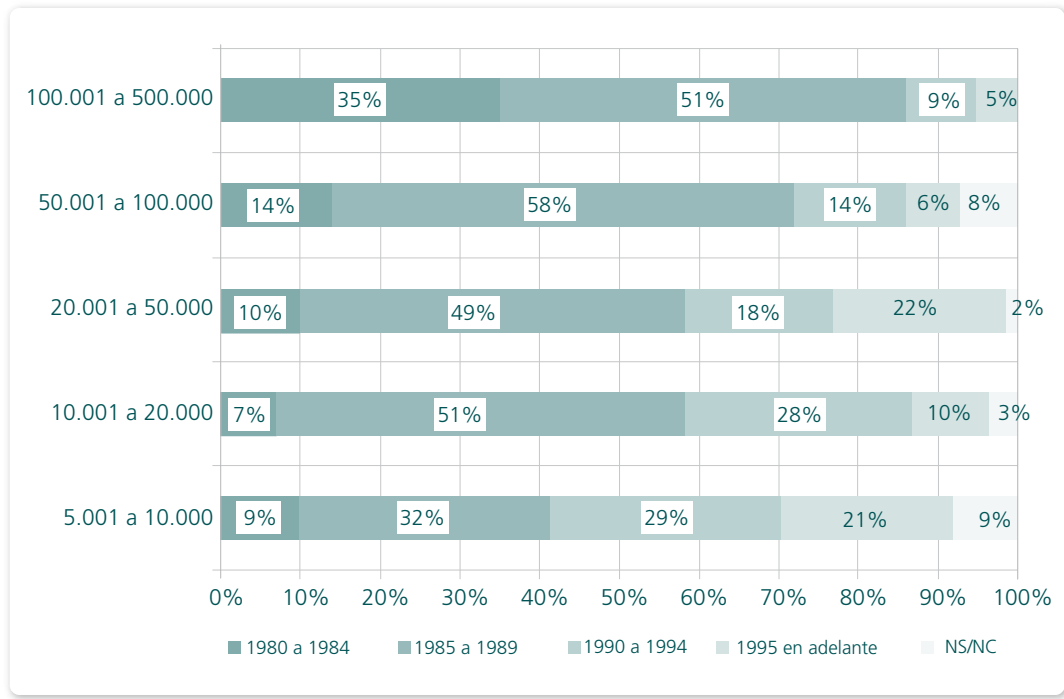
Desde la visión de la Administración Local, plasmada en nuestra encuesta (387 ayuntamientos) y tal como puede verse en el gráfico 4, el período de mayor implantación del SAD es el comprendido entre 1985 y 1989: el 43,6% de los ayuntamientos españoles comienzan a prestar este servicio en dichos años. La segunda etapa de mayor desarrollo se sitúa entre 1990 y 1994 (el 24,6%).

GRÁFICO 4. PERIODOS DE PROGRESIÓN EN LA IMPLANTACIÓN DEL SAD



Con respecto a la fecha de inicio de la implantación del SAD según el tamaño de los municipios, ésta fue más temprana en los municipios de mayor tamaño. Las ciudades consultadas con más de 500.000 habitantes comenzaron a proporcionar SAD en el primer quinquenio de la década de los 80. Si consideramos los municipios de más de 100.001 habitantes, más de un tercio (35%) empiezan a ofrecer SAD entre 1980 y 1984, mientras que el 51% comienzan en los cinco años posteriores (1985-1989):

GRÁFICO 5. MUNICIPIOS POR TRAMOS DE POBLACIÓN Y AÑO DE COMIENZO DE PRESTACIÓN DEL SAD.



Con respecto a la implantación territorial del SAD (tabla 2), determinadas autonomías como Cataluña o el País Vasco fueron pioneras en la prestación del Servicio, mientras que en otros como Castilla La Mancha, Baleares, Canarias, el Principado de Asturias o Murcia comenzaron a extenderlo de manera más tardía. No obstante, progresivamente se va equilibrando la prestación del servicio desde un punto de vista geográfico:

LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

TABLA 2: PERIODOS DE IMPLANTACIÓN DEL SAD, PORCENTAJE DE MUNICIPIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS.

CC.AA.	sin dato	1980 1984	1985 1989	1990 1994	1995 en adelante
Andalucía	5%	3%	49%	34%	10%
Aragón		4%	77%		19%
P. de Asturias			14%	69%	17%
Canarias			30%	51%	19%
Cantabria			65%	24%	12%
Castilla y León		7%	53%	33%	7%
Castilla-La Mancha	6%	1%	36%	28%	29%
Cataluña	12%	16%	34%	13%	26%
Ceuta			100%		
C. Valenciana	7%	11%	49%	24%	9%
Extremadura	8%	8%	66%	16%	3%
Galicia		10%	35%	28%	27%
Islas Baleares	10%		20%	40%	30%
La Rioja		33%		33%	33%
C. de Madrid	4%	5%	71%	8%	12%
C. Foral de Navarra			23%	64%	14%
País Vasco		59%	38%	3%	
Región de Murcia	7%		86%		7%
<b>TOTAL</b>	<b>5%</b>	<b>10%</b>	<b>44%</b>	<b>25%</b>	<b>16%</b>

### 5.3. PERSONAS USUARIAS.

Pasando a analizar ahora el ámbito protector del Servicio a través de su cobertura, es decir, estimar el número y proporción de personas que son usuarias del mismo, resulta que, extrapolando al conjunto de la población española los datos recogidos en la encuesta a Municipios, las personas o familias que se benefician del SAD asciende a 237.881.

Conviene, llegados a este punto, recordar algunas de las características del universo y muestra de la encuesta que ya hemos mencionado en el apartado metodológico. Por una parte, que han quedado fuera de nuestro universo los Ayuntamientos menores de 5.000 habitantes y, por otra parte, que tampoco se incluyen aquellos municipios menores de 20.000 en los que son las diputaciones las que gestionan este servicio. No obstante, en su conjunto, estos municipios solo albergan el 13% de la población total española. A ello hay que unir, como se ha descrito, que no se obtuvo respuesta de tres de los Municipios con mayor población de España (Madrid, Barcelona y Sevilla), lo que se traduce en una infrarrepresentación del tramo población de más de 500.000 habitantes.

Con estas limitaciones y cautelas, en la tabla 3 se muestra la distribución del número de personas usuarias estimadas según nuestra encuesta, según perfil de destinatarios y por el tipo de SAD que reciben:

TABLA 3. PERSONAS USUARIAS DE SAD SEGÚN MODALIDAD Y PERFIL DE USUARIOS/AS.

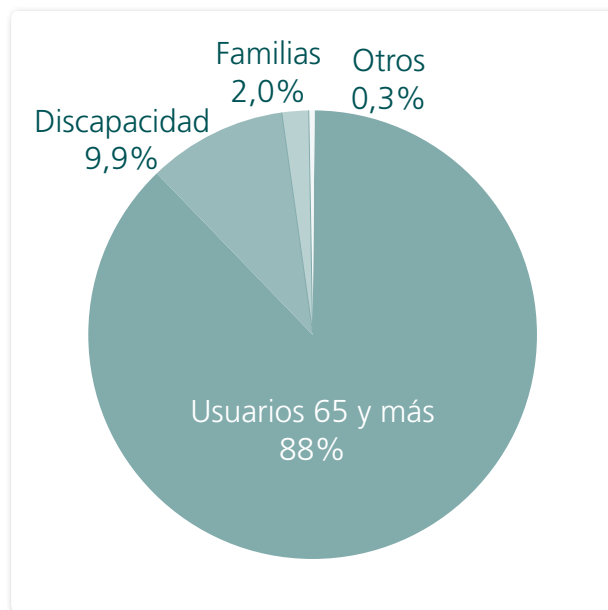
	TOTAL	SAD tradicional o integrado	SAD derivado de la LAPAD
Total usuarios	237.881	179.966	57.914
Usuarios 65 y más	208.935	159.384	49.551
Discapacidad	23.606	15.880	7.726
Familias	4.669	4.065	603
Otros	672	637	35

Con significativa diferencia, el grupo de beneficiarios de SAD más importante es el de personas de 65 y más años, que representan el 87,8% del total de personas usuarias, seguidas de las personas con discapacidad que suponen el 9,9%. Esta distribución apenas se ha modificados desde el estudio que el IMSERSO llevó a cabo en 1995, hace prácticamente dos décadas; sin embargo, cabe enfatizar que el número absoluto de personas usuarias durante ese periodo se ha cuadruplicado.



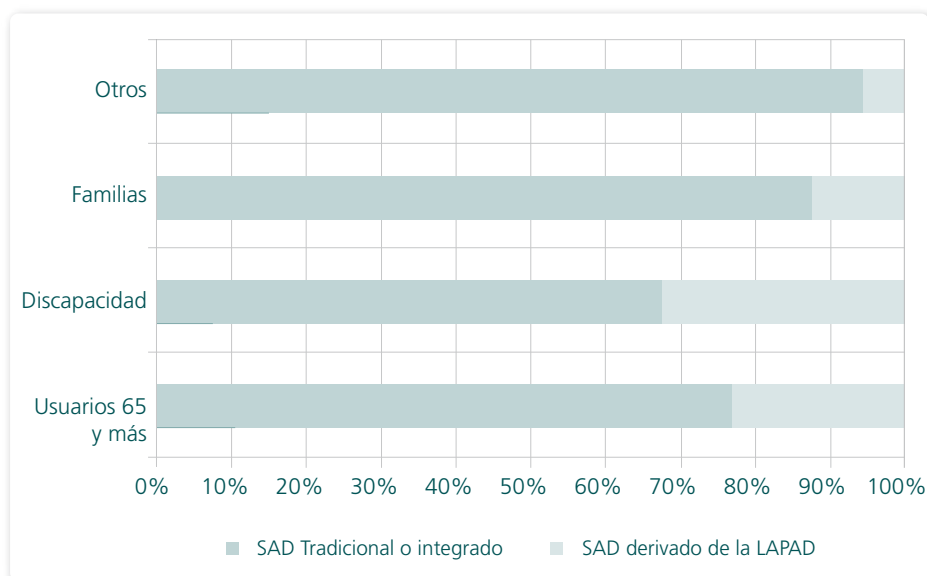
## LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

GRÁFICO 6. PERFIL DEL CONJUNTO DE LAS PERSONAS USUARIAS DE SAD, DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL.



La mayor parte de las personas beneficiarias de SAD (75,6%) reciben esta prestación en la modalidad, predominante en todos los perfiles, que hemos llamado tradicional o integrada, la cual se explica en detalle en el epígrafe siguiente; no obstante, es entre las personas con discapacidad usuarias de este servicio donde se encuentra el mayor porcentaje de beneficiarios de SAD derivado de la LAPAD (gráfico 7).

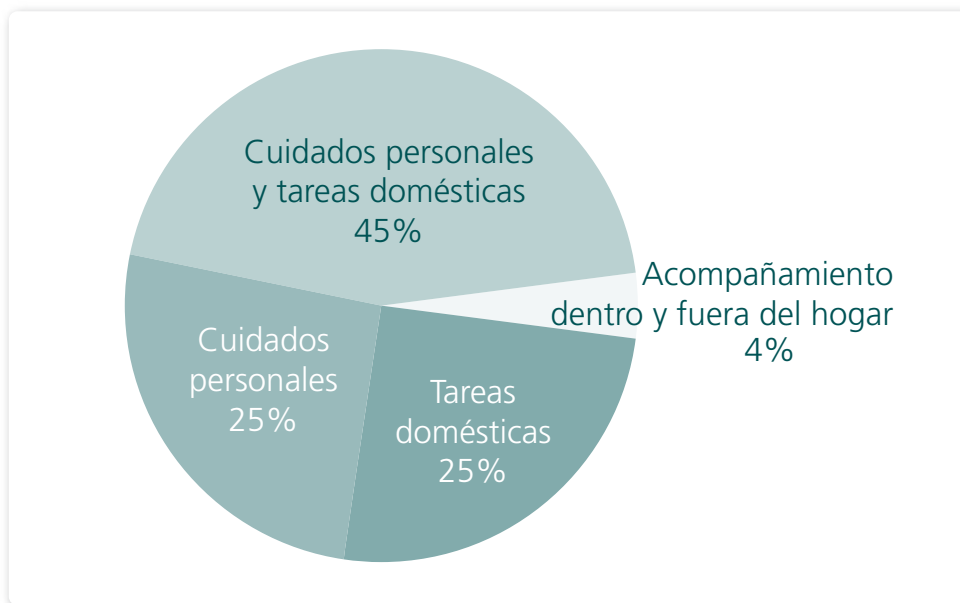
GRÁFICO 7. PERFILES DE LAS PERSONAS USUARIAS Y MODALIDAD DEL SAD UTILIZADO.



En función de las necesidades de las personas usuarias, los apoyos proporcionados desde el Servicio de Ayuda a Domicilio van dirigidos, bien a realizar tareas domésticas; bien, a proporcionar cuidados personales y apoyo en la realización de actividades de la vida diaria (AVD), tales como ayuda para vestirse, aseo, alimentación, movilizaciones; o bien, aunque en menor medida, consiste en acompañar a la persona dentro o fuera del hogar.

Aunque no todos los Ayuntamientos proporcionaron el detalle del tipo de tareas que cubre el servicio, sí pudo obtenerse para un 70% de la muestra. Las tareas domésticas y cuidados personales son el tipo de apoyos que se proporcionan a la mayoría de las personas usuarias; de hecho, el 45% los reciben de manera combinada, un 25% reciben atención sólo para las tareas del hogar, y otro 26% únicamente en cuidados personales. La ayuda requerida para acompañar dentro o fuera de la casa, está mucho menos presente, con apenas un 3,9%.

GRÁFICO 8. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIOS SEGÚN TIPO DE TAREAS PARA LAS QUE RECIBEN APOYO DEL SAD EN LOS MUNICIPIOS QUE PROPORCIONARON DETALLE (N=271).



La amplitud y/o flexibilidad de los horarios también es un dato relevante a la hora de conocer la cobertura y la calidad del Servicio. En el cuestionario se incluyeron preguntas sobre las alternativas existentes en el municipio en relación al tipo de jornada establecido y horarios en que existe posibilidad de recibir el servicio:

- a) que se desarrolle el servicio de lunes a viernes en horario de mañana, de tarde o

indistintamente;

b) que se preste el servicio también los sábados, domingos y festivos;

c) que pueda recibirse la atención en horario nocturno; o

d) que se tenga un horario totalmente flexible para adaptarse a las necesidades de los usuarios.

De nuestros resultados se desprende que en este asunto se ha avanzado muy poco en relación con el diseño que tenía el SAD desde los inicios de su desarrollo. La inmensa mayoría de usuarios reciben el Servicio solo de lunes a viernes y habitualmente en horario de mañana, y esto sucede tanto en el SAD tradicional como cuando se trata del SAD que se recibe como prestación derivada de la LAPAD, lo que cuestiona la calidad de la atención y su ajuste a las necesidades de las personas.

La proporción de usuarios que reciben el SAD en horario nocturno o dependiendo de sus necesidades es muy poco relevante y no alcanza significación estadística.

#### 5.4. MODALIDADES DE SAD: TRADICIONAL Y POR DEPENDENCIA.

A lo largo del estudio se ha distinguido, como se ya se ha mencionado, entre dos tipologías diferentes del Servicio de Ayuda a Domicilio (el SAD tradicional y el derivado de la LAPAD). En el cuestionario se recogió también la posibilidad de que hubiese ayuntamientos en los que se hubieran integrado las dos modalidades. Tenemos, por tanto:

- Por un lado, el que hemos denominado SAD tradicional, que correspondería a la modalidad del servicio que han venido prestando las Entidades Locales desde que se implantó en España, financiado con los propios presupuestos municipales o a través del Plan Concertado.
- Por otro lado, el SAD que se presta a quienes tienen reconocimiento oficial de encontrarse en situación de dependencia y optan por obtener el servicio como prestación incluida en el catálogo de la LAPAD. Esta modalidad de SAD cuenta con sus propios requisitos, forma de acceso y fuentes de financiación.
- Por último, está un SAD en el que, mediante los correspondientes acuerdos entre las respectivas CC.AA. y las CC.LL, se han logrado integrar las dos tipologías anteriores.

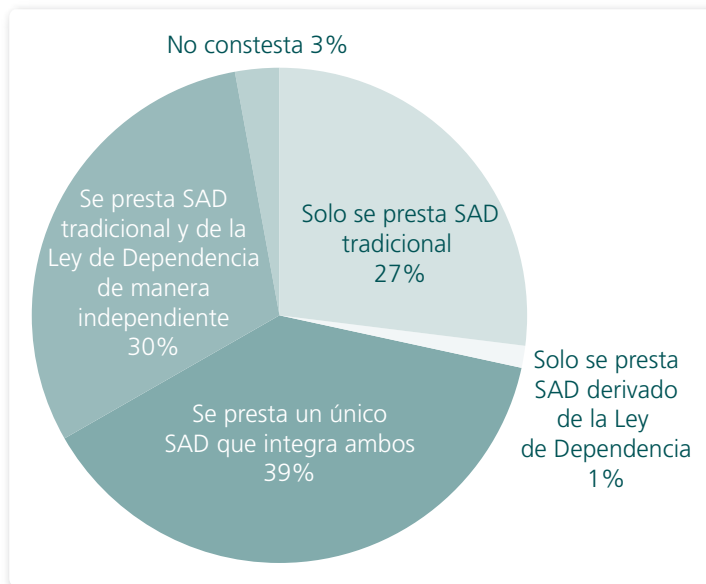
El SAD tradicional y el derivado de la LAPAD se prestan de manera independiente cuando los criterios de acceso y fuentes de financiación se mantienen diferenciados, y se considera SAD integrado cuando se ha producido acuerdo interadministrativo y se han resuelto normativamente las diferencias entre ambas modalidades de prestación.

En el gráfico 9 se muestra la proporción de municipios que prestan los diferentes tipos

de SAD, observándose que son ya mayoría (el 39%) los que prestan un único servicio de SAD que integra el derivado de la LAPAD y el tradicional; otro 30% de los municipios prestan ambas modalidades de manera independiente; y, por último, existe un 27% de los Municipios que participaron en la encuesta que declaran prestar únicamente el SAD tradicional.

Una de las conclusiones que cabe extraer de estos resultados es que prácticamente en la totalidad de los municipios se sigue prestando el SAD tradicional, es decir, el que atiende a personas y familias con independencia de que puedan ser a su vez, o no, beneficiarias de la LAPAD.

GRÁFICO 9. DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE LOS MUNICIPIOS SEGÚN TIPOLOGÍA DEL SAD (N=387).



A este respecto, el cuestionario permitía introducir comentarios que matizasen o añadiesen información a la opción marcada en cuanto al tipo de SAD que se presta en cada entidad local. Los resultados recogidos dibujan, como intuíamos en el diseño, un panorama muy heterogéneo, lo que no resulta nada extraño teniendo en cuenta que la incorporación del SAD como prestación de la LAPAD aún se encuentra, pese a los años transcurridos desde su promulgación, en una fase de transición y acomodo dentro de los servicios sociales de cada C.A., en los que las prestaciones de la Ley se enmarcan.

Y si esto es verdad para todas las prestaciones del catálogo de la LAPAD, aún resulta más difícil su integración cuando se trata del SAD debido a que, hasta ahora, ha sido considerada como una prestación básica de los servicios sociales municipales y,

paradójicamente, la Administración Local no fue considerada como parte integrante de las Administraciones con competencia en la gestión de la LAPAD, lo que ya se señaló como posible hándicap antes de que esta norma fuese aprobada (Rodríguez, 2006).

Entre los comentarios recogidos en las preguntas abiertas del cuestionario de la encuesta se han sistematizado los más repetidos para acabar de perfilar las circunstancias más relevantes relacionadas con estas modalidades de SAD.

#### **Ayuntamientos que prestan SAD tradicional de manera independiente.**

Es incompatible con la Ley de Dependencia (se atiende solo a usuarios que no entran por Dependencia) y se financia a través del Plan Concertado.

En algunas entidades locales manifiestan que la financiación del SAD es totalmente municipal y, en otras, se cofinancia a través del ayuntamiento, la diputación y la C.A.

En determinados casos, sin embargo, se atiende también a personas ya valoradas con la Ley de la Dependencia pero se les presta el SAD sin distinción, como servicio municipal sin considerarlo prestación de la LAPAD.

En algún ayuntamiento, a partir del año 2012, se subvenciona al usuario para que contrate a una empresa autorizada.

#### **Ayuntamientos que prestan SAD derivado de la LAPAD de manera independiente.**

En algunos ayuntamientos, como los de la Comunidad de Madrid, hasta el 21 de abril de 2013 se prestaba el SAD tradicional y el derivado de la LAPAD. Desde el 22 de abril de 2013, los Ayuntamientos ya no atienden el SAD derivado de la Ley de Dependencia, debido a que esta atención ha sido asumida directamente por la Comunidad de Madrid (ahora se prestan ambos tipos de SAD de manera totalmente diferenciada). No obstante, con algunos Ayuntamientos, como el de Madrid, se han convenido fórmulas de acuerdo para que continúe siendo la Administración Municipal la que gestione esta modalidad de SAD.

Se presta en coordinación técnica con y desde los Servicios Sociales Comunitarios.

La financiación proviene, además de los presupuestos de la Comunidad Autónoma, también de los propios usuarios y, en ocasiones, de los Ayuntamientos.

### **Ayuntamientos que prestan SAD integrado.**

En esta modalidad se registran numerosas particularidades que señalan claras diferencias sobre cómo se está realizando la integración del SAD "Tradicional" y el de "Dependencia" en cuanto a financiación, intensidad, criterios de acceso, copago, etc.:

El Servicio de Ayuda a Domicilio es integrado, pero con diferentes criterios de acceso.

Hay diferencias en la financiación de cada una de las dos modalidades de SAD, según si se financia enteramente o no por la Comunidad Autónoma, pero la aplicación de la ordenanza y el procedimiento son los mismos.

El servicio es el mismo y en lo único que difieren es en el sistema de copago por parte de los usuarios.

En función de si existe reconocimiento de dependencia o no, el servicio varía únicamente en la intensidad de horas que se conceden.

La gestión y ejecución son efectuadas de forma integrada, la diferenciación es solo a nivel justificativo.

## **5.5. MODELO DE GESTIÓN.**

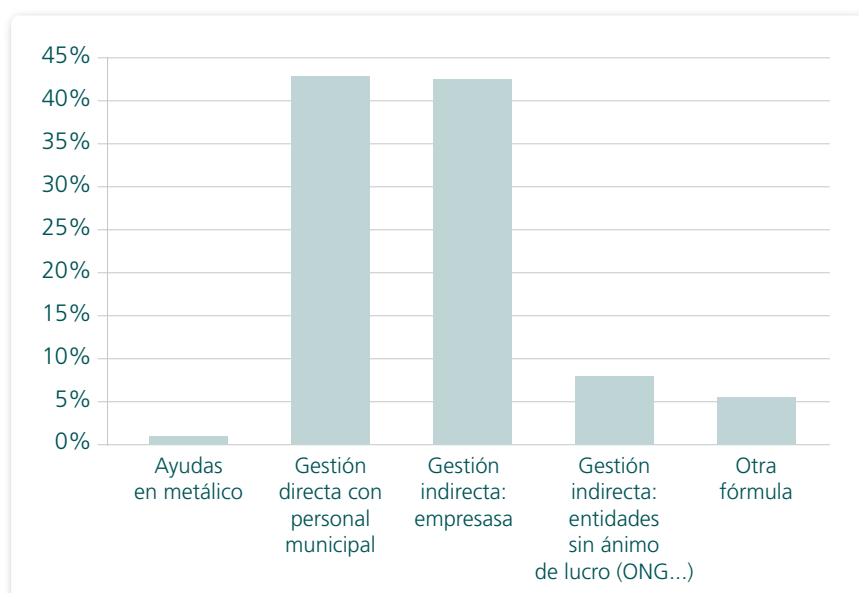
Como forma de establecer la estructura del SAD resulta esencial atender al modelo de gestión por el que se haya optado a la hora de aplicar esta prestación. Como es bien conocido, las modalidades de gestión pueden ser básicamente:

- Gestión directa, el SAD se presta con personal contratado directamente por el Ayuntamiento.
- Gestión indirecta, el SAD se presta a través de entidades ajenas con o sin ánimo de lucro.

- Ayudas en metálico que perciben directamente los usuarios para que éstos adquieran en el mercado los servicios que precisan.

En el Gráfico 10 se puede ver que las respuestas se agrupan prácticamente en dos mitades respondiéndose en el cuestionario que los modelos más utilizados son la gestión directa por el Ayuntamiento y la gestión indirecta a través de empresas.

GRÁFICO 10. FÓRMULAS DE GESTIÓN DEL SERVICIO EN LOS MUNICIPIOS, EN PORCENTAJES.



Llama la atención al observar estas respuestas el alto porcentaje de Ayuntamientos que han señalado como forma de gestión la “directa” cuando sabemos que ésta es una fórmula que está decayendo desde hace años y que pervive de manera residual especialmente en municipios pequeños. En puridad, la gestión directa se denomina así cuando los trabajadores vinculados al SAD, tanto técnicos como auxiliares, son contratados directamente por el propio Ayuntamiento.

Sin embargo, sí existen diferencias que pueden haber llevado a dificultades de interpretación:

- En algunos ayuntamientos la gestión que se encomienda mediante concurso público a entidades ajenas es solo la prestación del servicio en los domicilios por parte de las auxiliares del SAD y su coordinación, reservándose aquéllos la valoración y planificación de las tareas a realizar en cada caso, así como la coordinación, el seguimiento y la

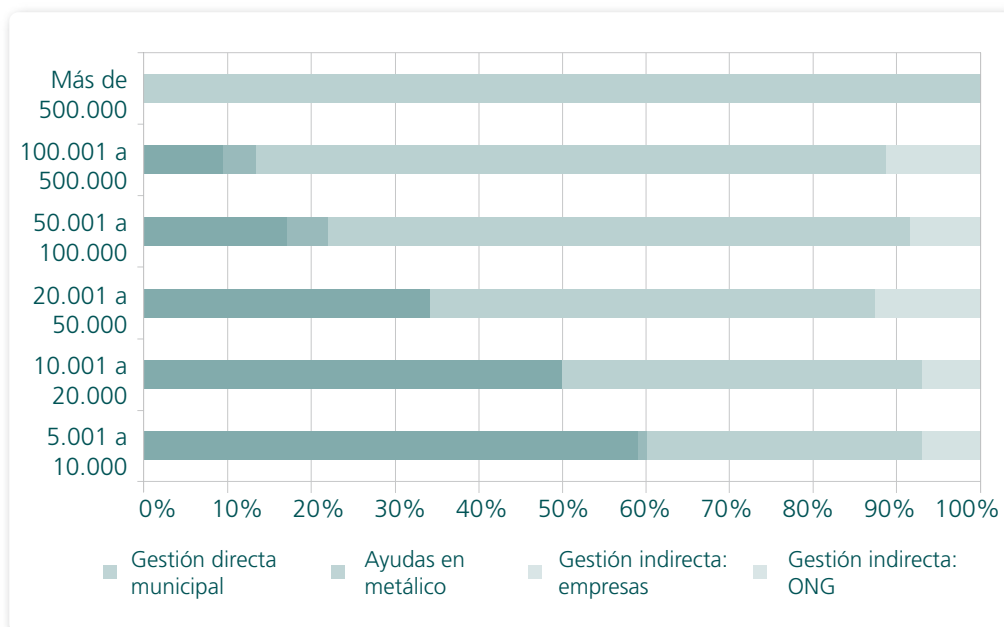
evaluación de resultados. Para estas funciones, los ayuntamientos destinan una parte, que puede llegar a ser importante, de su plantilla de trabajadores o funcionarios.

- En otras Entidades Locales lo que se contrata es la totalidad del Servicio, una vez que la Administración lo concede a los usuarios y fija las horas de atención (planificación de tareas, prestación de las mismas en los domicilios, formación y evaluación).

Al analizar la información recogida en la encuesta en formato de pregunta abierta, y tras algunas aclaraciones posteriores solicitadas a una selección de ayuntamientos, puede deducirse que algunos de los Ayuntamientos han interpretado (y señalado en el cuestionario) que el modelo de gestión es directa cuando sucede la modalidad 1, lo que explica que exista ese alto porcentaje de respuestas.

Lo que sí resulta totalmente congruente con estudios anteriores es que en nuestros resultados la gestión directa del SAD es mucho más frecuente en municipios de menor tamaño (gráfico 11). Cuanto mayor es el tamaño de población, mayor es también la proporción de municipios que tienen una gestión indirecta a través de empresas.

GRÁFICO 11. MUNICIPIOS SEGÚN TRAMOS DE POBLACIÓN Y MODELO DE GESTIÓN.





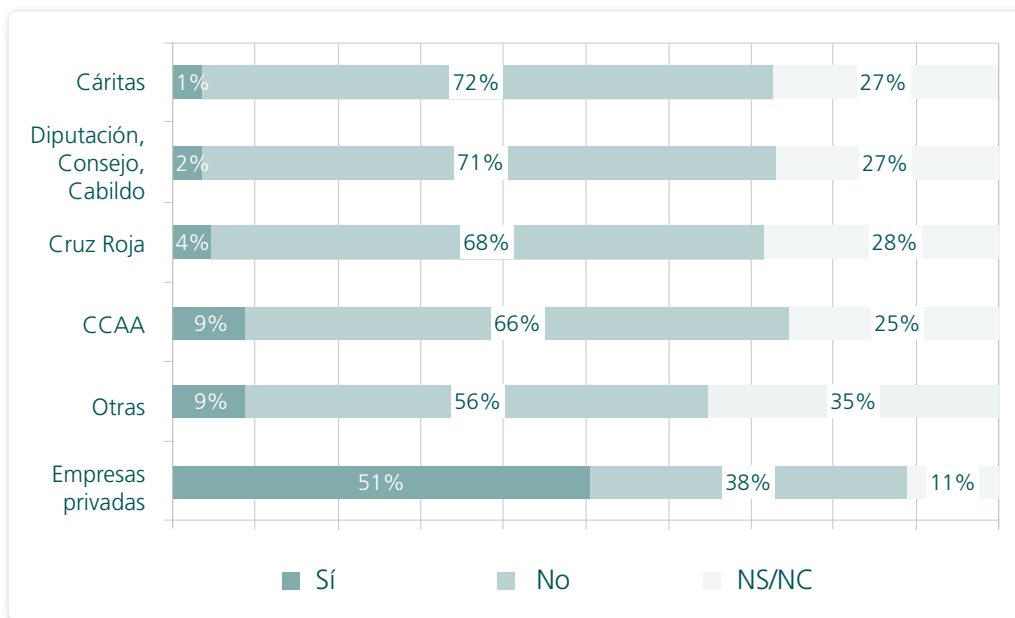
En el cuestionario se contemplaba además una última opción de respuesta enunciada como "otra forma de gestión, indicar cuál" con el fin de recoger la variabilidad de situaciones que se producen según determinados contextos territoriales. Entre las respuestas más mencionadas en este apartado destacan la gestión a través de una empresa pública o municipal, a través de una mancomunidad, de la comarca o de los Consejos Comarcales.

Cuando se informa que la gestión que se realiza es mixta, las formas en las que se materializa la combinación de agentes que intervienen son muy variadas; algunas de las respuestas más repetidas fueron:

- Personal propio y contratos con empresas externas de servicios.
- La gestión y prestación es directa, pero para cubrir fines de semana, festivos y vacaciones hay contratos con entidades ajenas.
- Personal del Ayuntamiento y además ONG para determinadas cuestiones o tareas.
- Servicio externo, pero con seguimiento y funciones del Ayuntamiento.

Con independencia de lo anterior, también se preguntaba en la encuesta sobre las distintas entidades o instituciones que prestan SAD en los municipios además del propio ayuntamiento (empresas privadas, CC.AA., ONG, Diputación / Consejo / Cabildo u otras). Los resultados obtenidos se puede observar en el gráfico 12.

GRÁFICO 12. PROPORCIÓN DE AYUNTAMIENTOS EN LOS QUE LAS ENTIDADES CITADAS PRESTAN O NO SAD.



## 5.6. CONDICIONES DE ACCESO AL SERVICIO.

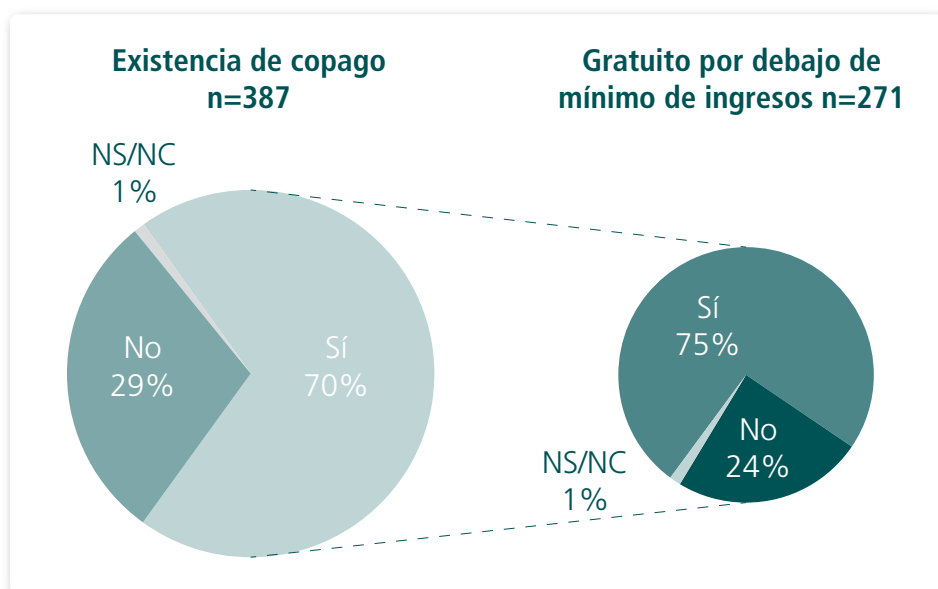
En este apartado se presentan los resultados obtenidos en nuestra encuesta relativos a los elementos que actúan como obstáculos o facilitadores para acceder al SAD prestado por la Administración Local.

Al margen de los requisitos preceptivos para acceder al Servicio, como es obtener un grado de valoración técnica que determine la situación de necesidad, fragilidad o dependencia de las personas o familias potenciales usuarias, se ha pretendido actualizar y analizar qué otros tipos de condiciones existen. Pueden ser las económicas (hasta qué punto se tienen en cuenta los ingresos de los usuarios y si existe o no copago, es decir, la participación de los usuarios en el coste del servicio), o bien calibrar la capacidad del propio sistema para absorber la demanda de este servicio (lista de espera).

### 5.6.1. Copago, gratuidad y participación en el SAD.

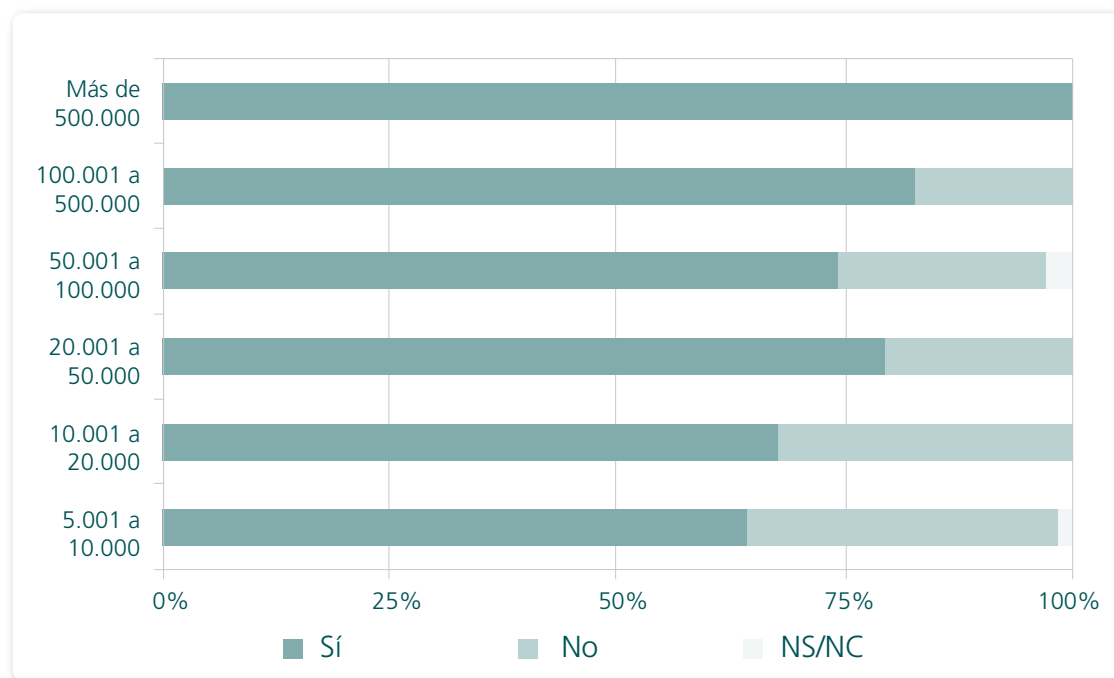
Tal y como se muestra en el gráfico 13, en un 70 % de los Ayuntamientos existe copago. No obstante, entre esos municipios donde se da el copago, un 75% de ellos presta el servicio de manera gratuita cuando en la familia no se alcanza un umbral de ingresos determinado.

GRÁFICO 13. AYUNTAMIENTOS EN LOS QUE EXISTE COPAGO Y DE ÉSTOS, PROPORCIÓN DE LOS QUE PRESTAN SAD GRATUITO POR DEBAJO DE UN MÍNIMO DE INGRESOS.



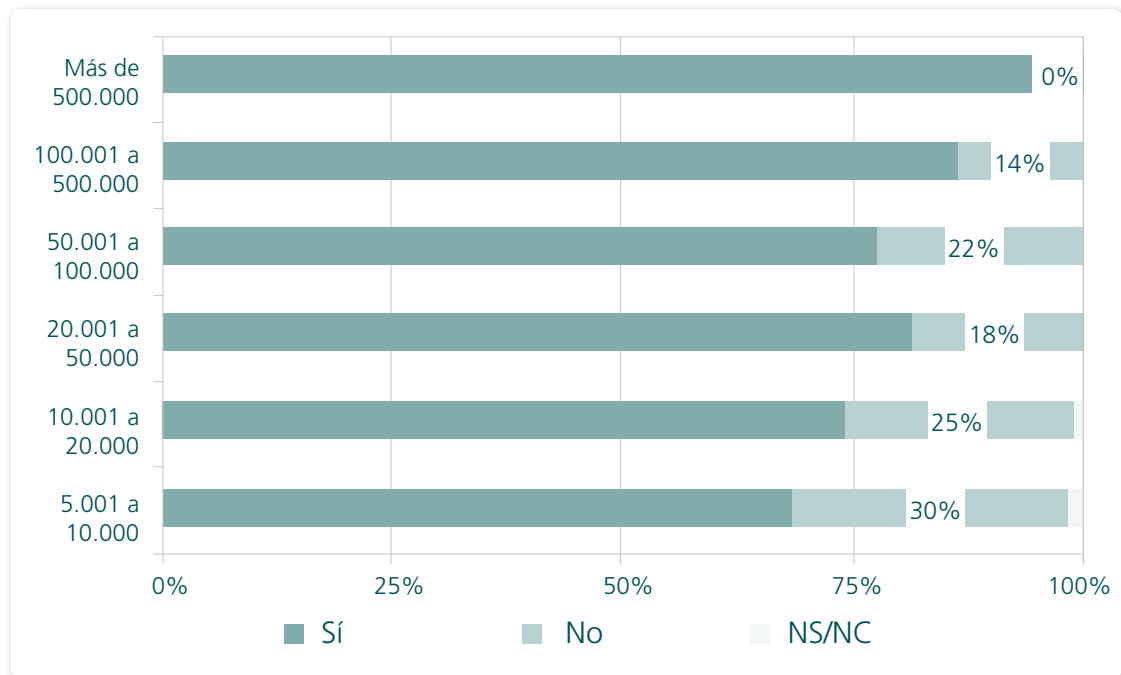
Resulta llamativo a este respecto que aún exista un tercio de entidades locales en las que no se ha establecido ningún sistema de copago, lo que, como puede verse en el gráfico 14, está ligado al número de habitantes, habiéndose registrado que la presencia del copago se va generalizando en los Ayuntamientos más grandes:

GRÁFICO 14. MUNICIPIOS POR TRAMOS DE POBLACIÓN Y PRESENCIA DEL COPAGO.



Con respecto a la gratuidad del Servicio de Ayuda a Domicilio por debajo de un mínimo de ingresos, lo que conecta directamente con su carácter de servicio social básico, haciendo que esté al alcance de las capas de población con menos recursos sin que el nivel de renta sea un impedimento para el acceso al mismo, también crece conforme aumenta el tamaño de los municipios:

GRÁFICO 15. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS EN LOS QUE SE PRESTA SAD DE MANERA GRATUITA POR DEBAJO DE UN MÍNIMO DE INGRESOS (SELECCIONADOS SÓLO AQUELLOS EN LOS QUE EXISTE COPAGO) N=271.



Para analizar las condiciones de participación de los usuarios en el coste del SAD, lo que, sin duda, es también un factor esencial para hacerlo más o menos atractivo a la ciudadanía y determinar así el grado de extensión del Servicio, se han considerado y fueron incorporadas al cuestionario las cuatro alternativas de respuesta siguientes:

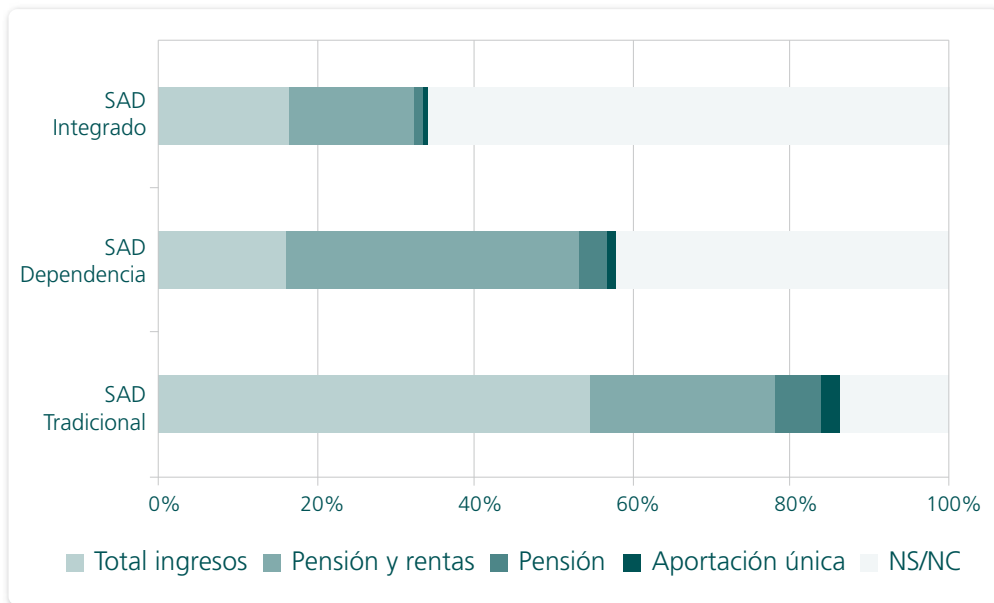
1. Se contempla un tipo de aportación única para todos.
2. Se tiene en cuenta sólo la pensión.
3. Se contempla la pensión más otras rentas de la persona.
4. Se consideran los ingresos totales de la unidad familiar.

Los resultados muestran (gráfico 16) que en el SAD tradicional se tienen en cuenta mayoritariamente los ingresos totales de la unidad familiar para el acceso al servicio, mientras que cuando éste se obtiene como prestación derivada de la LAPAD se considera en

mayor medida la pensión más otras rentas de la persona en situación de dependencia, debido a que, en este caso, es de aplicación la normativa derivada de dicha Ley en lo que se refiere a la participación (copago) de los usuarios.

Esto ocurre así independientemente de los tramos de población que se consideren, pero sí resulta llamativo el alto número de no respuesta que se ha registrado en la encuesta, sobre todo cuando se trata del SAD que se provee como prestación de la LAPAD y, mucho más, cuando el ítem del cuestionario al que se responde se refiere a la modalidad de SAD integrado, lo que resulta indicativo del momento de transición en que todavía se encuentra la incorporación del SAD por dependencia como prestación gestionada desde las Entidades Locales.

GRÁFICO 16. VALORACIÓN DE ORIGEN DE INGRESOS EN AQUELLOS MUNICIPIOS EN LOS QUE EXISTE COPAGO, SEGÚN TIPO DE SAD.



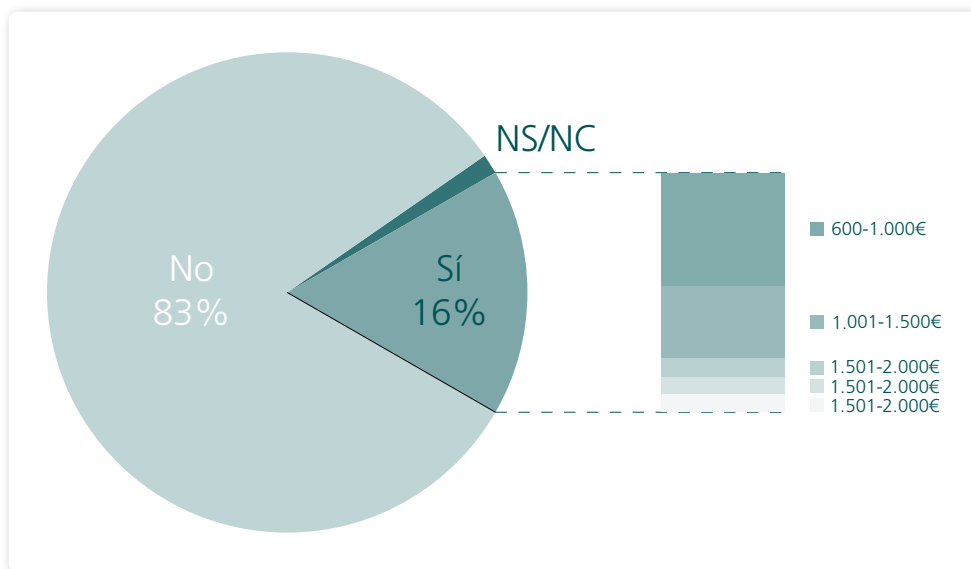
### 5.6.2. Ingresos.

Para estudiar el papel que juegan los ingresos de la persona o de la familia para su acceso al SAD, se ha tenido en cuenta tanto si existe regulación mediante la que se fija un máximo de ingresos para poder optar a recibir la prestación, como, en caso afirmativo, los tramos de renta en los que se sitúa ese tope (gráfico 17).

Con respecto a la primera cuestión, solo un 16% de los Ayuntamientos excluye a la población que supera un determinado nivel de ingresos para acceder al SAD lo que resulta indicativo de que se ha ido generalizando la concepción de servicio público ante situaciones objetivas de necesidad de atención sin considerar la renta para el acceso, aunque sí para el copago. En 1996, el porcentaje de municipios y otras entidades locales que fijaban tope de ingresos era de 41% (IMSERSO 1998)

Pueden observarse también en el gráfico los tramos en los que, cuando existe, se fija el umbral de ingresos, resultando ser mayoritarias las opciones con cuantías más bajas.

GRÁFICO 17. PROPORCIÓN DE MUNICIPIOS CON TOPE DE INGRESOS PARA EL ACCESO AL SAD Y TRAMOS CONSIDERADOS.

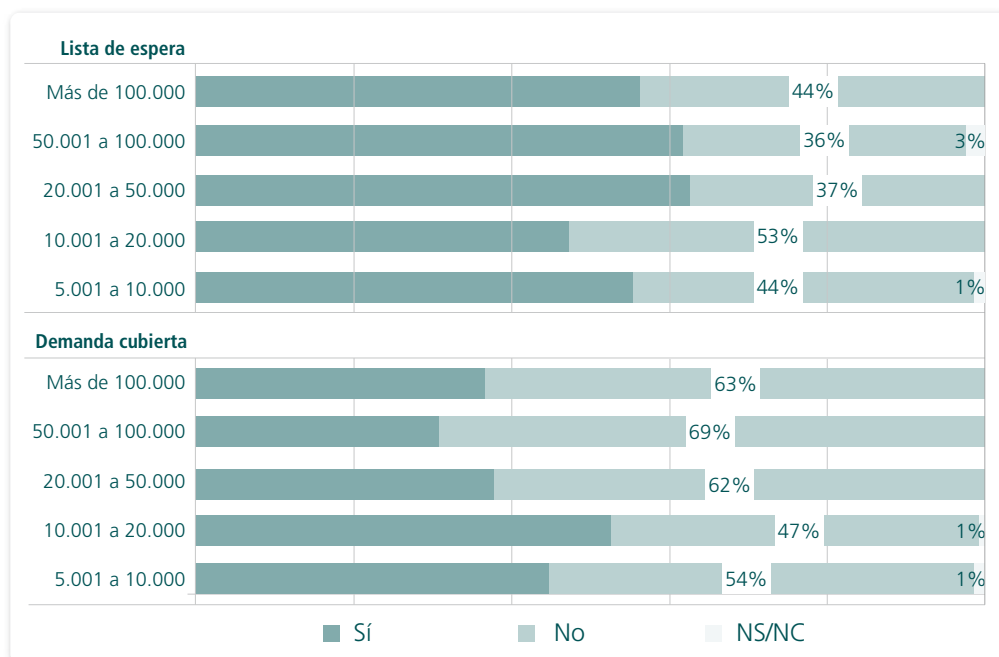


### 5.6.3. Demanda y listas de espera.

De los resultados de la encuesta se extrae que los recursos disponibles son insuficientes para atender todas las peticiones existentes y que, por tanto, no se logra cubrir la demanda y siguen existiendo listas de espera para el SAD en una parte de los municipios, si bien son la mayoría los que no la tienen, lo que contrasta con resultados de años anteriores. Si se tiene en cuenta, por otra parte, que los presupuestos para servicios sociales en general y para el SAD en particular han ido reduciéndose durante los últimos años, aún resulta más llamativo que las listas de espera se estén reduciendo, lo que parece ser un indicador de que este servicio está perdiendo atractivo entre sus potenciales destinatarios.

Al comparar los datos por tamaño del municipio se observa que aquéllos con un tamaño población intermedio (los que se encuentran en los tramos que van de 20.001 a 50.000 y 50.001 a 100.000 habitantes) obtienen mejores resultados en cuanto a demanda cubierta o, lo que es lo mismo, una mayor proporción de Municipios sin listas de espera.

GRÁFICO 18. PROPORCIÓN DE DEMANDA DEL SERVICIO CUBIERTA POR EL MUNICIPIO, EN TRAMOS DE HABITANTES.



## 5.7. SERVICIOS DE PROXIMIDAD COMPLEMENTARIOS AL SAD.

Con la expresión de “servicios de proximidad complementarios” nos estamos refiriendo a una serie de prestaciones diversas que se complementan con los cuidados personales y apoyo en las AVDs, que es la prestación medular de la ayuda a domicilio que se planifica por los técnicos y se realiza por las auxiliares del SAD.

Con tales servicios se refuerza también el objetivo principal de este Servicio, que es mantener a la persona usuaria en su domicilio ofreciéndole una serie de apoyos, muchos de ellos con un coste más eficiente que la prestación personal clásica del SAD. Los servicios de proximidad más comunes son:

- Comidas a domicilio.
- Lavandería a domicilio.
- Adaptaciones del hogar (para suprimir barreras y adaptar el domicilio a las discapacidades de las personas).
- Productos de apoyo.
- Atención profesional especializada (psicólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapia, etc.).
- Peluquería, podología y otros servicios a domicilio.
- Transporte accesible o ayudas económicas para compensar los gastos extraordinarios de transporte.

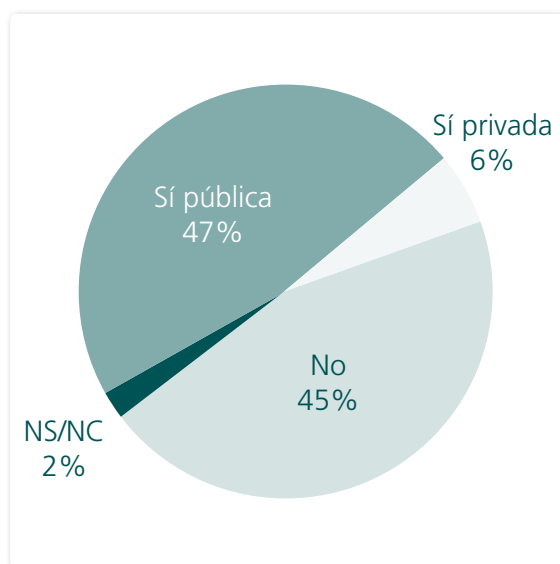
### ***5.7.1. Desarrollo de los Servicios de proximidad.***

En cerca de la mitad de los Ayuntamientos encuestados se ofrece algún o algunos Servicios Complementarios del tipo de los enunciados con subvención pública, si bien es cierto que en otra importante proporción (45%) no existen, y en un 6% de los casos se ofrecen pero, desde el conocimiento que tienen en esa proporción de Ayuntamientos, son ofertados de manera privada.



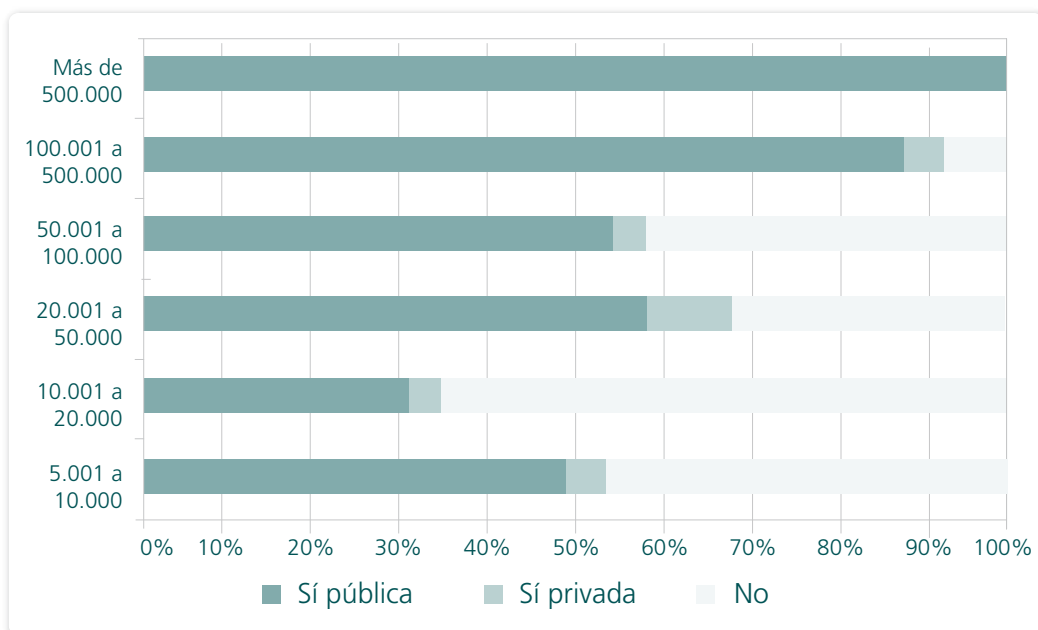
## LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

GRÁFICO 19. MUNICIPIOS QUE OFRECEN SERVICIOS DE PROXIMIDAD COMPLEMENTARIOS AL SAD.



Aunque las proporciones puedan oscilar algo, la comparación de estos resultados entre municipios según su número de habitantes muestra que a medida que se incrementa el tamaño, más proporción de municipios prestan servicios de proximidad financiados públicamente, si bien con escasa cobertura.

GRÁFICO 20. OFERTA DE SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DE PROXIMIDAD SEGÚN TRAMO DE HABITANTES DEL MUNICIPIO.

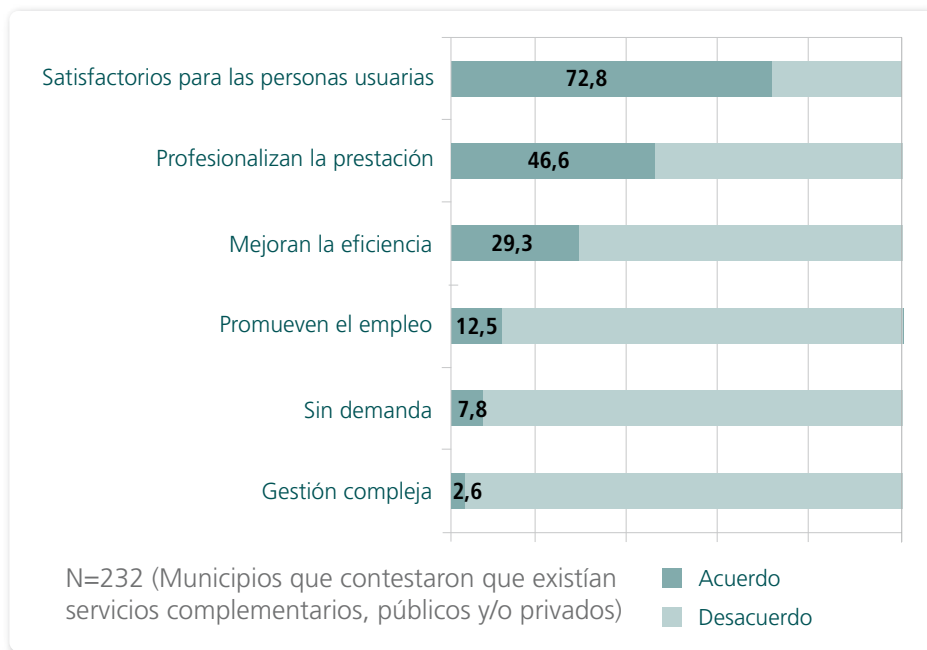


Los servicios de proximidad que cuentan con mayor número de usuarios, según informaron los municipios que cuentan con ellos, son las compensaciones por gastos de transporte, seguidos de las comidas a domicilio.

### 5.7.2. Futuro de los Servicios de proximidad complementarios.

La opinión emitida desde los municipios que disponen de estos servicios es muy positiva con respecto a los mismos. La más frecuente es *que son muy satisfactorios para los usuarios (72%)*, seguida de *que ayudan a profesionalizar más la prestación personal del SAD al liberar a las auxiliares/trabajadores familiares de tareas domésticas o mejorar las de atención personal (44%)*. Véase en el gráfico 21 el repertorio de respuestas entre las que se debía responder sobre acuerdo o desacuerdo:

GRÁFICO 21. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS QUE MANIFIESTAN ACUERDO CON LAS AFIRMACIONES REFERIDAS A LOS SERVICIOS COMPLEMENTARIOS.



El cuestionario permitía que, en cada una de estas opciones de respuestas pudiera complementarse con comentarios que enriquecieran la variedad de opiniones. Se muestra a continuación una selección de las más mencionadas.

**Que son muy satisfactorios para los usuarios.**

“Sobre todo las comidas a domicilio y la lavandería”.

“Estos Servicios complementan de manera muy adecuada la atención personal domiciliaria, ya que ésta es por sí sola insuficiente para las diversas necesidades que tienen las personas y/o familias para poder mantenerse en su vivienda habitual en las condiciones óptimas que puedan obtenerse de cara a su independencia y autonomía”.

“En general, la oferta y la demanda de estos servicios se produce en el ámbito privado y los ciudadanos lo viven como una alternativa al SAD cuando no disponen del servicio”.

En algunos ayuntamientos se opina que “algunos de estos servicios de proximidad debieran ser gratuitos”.

**Que ayudan a profesionalizar más la prestación personal del SAD al liberar a las auxiliares de tareas domésticas o mejorar las de atención personal**

“En términos de eficiencia, conviene su generalización por la oportunidad que estos servicios ofrecen a los/ trabajadores/as del SAD de liberarles de tiempo para desarrollar otro tipo de tareas”

**Que son un instrumento para la mayor eficiencia y el coste beneficio del SAD**

“Sobre todo algunos, como los productos de apoyo y la adaptación de viviendas, porque disminuyen la dependencia funcional y el esfuerzo físico en los cuidados y, por tanto, reducen el riesgo laboral del profesional de intervención directa, a la vez que disminuye el riesgo de accidentes domésticos”.

**Otra alternativa:**

Algunos Ayuntamientos, que carecen de ellos, señalan que “echamos en falta servicios de atención psicológica y prestaciones para llevar a cabo reparaciones y adaptaciones en el hogar”.

Otra de las preguntas del cuestionario se dirigía a recoger la opinión de los técnicos sobre el futuro de los Servicios de proximidad complementarios, y en concreto, sobre la previsión de implementación de éstos en su ayuntamiento. De los resultados reflejados (tabla 4) se puede volver a extraer la visión positiva que se tiene de los Servicios de proximidad complementarios a la prestación clásica del SAD, ya que las razones que son invocadas acerca de la previsión de implementarlos son, sobre todo, de índole económica y dependen de la existencia de financiación.

TABLA 4. PREVISIÓN IMPLEMENTACIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS (CADA AYUNTAMIENTO SÓLO PUEDE SEÑALAR UNA RESPUESTA).

PREVISIÓN IMPLEMENTACIÓN	% entidades
No, porque no tenemos presupuesto	29%
No, porque no hay demanda	15%
No, porque es mejor la atención tradicional	3%
Sí, cuando tengamos financiación	29%
Otra razón	15%
Ns/nc	9%

Si volvemos a comparar las respuestas a esta cuestión según el tamaño de los municipios (tabla 5), parece haber menos confianza de que lleguen a implantarse en los Ayuntamientos de menor población al no tener presupuesto, mientras que en los de mayor población la percepción es que se implantarán cuando tengan financiación para ello. También se puede observar una percepción de demanda inferior en los municipios más pequeños:

TABLA 5. PREVISIÓN IMPLEMENTACIÓN SERVICIOS COMPLEMENTARIOS SEGÚN TAMAÑO DE MUNICIPIO.

	Más de 100.000	50.001 100.000	20.001 50.000	5.001 10.000	10.001 20.000
No (sin demanda)	5%	9%	10%	18%	18%
No (atención tradicional)	0%	4%	0%	5%	3%
No (sin presupuesto)	10%	18%	25%	32%	33%
Sí (con presupuesto)	50%	36%	37%	22%	29%
Otra razón	16%	23%	17%	13%	14%
Sin dato	19%	10%	12%	10%	4%

Algunos de los comentarios recogidos en los espacios abiertos del cuestionario para aclarar la respuesta seleccionada fueron:

**No existe previsión de implementarlos, porque no hay demanda.**

Determinados Ayuntamientos arguyen que *“no se ha detectado la existencia de demanda ni parece existir interés en este tipo de servicios bajo la fórmula del copago, resultando atractivos solo en el caso de gratuidad”*.

Se invocan razones como *“la dispersión geográfica y orográfica del territorio municipal, la renta per cápita media de los mayores y la idiosincrasia local en cuanto a la costumbre de preparación de los alimentos como las que más influyen en que no se demande, en concreto, la comida a domicilio”*.

Aunque en algunos ayuntamientos se menciona que *“la demanda de los productos de apoyo es puntual y solo se produce en casos muy aislados”*, contrasta esta opinión con la de otros en los que *“se considera esencial este tipo de ayudas técnicas”*.

**No ofrecemos servicios de proximidad porque no tenemos presupuesto.**

Son numerosos los Ayuntamientos que hacen referencia a la *“falta de recursos económicos y de financiación para desarrollar este tipo de servicios, dado que el coste resultante para los usuarios sería mucho mayor del que pueden aportar a través de copago”*.

También se hace referencia a que en estos momentos de crisis y de recortes, *“la política actual se orienta a conseguir mantener el presupuesto, o incluso reducirlo”*.

En esta misma línea, se recogen comentarios acerca de que *“no se prevén ampliaciones en la prestación, ya que todo el esfuerzo está centrado en el mantenimiento del servicio actual, tratando de evitar reducciones a pesar de la menor disposición de financiación”*.

**Sí tenemos previsto ofrecer servicios de proximidad, cuando tengamos financiación.**

La inmensa mayoría de comentarios y aclaraciones realizadas por los técnicos en torno a esta respuesta, se centran en la enumeración de servicios que identifican como prioritarios en su municipio y, por lo tanto, que consideran son los idóneos para implantar una vez cuenten con financiación para ello. Componen éstos un repertorio muy heterogéneo y amplio, que está en coherencia con la realización de intervenciones de carácter integral para lograr los objetivos del SAD dirigidos a lograr la permanencia en el domicilio en condiciones de calidad de vida, sin olvidar las actuaciones preventivas.

Entre los servicios citados figuran, además de los más clásicos como comidas y lavandería a domicilio, adaptaciones del hogar, transporte, productos de apoyo, otros tales como:

- *Dispositivos de localización para personas con demencia.*
- *Apoyos extraordinarios a personas en situación de vulnerabilidad.*
- *Atención preventiva para personas mayores en centros municipales.*
- *Limpezas de choque en el domicilio.*
- *Servicios de peluquería y de podología.*
- *Asesoramiento y apoyo por parte de terapeutas ocupacionales que realicen una valoración sobre las necesidades de la persona y de la vivienda en el propio domicilio en relación con la accesibilidad, ofreciéndole los productos de apoyo que requieran, con visitas de seguimiento para enseñarles el uso de los productos y valoración del impacto.*
- *Disponer de un equipo multidisciplinar de profesionales para realizar intervenciones en los domicilios ajustadas en los casos de necesidad detectados, por ejemplo, personas encamadas. El equipo debería estar formado por profesionales de la psicología, la terapia ocupacional y la fisioterapia.*
- *Comedor social para personas mayores de 65 años.*

*- Integrar todos los servicios en un solo centro para poderlos gestionar mejor y desde una perspectiva integral.*

*- Programas de Respiro Familiar, de Formación y Seguimiento del Cuidador.*

*- Centro de Día.*

*- Auxiliares para tareas de acompañamiento dentro y fuera del hogar.*

**Otra razón por la que no se ofrecen servicios de proximidad.**

Los comentarios son muy numerosos pero, de modo sintético, puede decirse que se centran en torno a las siguientes ideas:

“No hay demanda o no se ha estudiado suficientemente su idoneidad para implantarlos cuando se disponga de recursos”.

“En este momento están realizando estudios y proyectos experimentales fruto de los cuales sí se prevé una diversificación de los servicios a domicilio”.

“A causa de la crisis económica y de la falta de presupuesto se ha prescindido de algunos servicios complementarios que existían antes”.

“Los servicios de proximidad solo se prestan cuando son fruto de las mejoras gratuitas ofertadas por las empresas e incluidas en los correspondientes pliegos. Los más comunes son: podología, productos de apoyo (grúas, camas...), etc.”

“Está previsto implementar determinados Servicios a partir del próximo ejercicio”.

“Está pendiente la toma de decisiones sobre esto en función de la nueva Ley de Reforma de las Administraciones Locales”.

“Los servicios complementarios mencionados son gestionados directamente por la Comunidad Autónoma, interviniendo el Ayuntamiento únicamente en su gestión o tramitación”.

### 5.7.3. El futuro de las tareas domésticas.

Teniendo en cuenta que en los países de nuestro entorno se está tratando de contener el gasto social, esto afecta también al SAD. Existen varias fórmulas para restringir el acceso a este servicio, como limitarlo a quienes precisan de atención personal por su situación de dependencia y pasando a concebir las tareas domésticas como un servicio complementario sujeto a mayor copago. Teniendo en cuenta la discusión que existe en el ámbito internacional en torno a las tareas domésticas (y más adelante volveremos sobre ello), en la fase de diseño del cuestionario de nuestra encuesta incluimos un apartado para recoger las opiniones de los técnicos municipales sobre la evolución futura que, en su opinión, puede tener esta cuestión.

En general, si bien se reconoce la existencia de un debate en el que unos cuestionan y otros no la pervivencia de las tareas domésticas al haber dejado de ser la prestación central del SAD y considerar necesaria la reducción de costes, la opinión predominante resulta favorable, independientemente del tamaño de los municipios, a que las tareas domésticas continúen en el futuro formando parte de las prestaciones del SAD público, debido a que, a través de su realización, se favorecen la independencia y la autonomía de las personas beneficiarias del servicio. No obstante, también se muestran mayoritariamente partidarios de que hubiese dos perfiles de trabajadores y dos costes diferenciados, según si el SAD es para Asistencia Personal o para Tareas Domésticas (tabla 6).

TABLA 6. OPINIÓN SOBRE LAS TAREAS DOMÉSTICAS EN EL SAD SEGÚN TAMAÑO DE MUNICIPIO.

	5.001 10.000	10.001 20.000	20.001 50.000	50.001 100.000	100.001 500.000	Más 500.000	TOTAL
Debería orientarse hacia servicios de proximidad	8%	7%	7%	4%	4%	0%	7%
Deben permanecer, favorecen la independencia y autonomía	51%	65%	45%	52%	66%	75%	54%
Deben desaparecer, el precio de la hora resulta ineficiente	1%	3%	1%	4%	2%	0%	2%
Perfiles de trabajadores y costes diferenciados	36%	25%	44%	35%	28%	25%	34%
Ns/nc	4%	1%	2%	5%	0%	0%	3%



## 5.8. FINANCIACIÓN Y COSTE DEL SAD.

Para analizar la financiación del Servicio de Ayuda a Domicilio, se abordaron cuestiones como la evolución presupuestaria a lo largo del período 2000-2012, las fuentes de financiación (si es del propio presupuesto municipal o de otra C.L., la Comunidad Autónoma o los propios usuarios a través de copago), y el coste (tanto el coste real del servicio, por hora; como el precio público, también por hora).

Se hace necesario señalar que la obtención de los datos económicos no ha estado exenta de dificultades, entre otras cosas porque muchos municipios carecen de información fidedigna sobre este extremo, sobre todo cuando los datos se refieren a ejercicios económicos más remotos, como puede ser el quinquenio 2000-2005, por lo que a medida que los técnicos tenían que retroceder en el tiempo en su búsqueda de información, iba reflejándose un menor número de respuestas. En consecuencia, los datos que se ofrecen en este apartado han de tomarse con precaución, teniendo sobre todo una utilidad orientativa.

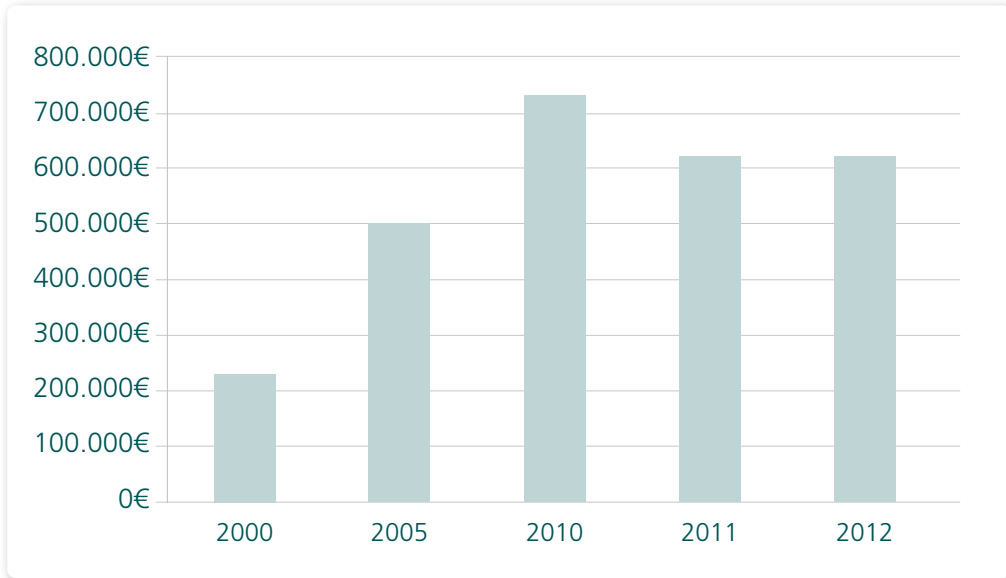
### 5.8.1. Evolución presupuestaria de los Servicios Sociales:

Como puede observarse en la tabla 7 y en el gráfico 22, el presupuesto medio de los ayuntamientos para los Servicios Sociales tiene una progresión creciente hasta 2010. Al año siguiente, en 2011, se registra una disminución abrupta, que coincide con el segundo periodo de crisis económica.

TABLA 7. PRESUPUESTO TOTAL CONSOLIDADO DE GASTOS PARA LOS SERVICIOS SOCIALES MUNICIPALES (EUROS) (AÑO 2000-2012).

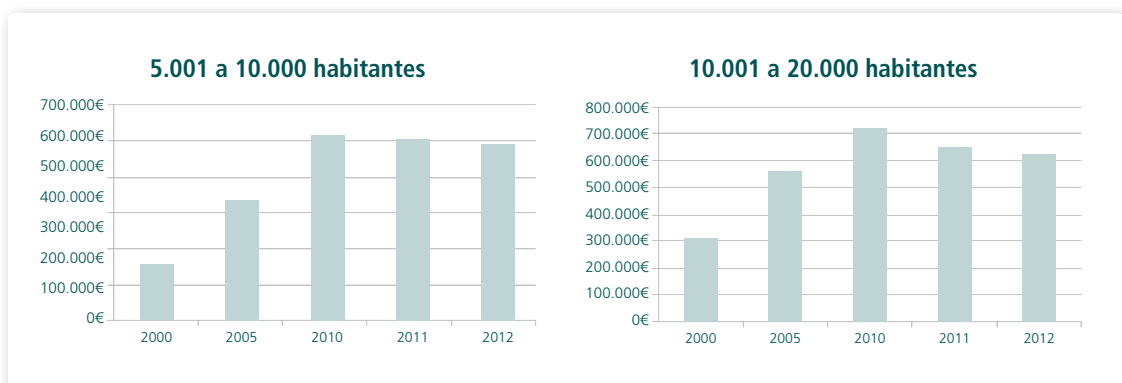
AÑO	Mediana	Respuestas	s/datos
2000	231.784 €	120	267
2005	503.286 €	188	199
2010	734.600 €	257	130
2011	622.171 €	274	113
2012	623.776 €	292	95

GRÁFICO 22. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO TOTAL CONSOLIDADO DE GASTOS PARA LOS SERVICIOS SOCIALES. (INDICADOR REPRESENTADO= MEDIANA) (AÑO 2000-2012).

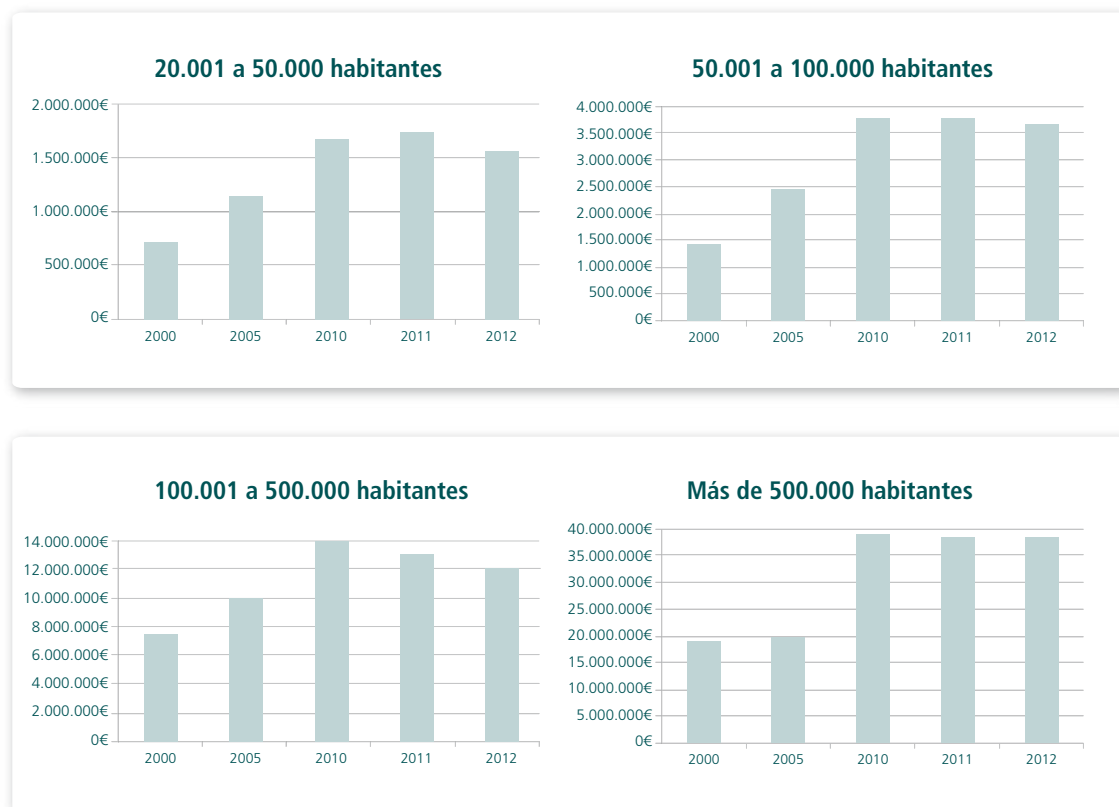


La evolución del presupuesto medio para los Servicios Sociales Municipales durante el mismo período según los diferentes tramos de población de los municipios se muestra en el gráfico 23 (nótese que el eje vertical primario de cada gráfico muestra una escala ajustada a las cantidades propias de cada tamaño de municipio):

GRÁFICO 23. EVOLUCIÓN PRESUPUESTO TOTAL CONSOLIDADO DE GASTOS PARA LOS SERVICIOS SOCIALES SEGÚN TAMAÑO DE MUNICIPIO (INDICADOR REPRESENTADO= MEDIA).



## LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO



### 5.8.2. Evolución presupuestaria del Servicio de Ayuda a Domicilio:

La evolución del presupuesto destinado al SAD difiere de la que se dibujaba al analizar el correspondiente a Servicios Sociales en general; en primer lugar porque el descenso presupuestario es menor; pero, además, en este caso la caída se registra entre el 2011 y 2012, siendo las medianas de 2011 y 2010 prácticamente iguales (tabla 8).

Del año 2000 al 2005, el presupuesto destinado al Servicio de Ayuda a Domicilio aumentó un 64% en los Ayuntamientos estudiados, mientras que en el segundo período (2005-2010), este aumento es del 86%.

El impacto de la crisis y de la implantación progresiva de las prestaciones derivadas de la LAPAD no se deja ver en la evolución presupuestaria hasta el año 2011, cuando se empieza a reducir la inversión en los presupuestos municipales del Servicio de Ayuda a Domicilio, considerándolos en su totalidad. Del año 2010 al 2011 parece que los presupuestos del SAD aguantan, pues la reducción es sólo del 0,5%; no obstante, en el siguiente ejercicio (del 2011 al 2012), esta minoración fue del 13%.

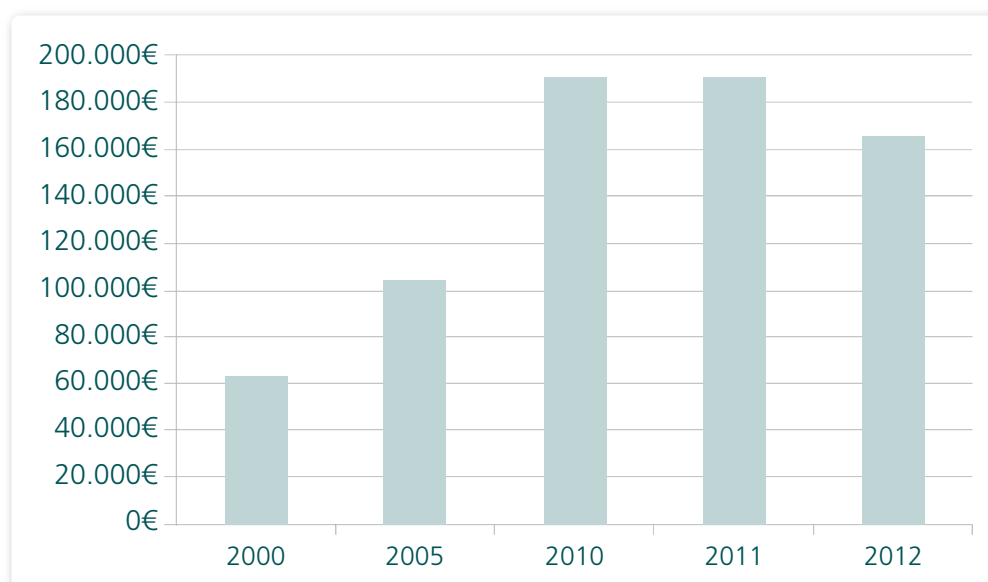
El comportamiento que muestra la media vuelve a indicar que, para el caso del SAD, el descenso de presupuesto se situaría en 2012, momento en el que se registró una caída del 6%.

Este mismo comportamiento se repite en las curvas que dibujan la evolución de las medianas por tamaño de municipio (gráfico 25), salvo en aquellos que tienen entre 50.000 y 500.000 habitantes, donde el presupuesto destinado al SAD ha seguido una línea ascendente.

TABLA 8. PRESUPUESTO TOTAL CONSOLIDADO DE GASTOS PARA EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (EUROS).

AÑO	Mediana	Respuestas	s/datos
2000	62.506 €	117	270
2005	102.779 €	192	195
2010	191.000 €	267	120
2011	190.000 €	284	103
2012	165.000 €	329	58

GRÁFICO 24. EVOLUCIÓN PRESUPUESTO TOTAL CONSOLIDADO DE GASTOS PARA EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (EUROS) (INDICADOR MOSTRADO = MEDIANA).



## LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Finalmente, como puede verse en la representación gráfica 25 de la evolución del presupuesto medio para el Servicio de Ayuda a Domicilio (Años 2000-2012), según los diferentes tramos de población de los municipios, puede extraerse cómo la reducción presupuestaria no se ha producido de manera homogénea en todos los ayuntamientos:

GRÁFICO 25. EVOLUCIÓN DEL PRESUPUESTO TOTAL CONSOLIDADO DE GASTOS PARA EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO SEGÚN TAMAÑO DE MUNICIPIO (INDICADOR REPRESENTADO = MEDIA).



En este sentido, parece que desde los Ayuntamientos se hizo un especial esfuerzo para mantener el Servicio de Ayuda a Domicilio ya que, a pesar de las dificultades económicas, los presupuestos cayeron sólo un 0,5 % del año 2010 al año 2011 (tomando como referencia la mediana) y, de forma global, incluyendo 2012, el Servicio de Ayuda a Domicilio ha soportado un 1,25% menos de caída con respecto al Presupuesto de los Servicios Sociales.

### 5.8.3. Fuentes de financiación.

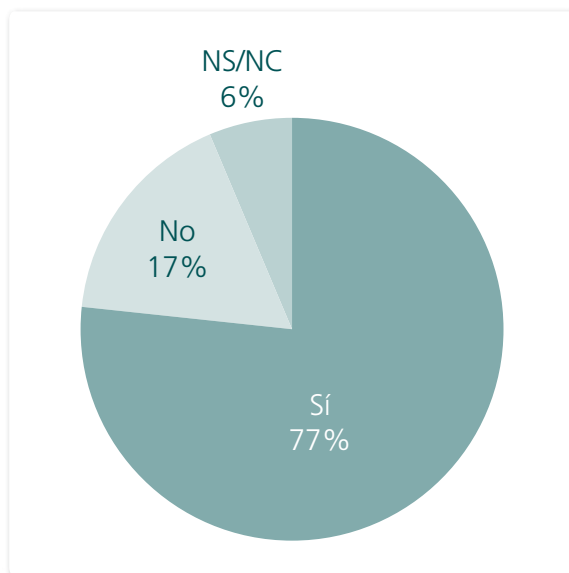
Con respecto a las fuentes de financiación y su cuantía (sin tener en cuenta el gasto realizado por las CC.AA.), en lo referido exclusivamente al Servicio de Ayuda a Domicilio municipal, la principal fuente de financiación es el propio Ayuntamiento, seguida de la proveniente de la Diputación. La fuente de financiación que menor peso tiene es la que se produce a través de copago (tabla 9).

TABLA 9. PRESUPUESTOS PARA EL SAD SEGÚN FUENTE DE FINANCIACIÓN DE LAS CCLL, 2011.

	Mediana	Respuestas	s/dato
Del presupuesto municipal	91.760	298	89
De Diputación, Cabildo o Consejo Insular	35.175	190	197
De los usuarios (copago)	18.000	189	198
Otras	74.332	103	284

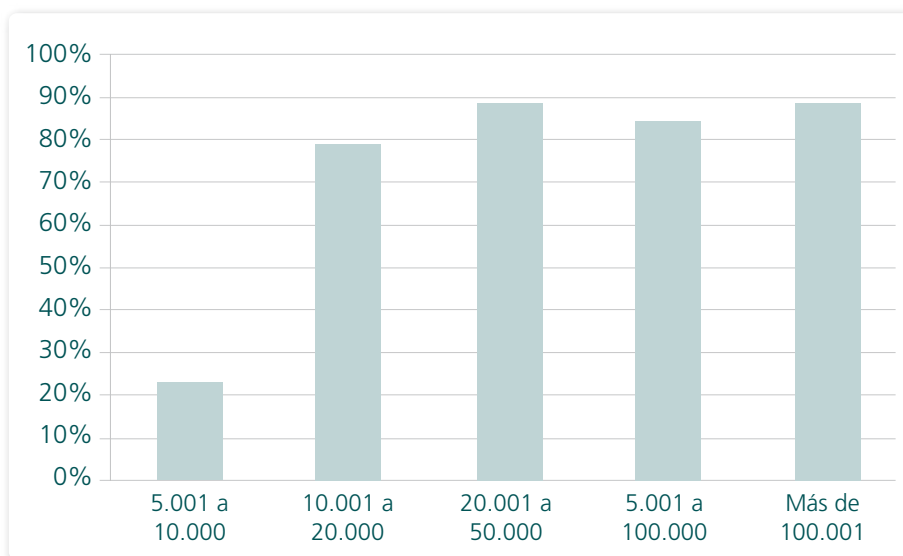
Con respecto a la existencia de financiación por parte de las comunidades autónomas, éstas contribuyen al sostenimiento del Servicio de Ayuda a Domicilio, según los resultados de nuestra encuesta, en un 77% de los Ayuntamientos.

GRÁFICO 26. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS EN LOS QUE LA CC.AA. APORTA FINANCIACIÓN PARA EL SAD.



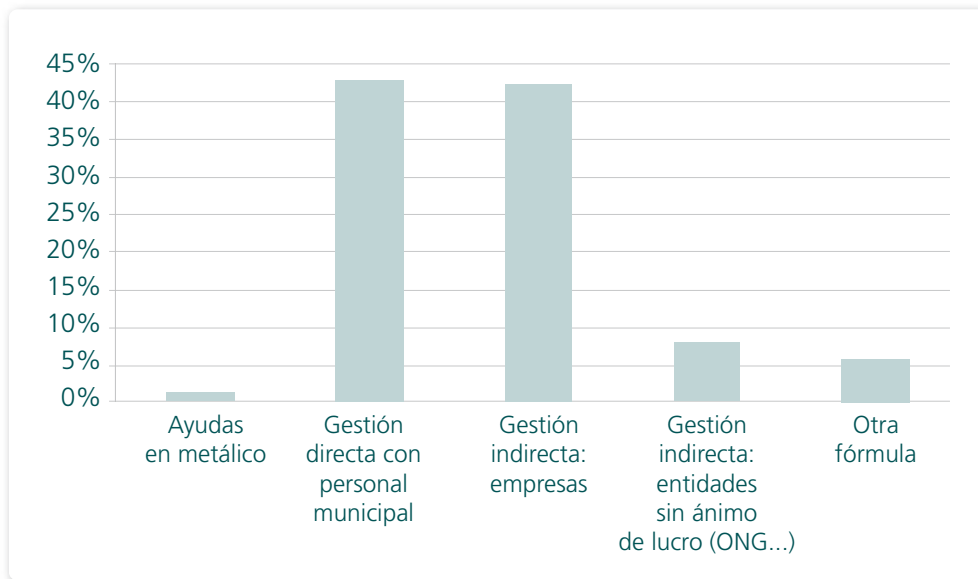
Al cruzar este dato por el tamaño de municipio (gráfico 27) se observa cierta tendencia a que cuanto mayor es el tamaño de población, mayor proporción de municipios obtienen financiación de las CC.AA. Existe un menor apoyo por parte de las CC.AA. a los municipios pequeños, previsiblemente por el apoyo dado a los mismos desde las Diputaciones.

GRÁFICO 27. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS QUE RECIBEN FINANCIACIÓN DE LA CC.AA. PARA EL SAD, POR TRAMOS.



Las cuantías que aportan las CC.AA. por tipo de SAD, como era de esperar con la entrada en vigor de la LAPAD, se han centrado en financiar el SAD que se encuentra dentro del catálogo de prestaciones derivadas de esta norma, limitándose de manera relevante su aportación para atender las situaciones de necesidad ajenas a la dependencia funcional.

GRÁFICO 28. CUANTÍA APORTADA POR LA CCAA SEGÚN EL TIPO DE SAD (VALOR REPRESENTADO = MEDIANA).



#### 5.8.4. Coste y precios públicos del Servicio.

Con respecto al coste del SAD municipal, la mayor dificultad a la hora de obtener los datos y tratarlos ha consistido en cómo han sido interpretados y computados determinados conceptos, sobre todo lo relativo a gastos corrientes y de personal o recursos compartidos con otras áreas municipales. En el coste se han incluido todos los gastos (salarios, soporte técnico, gastos adicionales y de gestión municipal), y se ha distinguido entre dos conceptos: el coste real, expresado en coste/hora, y el precio público, menor que el coste porque una parte de éste está subvencionado, siendo este último el que se aplica para calcular el importe que deben pagar los usuarios.

Como puede observarse en la tabla 10, según esta encuesta el coste medio de la hora del SAD se sitúa en 16 euros, mientras que el precio público medio es de 10 euros. Y si tomamos como indicador más ajustado la mediana, se obtiene un coste por hora de 14,67 euros y un precio público de 11,00 euros, siendo en este último caso la subvención que se aplica por cada hora de prestación de 3,67 euros.



TABLA 10. COSTE POR HORA Y PRECIO PÚBLICO POR HORA.

	Coste por hora	Precio público por hora
<b>Media</b>	<b>16,01</b>	<b>10,13</b>
<b>Mediana</b>	<b>14,67</b>	<b>11,00</b>
No válido	319	233
s/dato	68	154

Cruzando el coste real por tamaño de los municipios (tabla 11), los datos reflejan que en los Ayuntamientos más pequeños (5.001-10.000 Hab.) el coste hora del SAD es menor, lo que sin duda está influido por la renta media a nivel rural, inferior a la urbana. Según los datos que se han recogido en la encuesta, el coste hora del SAD va aumentando progresivamente a medida que aumenta el tamaño del municipio.

TABLA 11. COSTE POR HORA DE SAD SEGÚN EL TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS (EUROS).

	5.001 10.000	10.001 20.000	20.001 50.000	50.001 100.000	Más 100.001
<b>Media</b>	<b>15,1</b>	<b>16,5</b>	<b>16,2</b>	<b>16,7</b>	<b>18,4</b>
<b>Mediana</b>	<b>13,9</b>	<b>14,3</b>	<b>15,3</b>	<b>15,4</b>	<b>16,7</b>
Desviación típica	6,1	10,6	4,7	7,5	11,7
s/dato	157	106	81	25	18

Por otra parte, y en cuanto se refiere al precio público, apenas existen diferencias entre los ayuntamientos según tamaño del municipio, apuntándose una ligera tendencia creciente en los mayores, que no llega en la mayoría a significar ni siquiera un punto de diferencia según los valores recogidos .

TABLA 12. PRECIO PÚBLICO POR HORA DE SAD SEGÚN EL TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS (EUROS).

	5.001 10.000	10.001 20.000	20.001 50.000	50.001 100.000	100.001 500.000	Más de 500.000
<b>Media</b>	<b>10,2</b>	<b>10,0</b>	<b>9,6</b>	<b>11,1</b>	<b>10,9</b>	<b>11,0</b>
<b>Mediana</b>	<b>11,0</b>	<b>10,5</b>	<b>11,8</b>	<b>13,0</b>	<b>12,3</b>	<b>11,9</b>
<b>Moda</b>	<b>13,0</b>	<b>12,0</b>	<b>13,0</b>	<b>13,0</b>	<b>8,0</b>	<b>17,2</b>
Desviación típica	10,7	5,2	5,2	5,8	4,6	13,3
Recuento	157	106	81	25	17	1

También hemos reflejado en la tabla 13 los cálculos obtenidos a partir de la información de la encuesta relativos al coste medio y mediano por hora del Servicio de Ayuda a Domicilio en las diferentes Comunidades Autónomas, siendo llamativamente más alto en CC.AA. como Navarra o País Vasco, con un alto PIB. Entre las CC.AA. con un coste por hora menor, se encuentran Extremadura, Galicia, Castilla La Mancha, Aragón o Andalucía.

TABLA 13. VALORES CENTRALES DEL COSTE POR HORA DEL SAD (EUROS).

	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
Andalucía	13,29	13,00
Aragón	13,42	12,73
P. de Asturias	15,36	14,95
Canarias	17,01	12,59
Cantabria	15,20	13,76
Castilla y León	14,66	14,50
Castilla-La Mancha	13,73	12,34
Cataluña	18,09	16,25
Ceuta	14,88	14,88
C. Valenciana	15,54	14,42
Extremadura	7,88	7,65
Galicia	13,16	13,12
Islas Baleares	17,52	18,47
La Rioja	15,25	13,87
C. de Madrid	16,92	17,29
Melilla	-	-
C. Foral de Navarra	29,03	25,26
País Vasco	23,77	26,94
Región de Murcia	14,67	16,00

Con respecto al precio público por hora, entre los más altos está Ceuta, donde no está subvencionado, y al igual que ocurre con el coste real, es más elevado en comunidades como Navarra o el País Vasco.

TABLA 14. VALORES CENTRALES DEL PRECIO PÚBLICO POR HORA DE SAD, POR CC.AA. (EUROS).

	<b>Media</b>	<b>Mediana</b>
Andalucía	11,52	12,31
Aragón	5,75	4,00
P. de Asturias	8,52	8,60
Canarias	7,96	7,50
Cantabria	7,30	8,83
Castilla y León	8,97	9,39
Castilla-La Mancha	8,90	10,25
Cataluña	11,39	12,85
Ceuta	14,88	14,88
C. Valenciana	8,92	9,00
Extremadura	2,92	2,88
Galicia	13,19	12,00
Islas Baleares	9,77	9,00
La Rioja	6,00	4,18
C. de Madrid	5,47	1,99
Melilla	-	-
C. Foral de Navarra	16,04	12,63
País Vasco	10,93	13,59
Región de Murcia	6,89	4,00

Como se ha mencionado ya, el debate sobre si la realización de tareas domésticas debe estar incluida o no en la prestación del SAD está abierto desde hace años en los países de nuestro entorno (OCDE, 2010, 2013; Rostgaard, 2010; Colombo et al, 2011; Rodríguez, 2011a; SIIS, 2012; Genet et al, 2012; Lindström, 2014). La razón de este cuestionamiento está sin duda relacionada con la contención de costes de este importante servicio. En el caso de España, según los datos que se acaban de presentar, el coste medio de la hora de SAD está alrededor de 16 euros, mientras que el coste del suministro de comidas a domicilio puede oscilar entre 5 y 7 euros y la hora de limpieza del hogar alrededor de 10 euros.

Por ello, además de haber previsto un espacio para recoger opiniones de los técnicos municipales sobre el futuro de las tareas domésticas, también incluimos en nuestro cuestionario algunas preguntas para conocer cómo se distribuyen los costes y el precio público. En primer lugar, por tipos de tareas (domésticas y atención personal); y, en segundo lugar, según jornadas y horarios de trabajo.

Al entrar a analizar los resultados a la primera de estas cuestiones, llama la atención el altísimo porcentaje de municipios en los que no existe coste diferenciado por tipo de tareas (el 90%), cuestión que plantea por sí misma una llamada a la reflexión a la hora de reorientar el futuro del SAD.

TABLA 15. EXISTENCIA DE COSTE DIFERENCIADO POR TIPO DE TAREAS EN LOS AYUNTAMIENTOS.

	% entidades
Sí	8,1%
No	89,9%
No contesta	1,9%

## 5.9. RECURSOS HUMANOS DEL SAD.

### 5.9.1. El Servicio de Ayuda a Domicilio y el empleo.

La puesta en marcha de la LAPAD ha supuesto una revolución dentro de las políticas sociales en España, dado que a través de esta Ley se ha conseguido dar cobertura, como derecho subjetivo, a numerosas personas que se encontraban en situación de necesidad debido a su situación de dependencia funcional. Este nuevo derecho social resulta exigible a cualquier ciudadano/a que tenga reconocida esta situación, con independencia de otras cuestiones que anteriormente se consideraban para acceder a los servicios sociales, como es la situación económica o el contar o no con familiares “obligados” a proveer cuidados (sobre todo, mujeres).

Como es bien conocido y ya se ha mencionado aquí, dentro del catálogo de prestaciones y servicios que se incluyen en la LAPAD se encuentra el Servicio de Ayuda a Domicilio, que estaba llamado a convertirse en la prestación “estrella” del sistema porque es la que más favorece que las personas puedan continuar viviendo en su casa, tal como ellas desean y la propia Ley proclama como principio. Sin embargo, y como ya se ha podido ver, aún queda mucho trabajo por hacer para lograr un mayor desarrollo y perfeccionamiento del SAD.

Además de su objetivo esencial, que es proporcionar atención y bienestar a muchas personas que dependen de la ayuda de otras para realizar las actividades de la vida diaria y de apoyar también a sus familias cuidadoras, existe otra razón para impulsar en mayor medida este servicio, y es su potencial como generador de empleo. Así ha sido percibido en muchos municipios, que lo ven como una oportunidad para su desarrollo económico debido a que, en comparación con otros, es el servicio más intensivo en capital humano.

Según datos de Eurostat, el porcentaje de puestos de trabajo existente en los países de la UE-15 en la rama de los servicios comunitarios (integrados por Administración Pública, Educación, Sanidad y Servicios Sociales), es del 17 % sobre el total de empleos. Pues bien, España se sitúa 5 puntos porcentuales por debajo, alcanzando tan solo un 12%. Y si restringimos este análisis al sector de la sanidad y de los servicios sociales y nos comparamos con algunos países de Europa cuyo número de empleos es mayor (Dinamarca, 14%; Países Bajos, 12,3%) la diferencia con el número de empleos españoles en estos servicios comunitarios aún se incrementa más (en nuestro país solo se registra un 4,2% del total de empleos).

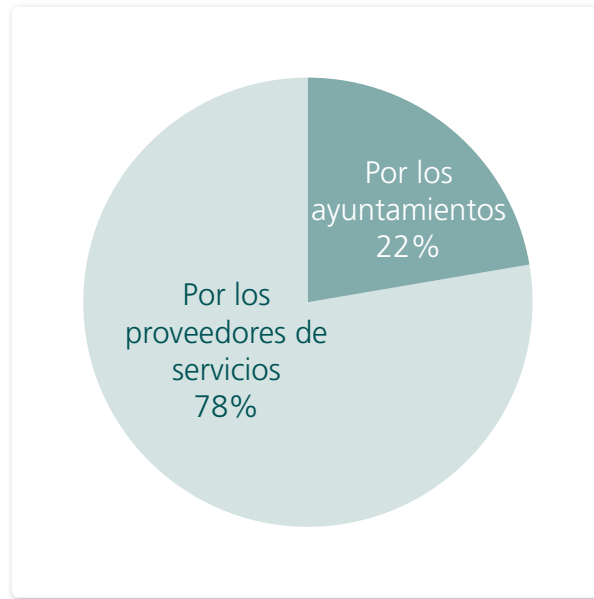
En un estudio realizado sobre el potencial de creación de empleo de la LAPAD (Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2010) se estimaba que de haberse cumplido el plazo contemplado para su despliegue completo (2015) y con la intensidad prevista, el número de puestos de trabajo que debieran haberse generado superan los 600.000. Entre éstos, algo más de 212.000 personas son las que se estimaban podrían estar trabajando en el SAD.

La ralentización en la implantación de la Ley y los recortes producidos en estos años de crisis han retrasado estos efectos beneficiosos tanto para las personas en situación de dependencia y sus familias, como para las muchas personas que hoy carecen de empleo (sobre todo mujeres con baja cualificación profesional).

Volviendo al ámbito municipal, la ampliación de horizontes prestacionales que originó la promulgación de la LAPAD se percibió en muchos lugares como una oportunidad para llevar a cabo una pequeña "revolución" en el ámbito de los Servicios Sociales. En primer lugar, porque con dicha norma ha emergido un nuevo e importante grupo de población como potencial destinatario de los servicios sociales (anteriormente considerados "para pobres"). También porque la atención a las personas en situación de dependencia y a sus familias cuidadoras obliga a una mayor especialización y cualificación de los y las profesionales para ofrecer cuidados de calidad. Y, por último, porque la diversidad de apoyos que requieren estas personas abre oportunidades de generación de nuevos servicios de proximidad, lo que constituye una fortaleza muy aprovechable para el desarrollo económico y el empleo, sobre todo en tiempos de incertidumbre originada por la situación de crisis.

Estableciendo ahora, con resultados de nuestra encuesta, una comparativa entre el personal propio de los Ayuntamientos y el contratado por proveedores de servicios, se obtienen los porcentajes que pueden observarse en el gráfico 29.

GRÁFICO 29. PROPORCIÓN PERSONAL PROPIO DE LOS AYUNTAMIENTOS Y CONTRATADO POR PROVEEDORES DE SERVICIOS.



### ***5.9.2. Denominación de las/los trabajadoras del SAD que realizan la atención directa en los domicilios.***

Teniendo en cuenta que la denominación de quienes realizan la prestación de las tareas del SAD en los domicilios no es homogénea en todos los territorios del Estado, se previó en el diseño del cuestionario preguntar sobre ello, resultando que la denominación más usada es la de Auxiliares de SAD (en un 59,2% de Ayuntamientos la utilizan), seguida en importancia, aunque a bastante distancia, del término Trabajadoras/es familiares (21%).

TABLA 16. DENOMINACIÓN QUE RECIBEN EN EL AYUNTAMIENTO LOS/AS TRABAJADORES/AS QUE ATIENDEN Y CUIDAN DIRECTAMENTE A LAS PERSONAS EN EL SAD.

Denominación	Entidades
Auxiliares de hogar	15,7%
Auxiliares del SAD	59,2%
Asistentes personales	0,1%
Trabajadores/as familiares	21,3%
Otro	3,7%

Con respecto al pequeño porcentaje de ayuntamientos que respondieron “otra denominación”, ésta es muy diversa: Asistente domiciliario, Auxiliar de Clínica, de enfermería, de geriatría, de limpieza...

Al desagregarlos por tramos de población, los resultados son bastante lineales, independientemente del tamaño de los municipios. Ello es debido a que las diferencias se producen no por tamaño del hábitat sino en función de la CC.AA. a la que pertenecen. En la tabla 17 se muestra cómo se agrupan las distintas denominaciones según CC.AA.

Como ya se ha mencionado, la denominación más utilizada es *auxiliares de SAD*. Los Municipios de algunas CC.AA. como La Rioja, Ceuta o Castilla y León utilizan exclusivamente dicha denominación. En otras Comunidades coexisten varios términos, como es el caso de Canarias, cuyos municipios utilizan sobre todo *auxiliares del SAD* (57%), pero cierta proporción las denominan *auxiliares de hogar* (25%), y otro tanto (19%) declaran utilizar otras denominaciones. Cataluña es otra de las Comunidades donde se utilizan diversos términos, el más frecuente es el de *trabajadoras familiares* (63%), pero también *auxiliares de hogar* (30%) y en menor proporción *auxiliares de SAD* y otras denominaciones.

Todos los Municipios de Navarra consultados declaran utilizar el término *trabajadoras familiares*. Lo mismo ocurre en Baleares, aunque en este caso una pequeña proporción de Municipios utiliza también *auxiliares de SAD*.

TABLA 17. DENOMINACIONES QUE RECIBEN LOS/AS TRABAJADORES/AS QUE PROCURAN LOS APOYOS DEL SERVICIO DE SAD. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS EN CADA CC. AA.

	Auxiliares del SAD	Trabajadores familiares	Auxiliares de hogar	Asistentes personales	Otras
Andalucía	90%		3%		7%
Aragón	34%		66%		
P. de Asturias	60%	31%	9%		
Canarias	57%		25%		19%
Cantabria	83%		18%		
Castilla y León	100%				
Castilla-La Mancha	95%		5%		
Cataluña	3%	63%	30%	1%	4%
Ceuta	100%				
C. Valenciana	71%	7%	22%		
Extremadura	95%		5%		
Galicia	80%	4%	13%		3%
Islas Baleares	9%	91%			
La Rioja	100%				
C. de Madrid	91%		9%		
C. Foral de Navarra		100%			
País Vasco	78%	14%			9%
Región de Murcia	81%		19%		

### 5.9.3. El papel del voluntariado en el SAD.

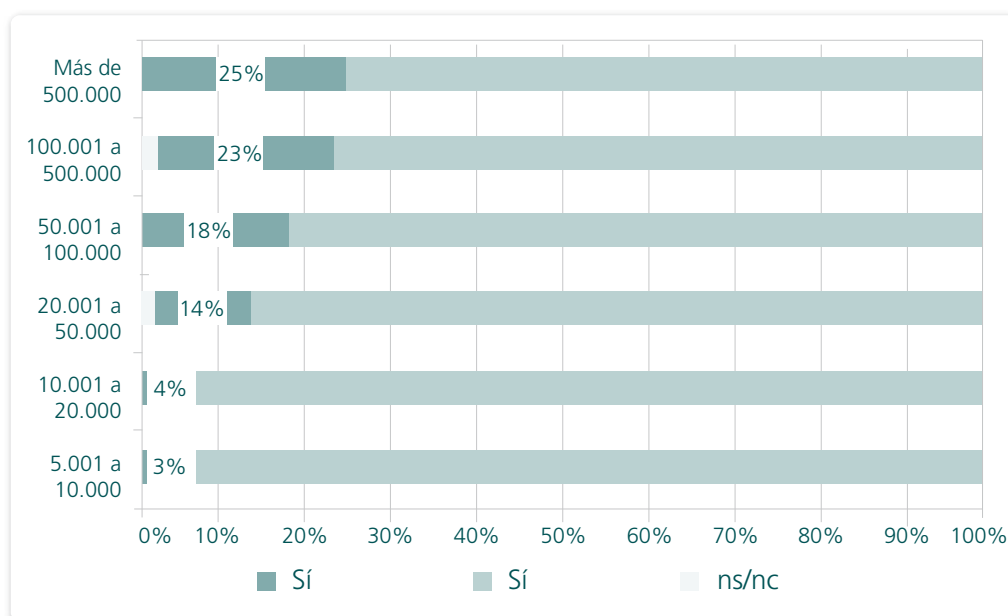
Como es bien conocido, existen necesidades de las personas que reciben atención domiciliaria que raramente están cubiertas como prestación pública de los servicios sociales. Se trata, sobre todo, de acompañamiento afectivo dentro y fuera del hogar, realización de gestiones, lectura, fomento de la participación en recursos comunitarios, etc. De manera general, se defiende que este tipo de labores debieran ser asumidas por el voluntariado.



Para valorar el alcance que éste tiene en los Ayuntamientos que formaban parte de la muestra de nuestra investigación, también se preguntó sobre ello, obteniéndose como resultado que, en general, en la mayoría no hay personas voluntarias vinculadas a la Corporación Local. Solo disponen de voluntariado el 7,6% de los Ayuntamientos, y carecen del mismo un 90,7% de ellos.

Analizando cómo se distribuye este voluntariado vinculado al SAD por tramos de población (gráfico 30), se observa que existe una progresión directa en función del tamaño de los ayuntamientos, pues crece su proporción a medida que la corporación es más grande.

GRÁFICO 30. PRESENCIA DEL VOLUNTARIADO SEGÚN EL TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS.



No deben interpretarse estos resultados como una carencia tan importante de voluntariado en el conjunto de España como podría deducirse del porcentaje de ayuntamientos que informan no contar con personas voluntarias. Sin duda, las organizaciones que promueven y trabajan en este ámbito y que desarrollan su labor en variados campos de la acción social, aunque tienen un alcance menor del que se produce en otros países de nuestro entorno (Rodríguez Cabrero et al, 2013), sí puede afirmarse que está experimentando un mayor desarrollo en los últimos años, lo que ha sido especialmente oportuno para aliviar las graves situaciones de necesidad producidas en los años de la crisis económica.

Lo que parece ocurrir, y así interpretamos los resultados de nuestra encuesta, es que desde las Administraciones responsables del SAD público y desde los proveedores de servicios no se ha trabajado suficientemente la coordinación con las entidades de voluntariado para que éstas atiendan, complementariamente a la prestación del SAD, aquellos casos en que se haya detectado necesidad, en especial de acompañamiento a personas que viven solas.

## 5.10. FORMACIÓN DE PROFESIONALES Y CUIDADORES/AS FAMILIARES.

Si siempre es de suma relevancia la formación y capacitación de los y las trabajadores/as en cualquier sector de la actividad, resulta esencial para lograr una atención de calidad en el servicio de Ayuda a Domicilio, ya que su principal valor radica en los recursos humanos y en las cualidades para desempeñar una buena relación de ayuda interpersonal. Por otra parte, muchas de las tareas a desarrollar requieren de especialistas y técnicos (cuidados de enfermería, apoyo psicológico, terapia ocupacional, etc.), mientras que para llevar a cabo aquéllas más generalistas relacionadas con la atención personal (ayuda para vestirse, comer, etc.) e incluso para las tareas domésticas son precisos conocimientos acerca de muchas y diferenciadas materias por lo que la capacitación de los/as auxiliares del SAD es totalmente necesaria (Rodríguez et al, 2011).

Pero además de los/as cuidadores/ profesionales, han adquirido gran notoriedad los/as cuidadores/as familiares y sus necesidades de formación y apoyo. No porque exista ahora mayor implicación familiar que antes en los cuidados de las personas en situación de dependencia, sino porque el número de quienes precisan atención de larga duración no deja de crecer mientras decrece la capacidad (cuantitativa y cualitativamente) de las familias, y en especial de las mujeres, para seguir asumiendo a su exclusivo cargo el peso de los cuidados.

No obstante, y aunque mucho se ha hablado en los últimos veinte años de la “crisis del apoyo informal”, lo cierto es que la solidaridad familiar no ha decaído y continúa siendo el bastión principal que sustenta el peso de los cuidados. Por todo ello, “cuidar a quien cuida” se ha convertido en un principio inexcusable en todos los países desarrollados no solo como reconocimiento social de una labor encomiable, sino porque una retirada de la “fuerza de trabajo gratuito” que significa el apoyo informal haría inasumibles los costes de los cuidados a expensas de los sistemas públicos de protección social.

Como muestra de lo anterior, cabe destacar el relevante papel que juega entre las prestaciones de la LAPAD, como se ha señalado anteriormente, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, que se ha convertido en la mayoritaria en el despliegue de la Ley. Por otra parte, tanto en ésta como en la normativa de su desarrollo,

se prevé como obligatoria la formación de los/as cuidadores/as familiares, cuestión ésta que ocupa un lugar central en el debate sobre la mejora de la calidad de la atención y garantía de que el monto de estas prestaciones económicas de dinero público revierte, en efecto, en el buen cuidado de las personas en situación de dependencia.

Es por ello que en nuestro estudio hemos incluido el objetivo de conocer, además de la mayor información posible acerca de la formación y capacitación de los profesionales, también la relacionada con el alcance de las acciones formativas ofrecidas a las familias cuidadoras.

### **5.10.1. La capacitación de los/as auxiliares del SAD profesionales:**

De los resultados de nuestra investigación puede extraerse que la profesionalización del Servicio de Ayuda a Domicilio está generalizada en España, pues en la inmensa mayoría de los ayuntamientos se informa que existen requisitos relacionados con la formación y la capacitación profesional de los auxiliares de hogar o trabajadores familiares cuyo cumplimiento resulta exigible para acceder a un puesto de trabajo, tanto si se trata de formar parte de la plantilla del Ayuntamiento como si los puestos de trabajo son ofrecidos por los proveedores de servicios. Lo anterior no es óbice a la afirmación de que la formación profesional existente es todavía en muchos lugares muy precaria. Se muestran en la tabla 18 los porcentajes en función de la administración pública que ha regulado su exigibilidad.

TABLA 18. EXIGENCIA DE REQUISITOS DE FORMACIÓN /CAPACITACIÓN PARA AUXILIARES DEL SAD SEGÚN LA ADMINISTRACIÓN REGULADORA Y TAMAÑO DE LOS AYUNTAMIENTOS.

	normativa estatal	normativa autonómica	normativa local	no existen requisitos
5.001-10.000	20%	38%	36%	6%
10.001-20.000	28%	41%	25%	6%
20.001-50.000	18%	55%	24%	2%
50.001-100.000	32%	50%	9%	8%
100.001-500.000	39%	43%	15%	3%
Más de 500.000	75%	25%		

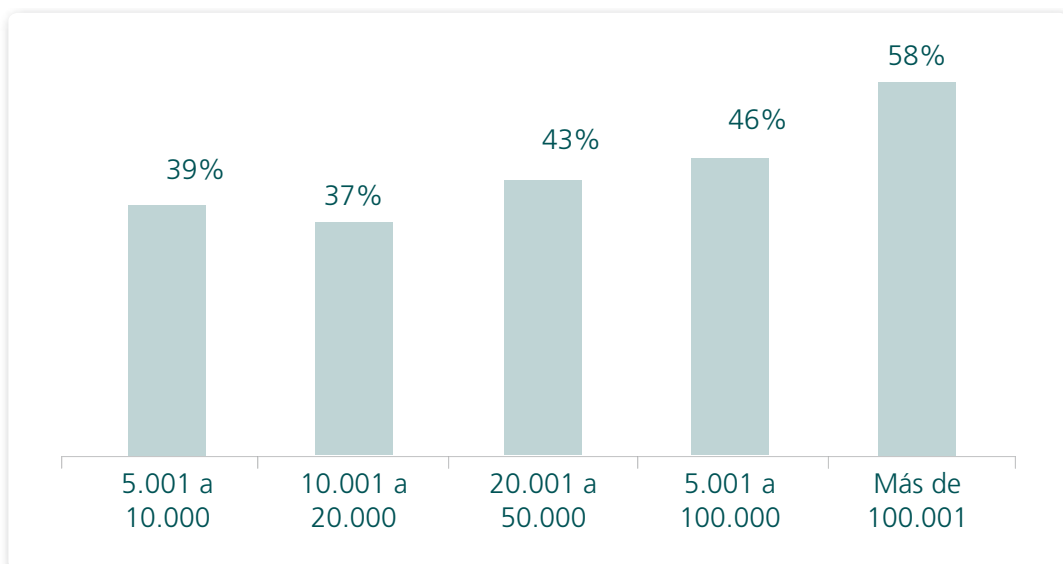
Con respecto a los cursos de formación inicial o de reciclaje para estos profesionales, los mismos existen en el 51% de los Ayuntamientos, incluyendo tanto los organizados por los proveedores de servicios como los realizados por el propio Ayuntamiento.

### 5.10.2. Capacitación de las familias cuidadoras.

Pasando ahora a aproximarnos a la cuantificación de la formación y apoyo prestado a las familias cuidadoras ofrecida mediante cursos o programas, éstos existen en menos de la mitad de los ayuntamientos (el 40,4%), sin que haya podido obtenerse el número de personas cuidadoras del ámbito familiar que se haya beneficiado de estas acciones.

Por tramos de población, en el gráfico 31 se puede visualizar cómo aumenta el porcentaje de Ayuntamientos que los realizan conforme los mismos tienen mayor tamaño:

GRÁFICO 31. PORCENTAJE DE AYUNTAMIENTOS EN LOS QUE SE REALIZAN CURSOS O PROGRAMAS DE FORMACIÓN Y/O DE APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS POR TAMAÑO DE MUNICIPIO.



Por otra parte, se ha consultado a los Ayuntamientos que aún no ofrecen formación o servicios de apoyo a las familias cuidadoras sobre la previsión de su implementación en el futuro próximo. Las respuestas mayoritarias (tabla 19) se reparten entre los que informan que sí tienen previsto ponerlos en marcha cuando haya financiación para ello (34,5% de los Ayuntamientos), y los que responden que no se prevé su implementación porque de estas actuaciones se ocupa otra administración (32,7%).

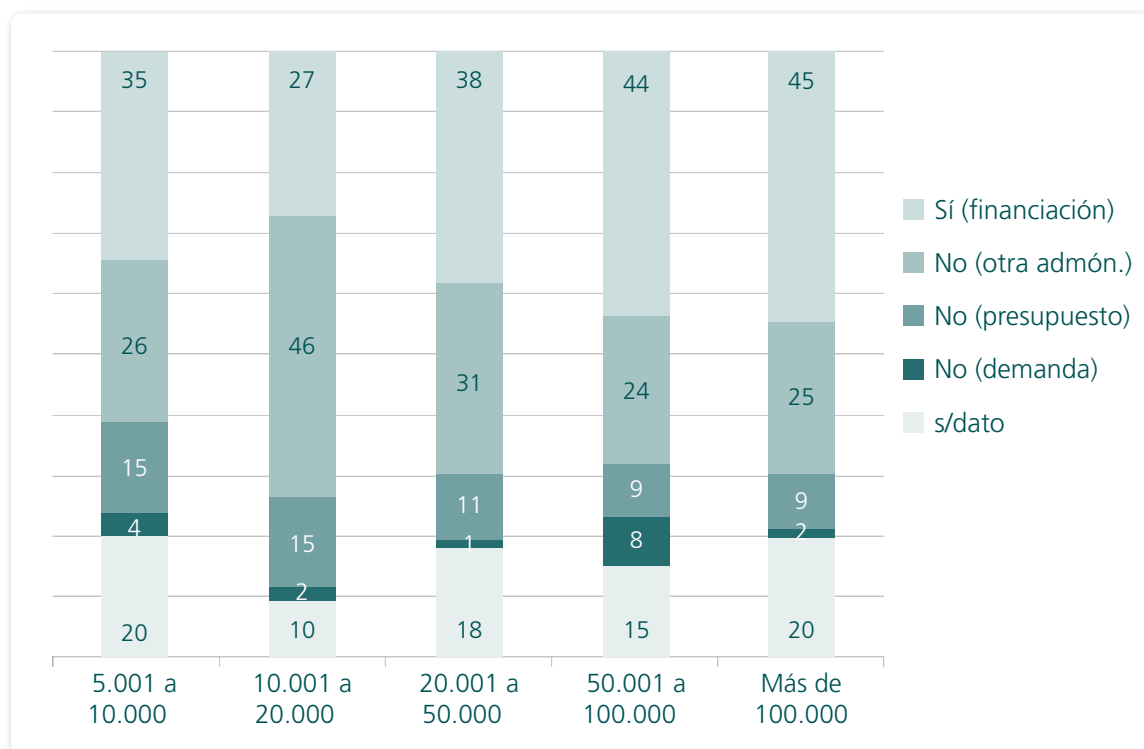
LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

TABLA 19. PREVISIÓN IMPLEMENTACIÓN DE ACTUACIONES DE APOYO A LAS FAMILIAS CUIDADORAS.

PREVISIÓN IMPLEMENTACIÓN	% entidades
No, porque no hay demanda	2,80%
No, porque no hay presupuesto	13,60%
No, porque de esto se ocupa otra Administración (Comunidad Autónoma/Diputación)	32,70%
Sí, cuando haya financiación	34,50%
Ns/nc	16,40%

Puede verse en el gráfico 32 cómo se reparten porcentualmente estas respuestas según el tamaño de los Ayuntamientos:

GRÁFICO 32. PREVISIÓN IMPLEMENTACIÓN ACTUACIONES DE APOYO PARA LAS FAMILIAS CUIDADORAS POR HÁBITAT.



Seleccionamos ahora los comentarios y opiniones más significativas que se han recogido en la parte abierta del cuestionario, dejando aparte los problemas de financiación:

“Se consideran muy necesarios estos apoyos, tanto la formación como los servicios y programas de respiro, por el desgaste que ocasiona a la persona cuidadora la realización de los cuidados y atención de las personas en situación de dependencia. Estas actuaciones garantizan la calidad de los cuidados, bajan el nivel de ansiedad de los cuidadores y previenen la institucionalización”.

“Los cursos desarrollados han sido posibles gracias al sobreesfuerzo que han hecho profesionales voluntarios de otros servicios, pero para mantenerlos resulta preciso contratar a profesionales especializados y, para ello, se necesita financiación”.

“En ocasiones, los programas de formación se han realizado por la empresa prestadora del SAD, que lo ofrece como mejora contemplada en el pliego de cláusulas técnicas”.

“Organizamos talleres o seminarios financiados exclusivamente con aportación municipal o sin coste adicional, con nuestros propios medios (a través de la trabajadora social, psicóloga municipal, etc.); otras veces con el apoyo de fundaciones y asociaciones, o en coordinación con el centro salud y los profesionales sanitarios, o en colaboración con el Equipo de Valoración de la LAPAD”.

Con respecto a los Ayuntamientos en los que existe previsión de realizar cursos de formación para los cuidadores familiares, los técnicos indican que los contenidos preferentes de los mismos girarán en torno a:

- Terapia ocupacional / Cocina doméstica / Cuidados para el cuidador / Talleres de relación / Charlas sobre hábitos de vida saludable / Apoyo psicológico a domicilio.
- Cursos para grupos reducidos de cuidadoras/es con apoyo de programas de respiro para que puedan asistir al curso y añadiendo una parte práctica supervisada en el domicilio.
- Publicación de guías prácticas para el cuidado de personas en el hogar.

## 5.11. COORDINACIÓN ENTRE EL SAD Y LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Dada la complejidad que reviste la atención y cuidados en muchas situaciones en las que la dependencia se une a la enfermedad (especialmente cuando existe pluripatología crónica), la coordinación entre los Servicios Sociales y los Sanitarios es esencial para conseguir el principal objetivo del SAD, que es mantener a las personas en su domicilio con garantía de buena atención y calidad de vida. Esta coordinación ayuda a cubrir satisfactoriamente las necesidades de los usuarios, así como a detectar y prevenir situaciones que pueden derivar en un agravamiento de la dependencia.

Como principal conclusión que puede extraerse de los resultados de nuestra encuesta es que aún nos queda un gran recorrido para alcanzar lo que es un objetivo unánime en todos los países de nuestro entorno y que está siendo muy difícil de cumplir en todos: lograr sistemas estables y sostenibles de coordinación (o integración) entre sistemas y niveles de atención sociales y sanitarios (Billings y Leichsenring, 2005; Kenigsberg, 2013; Leichsenring, 2009; OECD, 2010, 2013).

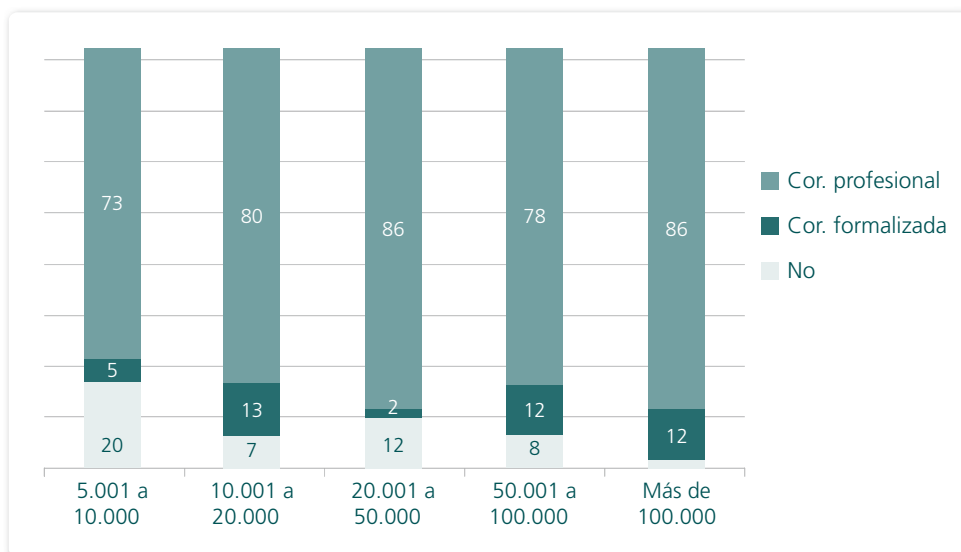
Según la información que hemos recogido en la encuesta (tabla 20), en el 79% de los Ayuntamientos se declara que sí se produce un cierto grado de coordinación gracias a la buena disposición de los profesionales, pero solo en un 7% de ellos se han formalizado documentos y acuerdos para desarrollarla de manera estable.

TABLA 20. EXISTENCIA Y TIPO DE COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ZONA.

	% entidades
<b>Hay coordinación mediante acuerdos formales entre la Consejería de Sanidad y la de Servicios Sociales y/o Ayuntamientos</b>	7%
<b>Hay coordinación por la buena disposición de los profesionales, pero no de manera formalizada y estable</b>	79%
<b>No hay coordinación</b>	13%
<b>s/dato</b>	1%

Si analizamos las diferencias que se producen en cualquiera de las modalidades de coordinación en función del tamaño de la población, vemos que no existen grandes diferencias dependiendo de los tramos de población, existiendo una mayor coordinación formal en los municipios más grandes de 100.001 habitantes.

GRÁFICO 33. MODO DE COORDINACIÓN CON LOS SERVICIOS SANITARIOS DE ZONA, POR TRAMOS DE HABITANTES.



Esta coordinación del SAD con los servicios sanitarios de la zona se realiza principalmente con los centros de salud, distribuyéndose las proporciones de la manera siguiente:

- El 69,2 % de los Ayuntamientos se coordina con los Centros de Salud.
- El 20,7 % de los Ayuntamientos se coordina con el Hospital.
- El 8,5% de los Ayuntamientos se coordina con otros recursos sanitarios.

La relevancia de este asunto desde luego no puede decirse que sea novedosa, sino todo lo contrario. Se viene propugnando desde hace más de una veintena de años en los países de la OCDE (Jamieson, 1991; OECD, 1996, Porto F y Rodríguez P 1998; Ingvad y Olsson, 1999) sin que, salvo en algunos países (Dinamarca, Países Bajos) pueda decirse que se haya avanzado lo suficiente, pese a existir experiencias y proyectos piloto con buenos resultados.

En España, el interés de las instituciones por el buen desarrollo de la coordinación socio-sanitaria también viene de lejos. Ya en el Plan Gerontológico (INSERSO, 1992) se dedicaba una de sus cinco áreas a la definición de líneas de actuación, objetivos y medidas necesarias para avanzar en esta coordinación mediante el diseño de mapas con áreas



comunes en las que se integren los servicios sociales y los sanitarios; elaboración de sistemas de información común y compartidos; coordinación entre niveles asistenciales (ayuda a domicilio, teleasistencia, centros de día, residencias; atención primaria, especializada, hospital); y entre los propios sistemas (SAD y atención sanitaria domiciliaria, hospital – centro de salud – servicios sociales); formación conjunta para profesionales de la salud y los servicios sociales, etc.

A raíz del Plan Gerontológico se produjeron los Acuerdos de 1993 entre el Ministerio de Sanidad y el de Asuntos Sociales mediante los cuales se implementaron una serie de experiencias piloto en diferentes áreas para convertirlas en sociosanitarias, que tuvieron buenos resultados de evaluación. También cabe destacar proyectos de tanto interés como el Programa Vida a los Años, de Cataluña, desarrollado durante los años 90. Desde entonces, puede afirmarse que prácticamente todas las CC.AA. han diseñado y realizado experiencias piloto para lograr esta coordinación (IMSERSO, 2011).

No obstante, lo cierto es que, pese a la proliferación de estudios, planes, proyectos, documentos, etc. que sobre la integración de servicios y la coordinación sociosanitaria se han producido, de ningún modo se ha conseguido un modelo que podamos decir que es el generalizable. Y los resultados que acaban de presentarse de nuestra encuesta son bastante elocuentes al respecto.

Sin perjuicio de lo anterior, en el diseño del cuestionario que sirvió de base a la encuesta se previó la inclusión de espacios para recoger comentarios y opiniones libres con el fin de que desde las Corporaciones Locales se nos pudieran ampliar la información y tener así mejor y mayor conocimiento de la escueta que permite un cuestionario cerrado.

#### ***5.11.1. Cuando existen acuerdos formales entre la Consejería de Sanidad y la de Servicios Sociales y/o Ayuntamientos.***

Esto, como hemos visto, ocurre solo en un 7% de los casos analizados. Desde los Ayuntamientos encuestados se hacen comentarios que, en general, versan sobre el tipo de acuerdos estables que se han establecido y sobre los organismos que los han suscrito. De las opiniones recogidas se deduce, como primera conclusión, que existe una gran heterogeneidad de situaciones.

Los más comunes que se citan son los acuerdos marco de coordinación sociosanitaria, los protocolo socio-sanitarios y los convenios de colaboración para hacer efectiva la coordinación entre los profesionales de atención social básica de los servicios sociales municipales y los centros de salud del municipio.

En determinados casos, esta coordinación es mixta, con elementos formales, como procedimientos de derivación de casos, e informales, como reuniones periódicas informativas que se convocan en función de los casos que surgen. Se han incluido también en este segmento casos en los que, aun no existiendo un acuerdo formal, sí existe un programa específico de ayuda a domicilio socio-sanitaria en coordinación con los hospitales públicos.

En otros lugares, la coordinación se suele producir de manera periódica básicamente con las Áreas básicas de Salud y los hospitales, tanto desde los propios trabajadores sociales como desde los servicios de valoración de la dependencia.

Otros comentarios incluyen la coordinación entre los propios ayuntamientos, las delegaciones de salud, y las diputaciones provinciales.

#### ***5.11.2. Cuando hay coordinación establecida por la buena disposición de los profesionales, pero no de manera formalizada y estable.***

Es, como se ha podido ver, la situación mayoritaria en nuestra realidad. Desde numerosos ayuntamientos, al no estar oficialmente regulado y ser conscientes de la necesidad de un trabajo en común en beneficio de los usuarios del sistema, se ha establecido una coordinación espontánea o acuerdos informales de trabajo en común.

Generalmente, a pesar de ser informal, se produce una coordinación sistemática con comunicación fluida cuando surgen casos puntuales, facilitándose información e informes médicos sin demasiados obstáculos.

Por tanto, en función del caso y la situación de necesidad, se mantiene una coordinación diferente, siendo más estrecha a la hora de detectar y derivar casos urgentes. Por ejemplo, en la atención a personas encamadas suele darse la coordinación con personal de enfermería para la aplicación de cuidados especiales siguiendo las indicaciones de personal sanitario, y, de la misma manera, los servicios sanitarios derivan al ayuntamiento aquellos casos en los que consideran que necesitan del SAD. En ocasiones, incluso se realizan visitas a domicilio conjuntas entre los servicios sanitarios y los servicios sociales.

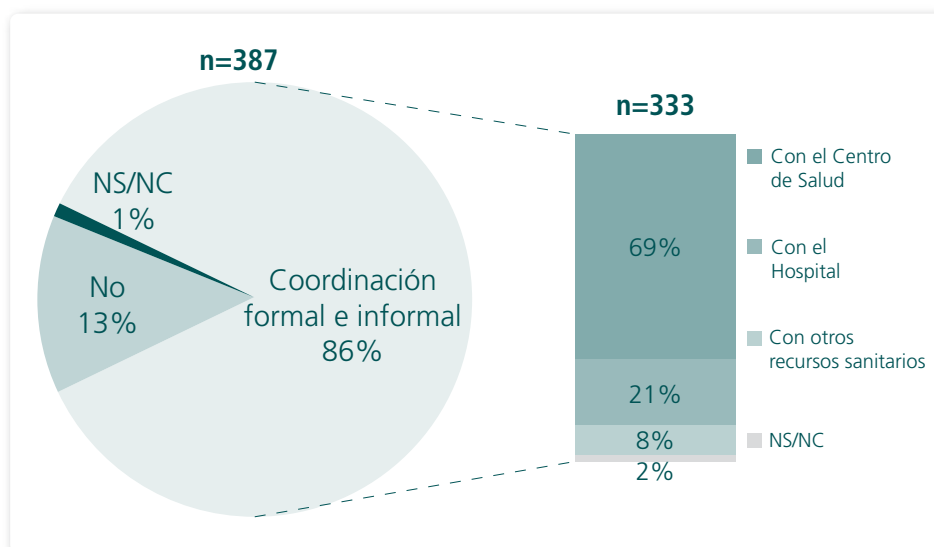
En definitiva, creemos que hay que poner en valor esta coordinación, que depende de la voluntad y la actitud de los buenos profesionales implicados y es muy frecuente e intensa en la mayoría de municipios. Esto, sin duda, facilita que el trabajo sea más ágil y operativo en ambas direcciones. Pero también hay que decir que el voluntarismo no es el método que conducirá a encontrar las fórmulas fuertes y consolidadas de coordinación que son necesarias para poder dar respuesta a la gran demanda hoy insatisfecha y,

mucho menos, para responder al enorme incremento de población estimado que precisará conjuntamente de cuidados y atención sociosanitarios.

### 5.11.3. Ámbitos de la coordinación sociosanitaria.

Como se puede ver en el gráfico 34, a la hora de analizar la institución o entidad de los servicios sanitarios de la zona con la que se realiza esta coordinación desde los servicios sociales, se han tenido en cuenta los Ayuntamientos que previamente han contestado afirmativamente (el 86% del total), es decir, que tienen algún tipo de coordinación, ya sea formal o informal.

GRÁFICO 34. ENTIDAD SANITARIA DE LA ZONA CON LA QUE SE COORDINA EL SAD.



Los comentarios por los técnicos municipales, permiten agruparlos del modo siguiente:

#### a. Coordinación con el Centro de Salud o el Hospital.

Lo más habitual es la coordinación con el centro de salud, que se suele realizar, sea de manera formal o informal, a través del/la trabajador/a social, que actúa de enlace con el resto de profesionales del equipo de atención primaria de sanidad. Esta fórmula suele funcionar bien sobre todo en municipios pequeños.

Además de la coordinación con el centro de salud, en algunos municipios también se produce la coordinación con el hospital de referencia mediante el contacto entre trabajadores/as sociales cuando éstos existen en los hospitales.

#### b. Coordinación con otros servicios.

La coordinación, en su mayoría de manera informal, se produce también con otros servicios sanitarios especializados: salud mental, psiquiatría, neurología, centro para personas con drogadicción, etc.

Y asimismo se generan vías de coordinación con otros servicios sociales desde primaria: entidades para personas con discapacidad psíquica e intelectual, Residencias para mayores o personas con discapacidad, centro de día / noche. Centros de Rehabilitación psico-social, ONG, Asociaciones de afectados o de familiares de personas enfermas (Alzheimer, Enfermedad Mental, Cáncer).

Por último, y como ya se ha comentado anteriormente, numerosos Ayuntamientos coinciden en señalar que esta coordinación se realiza dependiendo de cada caso concreto, siendo más habitual en aquellos casos en los que los pacientes son dados de alta hospitalaria y precisan del SAD para poder seguir siendo atendidos en casa, en colaboración con los servicios sanitarios.

#### **5.11.4. *Cómo avanzar en coordinación sociosanitaria.***

Teniendo en cuenta que, como se acaba de mostrar, la coordinación sociosanitaria habitual que se produce en el ámbito comunitario continúa siendo muy endeble y carece de sistematicidad al depender en general de la buena voluntad de los profesionales, en el diseño de nuestra encuesta nos pareció oportuno contar con la opinión de los técnicos municipales sobre los cambios que, desde su punto de vista, deberían producirse para avanzar en un auténtico, sistemático y estable sistema de coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios.

En este sentido, se les ofrecía la pregunta siguiente: *¿con cuál de las siguientes actuaciones cree que podría avanzarse para alcanzar una coordinación sociosanitaria estable?*; y se les pedía seleccionaran solo los dos ítems que consideraran más importantes entre los siguientes:

- a) Haciendo la valoración del caso, la formación del auxiliar y el seguimiento conjuntamente entre enfermería de primaria y trabajador/a social de referencia de los servicios sociales municipales.
- b) Estableciendo la metodología de gestión de casos con independencia de qué profesionales la desarrollen (sanitarios o de servicios sociales).

c) Estableciendo la metodología de gestión de casos en los servicios sociales municipales para los casos que requieren continuidad en el tiempo.

d) Diferenciando entre casos de complejidad asistencial, a cargo de enfermería de primaria; y casos de atención social, a cargo de los servicios sociales.

En los resultados recogidos (tabla 21) puede apreciarse que la opinión mayoritaria es que debiera hacerse conjuntamente la valoración de casos, la formación del auxiliar y el seguimiento, siendo las profesionales concernidas la enfermera de primaria y el/la trabajador/a social de referencia de los servicios sociales municipales.

TABLA 21. OPINIÓN DE LOS AYUNTAMIENTOS CON RESPECTO A CÓMO PODRÍA AVANZARSE EN LA ATENCIÓN COORDINADA Y ESTABLE DEL SAD CON LOS SERVICIOS SANITARIOS.

Elección	5.001 10.000	10.001 20.000	20.001 50.000	50.001 100.000	100.001 500.000	Más de 500.000
ítem a)	60%	54%	45%	42%	46%	50%
ítem b)	8%	17%	17%	22%	13%	0%
ítem c)	15%	11%	13%	18%	25%	0%
ítem d)	29%	22%	40%	44%	39%	25%

Para completar esta información, se invitó a los técnicos municipales a que indicasen, en respuesta abierta, otras opciones que, desde su punto de vista, podrían coadyuvar a definir fórmulas de coordinación viable y generalizable. A continuación se muestran los comentarios que han sido mayoritariamente recogidos:

“Estableciendo metodología de gestión de casos y coordinación entre profesionales sanitarios y de servicios sociales para evitar la rotación del usuario por distintos servicios, si bien se considera que el gestor/a de casos debe ser el/la trabajador/a social municipal”.

“Creando un sistema de información unificado en el que puedan intercambiarse datos para el desarrollo del seguimiento y la gestión de casos”.

“Creando mesas de coordinación sociosanitarias de ámbito municipal para la intervención conjunta”.

“Estableciendo protocolos que logren la implicación y una buena comunicación y coordinación entre profesionales de salud (Médico de atención primaria, Enfermera de gestión de casos, Enfermera de primaria, Trabajadora social de Salud) con la Trabajadora social de Servicios Sociales encargada del SAD, la Trabajadora Social de las empresas contratadas, y, en su caso, el/la auxiliar del SAD al que corresponda la atención del caso. El objetivo es realizar un adecuado seguimiento de los casos, y poder actuar con diligencia en situaciones de empeoramiento del paciente, y, según problemática que presente, decidir qué profesional debe intervenir”.

“Definir claramente protocolos de coordinación y actuación conjunta entre trabajador/a social, enfermera y auxiliar de hogar para casos de complejidad asistencial”.

Y, en general, “estableciendo un procedimiento que funcione perfectamente para el intercambio de información, la atención y el seguimiento de los casos atendidos por ambos sistemas”.

## 5.12. OTROS SERVICIOS: TELEASISTENCIA Y CENTROS DE DÍA.

Los apoyos que en mayor medida favorecen la permanencia de las personas que necesitan atención de larga duración en su domicilio ya los hemos mencionado: son los cuidados familiares, por una parte, y el Servicio de Ayuda a Domicilio, por otra. Este último en coordinación con los servicios sanitarios cuando es necesario ofrecer conjuntamente atención de ambos sistemas.

También nos hemos referido ya a los denominados servicios de proximidad que se acercan al domicilio de las personas que los precisan, y cuya extensión está teniendo lugar en los últimos años: comidas y lavandería, acompañamiento, transporte puerta a puerta, podología, peluquería, fisioterapia, etc.

Ahora nos detenemos en otros dos servicios sociales ya clásicos, que también favorecen la permanencia en el entorno y que, en muchas ocasiones, son complementarios al SAD. Tienen un doble destinatario: en primer lugar, las personas frágiles o en situación de discapacidad o dependencia; pero también se dirigen y benefician a las familias cuidadoras.

### **5.12.1. Teleasistencia.**

La teleasistencia, como es bien conocido, consiste en un sistema tecnológico que llega a través de la línea telefónica mediante un equipamiento de comunicaciones y desarrollo informático específico. El terminal se ubica en el propio domicilio de los usuarios, que, con solo pulsar un botón, entran en contacto verbal con la central de escucha, que es atendido por personal especializado durante las 24 horas del día y los 365 días del año.

Se trata de un servicio de bajo coste pero que proporciona mucha tranquilidad a las personas en situación de riesgo, especialmente, personas mayores que viven solas. La seguridad de que, en cualquier momento del día o de la noche, solo con pulsar un botón, responderá inmediatamente alguien que podrá resolver la incidencia que se haya producido (caída, mareo, desmayo...), reporta un elemento de seguridad básico para animar a las personas a seguir viviendo en su casa. Del mismo modo, las familias perciben un gran apoyo que les resta inquietud e incertidumbre ante cualquier incidente que pueda ocurrir.

Pero las prestaciones de la teleasistencia van mucho más allá que responder ante situaciones de urgencia. Se ha revelado como un eficaz sistema para mitigar situaciones de soledad ofreciendo un servicio de escucha y de conversación que resulta muy beneficioso a quienes lo necesitan. Por otra parte, también el sistema programa emitir llamadas periódicas, en función de la valoración de cada caso: recordatorio para la toma de medicación, la consulta médica, el cumpleaños de los allegados, etc.

En la actualidad, además de la teleasistencia básica mencionada, se están produciendo desarrollos tecnológicos que se engloban bajo los términos de teleasistencia avanzada y domótica. La teleasistencia avanzada integra sensores que reaccionan ante situaciones de peligro en el hogar: detectores de humos, de gas... que previenen la ocurrencia de accidentes. Asimismo, existen otros elementos como detectores de presencia, de funcionamiento de aparatos habituales, que también pueden anticipar la existencia de riesgos frente a los que actuar a tiempo.

La domótica, por su parte, consiste es la integración de todos los equipos que existen en el hogar en una sola red de intercomunicación para facilitar su gestión e interrelación, optimizar el consumo energético y aumentar el confort. Esto permite que el usuario tenga un control completo sobre el entorno más directo.

Podríamos establecer una secuencia sobre la aparición de estos avances tecnológicos diseñados para ofrecer seguridad y confort. La teleasistencia básica podría definirse como la seguridad activa: el usuario, cuando se encuentra mal, ocurre un incidente, o

necesita algo, genera una alarma voluntariamente. Pero esta modalidad de teleasistencia no ofrece una seguridad pasiva; es decir, no es capaz de generar una llamada si el usuario se desmaya, o hay un escape de gas o se produce un conato de incendio sin que la persona los perciba. Estas insuficiencias han venido a cubrirse a través de la teleasistencia avanzada y por la domótica.

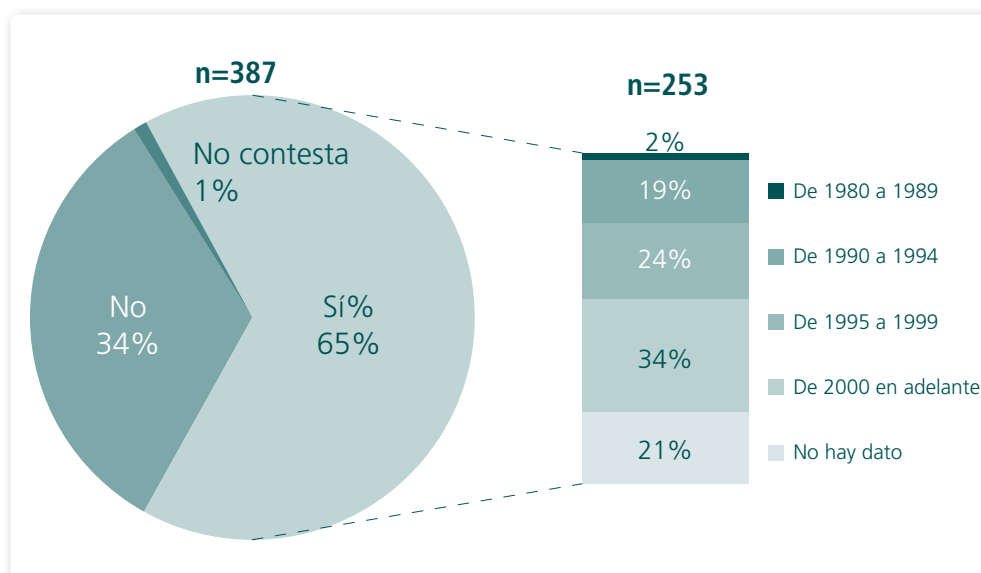
Los datos recogidos en nuestra encuesta arrojan como resultado que en el 65,4% de los Ayuntamientos se presta el servicio de Teleasistencia.

No obstante, hay que tener en cuenta que la información registrada hace referencia al ejercicio 2012, y, como es sabido, a partir del 1 de enero de 2013, el convenio suscrito entre el IMSERSO y la FEMP para la prestación del servicio de teleasistencia domiciliaria por las Corporaciones Locales fue suprimido, por lo que esta circunstancia ha podido tener impacto en el número de usuarios existentes a partir de 2013.

El Convenio mencionado tuvo su inicio en el año 1993, habiéndose mantenido en vigor hasta 2013. A lo largo de ese período se adhirieron al Convenio alrededor de 5.000 entidades locales, siendo sus beneficiarios casi 250.000 usuarios (personas mayores o con discapacidad). En cuanto a la financiación de este servicio, un 65% del presupuesto iba a cargo del mencionado convenio y el 35% restante lo aportaba cada corporación local adherida.

La implantación de la Teleasistencia, al igual que la del Servicio de Ayuda a Domicilio, se ha producido en diferentes etapas y de manera progresiva, como se muestra en el gráfico 35.

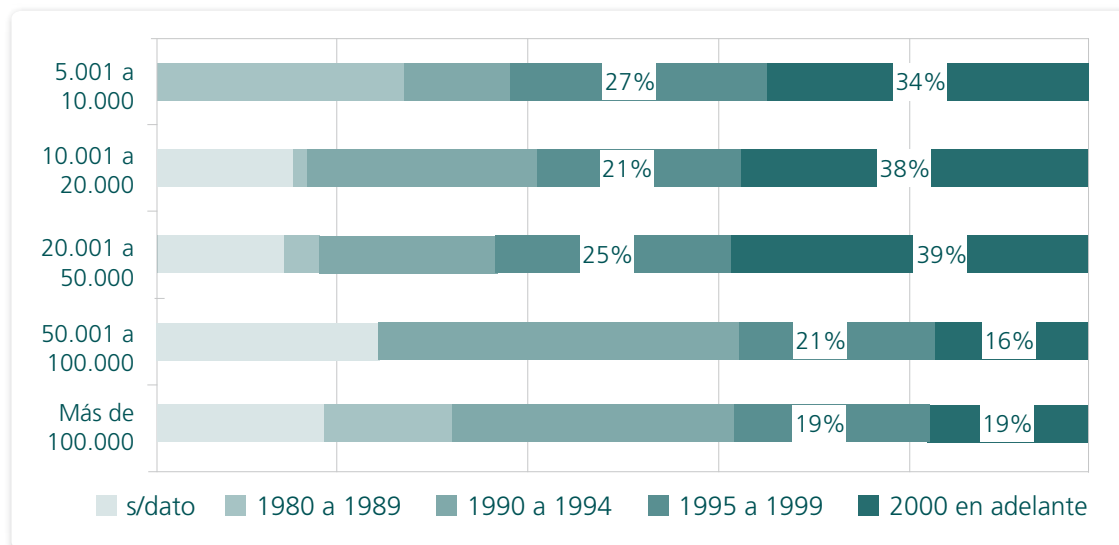
GRÁFICO 35. PERIODOS DE IMPLANTACIÓN DE LA TELEASISTENCIA EN LOS MUNICIPIOS.





Al analizarlo por tramos de población (gráfico 36), su implantación, al igual que la del SAD, comienza primero en los Ayuntamientos de mayor población.

GRÁFICO 36. PERIODO DE INICIO DEL SERVICIO DE TELEASISTENCIA SEGÚN TRAMOS DE POBLACIÓN.



Los datos que se acaban de ofrecer corresponden a la modalidad de Teleasistencia básica. Con respecto a la avanzada, solamente un 2,1% de los Ayuntamientos que informan que prestan el servicio de Teleasistencia, disponen de la modalidad avanzada.

También se ha analizado el número de usuarios de la Teleasistencia, diferenciando entre usuarios con y sin unidad móvil:

- Para los usuarios de teleasistencia **sin unidad móvil**, el servicio se presta exclusivamente desde el centro de escucha. Los operadores reciben y atienden la llamada y, dependiendo de las necesidades del usuario, movilizan los recursos adecuados para dar una respuesta eficaz a la demanda. Estos recursos pueden ser tanto públicos (policía, bomberos, 112, ambulancia, etc.), como personas de contacto del usuario (familiares, amigos, vecinos, etc.).
- Para los usuarios de teleasistencia **con unidad móvil**, desde ésta se completan los servicios prestados desde el centro de atención. De este modo, en caso de emergencia, los profesionales de Teleasistencia se pueden desplazar al domicilio del usuario para resolver la incidencia.

El número de usuarios medio con unidad móvil por ayuntamiento es de 193 usuarios, de los cuales, 40 usuarios también reciben el Servicio de Ayuda a Domicilio (el 20.72 % de los mismos).

Y el número de usuarios medio sin unidad móvil por ayuntamiento es de 138 usuarios, de los cuales, 44 usuarios también reciben el Servicio de Ayuda a Domicilio (el 31,88 % de los mismos).

En definitiva, con respecto a los principales datos que disponemos de teleasistencia y su complementariedad con el SAD, destacan los siguientes:

- 65,4% de los Ayuntamientos estudiados tiene servicio de Teleasistencia.
- 58,30% de usuarios de Teleasistencia dispone de Unidad Móvil.
- 25,37% de usuarios de Teleasistencia, reciben SAD.

Por último, se ha recogido la opinión de los técnicos acerca de si, a su juicio, servicios como la Teleasistencia avanzada y las prestaciones para adaptaciones de la vivienda y para obtener productos de apoyo (o ayudas técnicas) deben ser municipales, habiéndose obtenido las respuestas siguientes:

TABLA 22. OPINIÓN SOBRE SI LA TELEASISTENCIA AVANZADA, Y LAS PRESTACIONES PARA ADAPTACIONES DE LA VIVIENDA Y PARA OBTENER PRODUCTOS DE APOYO (O AYUDAS TÉCNICAS) DEBEN SER MUNICIPALES, SEGÚN EL TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS.

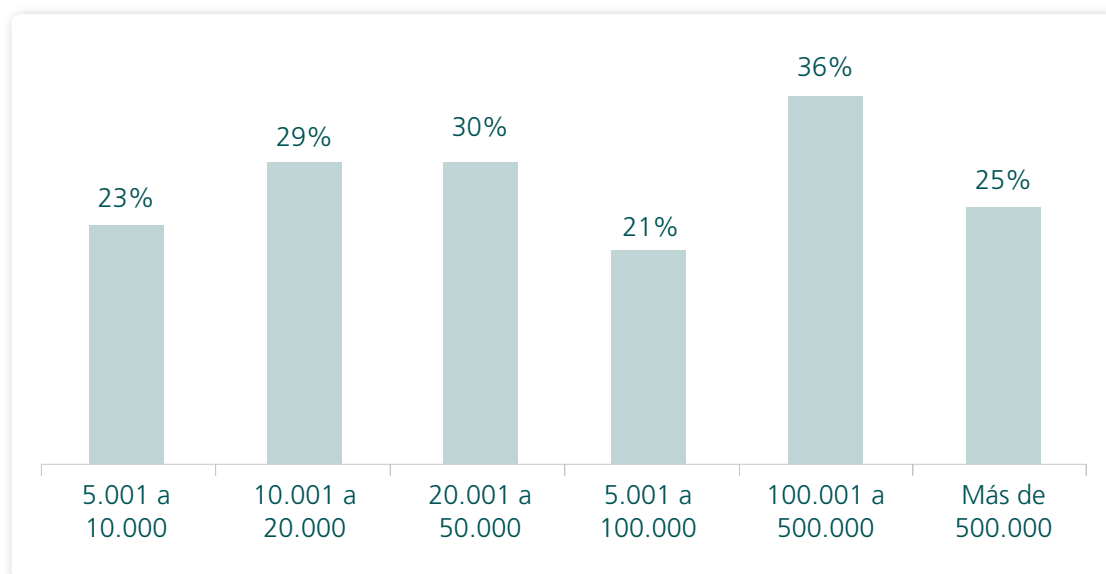
	5.001 10.000	10.001 20.000	20.001 50.000	50.001 100.000	100.001 500.000	Más 500.000
No, deben gestionarse por la Comunidad Autónoma	14,8%	14,8%	14,8%	10,8%	6,3%	25,0%
No, son competencias municipales	22,9%	28,4%	12,9%	9,8%	8,7%	0,0%
Sí, son servicios esenciales	34%	28%	39,5%	50,4%	68,6%	75,0%
El Ayuntamiento debe valorar idoneidad	29,2%	31,2%	33%	31,9%	26,0%	0,0%

### 5.12.2. Centros de día y de noche.

Junto con la teleasistencia, los centros de día y de noche pueden actuar de manera complementaria y hacer más eficaz los resultados del SAD, de cara a ofrecer una atención especializada favoreciendo la permanencia de los usuarios en su entorno, y apoyando a las familias cuidadoras (compartiendo los cuidados, aliviando el estrés del cuidador/a informal y contribuyendo a su descanso, favorecer la conciliación entre cuidados y actividad laboral de la familia, cubriendo turnos de trabajo, etc.).

Según los datos recogidos en la encuesta, disponen de Centros de Día/Noche el 26,6 % de los Ayuntamientos estudiados.

GRÁFICO 37. PORCENTAJE DE MUNICIPIOS QUE PRESTAN SERVICIO DE CENTRO DÍA O DE NOCHE POR TRAMOS DE POBLACIÓN.



Para finalizar este apartado, cabe señalar que en el momento en que se elabora este informe, cuando se acaba de aprobar la nueva Ley de Régimen Local sin que en muchos ayuntamientos se esté aplicando, la incertidumbre respecto a la gestión y responsabilidad de las Entidades Locales en la prestación del SAD, en la formación y apoyo a las familias, de los servicios de proximidad complementarios de suministro de productos de apoyo, de rehabilitación de viviendas para su accesibilidad, así como de las prestaciones de teleasistencia y centros de día, obliga a trazar una moratoria hasta tanto se clarifique el panorama.

No obstante, desde un punto de vista estrictamente técnico, parece no haber duda acerca de que ese conjunto de servicios debieran estar prestados directamente por la Administración más cercana a la ciudadanía, que son las Entidades Locales. Así ocurre en los países con políticas avanzadas en protección social. Su característica común, de apoyo a la permanencia en los domicilios de las personas en situación de fragilidad o dependencia, afianza esta certidumbre, ya que en muchas ocasiones hay que jugar con la complementariedad de todos esos servicios para conseguir el fin perseguido: que las personas puedan continuar viviendo en su casa con calidad de vida y accediendo a los recursos que precisan.

## 5.13. PERCEPCIÓN DE PROBLEMAS Y SUGERENCIAS DE MEJORA.

Como se ha indicado ya, además de las preguntas más relacionadas directamente con la prestación, en el cuestionario se incluyeron dos preguntas para que los técnicos pudieran expresar su opinión y percepción con respecto a las principales dificultades y/o problemas que ven en relación con el SAD y las causas a las que los atribuyen. Asimismo se dejaban espacios abiertos para recoger otros comentarios sobre estas cuestiones. En este apartado se recogen las respuestas obtenidas a las preguntas cerradas y una síntesis de las opiniones mayoritarias.

### 5.13.1. Las dificultades del SAD.

Con respecto a las dificultades que los/as profesionales han detectado en relación con la calidad del SAD, la distribución de las respuestas se muestra en la tabla 23, según tamaño del municipio.

TABLA 23. OPINIONES SOBRE LAS DIFICULTADES DEL SAD SEGÚN EL TAMAÑO DE LOS MUNICIPIOS.

	5.001 10.000	10.001 20.000	20.001 50.000	50.001 100.000	100.001 500.000	Más 500.000
Difícil controlar la calidad del SAD, al depender de un proveedor externo	16,2%	17,7%	23,7%	37,4%	29,2%	25,0%
Mucha rotación de auxiliares	19,7%	14,4%	26,7%	37,5%	59,0%	0,0%
Los auxiliares del SAD no tienen formación suficiente	18,4%	11,3%	18,4%	27,7%	35,4%	0,0%
La formación que se exige a las auxiliares es excesiva para las tareas que realizan	1,8%	0,7%	2,9%	0,0%	6,3%	0,0%
Es un servicio muy caro	23,0%	16,9%	15,8%	23,8%	26,5%	0,0%
Otras	47,5%	65,2%	48,2%	22,5%	25,6%	50,0%

Los comentarios adicionales que los técnicos han realizado sobre las dificultades actuales del SAD se centran en cuestiones como las siguientes:

#### a. Falta de financiación.

El recorte en los presupuestos y las subvenciones en 2012 y 2013 ha hecho que el servicio disminuya la intensidad del mismo y no se cubran satisfactoriamente las necesidades de los usuarios.

### **b. Intensidad del Servicio.**

Se advierte la necesidad de mayor intensidad o frecuencia. Más tiempo de prestación en general y, en especial, los fines de semana. Muchos de los usuarios se quejan del poco tiempo de servicio.

En casos de personas con graves situaciones de dependencia el SAD no cubre las necesidades de atención, tanto por el tiempo y frecuencia de la prestación, como por las tareas a desarrollar.

### **c. Cobertura / Listas de espera.**

En bastantes municipios la demanda del SAD es mayor que la oferta, por lo que se producen listas de espera por falta de capacidad presupuestaria, tanto en la modalidad de prestación básica como en la atención a personas en situación de dependencia.

La ralentización o paralización en determinados casos de la LAPAD está originando que la lista de espera se dispare.

### **d. Copago.**

Se expresa la necesidad de una reducción del copago o, incluso, expandir el margen de gratuidad del SAD. El bajo poder adquisitivo de muchos de los usuarios hace imposible que puedan abonar el copago correspondiente, lo que hace que numerosas personas y familias rechacen el servicio o que no puedan acceder a él.

### **e. Calidad.**

En general se señala la dificultad para controlar la calidad del SAD por el ámbito privado en el que se desarrolla y la lejanía de la empresa proveedora. Esta dificultad se incrementa a la hora de llevar a cabo la evaluación y seguimiento adecuado del trabajo de los auxiliares por tener el trabajador social que simultanear esa función con otras muchas en el departamento.

### **f. Recursos humanos.**

Escaso número de profesionales y de auxiliares fijos/as, lo cual también tiene un impacto en la calidad.

Dificultades a la hora de sustituir cuando hay una baja por enfermedad o cubrir las

bajas en general. En numerosas ocasiones no se sustituyen las bajas ni las vacaciones de las auxiliares.

La dificultad en las sustituciones se producen por la concentración de horarios en una parte de la jornada y por la dependencia de proveedores externos.

Contratación temporal, lo que origina mucha rotación de auxiliares y períodos de baja intensidad.

#### **g. Absentismo laboral y control del personal.**

El absentismo de los auxiliares implica variaciones constantes al no poder sustituirse en todas las ocasiones. Por otro lado, también se detecta falta de cumplimiento de horarios, tareas y falta de mayor implicación en los casos.

#### **h. Formación.**

Falta de determinadas habilidades para atender casos delicados, precisándose de mayor formación.

#### **i. Horarios.**

Cambios frecuentes en los horarios de los servicios.

Casi todos los usuarios deben ser atendidos a primera hora y esto, por la compatibilidad con los horarios de trabajo, no siempre es posible. Esto genera dificultades a la hora de cuadrar horarios, sobre todo en los aseos personales.

Dificultad para asignar número de horas y horario ajustado a las expectativas de las familias.

#### **j. Dispersión.**

La dispersión geográfica de los núcleos de población que forman algunos municipios hace que las auxiliares pierdan mucho tiempo en desplazamientos con el consiguiente gasto extra que esto supone. A lo anterior se añaden dificultades en el transporte.

#### **k. El procedimiento de acceso al servicio por parte de los usuarios.**

Es común en todo el territorio de algunas CC.AA., pero a la vez es lento y complejo. Las condiciones que establecen las CC.AA. para la prestación son muy estrictas.

### **I. Profesión.**

El trabajo de ayuda a domicilio no tiene el valor social merecido, habiendo bastante economía sumergida y trabajadores sin cualificar. En general falta de reconocimiento social y oficial de la profesión, a lo que hay que añadir que la importante labor que desempeñan estos trabajadores no está bien remunerada.

También se mencionan dificultades por el hecho de no diferenciarse las tareas domésticas y las de atención personal, sobre todo cuando en la mayoría de casos el precio/hora es el mismo.

### **m. Familias.**

Implicación escasa de las familias.

A algunas familias y auxiliares les cuesta entender la parte más social-relacional de la atención prestada.

### **n. Informatización.**

En general, no existen sistemas informáticos adecuados para la gestión del servicio y el tratamiento de la información que se genera.

#### ***5.13.2. Las causas de los problemas.***

Con respecto a la opinión que los profesionales tienen sobre las causas de los problemas que detectan de manera general en la prestación del SAD mayoritariamente se centran, como puede observarse en la tabla 24, en que no se adapta bien a las necesidades de las familias por su baja intensidad (pocas horas de atención).

TABLA 24. OPINIONES SOBRE LAS CAUSAS DE LOS PROBLEMAS QUE SE DETECTAN EN EL SAD, SEGÚN TAMAÑO DEL MUNICIPIO.

CAUSAS	5.001 10.000	10.001 20.000	20.001 50.000	50.001 100.000	100.001 500.000	Más 500.000
Baja intensidad (pocas horas de atención)	51,4%	48,1%	56,7%	63,8%	49,5%	0,0%
Tipo de tareas no adecuado a las necesidades	5,4%	12,5%	17,2%	25,2%	8,5%	0,0%
Copago es disuasorio	19,4%	10,9%	20,0%	26,6%	38,4%	0,0%
Difícil compatibilidad entre auxiliares y personas atendidas	9,1%	7,8%	6,5%	9,0%	4,9%	0,0%
Las familias son cada vez más exigentes	13,0%	16,2%	11,6%	16,1%	20,7%	0,0%
Otras	18,2%	21,5%	21,4%	18,4%	47,7%	50,0%

Los comentarios adicionales realizados por los técnicos municipales a esta cuestión, de los que se extractan algunos, son muy similares a los realizados en la anterior pregunta.

#### a) Compatibilidad con la prestación por dependencia.

La diferencia de prestación entre personas en situación de dependencia (a cargo de la Comunidad Autónoma) y personas sin reconocimiento de dependencia (a cargo de los ayuntamientos) genera dificultades de gestión, que afecta a la atención a los usuarios.

A las personas valoradas en grado 1 (dependencia) no se les puede aplicar la cartera de servicios por haberse pospuesto su entrada en vigor.

Muchas de las personas que necesitarían SAD por su situación de fragilidad no pueden acceder al mismo por no alcanzar el grado de dependencia suficiente, habiendo perdido el SAD su objetivo preventivo.

En el SAD de dependencia no existe un verdadero programa individual de atención (PIA) por no estar vinculado a los servicios sociales municipales.

#### b) Horarios.

Existen grandes dificultades para adaptar el horario a las necesidades de las personas y de los auxiliares. La mayoría de las familias demandan los mismos horarios, lo que



genera problemas para atender a todo el mundo en el horario demandado.

**c) Intensidad.**

Si el SAD tuviera una intensidad horaria adecuada se podrían establecer medidas de prevención y de participación social y comunitaria de cara a mejorar la calidad de vida de las personas y familias objeto de intervención así como incidir positivamente en su autonomía personal.

En situaciones de graves pérdidas de independencia y autonomía, las expectativas de las personas usuarias y/o sus familias superan la capacidad de atención que el servicio puede prestar.

**d) Financiación.**

Presupuesto insuficiente.

Retraso en la financiación procedente de las Comunidades Autónomas.

**e) Familias.**

Falta de implicación familiar. La familia en ocasiones se desentiende, descargando toda la responsabilidad en el auxiliar. El pago por el servicio hace que las familias sean muy exigentes y que los familiares se impliquen menos con las personas mayores y/o dependientes. En ocasiones, las familias exigen la prestación de tareas no recogidas en el plan de intervención.

**f) Profesión.**

La profesión está infravalorada, mal remunerada y falta formación.

Las familias no entienden la verdadera dimensión del SAD y lo ven como un servicio asistencial.

Necesidad de que los Auxiliares diferencien entre la relación profesional y la personal.

**g) Dispersión.**

Largos trayectos y pérdida considerable de tiempo en desplazamientos.

Dispersión geográfica y orografía del territorio, que genera dificultades para coordinar y adecuar horas con jornadas del personal, y supone un alto coste de desplazamientos.

#### **h) Copago.**

Muchos de los usuarios tienen problemas para realizar el copago ya que cuentan con recursos económicos escasos, lo que les hace infravalorar la necesidad del servicio.

#### **i) Recursos humanos.**

Dificultades para la contratación personal ante bajas laborales y otras circunstancias. Escasez de auxiliares de SAD.

#### **j) Prestaciones económicas.**

En dependencia, las familias prefieren la prestación económica para cuidador no profesional que utilizar el servicio de SAD.

#### **k) Coordinación.**

En los casos en que el SAD atiende a personas en situación de dependencia con problemática de salud se deben establecer acuerdos formales con el resto de servicios que intervienen.

#### **l) Usuarios.**

A veces los usuarios son reacios a las atenciones de carácter personal.

La comunicación hacia el usuario con los cambios en la prestación ha de ser más fluida.

#### **m) Calidad.**

La calidad debería ser el objetivo central que proponerse ya que una buena prestación del SAD evita costes superiores de atención en servicios residenciales y sanitarios. Necesidad de un servicio con parámetros de calidad (multidisciplinar, supervisión y formación permanente de los profesionales, y con servicios complementarios).

## 6/ LOS RESULTADOS DEL ESTUDIO CUALITATIVO.

6.1. Características y problemática actual del SAD.

6.2. Papel actual y futuro de las tareas domésticas.

6.3. Teleasistencia.

6.4. Coordinación sociosanitaria.

6.5. La prestación del SAD a personas con situación de dependencia de grado III.

6.6. Metodología de gestión de casos.

El objetivo pretendido en esta fase de la investigación se centraba en explorar de manera más intensiva que lo que permite una encuesta algunas de las cuestiones ya recogidas en nuestro cuestionario, haciéndolo desde una mirada prospectiva para llegar a obtener así una aproximación complementaria lo más completa posible sobre el futuro del SAD. El diseño de los grupos focales es el que se recoge en el apartado 4.2.2.

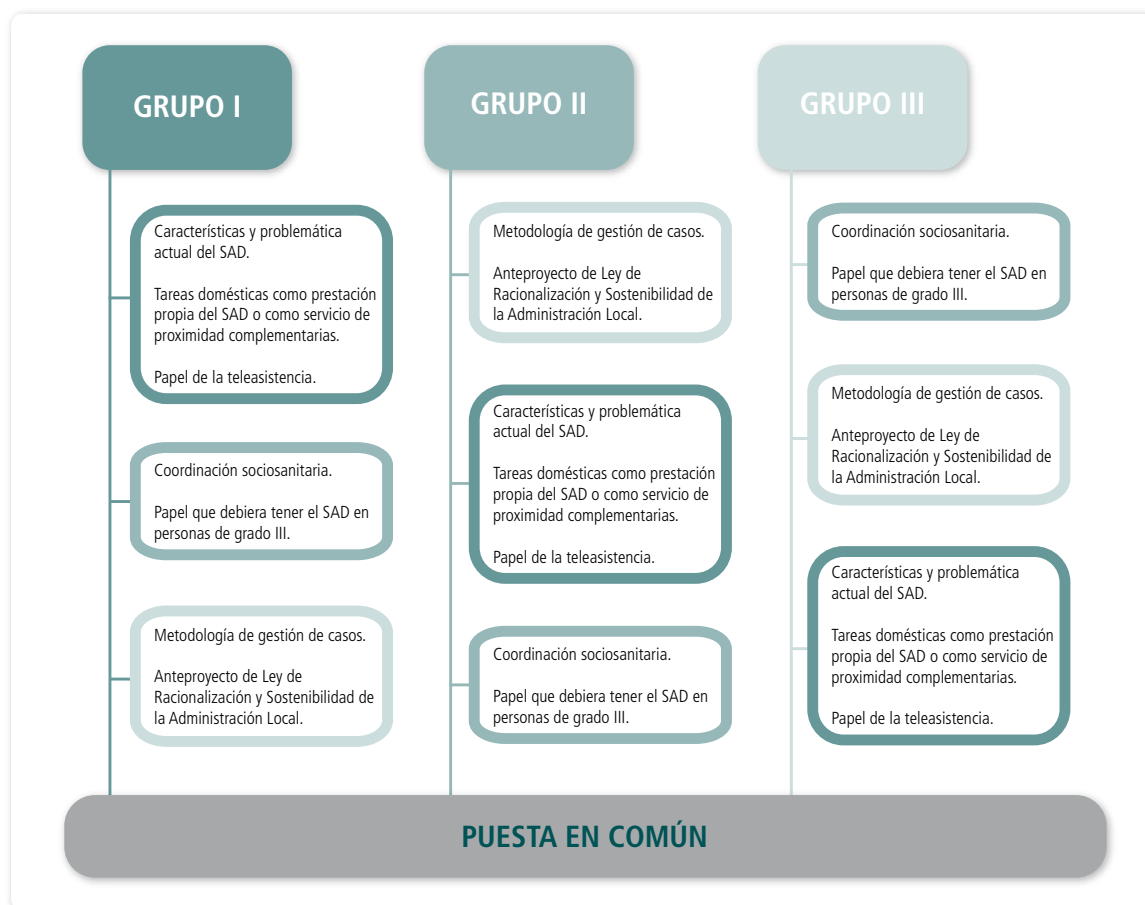
La selección temática de los puntos que se propusieron a debate de los grupos de profesionales cualificados del SAD giraba en torno a los problemas generales detectados en la prestación de este servicio, sobre la existencia o ausencia de coordinación sociosanitaria, sobre las dificultades que observan para obtener una adecuada coordinación entre distintas prestaciones y recursos, y, finalmente, sobre el papel que en el futuro desempeñarán las Administraciones Públicas en relación con el SAD y otros servicios sociales atendiendo a la nueva Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, que en la fase de nuestro trabajo de campo se hallaba en fase de Anteproyecto. Los temas mencionados se fueron abordando en los grupos, a partir del siguiente guión que les iba presentando cada coordinador/a:

- Opiniones generales sobre la situación actual del SAD y su problemática de cara al futuro.

- Conveniencia de que las tareas domésticas permanezcan o desaparezcan como prestación pública del SAD y, en cambio, se incorporen servicios de proximidad complementarios a la prestación personal: comidas, lavandería a domicilio, peluquería, limpieza del hogar, pequeñas reparaciones...
- Papel que se cree juega la teleasistencia (TAD) y sus desarrollos de cara al futuro y cuál debe ser su relación con el SAD.
- Líneas de actuación que deban emprenderse para la coordinación formal y estable entre el SAD y la atención domiciliaria sanitaria.
- Papel que debiera tener el SAD en la atención a personas en situación de dependencia, especialmente, las de grado III.
- Opinión sobre facilidades y dificultades que se observan para el establecimiento de la metodología de gestión de casos en la atención domiciliaria para coordinar las diferentes prestaciones y garantizar la continuidad y seguimiento de los casos, especialmente en casos de complejidad asistencial.
- Papel que deben jugar las diferentes Administraciones Públicas en relación al SAD, los servicios de proximidad y la TAD y los cambios que debieran introducirse a la luz de la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.

En cada uno de los tres grupos se debatieron las diferentes cuestiones a partir del guion aquí expuesto, organizados en siete bloques temáticos. Posteriormente, se llevó a cabo una puesta en común conjunta en la que además de exponerse las conclusiones más relevantes alcanzadas por cada grupo, se ahondó en alguno de los temas y surgieron otros nuevos.

## LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO



### 6.1. CARACTERÍSTICAS Y PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL SAD.

De los discursos recogidos se desprende que, a la hora de analizar la situación y problemática actual del SAD, lo primero que se destaca es la existencia de una gran heterogeneidad de situaciones, con sus correspondientes dificultades anejas a lo largo del territorio español. Esta heterogeneidad se da tanto entre Ayuntamientos como entre Ayuntamientos y Diputaciones. Sin embargo, se desprende del debate de los agentes intervinientes que las dificultades y los retos con los que se encuentran responden a las mismas causas: conceptualización del servicio, gestión, implementación, concursos y licitaciones, convenios laborales, financiación, normativa directamente relativa al SAD o que indirectamente repercute en éste.

Desde su inicio, el SAD ha venido marcando unos objetivos muy generales y ambiciosos referidos a la "prestación de apoyos y servicios orientados a mejorar la calidad de vida y la permanencia en el entorno habitual de aquellas personas en situación de riesgo,

fragilidad o dependencia". Sin embargo, entre este concepto y los resultados que se obtienen hoy día de la prestación de este servicio no se produce la conexión necesaria por lo que se considera de manera generalizada que habría que ir a una necesaria re-conceptualización del SAD.

*"Sus objetivos son ambiciosos porque no se delimita desde el concepto el carácter de ayuda y sus destinatarios. Sin embargo, al concretar la acción nos encontramos con que el SAD paulatinamente se ha venido limitando a lo largo de los años prácticamente a la atención a personas mayores, con tareas de carácter doméstico y de atención personal (aseo personal mayoritariamente), y en mucha menor proporción se dirige a la atención a familias e infancia en situación de riesgo o personas con discapacidad."*

Esta situación ha sido especialmente llamativa desde que se produjo la promulgación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD), pareciendo haber acuerdo en que las Entidades Locales han ido observando cómo el SAD ha sido "absorbido por la Dependencia", dejando de dar servicio o disminuyendo la intensidad de éste a personas que antes se beneficiaban del mismo como podían ser menores en ausencia de progenitores, enfermedades, hospitalizaciones temporales, graves conflictos de convivencia, problemas de adicción, salud mental, etc.

*"En muchas ocasiones, y equivocadamente, se ha considerado un servicio exclusivamente dirigido a personas mayores en situación de dependencia. Con la Ley de Dependencia se ha venido financiando, hasta ahora, el servicio de SAD con los Convenios ya establecidos de Servicios Sociales. Esto ha contribuido a que se priorizara, a la hora de conceder la prestación, a personas con dependencia, quedando en minoría otros colectivos."*

Desde la representación del Colegio de Educadores Sociales, echan de menos, y reclaman, una ayuda a domicilio como la conocieron antaño, cuando el servicio contemplaba, y ponía en práctica, los objetivos de prevención sociosanitaria, de rehabilitación, de apoyo psicosocial, convivencial, etc. y un amplio espectro de personas destinatarias:

*“No dejamos de hablar de dependencia, y mediante la ayuda a domicilio, cuando yo la conocí, hace 22 años (...) se hacía trabajo con familias, se hacía detección de dificultades sociofamiliares, se trabajaba el ámbito educativo, se trabajaban crisis familiares, se trabajaban muchísimas dificultades de la población, que ahora la ha colapsado Dependencia y la va a seguir colapsando.”*

En relación a este asunto se suscita como ejemplo que en Castilla y León el personal de los Centros de Acción Social (CEAS) ha llamado la atención ante el nivel de burocratización que ha llegado a experimentar el sistema, a través del Baremo de Valoración de la Dependencia, los informes sociales, etc. La cumplimentación de tantos documentos y registros está restando tiempo a esta parte, más preventiva, socioeducativa, lo que consideran ha provocado la despersonalización de la intervención en el sentido de olvidar la interdisciplinariedad y el trabajo en equipo.

Se produce coincidencia en las opiniones de los grupos en cuanto a que, con respecto a la aplicación de la LAPAD, el Real Decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad ha conllevado que el servicio en ocasiones haya sufrido una disminución de horas y, con ello, una mayor rigidez de éste, con incidencia en las necesidades de la modalidad básica, es decir, para personas que no se encuentran en situación de dependencia, lo que desvirtúa el concepto inicial de SAD, pues ya no se pueden cubrir situaciones de urgencia social y necesidades sociales si no hay un reconocimiento de dependencia, lo que afecta a familias enteras con necesidades sociales (recoger niños del colegio, paseos, acompañamiento, cuidados especiales, hábitos personales, convivencia, etc.).

*“Se han visto perjudicadas todas aquellas personas o núcleos familiares que requieren apoyo por una situación de urgencia transitoria, debido a la baja intensidad del servicio para prevenir internamientos evitables, o por la falta de adecuación del servicio a las nuevas necesidades sociales, en particular a la conciliación de la vida familiar y laboral, por la rigidez en la organización del servicio.”*

La opinión generalizada es que el concepto de SAD en la actualidad no es el que conocieron en los inicios de éste, y es que las diversas normativas y reglamentaciones que han ido configurando el Sistema de Servicios Sociales, y sus respectivos procedimientos, servicios y prestaciones respecto a las personas destinatarias, niveles de gestión y coordinación, financiación, etc. han hecho evolucionar el concepto a través de su puesta en práctica en la realidad.

*“El concepto ha evolucionado de forma “natural” de ser un servicio cuya función principal era de carácter preventivo a ser un servicio puramente asistencial (...) Está por volver a configurarse y desarrollar la función preventiva, tanto del deterioro personal como del internamiento.”*

En relación a las personas destinatarias, esta evolución “natural” del SAD, respecto a la LAPAD y al Real Decreto 20/2012, y ahora la Ley de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local, está generando, en opinión del grupo, modificaciones que podrían afectar al Servicio, tanto en su intensidad como en sus destinatarios. Por un lado, la disminución de la intensidad horaria provoca la pérdida de uno de los grandes objetivos del SAD, que es la permanencia en el domicilio cuando no existe un gran apoyo complementario, sea éste familiar, un centro de día, etc. Pero, por otro lado, se está dejando fuera del Servicio a familias usuarias que, con la implantación de la LAPAD, quedan fuera de éste por no estar en situación de dependencia. Y por último, se mencionan las privatizaciones que se vienen produciendo como causas que repercuten directamente en el personal y su baja formación, e indirectamente en la calidad del servicio.

Profundizando en los debates de cada una de estas cuestiones, la opinión generalizada del grupo es la de atribuir las dificultades y deficiencias que se detectan en la actualidad a las consecuencias derivadas de la crisis económica, que han acabado por repercutir directa e indirectamente en la calidad del servicio. En relación a los costes, que parecen ser disuasorios para el copago de las familias y para la sostenibilidad del SAD, se opina que posiblemente éstos se podrían abaratar, pero nunca al precio de hacer caer la calidad del servicio. De ahí que se reafirmen en la necesidad de que, a la hora de estimar los costes económicos, se haga una evaluación en términos de coste-beneficio. Es decir, que se incluyan otras dimensiones, aparte de los costes puramente económicos, como los beneficios obtenidos de tipo social: su efectividad en resultados de calidad de vida para las personas y familias así como su potencialidad para evitar, si se orienta bien el servicio, consumo indebido de servicios de salud e internamientos de personas que con apoyos adecuados podrían permanecer en casa. Otro beneficio a considerar es la generación de muchos puestos de trabajo que se originaría con la extensión del SAD por su alto factor de empleabilidad en este sector (especialmente para las mujeres).



En relación con las consecuencias derivadas de la crisis económica, se considera un aspecto cuestionable la externalización y subcontratación con grandes empresas privadas prestadoras de servicios, con las cuales es difícil competir desde la administración local:

*“Estamos viendo diferencias grandísimas entre el servicio que estamos prestando de SAD por parte de los Ayuntamientos, con personal propio o empresas municipales o cooperativas, que tiene un coste altísimo y que, a pesar de la crisis, lo hemos estado manteniendo, con las dificultades que eso conlleva, y el servicio que se presta por parte de Dependencia, que lo suelen ganar en los concursos, macro concursos, por ejemplo, el de nuestra ciudad, que son 15.000.000 de euros... pues macroempresas a nivel nacional, hablábamos de un caso concreto (...), que está ganando muchísimos de los concursos, a la baja total, en los que el coste del servicio, pues si a nosotros nos cuesta 25 euros, ellos lo están dando por 11.”*

Y el problema consecuente de esta externalización de servicios acaba afectando a la calidad a través de diferentes aspectos, todos ellos interrelacionados. Uno de ellos, es la gestión que se lleva a cabo desde estas empresas, y es que en los últimos años el gran auge que se ha producido en la aparición de empresas proveedoras de servicios, provenientes de otros sectores fuera del ámbito social, realizan en los concursos ofertas más baratas que las de empresas y entidades del sector. Y en un momento económico como éste, es evidente que el posicionamiento en el mercado tiende a la oferta más barata y condiciona la calidad de los servicios. El mayor problema es que el desconocimiento por parte de estas empresas respecto al ámbito social, propicia situaciones de descoordinación con otros ámbitos de intervención, como por ejemplo el sanitario, pero también el educativo, el cultural, el participativo..., amén de la escasa formación de sus profesionales. Por todo ello, se echa en falta, de manera general, una regulación y gestión desde parámetros de calidad, que garanticen un nivel óptimo en toda la cadena, hasta llegar a las personas destinatarias.

Siguiendo esta cadena de consecuencias y deteniéndose en la formación de los y las trabajadoras, nuestros intervinientes opinan que estas empresas generan puestos de trabajo con mucha rotación, poco cualificados y con bajos salarios. A todo esto añaden que no existe un perfil profesional bien definido, lo que, inevitablemente, repercute en la motivación del personal contratado y en la calidad de su trabajo:

*“Este “ir a menos”, que son las reglas del juego que tenemos, evidentemente afecta a la calidad, pero no sólo a la calidad del servicio, sino también a la calidad de la ocupación (...). Al final lo que nos va a pasar es que, evidentemente, las coordinaciones individuales van a desaparecer, las coordinaciones grupales van a desaparecer, y el profesional estará solo ante un domicilio donde va a hacer lo que pueda, y donde, evidentemente, las malas praxis se pueden dar pero por corresponsabilidad de la situación, no por el profesional en sí.”*

En relación a la cualificación, no existe un adecuado desarrollo de los SAD especializados (Alzheimer, discapacidad psíquica, enfermedad mental, etc.), y en estos casos la contratación de personal cualificado para atenderlos encarece tanto el coste que no está incluido dentro de la oferta normalizada de los servicios del SAD. Por todo ello, se dan situaciones de desigualdad laboral, respecto a las exigencias profesionales de otros ámbitos como los centros de día o residencias, que requieren mayor formación a sus auxiliares. A pesar de que sobre el papel se requiere formación especializada, y las empresas de servicios se comprometen a formar a su personal, esta formación no es suficiente, y finalmente no se dispone de titulaciones específicas. De ahí que muchas veces la auxiliar de ayuda a domicilio se encuentre ante situaciones sociales para las que no está suficientemente formada y tiene que afrontarlas sin apoyo. Si se suma a lo anterior la ausencia de espacios para la supervisión y evaluación de casos desde las empresas, y si a la sobrecarga de los equipos de Servicios Sociales, se añaden más elementos que atañen a la calidad del SAD pues prácticamente se impide que se aborden los casos desde una estructura multidisciplinar:

*“Si hablamos de equipo de trabajo, las auxiliares se encuentran muy solas, no tienen con quien intercambiar o consultar dudas y la supervisión de los casos y la coordinación desde servicios sociales se limita mucho a la gestión, que absorbe muchísimo.”*

Por tanto, parece deducirse de los discursos de los grupos que los reajustes económicos debidos a la escasez de recursos por problemas de financiación, han terminado por transformar el concepto y la realidad del SAD.

Entre las razones argüidas por los intervinientes se destaca, en primer lugar, el hecho de haber abierto la puerta a la privatización y externalización de los servicios en forma de subastas, lo que genera empleos muy poco cualificados y, por tanto, mal remunerados, con mucha rotación, poca definición de los mismos y escasa formación. Todo ello

impide cualquier tipo de motivación, sea esta intrínseca, por la satisfacción del trabajo realizado, o extrínseca, por una remuneración adecuada, repercutiendo al final de la cadena en la calidad del servicio y en la satisfacción y bienestar de las personas atendidas. Por otro lado, la gestión del servicio queda en manos de grandes empresas privadas que, alejadas del ámbito social, no tienen la capacidad de establecer equipos multidisciplinarios y espacios de coordinación, a través de los cuales poder ofrecer una atención integral y de calidad.

Se recoge también alguna opinión, no mayoritaria, mediante la que se considera conveniente que usuarios y usuarias debieran conocer el coste real del servicio, lo que realmente le cuesta a la Administración, para que lo valoren más y, también, para que pueda establecerse un copago progresivo, con el fin de que la disminución del gasto no repercuta en la calidad del servicio.

Por último, y para concluir este apartado, se desprende una generalizada opinión referente a que el SAD es un motor económico indiscutible. Es el recurso más demandado del Catálogo de los Servicios Sociales, así como el segundo, de media, en las prestaciones derivadas de la LAPAD. Se trata, por otra parte, del servicio social público municipal más importante a nivel de volumen económico y de empleo, pues ofrece la incorporación al mercado de trabajo de un número considerable de personas de diversos perfiles profesionales: auxiliares, supervisores, trabajadores sociales, etc. Se trata de un tipo de empleo local tanto en el ámbito urbano como en el rural que es estable y no deslocalizable, y resulta también clave en la generación de empleo para las mujeres.

Por todo ello, y como conclusión unánime de este bloque de discusión, el grupo destaca la conveniencia de mantener un servicio de atención domiciliaria de calidad prestado desde las entidades locales, en el que puedan asumirse muchas más competencias en materia de valoración, gestión, evaluación y seguimiento. Asimismo, se estima que deben revisarse los convenios laborales, especialmente las situaciones/condiciones de subrogación de los trabajadores de las empresas salientes a las nuevas proveedoras.

## 6.2. PAPEL ACTUAL Y FUTURO DE LAS TAREAS DOMÉSTICAS.

Respecto a mantener o sacar las tareas domésticas del Servicio de Ayuda a Domicilio, hay diversidad de opiniones y argumentos al respecto, si bien la mayoría de ellos acaban por posicionarse a favor de la permanencia. Los argumentos más repetidos a favor de que las tareas domésticas deban permanecer dentro del SAD se basan en que favorecer y apoyar las mismas resulta fundamental para que las personas puedan permanecer en el domicilio, si bien la prestación de estas tareas deben formar parte de un modelo integral de intervención:

*“Se entiende como prioritaria la función de atención personal frente a la atención doméstica. Pero hay casos en los que las limitaciones de las personas frágiles o dependientes deben incluir prestaciones domésticas que también son necesarias para mantener a la persona en su domicilio.”*

Algunas de las opiniones que defienden la inconveniencia de derivar la prestación de las tareas domésticas hacia un servicio no profesionalizado, es que esto obliga a que sean varias las personas que deban acudir al domicilio, sobre todo si a las tareas domésticas se suman otros servicios considerados complementarios, como puede ser la peluquería, podología, comidas, etc., con lo que se aumenta indeseablemente el número de personas diferentes que entrarían en el domicilio de los y las destinatarias, y es bien sabido desde la experiencia que a las personas, en su mayoría mayores, nos les gusta que diferentes profesionales acudan a prestar servicios a su casa. De ahí que cuando el SAD es prestado directamente por los Ayuntamientos obtenga mejores valoraciones que cuando lo prestan empresas privadas, donde existe alta rotación de personal.

*“La relación personal no puede ser sustituida por otro tipo de servicios que se puedan dar. Y luego, además, es que a las personas mayores, el que pasen de tener una persona de referencia a que puedan tener tres o cuatro personas metidas en su casa, con lo que eso significa, pues también iba a causar bastante problema, entonces, nosotros seguimos apostando en el grupo porque fuera de manera conjunta (...) no tanto que fuera un trabajador único, sino que sea dentro del SAD, que no sea una cosa complementaria distinta de los servicios sociales.”*

Al hilo de este asunto, también se argumenta en la discusión que si se sacaran las tareas domésticas del SAD, con ello se abriría la puerta a la privatización y la consecuente y progresiva bajada del precio del servicio como consecuencia de la competencia que se da entre las entidades por ganar los concursos, lo que repercutiría, a juicio de los participantes en los grupos, en una pérdida de la calidad del servicio prestado.

Muy relacionado con lo anterior, se esgrime el argumento de que si las tareas domésticas se sacan del SAD, propiciando de este modo la parcialización de servicios, esto generaría una peor calidad en su coordinación y gestión, existiendo una opinión generalizada en torno a que cuantas más prestaciones se ofrezcan desde un mismo servicio, mayor eficiencia obtendrá de cara a la gestión. Por otra parte, algunos consideran que se perdería la labor de “vigilancia”, prevención y estimulación que realizan las auxiliares

de ayuda a domicilio aun cuando sólo acudan a realizar tareas domésticas, lo que no se garantizaría desde empresas prestadoras de servicios desconocedoras del ámbito social.

Por último, otra razón para oponerse a la opción de sacar las tareas domésticas del SAD es que en las zonas rurales con alta dispersión de población, el desplazamiento de varias personas para prestar los distintos servicios, supondría un encarecimiento considerable de los mismos.

Analizados todos los argumentos en contra de eliminar las tareas domésticas del SAD, cabe mencionar algunos de los emitidos que sí apuestan por la retirada de éstas, debido a que si las tareas domésticas pasan a ser un servicio de proximidad, se da la oportunidad de profesionalizar más la figura del auxiliar de ayuda a domicilio incrementando su dedicación a la atención personal. Sin embargo, este argumento se matiza al considerar otras situaciones que podrían convertirse en excepciones, como son aquellos casos en los que se atiende a personas muy mayores, sin hijos/as, y con muy pocos recursos económicos, en los que el mantenimiento en el domicilio pasa por que se resuelva la necesidad de apoyo en las tareas domésticas.

En el caso de excluir las tareas domésticas del SAD y convertirlas en un servicio externo de proximidad, de cara a la gestión, la opinión general de los intervinientes es que ésta se complejizaría mucho porque harían falta diferentes pliegos, y todo ello conllevaría una mayor burocratización. En este sentido, se debate si debiera ser una sola empresa la que centralizase la gestión de todos los servicios de proximidad. Otra opción sería apostar por la coordinación: no haría falta que los servicios se centralizaran sino que se coordinasen correctamente. Aparece ya en el debate el tema de la necesidad de coordinación y de gestión de los casos.

Lo mismo ocurriría en el caso de mantener en el SAD las tareas domésticas con un perfil diferenciado, pues igualmente se plantean en el debate las dificultades de gestionarlo. Si existen dos perfiles para realizar uno u otro tipo de apoyo y, en consecuencia, se establece distinto precio/hora por servicio también se considera difícil de gestionar y no se evita la dificultad de que diferentes personas vayan al domicilio a realizar la atención. En las experiencias que ya se está realizando de diferenciación de perfiles en algunos municipios, se defiende que, aunque es cierto que se complejizan los pliegos y el sistema de gestión, también es cierto que se puede ajustar mucho más la relación cualificación-salario. En otros ayuntamientos de los representados en los grupos el/la auxiliar de ayuda a domicilio realiza indistintamente tanto las tareas domésticas como las de apoyo personal, diferenciando cualificación cuando esto es posible, pero no salarios.

*“Nosotros entendemos el servicio como único, el Servicio de Ayuda a Domicilio, entonces, dentro, hay dos funciones, función de atención personal y función de atención doméstica. Y hay figuras profesionales para cada uno de los roles. Hay sitios en que cogen la figura, digamos, más fuerte, que sería la trabajadora familiar y puede realizar las dos tareas. Pero en otros sitios no, en otros sitios hay un profesional que realiza la atención personal, a un precio, y las tareas de la atención doméstica, a otro precio.”*

El grupo considera sin excepciones que no se puede pagar lo mismo a dos personas a las que se les exige distinta formación, una más cualificada que la otra. Sin embargo, tal como aportan algunos de los intervinientes, hay CC.AA. en las que no se ha aceptado realizar la adaptación prevista en el Real Decreto 20/2012 por el que se establece la diferenciación salarial y, por tanto, mantienen en los concursos un precio unificado para todas las cualificaciones.

*“Cuando hemos preguntado qué hacíamos para el nuevo concurso, nos han indicado que dejemos un precio unificado (...) se va a mantener un único precio. Pero se les está exigiendo una mayor formación a las auxiliares... Les exigimos lo máximo pero ciertamente después la realidad de lo que se paga es lo mínimo, y sin embargo, nuestra comunidad se ha declarado insumisa y dice que no hace caso del Decreto del Gobierno.”*

Por último, a la hora de llegar a un consenso con respecto a la distinción de perfiles profesionales, cualificaciones y salarios y lograr la mayor disminución posible de entradas de diferentes personas en los domicilios, se llega a un acuerdo acerca de que, como no es posible que una misma persona esté cualificada para todo tipo de tareas, la manera más óptima de ofrecerlas es diferenciar perfiles y exigencia de formación según tareas a desarrollar pero la gestión debe estar centralizada en el SAD, dejando como servicios de proximidad los referidos a peluquería, podología, compras, pequeñas reparaciones, etc.

### 6.3. TELEASISTENCIA.

Existe acuerdo en los grupos sobre la idoneidad de que se avance en una mayor complementariedad e interacción entre el Servicio de Ayuda a domicilio y la Teleasistencia. Los argumentos se centran, en primer lugar y ante todo, en el principio de integralidad que exige la visión global de la persona por lo que la respuesta a sus necesidades

también debe realizarse desde estos presupuestos. La función preventiva que representa la Teleasistencia y su potencialidad para complementarse, por su propia naturaleza y conceptualización, con el Servicio de Ayuda a Domicilio, debe ser mejor aprovechada pues la una sin la otra no es suficiente para garantizar la permanencia en el domicilio:

*“De la misma manera que en las residencias se da una atención global a todas las necesidades de la persona, lo mismo entendemos que debe ocurrir con el SAD, con lo cual, este servicio tiene que ser totalmente complementario con la teleasistencia y (...) además considerarlo como un conjunto de servicios para poder dar respuesta personalizada y ajustada a los casos.”*

La complementariedad tiene que producirse, por un lado, porque la Teleasistencia funciona 24 horas al día y 365 días al año, alcance que no presenta ni de lejos el SAD, que deja incluso de atender las necesidades los fines de semana y es claro que éstas “no descansan cuando llega el sábado”. Por ello, el apoyo de la Teleasistencia al SAD es muy conveniente, y más cuando se trata de un servicio que consigue garantizar la tranquilidad tanto a las personas que viven en los domicilios, como a las familias de las personas atendidas, e incluso al propio personal del SAD, que sabe que en su ausencia la persona estará atendida en caso de que sea necesario, movilizándolo recursos que sean precisos para que lleguen a los hogares:

*“Es lo único que permite que los 365 días del año, durante las 24 horas esa persona pueda estar en su domicilio y alargar esa autonomía, la poca o la mucha que le queda a la persona, pues de otra manera se pierde, porque realmente vamos a mermarlo: ni con la ayuda a domicilio lo vas a cubrir todo, ni sólo con la Teleasistencia vas a cubrirlo tampoco, con lo cual debería ser siempre complementario.”*

A todo esto, se añade como ventaja que la Teleasistencia es un servicio que se presta vía telemática, con lo que se minimiza la “invasión” en los domicilios, así como que, por otra parte, ocasiona un gasto menor sin que ello vaya en detrimento de la seguridad de las personas atendidas. De ahí que los representantes de las Corporaciones Locales de los grupos manifiesten su temor ante las incompatibilidades que se propugnan.

Por otro lado, entienden que también la Teleasistencia cumple una función preventiva muy importante en muchos casos y que puede actuar incluso como puerta de entrada al sistema de Servicios Sociales, lo que se perdería en caso de modificar el acceso a esta prestación limitándola a los casos de prestaciones previstas a través del Sistema para la

Autonomía y Atención a la Dependencia, tras obtenerse el reconocimiento oficial de estar en dicha situación.

Retomando de nuevo su naturaleza telemática, y las ventajas de ésta respecto a sus costes y efectividad, se apuesta por sacarle más rendimiento a la teleasistencia mediante otros servicios y prestaciones:

*“Se deberían activar otras prestaciones que, a través del desarrollo de su potencial tecnológico, puede ofrecer y que, en muchos casos ya ha sido experimentada: telemedicina, control domótico del hogar, mejora del servicio móvil.”*

Retomando en este ámbito el debate que se relaciona con el traspaso y el movimiento de competencias del SAD y de la TAD a distintas administraciones, promovido en el Real Decreto 20/2012, el grupo cuestiona la eficacia y la calidad de unos servicios sociales, considerados básicos y complementarios, que operan a distintos niveles administrativos y más cuando tales competencias, y consecuentemente sus prestaciones, no están vinculadas a la máxima proximidad, como ocurriría en el caso de traspasar la competencia de la Teleasistencia en aquellos Ayuntamientos que todavía la gestionan a las Comunidades Autónomas. Se produce general coincidencia acerca de que con ello solo se consigue distanciar los servicios de las personas y de las administraciones más cercanas a la población con lo que se desfigura la prestación y se dificulta la coordinación con otras ofrecidas desde los mismos Ayuntamientos.

Sin embargo, y recalcando de nuevo la diversidad y heterogeneidad del territorio español, una profesional que trabaja en una de las Diputaciones que gestionan SAD expresa una visión muy diferente, pues cuando en su C.A. (Castilla y León) se puso en marcha la LAPAD se decidió que, en virtud de los contenidos de esta norma, la atención a la dependencia se tenía que integrar en el sistema de Servicios Sociales y, por lo tanto, no se entiende que los servicios sean diferentes para las personas en situación de dependencia que para el resto. En la normativa de la C.A. se determina que es ésta quien tiene la competencia exclusiva en materia de servicios sociales, pero hay una delegación efectiva en las Corporaciones Locales en cuanto a gestión y valoración del Sistema de Dependencia. Por tanto, son los Centros de Acción Social, dependientes de las CC.LL. los que desarrollan la valoración de los casos y desde las entidades locales también se gestionan los servicios, tanto los que son prestaciones derivadas de la LAPAD como los que no cubre este sistema y es competencia directa de los servicios sociales autonómicos.

Según se informa al grupo, se ha unificado absolutamente todo, con lo que el acceso a



los servicios sociales, incluidos los de dependencia, es único. El sistema informático también lo es, a través de informes mixtos entre los CEAS y la Comunidad Autónoma. Para ilustrar la práctica de lo que considera una óptima coordinación interadministrativa, el recorrido que relata es el siguiente:

*“Las solicitudes se presentan ante la Gerencia Territorial de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma, desde donde automáticamente se impulsa una tarea a los CEAS de la entidad local, y desde ahí hacemos la valoración, tanto social como funcional. Dictaminamos conjuntamente, hacemos un dictamen mixto informatizado, y la resolución se hace por parte de la Gerencia Territorial.”*

En esta Comunidad Autónoma sólo existe un único baremo, que se aplica para todos los casos:

*“El plan de caso lo hacemos en el seno del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia, es decir, cualquier persona que quiera acceder a cualquier servicio social (...) tiene que solicitar el reconocimiento de la situación de dependencia. De ahí se derivará, por ejemplo, en el caso de la ayuda a domicilio, que tenga una menor o mayor intensidad horaria, y el tipo de tareas a prestar, pero la calidad del servicio, evidentemente, es la misma, con independencia de que se le reconozca o no la dependencia.”*

En este territorio las entidades locales tienen, pues, competencias en prevención, promoción, valoración y gestión de servicios; por tanto, tanto el SAD como la TAD se gestiona y se licita desde las entidades locales. La titularidad de los servicios la tiene en este caso la Comunidad Autónoma pero la gestión es de las entidades locales (municipios con más de 20.000 habitantes, o Diputaciones para los menores) por lo que éstas inician y adjudican las licitaciones de los diferentes servicios. Con respecto al reparto de la financiación acordado entre la C.A. y las CC.LL:

*“El acuerdo de cofinanciación de los Servicios Sociales establece unos ratios de financiación, siendo siempre la mayor parte a cargo de la C.A.: 100% para el personal técnico (salvando las diferencias salariales), 90-100% para otros servicios como la ayuda a domicilio, y 65-35% en materia de Teleasistencia y ayudas de necesidad. Dentro de esas cofinanciaciones se encuentran los servicios de Dependencia y de no Dependencia, incluida la Teleasistencia.”*

Así, y respecto a ésta:

*“La aportación del copago en la Teleasistencia es muy importante, por tanto, tampoco ha supuesto un esfuerzo económico grande para las entidades locales. La comunidad ha asumido una parte y nosotros otra, pero el copago por parte de los usuarios es muy importante para su sostenibilidad.”*

Tras el debate de puesta en común de los tres grupos, se concluye que, viendo cómo funciona en las diferentes partes del territorio español, se aboga por la integración clara de las prestaciones de dependencia en el sistema de los Servicios Sociales. Asimismo, se produce acuerdo en que las corporaciones locales tengan la competencia tanto en la valoración inicial como en el seguimiento de los casos, pues de no ser así y dejarlo en manos de la externalización, no garantizaría la calidad necesaria. Por lo tanto, están de acuerdo en que la coordinación es clave para poner en marcha servicios integrales y de calidad:

*“Eso es: tiene que haber una coordinación perfecta entre Comunidad Autónoma, entidad local y luego, gestión del servicio con la entidad local.”*

En otras CC.AA., como en Andalucía, también existen acuerdos con los ayuntamientos para la valoración de la Dependencia y para la gestión del SAD por Dependencia, pero sólo en esos casos. En Cataluña, por su parte, se ha transferido la competencia en dependencia a los municipios excepto la valoración, pues los equipos de valoración siguen dependiendo de la Generalitat, donde se informa como algo muy positivo que se haya unificado la valoración de la discapacidad y de la dependencia. En la Comunidad de Madrid, y con motivo de la retirada del convenio con el IMSERSO, el traspaso de competencias de la Teleasistencia al ámbito municipal de las personas que no se encuentran en situación de dependencia, está conllevando diferencias de precio y la retirada consiguiente de todos los servicios complementarios. La TAD queda limitada a la llamada de teléfono, pero además pasará de llamada semanal a quincenal. En Málaga se mantiene el servicio municipal durante unos meses, pero después pasa a la Comunidad Autónoma. Ante tal previsión, desde hace dos años han ido haciendo una pasarela de usuarios a Dependencia (Comunidad Autónoma) con el fin de que no quedaran desatendidos.

En general, la mayoría de las Comunidades Autónomas de las que provienen los integrantes del grupo tienen la competencia en materia de valoración. Se concluye que,

de cara al futuro, las competencias deberían pertenecer, o seguir perteneciendo, a las entidades locales, y fomentar la más estrecha coordinación y complementariedad entre el Servicio de Ayuda a Domicilio y la Teleasistencia, pero también existe acuerdo sobre que solo podrá llevarse a cabo en la medida en que haya financiación para ello, pues de otro modo no habría manera de cubrir los gastos que supone a cargo de los municipios.

Finalmente, surge el tema del IVA en el servicio de Teleasistencia en concreto, pues depende de cómo se haga la consulta a Hacienda, el IVA que se aplica no es el mismo. En Cataluña, por ejemplo, éste varía de un 4% a un 10%, pasando por un 8%. De este modo, si es para personas en situación de dependencia se impone un IVA reducido, pero si es para personas que no están en situación de dependencia, el IVA es superior:

*“Entonces, esto, cuando sacas un concurso, tienes un follón, porque no sabes cuántos vas a tener de cada tipo, con el consiguiente problema de que se produce un cambio constante, (...) entonces es un tema que sería interesante resolver...”*

A este respecto, informa la participante de Castilla y León que en esa C.A. todo está al 4% porque se incluye a las personas sin dependencia funcional en concepto de prevención de ésta.

#### 6.4. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

A lo largo de los debates de los grupos se fue constatando que el asunto de la coordinación representa, y así fue identificado en la puesta en común de los grupos, una de las piezas clave del buen funcionamiento de todo el sistema de servicios sociales tanto en vertical (entre los diferentes estamentos competentes en prestaciones y servicios de la Administración) como en horizontal (entre los diferentes sectores, como sanidad, vivienda, urbanismo, educación, etc.). Sin embargo, en el grupo se produce un claro acuerdo con respecto a que en el contexto actual no se produce tal coordinación y ello es debido a un sinfín de cuestiones.

En general, aunque en el debate se constataron diferencias entre los territorios y en sus distintos municipios, provincias y comunidades, la coordinación a día de hoy es totalmente informal, y depende de la voluntad de los y las profesionales que intervienen:

*“Lo estamos haciendo a medias..., a medias significa que al final depende de los voluntarismos de las personas; si das con la persona de enlace que es estupenda, pues tienes una buena relación con el distrito sociosanitario, trabajadores sociales del hospital y todo lo que tú quieras, y si no das con eso..., pues no tienes ninguna.”*

Dentro del panorama de las CC.AA. en este grupo representadas, encontramos realidades muy distintas:

*“Había alguna experiencia puntual, donde en el mismo SAD se incorporaba personal sanitario pero que únicamente daba pautas de soporte tanto a la familia como al auxiliar, no directamente al usuario, pero esto no está sistematizado porque no hay ningún tipo de coordinación oficial...”*

Se produce acuerdo en destacar que, además del alejamiento existente entre lo social y el ámbito sanitario, las experiencias desarrolladas muestran, en opinión del grupo, que cuando interaccionan los sistemas social y sanitario, éste acaba por fagocitar a los servicios sociales. En Madrid y Andalucía la figura de los enfermeros de primaria o enfermeros “sociales” parece estar creando bastante polémica y recelos, debido a que los servicios sociales se sienten en inferioridad de condiciones porque, en la práctica, creen nuestros informantes que son “utilizados” por los sanitarios que solo ven su intervención relegada a asumir las pautas sanitarias. En el debate general, se detecta mucho celo de competencias y presupuestos apriorísticos y de ahí que se perciba a los y las profesionales del ámbito sanitario como muy invasivos.

De nuevo, destaca la experiencia de Castilla y León, respecto a la existencia de una coordinación sociosanitaria formal y estable en cuanto se refiere al expediente único, coordinado desde Servicios Sociales:

*“La coordinación sociosanitaria se produce en tres momentos. Con un informe de salud normalizado cuando se solicita el reconocimiento de la situación de dependencia. Evidentemente, todos los médicos dependientes del Sacyl están formados en la cumplimentación de ese informe médico, conforme a los parámetros establecidos (...) eso lo hace el médico de primaria...”*

*El segundo momento donde se produce esa coordinación es en la elaboración y en la cumplimentación del BVD, (...) en el que se pide*

*colaboración al personal de enfermería del Sacyl. Yo lo que entiendo es que esto ha sido necesario debido a que los trabajadores sociales de base, es decir, de los centros de acción social, cuando se les planteó que tenían que cumplimentar el BVD, evidentemente, les faltaba formación en determinadas patologías, sobre todo cuando hay pluripatologías, (...) y sobre todo cuando se modificó el BVD.”*

Al hilo de este tema, se debate cómo se consigue la capacidad y competencia de las entidades locales en Castilla y León, en materia de formación, pues además de la Gerencia Regional de Salud y la Gerencia Territorial de Servicios Sociales, las entidades locales son autónomas para formar a todo el personal de trabajo social que realiza esta función, y ahora también están elaborando y cumplimentando el BVD los trabajadores sociales de los CEAS.

Y por último,

*“En Castilla y León, hay una estructura de coordinación sociosanitaria establecida en un decreto, que establecen los equipos de coordinación de base, en los que se integran tanto profesionales de los Servicios Sociales de base, como de la gerencia de atención primaria, así como de los equipos de salud mental de distrito, cuando hay casos, lógicamente, de enfermedad mental. Ahí sí que cuando hay casos difíciles, que no conseguimos resolver con la coordinación informal, acudimos a estos equipos de coordinación formal (...) La colaboración que se pide a éstos no es para la valoración sino para resolver dudas que surjan con la gestión de casos, que esté a caballo entre la gestión sanitaria y la social.”*

En la puesta en común y debate general, se concluye la necesidad de homogeneizar el proceso en ambos sistemas y proponer unos mínimos de coordinación en la gestión de casos para no depender de la voluntad de las personas: que se produzca una normativa, unos protocolos o recomendaciones. A esto hay que añadir la preocupación por los cambios que estiman va a suponer, en cuanto a las posibilidades de coordinación, el traspaso de competencias a las CC.AA. previsto en la nueva Ley de Régimen Local, pues si la brecha ya es percibida como alarmante, a los grupos les parece que la misma va a ser cada vez mayor.

Apuestan por la creación de una figura de referencia para cada caso atendido, bien

sea parte de la administración, o bien de la empresa prestadora de servicios, destacando, de nuevo, la parcialidad e insuficiencia con que se lleva a cabo la gestión de los casos, lo que repercute en una equivocada visión parcializada de las personas:

*“no atendemos desde una visión total, integradora, a la persona, sino desde el cachito... o sea, son cajones, con lo cual, los cajones, evidentemente, no están conectados.”*

También se apuesta por el refuerzo del papel de la trabajadora social de los Centros de Salud de Atención Primaria, así como que en la valoración participe personal de enfermería. Hay Ayuntamientos que ya exigen la figura adicional de enfermería para determinados casos, pero tiene que haber un paso más de manera sistematizada y, además, todo ello preservando al ámbito sociosanitario de la intrusión profesional, o prestamismo laboral, abogándose por un ámbito de colaboración y auténtico trabajo en equipo.

Por otra parte, se considera muy importante la formación de los/as auxiliares que prestan la ayuda a domicilio, ya que pueden ser un agente para la detección de riesgos, prevención, control de la medicación, etc. Actualmente el personal que acude a los domicilios está muy poco apoyado sanitariamente y se pueden encontrar con situaciones que les desbordan, ya que suele ser una figura poco profesionalizada.

Se propone como ejemplo de necesidad de coordinación sociosanitaria clave los casos de altas hospitalarias y los de salud mental. Al grupo le parece fundamental que se elabore un protocolo de actuación para las personas que salen del hospital ya que actualmente, cuando la persona recibe el alta hospitalaria, la trabajadora social recibe una llamada diciendo “te mando a tal persona” sin más explicación al paciente. De igual modo, consideran fundamental trabajar la coordinación, especialmente en salud mental, pues las competencias en este ámbito quedan en tierra de nadie y los enfermos quedan sin atender. Esa es la razón, dicen, de que esté habiendo cada vez más personas sin recursos y sin techo.

Ante tal realidad, se escuchan voces propositivas que se debaten por el grupo y acaban concluyendo la necesidad de trazar líneas en las que se contemple la puesta en marcha de proyectos piloto; la creación de mesas de coordinación de casos entre instituciones sociales y sanitarias para enriquecer el plan individualizado de cuidados: DUE, médico, trabajadores sociales de servicios sociales; la descentralización en la toma de decisiones y el desarrollo de la capacidad de gestión de los profesionales de atención directa; la creación de equipos sociosanitarios multidisciplinares con profesionales procedentes de los dos sistemas (como las del Proyecto del Plan Nacional de atención a enfermos de

Alzheimer); el diseño de protocolos de derivación consensuados por los dos sistemas, que hagan posible la automatización de los procesos.

Cuestión de relevancia especial para los grupos es contar con una base de datos única para poder compartirla entre profesionales y con las diferentes administraciones, tanto sociales como sanitarias. Se pone el ejemplo de Cataluña, donde se está llevando a cabo una prueba piloto con crónicos que, al parecer, está funcionando bien. Se trata de orquestar un sistema verdadera y formalmente coordinado en el que se garantice que la suma total de intervenciones profesionales y servicios dé una respuesta integral a las necesidades de cada caso.

La coordinación, concluye el grupo, es una pieza clave para ofrecer la adecuada atención a personas con enfermedades crónicas y situaciones de dependencia que requieren cuidados de larga duración. Pero avanzar para conseguirlo pasa porque se produzca un triple reconocimiento:

- Que las prestaciones sociales y sanitarias son igualmente necesarias, pero ninguno de los dos sistemas puede resolver por sí mismo la problemática que se presenta en muchas ocasiones.
- Que la competencia de los y las profesionales y sus conocimientos, estrategias y habilidades son complementarios.
- Que la óptima utilización de los recursos pasa por encontrar cauces de auténtica coordinación.

## 6.5. LA PRESTACIÓN DEL SAD A PERSONAS CON SITUACIÓN DE DEPENDENCIA DE GRADO III.

La opinión general del grupo es que el SAD, en las condiciones y circunstancias en las que se presta en la actualidad, no es un recurso adecuado para personas en situación de dependencia con grado III, salvo que se complemente con un gran apoyo y cuidados familiares u otras prestaciones y servicios complementarios a la ayuda a domicilio. Esto -argumentan- se ha agravado con la entrada en vigor del Decreto 20/2012, el cual impone la disminución de horas y la incompatibilidad entre ciertas prestaciones, lo que, en opinión generalizada del grupo, convierte la utilidad de esta prestación en nula:

*“El grado III requiere una mayor intensidad horaria; evidentemente, no son suficientes las 70 horas que se dan como máximo de servicio (...). Las familias no ven así resuelto su problema y se ven obligadas a resolverlo por su cuenta o... acudir a la residencia.”*

A esta dificultad de la escasa intensidad horaria hay que añadir que el SAD no se presta en casi ningún sitio los sábados ni los domingos, lo que le convierte en un recurso que deja a las personas que requieren atención cotidiana sin atender adecuadamente. Estas razones son las que lleva al grupo a concluir que en bastantes de los casos, y salvo que la familia asuma un gran peso de la carga de cuidados, la mejor opción podría ser apostar por una prestación residencial en lugar de una atención deficiente en el domicilio.

Por otro lado, destacan que para atender correctamente a las personas de Grado III sería totalmente necesario llevar a cabo la formación y el apoyo permanente y adecuado tanto al auxiliar del SAD como a la persona cuidadora del ámbito familiar, debido a que existen muchas situaciones que revisten un grado notable de complejidad asistencial frente a las que los/as trabajadoras del SAD no saben reaccionar porque no tienen formación para ello. Esto ocurre cuando las situaciones de dependencia devienen de enfermedades o trastornos que producen complicaciones en su abordaje, y si no se da esa formación, el profesional se encuentra sin armas que le permitan reaccionar adecuadamente lo que origina que la persona, también por esta razón, no esté bien atendida.

El grupo está de acuerdo en que, en general, se produce gran escasez, cuando no ausencia total, de profesionales capacitados y especializados para atender a personas que presentan grandes situaciones de dependencia, sobre todo las que han sobrevenido por determinadas patologías, como enfermedad de Alzheimer, enfermedades mentales, enfermedades raras, etc. Y también creen que tener personal cualificado para la atención de casos como éstos supondría convertir el SAD en un servicio más costoso, de nuevo, respecto a la alternativa residencial:

*“El coste mensual medio de una plaza concertada en una residencia asistida, es el equivalente a unas 88 horas mensuales de ayuda a domicilio. Por lo tanto, interesa más un recurso residencial que un servicio intensivo de ayuda a domicilio puesto que cubre mejor las necesidades de la persona con gran dependencia.”*



La manera idónea, a juicio del grupo, de prestar este servicio pasaría por contar con un equipo interdisciplinar que prestara una atención integral. Pero también opinan que para garantizar una atención de calidad es fundamental prestarla desde la máxima proximidad, por lo que consideran que tienen que ser los Ayuntamientos los que coordinen la Atención Domiciliaria.

En definitiva, no se considera por los grupos de profesionales a los que hemos consultado que el SAD, tal como se presta hoy día, sea un recurso eficaz en casos como los mencionados, estimándose que viene cumpliendo un papel meramente contenedor que no logra el objetivo definido para este servicio: facilitar una existencia autónoma y con calidad de vida en el propio entorno. Sin embargo, la ayuda a domicilio en el Grado III de dependencia acapara un gran número de recursos y de horas de prestación, lo que convierte a éste en un servicio poco eficiente para las personas gravemente afectadas, pues lo que logra (apenas) es sostener de manera paliativa situaciones que en muchas ocasiones son "insostenibles". Por el contrario, el SAD es cada vez más escaso para intervenir con personas que sí podrían ver apoyada o solventada su situación, como son aquéllas que no necesitan tanta intensidad de cuidados por tener un grado leve de dependencia o encontrarse en situaciones de fragilidad. El grupo considera que es precisamente en esos casos cuando el SAD puede cumplir mejor su función preventiva y fomentadora de autonomía.

Como conclusión de los temas abordados en este bloque, el grupo considera que para que el SAD tenga capacidad para actuar de manera adecuada en la atención a personas con dependencia de grado III es preciso reforzar la formación de los profesionales que intervienen (auxiliares, coordinadores, etc.) con el fin de que realmente se convierta en una modalidad especializada de ayuda a domicilio. Y también hay que garantizar una formación y apoyo efectivos a las personas cuidadoras del entorno familiar. Pero esto debe hacerse sin que suponga un encarecimiento del servicio hasta niveles insostenibles, porque lo convertiría en una opción inaceptable para personas con gran situación de dependencia. Creen, asimismo, que para estos casos se requiere llevar a cabo una óptima gestión del SAD, incluyendo la coordinación sociosanitaria, para evaluar y conseguir que las personas que mejor puedan aprovechar este tipo de servicio no se queden fuera del mismo. Finalmente, consideran que la gestión y prestación del servicio debe llevarse a cabo desde los Ayuntamientos, como administración más cercana a la ciudadanía.

## 6.6. METODOLOGÍA DE GESTIÓN DE CASOS.

Para abrir este debate el grupo parte de una definición de la metodología de gestión de casos, como aquélla que desarrolla un profesional de referencia para elaborar, partiendo de la activa participación y decisión de la persona, un plan personalizado de

atención, coordinado y continuado, que dé una respuesta integral a las necesidades de las personas, fomentando su autodeterminación y su máxima independencia. Para ello, es precisa la participación de los agentes (públicos y privados) implicados en la atención social, sanitaria, cultural, participativa, tecnológica, etc., que deben ser coordinados por el/la gestor/a de los casos.

Aunque para los participantes en los grupos no es la gestión de caso un concepto con el que estén familiarizados por no ser esta metodología utilizada en la práctica, sin embargo existe una opinión generalizada sobre las ventajas que supondría llevarla a cabo debido a las bondades que procura cuando se logra una intervención adecuadamente coordinada, tanto para la persona, como para la familia, incluida la entidad prestadora de servicios, sea ésta la Administración o una empresa, pues la eficacia y la eficiencia a la hora de poner en marcha los recursos del entorno se disparan ante una óptima coordinación.

*“Si queremos dar respuesta a las necesidades sanitarias, sociales, culturales, etc. tenemos que poner a todos los profesionales de acuerdo para dar esa respuesta conjuntamente (...) y cualquier otro sistema que no sea éste, quiere decir que no vamos bien.”*

Pero, a pesar de producirse una generalizada visión positiva sobre la gestión de casos, su puesta en práctica a través de la coordinación en los diferentes lugares del territorio español, como ya se comentó por los grupos al analizar los problemas generales referentes al SAD, depende hoy en día de las voluntades personales y no responde a haberse compartido e implementado una determinada metodología. Por ello, desde estos grupos se considera que la gestión del caso es una “metodología ideal”, pero sin que se haya puesto en marcha de manera formal. En este sentido, los grupos apuestan de manera unánime por la necesidad de desarrollar acciones formativas que faciliten la transmisión de este marco metodológico para aprender a trabajar desde itinerarios de atención integral personalizada. También se pide que por las instancias correspondientes se elaboren las reglamentaciones, protocolos y recomendaciones que posibiliten, en primer lugar, compartir el concepto de gestión de casos como metodología y, en segundo lugar, una efectiva puesta en marcha de la misma.

Las experiencias que se consideran más próximas a la gestión de casos solo actúan a un nivel muy escaso de coordinación, y de manera muy diferente en los diferentes lugares del territorio español representados en los grupos, tal y como ya se ha señalado. En algunos municipios de Madrid y Barcelona, se pone como ejemplo que la figura de

coordinación es mínima pues se desarrolla en el nivel de auxiliares, es decir, que son las empresas contratadas para los servicios de ayuda a domicilio las que realizan el seguimiento y pasan información sobre necesidades detectadas (sociales, sanitarias, de participación) a la trabajadora social municipal cuando sus auxiliares las perciben. A diferencia de esta experiencia, se citan algunas de Málaga y Huelva, donde es la trabajadora social municipal la encargada de esta coordinación al realizarse por ésta el plan de atención y su seguimiento.

La opinión que fundamenta la primera situación acerca de que la detección de la necesidad de coordinación, con respecto a incidencias en el servicio, la realice la propia auxiliar, se justifica porque en muchos ayuntamientos solo se cuenta con una única trabajadora social y si fuese ésta la encargada de coordinar el seguimiento, no tendría capacidad de abarcar todo. En este sentido, se juzga que debería contarse inexcusablemente con más trabajadoras sociales. Sin embargo, se ponen algunos ejemplos provenientes de Andalucía donde no entiende una eficaz coordinación si no se realiza por los servicios sociales de la Administración local.

Los grupos debaten también sobre los efectos que están produciendo los recortes que se están viviendo en la actualidad, uno de los cuales es el repunte de las subcontratas. Este hecho tiene como una de sus consecuencias que están desapareciendo, no ya el personal propio, sino también las empresas y cooperativas locales. Los concursos los ganan las grandes empresas prestadoras de servicios, con peores salarios para sus trabajadores/as y mayores rotaciones, lo que complica todavía más la coordinación y empeora el servicio. Se citan casos donde se están concediendo concursos, hasta la fecha nunca vistos, a centros especiales de empleo, y se considera que, en muchos casos, no es lo más adecuado para atender a personas a través del SAD, especialmente los que revisten mayor complejidad.

Otra opinión generalizada es que la compartimentación de los Servicios Sociales en sus diferentes niveles, y de éstos con otros sistemas, además de fragmentar la atención, dificulta en gran medida la coordinación, en especial la sociosanitaria. Y esto se traduce, consecuentemente, en la duplicación, e incluso triplicación, de sistemas informáticos, procedimientos, servicios, con todos los recursos que eso conlleva, y en detrimento de una gestión eficiente de éstos, que es la que posibilitaría una atención integral:

*“Deben utilizarse sistemas de información e instrumentos de valoración comunes que eviten la multiplicación de esfuerzos profesionales y el consiguiente gasto inútil. Pero, además, que eviten el que una persona en situación de dependencia, o su cuidador/la deban someterse a sucesivos interrogatorios y juicios minuciosos, que con excesiva frecuencia sólo contribuyen a dilatar la solución a sus acuciantes problemas.”*

Al considerarse en los debates cómo debería desarrollarse el concepto de gestión de casos en la práctica profesional, se entiende de manera generalizada que, mejor que acudir a comisiones de coordinación, lo ideal sería que existiese un/a profesional referente de cada caso que tenga la responsabilidad de la valoración inicial, la planificación del itinerario de atención, la gestión de la provisión de recursos, el seguimiento y coordinación de los servicios y de los/as profesionales que intervengan, y la evaluación de resultados. En este punto, surgen dudas acerca de si éste/a profesional debe ser del ámbito sanitario o del social, entendiéndose finalmente que dependiendo del caso puede ser más adecuado uno u otro, pero no caben dudas sobre el perfil formativo de esta figura, que debe ser con formación universitaria (trabajo social o enfermería, principalmente) y contar, además, con formación específica sobre gestión de casos.

Con relación al nivel de la Administración en que debe actuar el/la profesional que realice la gestión de casos, en el grupo no se producen disensos en cuanto a reclamar que debe estar en el ámbito local, como administración más cercana a la población, pero recalcando que para poder hacerlo deben producirse acuerdos de financiación por parte de las CC.AA. y de la Administración central, pues la capacidad económica de los Ayuntamientos no es suficiente para su puesta en marcha.

Concluye el debate sobre este bloque reconociéndose la dificultad que tiene el que llegue a aceptarse por todas las partes que alguien asuma la responsabilidad de la intervención compartida y de la coordinación entre profesionales, pero ello no obsta a que se reconozca su necesidad para lograr una adecuada atención integral. Uno de los logros que se conseguiría en caso de generalizarse la metodología de gestión de casos sería que para cada persona (o familia) se generaría un único expediente, en el que incluirían información tanto servicios sociales como sanitarios, con sus correspondientes prestaciones, lo que facilitaría enormemente la coordinación, y lo que en opinión del grupo sería un paso muy relevante e implicaría madurez del sistema frente al corporativismo que hoy se produce.

*“Habría que implementar un servicio unificado de atención integral, desarrollando y coordinando los servicios sociosanitarios, facilitando la atención comunitaria transversal e implicando a servicios sociales, atención primaria sanitaria y salud mental.”*



## 7/ CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES.

### 7.1. Conclusiones.

### 7.2. Recomendaciones para mejorar la atención domiciliaria en el conjunto de los países de la OCDE.

### 7.3. Recomendaciones adicionales a aplicar en España.

#### 7.1. CONCLUSIONES.

Acercarnos al servicio de ayuda a domicilio y conocer las opiniones de expertos sobre el mismo es una condición necesaria para poder disponer de información contrastada que nos permita seguir avanzando en el desarrollo de políticas en el ámbito local, lo que contribuirá a que los ciudadanos y ciudadanas con dificultades permanezcan en su entorno habitual en las mejores condiciones posibles.

La FEMP, movida por esta necesidad, ha participado en la realización de esta investigación promovida por la Fundación Pílares para la Autonomía Personal y la Fundación Caser con el fin de recoger las valoraciones que sobre el servicio de ayuda a domicilio tienen las personas implicadas en el desarrollo del mismo: las trabajadoras y trabajadores sociales y profesionales que se encargan de su gestión. En este estudio se ha podido evidenciar el importante papel que juega el servicio de ayuda a domicilio en la vida de muchas personas en nuestro país.

Conocer esta realidad, y ponerla a disposición de todos los agentes implicados en el SAD (organizaciones representativas de las personas y familias que lo reciben, proveedores de servicios, Administraciones públicas y, de manera especial, las Corporaciones Locales) ha sido el objetivo que ha guiado esta investigación. Decimos de manera especial, porque son los Ayuntamientos los que juegan un papel fundamental en la gestión y extensión de este servicio y tenemos la convicción de que con esta publicación puede ayudarse a reorientarlo y mejorarlo poniendo en marcha actuaciones que se ajusten a las necesidades detectadas y contribuir, así, al desarrollo armónico del servicio, en beneficio de los ciudadanos y de nuestros gobiernos locales.

El progresivo envejecimiento de la población, y el consecuente incremento de necesidades derivadas del mismo, así como de recursos para su atención, protección, etc.

hacen necesaria una reflexión estratégica sobre la adecuación de todos los campos del conocimiento, políticas y organización social a una realidad y a un colectivo que progresivamente va a superar la cuarta parte de la población. Esto implica una adecuación de las políticas sociales, sanitarias, de empleo, etc., y de los recursos prestacionales en que se despliegan, como es el propio SAD, así como una actualización del ordenamiento jurídico a las demandas y particularidades de un colectivo, cada vez más importante, como es el de las personas mayores.

En el contexto actual de estas políticas se está pasando de unos modelos asistencialistas que daban respuestas limitadas a aquellas personas con problemas y sin recursos, a modelos de servicio público universales que reconocen el derecho ciudadano a un conjunto de servicios y prestaciones orientados a garantizar una serie de valores esenciales para el bienestar como la salud, la educación, el empleo, la vivienda, los servicios sociales o la atención a las contingencias relativas a la dependencia, siendo la autonomía del sujeto un valor en alza que habrá que saber respetar y facilitar.

La “Ley de promoción de la autonomía personal y atención de las personas en situación de dependencia” (LAPAD) o las nuevas leyes de servicios sociales son buen ejemplo de estos avances, aun cuando para su real materialización sean necesarios los desarrollos normativos consecuentes, así como la planificación y financiación para su adecuada implantación.

Igualmente es necesario que seamos capaces de llevar al día a día de la sociedad, los recursos y la atención necesaria para la materialización de estos derechos. Para ello, se ha de realizar un esfuerzo conjunto para que las declaraciones de principios no se queden solamente en eso y poder trasladarlas mediante un adecuado vehículo, a que los ciudadanos sean realmente portadores y beneficiarios de los mismos, dándoles participación y poder decisorio en las políticas y planes de intervención que les afectan.

Esto atañe de manera especial a las principales destinatarias del SAD, que son las personas mayores. Pensando en su participación efectiva, se ha de tener en consideración que estamos ante un colectivo heterogéneo que presenta dispares intereses, opciones y problemáticas. No podemos asimilar persona mayor a persona discapacitada o incapacitada como en ocasiones ha ocurrido y el hecho de que algunos de los nuevos derechos sociales se centren en personas mayores es coherente con la paralela necesidad y exigencia de reforzar la protección que el ordenamiento jurídico les dispensa.

Esas situaciones pueden afectar de diferente manera a las personas mayores, ya se encuentren en plenitud de su capacidad jurídica y de obrar, o bien tengan necesidad de cualquier figura de protección. De hecho, los modelos actuales de acercamiento a la vejez se centran en enfoques orientados al envejecimiento exitoso, competente y activo, y al



abordaje de las situaciones de discapacidad y dependencia como una contingencia diferente, aun cuando éstas estén muy relacionadas con la edad. En estos casos, cada vez hay más consenso en que la atención ha de ser integral (con coordinación o integración de servicios) y debe estar centrada en la persona.

El envejecimiento de la población, la mejora de la calidad y del nivel de vida general, el cada vez mayor papel de las personas mayores en la sociedad, el incremento de las situaciones de dependencia, de importantes déficits de atención y de bolsas de pobreza en este colectivo, junto al cada vez mayor papel de la mujer en la sociedad, constituyen varios de los retos sociales de carácter estratégico para la Unión Europea, y en particular para el Estado Español.

Estamos en un momento en el que las tendencias principales de las sociedades occidentales desarrolladas se van a caracterizar fundamentalmente por situaciones a veces anti-téticas, como si de las dos caras de la misma moneda se tratara y que son las siguientes:

En general, la mayoría de las personas mayores, con necesidades funcionales diversas, gozan de niveles de salud y bienestar no conocidos hasta ahora. Se preocupan por su salud, son más sanas y tienen estilos de vida más saludables; son más cultas, más activas y participativas en la sociedad. En este sentido, estamos asistiendo a un cambio paulatino en la imagen que la sociedad tiene de ellas como colectivo. Comienzan a valorarse las aportaciones positivas que las personas mayores realizan a la sociedad, tanto en lo que se refiere a la provisión de cuidados (a nietos y a personas en situación de dependencia), como en lo que afecta a su corresponsabilidad en los problemas sociales (voluntariado) o a la necesidad de que su voz sea más escuchada (motivada también por las iniciativas de los grupos que representan a las personas mayores, en espacios como el Consejo Estatal de Personas Mayores). En definitiva, la imagen social de las personas mayores está mejorando: pasan de ser vistas como consumidoras de recursos, pasivas y sin rol social que cumplir, a ser percibidas como un grupo de población cada vez más competente, solidario y exigente de sus derechos.

Pero, al lado de esto, existe un grupo muy notable de personas mayores, en general mayores de 80/85 años y de sexo femenino fundamentalmente, que sufren situaciones de dependencia, con gran necesidad de ayuda y apoyo por parte de una tercera persona, familiar y/o institucional. Y tampoco podemos olvidar a otros grupos que pueden quedar fuera de este avance social, como las personas con discapacidades derivadas de enfermedad mental, discapacidades intelectuales y nuevas contingencias, con problemas de salud, dependencia y con riesgo alto de exclusión social, que necesitan tener garantizados unos recursos (no mínimos, sino suficientes y dignos) de atención socio-sanitaria, económicos, de vivienda, etc.

En cuanto a la salud, la investigación biomédica y la tecnología sanitaria están experimentando un avance sin precedentes y sus aportaciones contribuyen al desarrollo de procedimientos diagnósticos y terapéuticos cada vez más efectivos, mejorando los tratamientos para enfermedades como el Alzheimer o para la prevención, diagnóstico y tratamiento del cáncer. Y también la tecnología está aportando interesantes soluciones para colaborar en el objetivo de que las personas con necesidades especiales puedan permanecer viviendo en casa.

Esta publicación sobre el SAD pretende trasladar a los profesionales, a las propias personas mayores, a las personas con discapacidad, a las familias, a las personas cuidadoras, a los proveedores de servicios y a la sociedad en general una fotografía de este servicio en las CC.LL. del conjunto del Estado, para lo cual se presentan los datos e información resultante de la investigación desarrollada, en la que se contienen, además de los problemas, propuestas y recomendaciones para abordar las diferentes situaciones, necesidades, etc.

Uno de los retos sociales de carácter estratégico para el conjunto de la Unión Europea, y por tanto para España, será responder a los grandes cambios sociales a los que asistimos con políticas activas innovadoras, que integren a estos colectivos en la toma de decisiones, que planteen la necesidad de consensuar nuevas relaciones y compromisos intergeneracionales, especialmente ante un más que probable declive del apoyo que hasta ahora viene dando la familia.

Como hemos presentado en esta publicación, contamos gracias a la investigación desarrollada con información y datos suficientes para orientar la toma de decisiones. De manera sumaria, podemos condesar para este apartado de conclusiones, algunos aspectos de nuestro SAD, como los siguientes:

- a) El servicio de ayuda a domicilio es un recurso con buena acogida por la mayoría de la población que lo recibe, fundamentalmente personas mayores que necesitan algún tipo de ayuda, así como por sus familias cuidadoras. En este estudio el SAD se valora positivamente y en eso se produce coincidencia con los últimos estudios realizados del ámbito internacional, como una solución idónea para seguir viviendo en casa, si bien se trata de una prestación que va perdiendo atractivo progresivamente.
- b) Desde el punto de vista territorial, y tal como ha venido ocurriendo desde el inicio de la implantación del SAD, éste no se ha extendido por igual en todos los territorios, siendo todavía las diferencias interautonómicas notables en cuando a los índices de cobertura del servicio.

c) En cuando a la intensidad horaria, se denota un descenso en los últimos años y también grandes diferencias entre territorios. Nos encontramos, también en este indicador con la heterogeneidad como norma. En general, las comunidades autónomas del norte de España tienen un número más elevado de horas mensuales de atención al usuario que las del sur de España.

d) Con respecto a la distribución de tareas del SAD, todavía existe una mayor dedicación a las tareas domésticas por delante de los cuidados personales, mandatados como prioridad por la LAPAD, aunque esa diferencia se está reduciendo en los últimos años.

e) Bajo el calificativo de servicios de atención domiciliaria se engloba a todo un conjunto de recursos y prestaciones dirigidos a prestar apoyo y cuidados en su domicilio a las personas que, por cualquier circunstancia, dejan de ser independientes para llevar a cabo las actividades de la vida diaria. Este tipo de servicios (de proximidad) se complementan muy bien con la prestación personal del SAD y pueden realizar una oferta más completa a las diferentes situaciones de necesidad de manera eficiente.

f) Existe consenso en concebir el SAD como un programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesional consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona en situación de fragilidad o dependencia con el objetivo básico de favorecer la autonomía personal en su medio habitual de vida.

g) La heterogeneidad que se denota en las actividades que se prestan en los diferentes municipios bajo el epígrafe de SAD en cuanto a su ámbito prestacional, precios, copago, sistemas de gestión, etc. hay que buscarlo en las diferentes trayectorias históricas según territorios, si bien todas coinciden en que su origen se asentaba en una conceptualización muy asistencialista del servicio, que se dirigía a personas sin recursos, sin familia y focalizadas en tareas domésticas.

h) Actualmente se percibe, de manera generalizada, una tendencia hacia la reconceptualización del SAD para reparar sus deficiencias, proponiéndose mejoras como el aumento de los servicios relacionados con los cuidados personales en detrimento de las tareas domésticas, la cualificación de los/as profesionales, la coordinación con otros servicios comunitarios, en especial con el sistema sanitario, etc.

i) Entre los retos de futuro que se proponen por nuestros interlocutores cabe citar la necesidad de apoyar mejor (con formación y prestaciones específicas) a las familias cuidadoras y también aumentar las actividades preventivas y de fomento de la autonomía personal.

## 7.2. RECOMENDACIONES PARA MEJORAR LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN EL CONJUNTO DE LOS PAÍSES DE LA OCDE.

Como ya se indicaba al principio de esta publicación, la evolución creciente (en extensión y en intensidad) de los SAD que se había venido observando en el conjunto de los países de la OCDE se está viendo alterada debido a una serie de factores interconectados (Colombo *et al*, 2005; Doyle y Timonen, 2007; Glendinning *et al*, 2010; Rostgaard, 2010; Degrave y Nyssen, 2012; Genet *et al*, 2012; Kuluski *et al*, 2012; SIIS, 2012; OCDE, 2013; Lindström, 2015; Montero, 2015).

Entre las causas principales que originan la caída de la atención domiciliaria clásica destaca el impresionante incremento del envejecimiento poblacional anunciado por todas las proyecciones demográficas hasta mitad del siglo XXI, sobre todo de quienes tienen 80 y más años (en España la proporción de personas de 65 y más años llegará a significar el 30% del total de la población), y la consiguiente exigencia de velar por que los sistemas de protección social realicen las reformas necesarias para garantizar su sostenibilidad ya que el incremento de los costes previstos en sanidad y en servicios sociales, entre ellos el SAD, se considera inasumible de cara al futuro si no se realizan reformas.

Sin perjuicio de lo anterior, en toda la literatura especializada sobre los cuidados de larga duración existe acuerdo en que justamente es la atención domiciliaria la opción a considerar para poder dar respuesta a uno de los retos más importantes que habrán de resolverse de ahora en adelante por parte de las sociedades modernas. Con ello -se argumenta- se dará satisfacción a los propios deseos de las personas que se encuentran o se encontrarán en el futuro en situación de dependencia (permanecer viviendo en su casa y en su entorno), y también se podrá cumplir el objetivo de los Gobiernos de contención del gasto sociosanitario debido a que la atención domiciliaria es una opción más barata que la institucionalización, siempre y cuando se revise la concepción tradicional del SAD y se introduzcan los cambios oportunos. Entre los que se proponen por los expertos y los Organismos Internacionales se destacan los siguientes:

- Invertir más en programas y medidas de prevención por su eficacia probada para retrasar o incluso evitar situaciones de dependencia.
- Adaptar los servicios a lo que desean las personas que los van a recibir, ofreciendo oportunidades para alcanzar hasta el final una vida llena de “sentido” y bienestar, mejorando al tiempo la productividad de los servicios.
- Mejorar la información a los potenciales clientes sobre las prestaciones (cada vez más diversificadas) que incluye la atención domiciliaria.

- Incorporar estándares mínimos en cada país sobre la calidad y sistemas de acceso a los SAD públicos.
- Garantizar la protección de los/as destinatarios mediante la regulación y el control de la calidad de los servicios domiciliarios de carácter privado, cada vez más numerosos.
- Impulsar el desarrollo de servicios diversos de proximidad (comidas, transporte, podología, peluquería...) para satisfacer necesidades diferentes según preferencias de las personas al tiempo de abaratar costes en el SAD.
- Invertir en sistemas de teleasistencia avanzada, tanto en entornos urbanos como en las zonas rurales o remotas.
- Procurar el empoderamiento de las personas destinatarias de los servicios y apoyos para dotarles de criterio de selección a la hora de que ellas mismas se ocupen de su provisión, ya se financien mediante presupuestos personales, prestaciones económicas o se adquieran a expensas de su propio peculio.
- Apoyar a las personas cuidadoras de la red informal mediante prestaciones tanto económicas como en especie, tales como permisos pagados, excedencias, formación, asesoramiento especializado, respiro, grupos de ayuda mutua. En esta línea de apoyo a las familias, se recomienda a los poderes públicos considerar la provisión de cuidados familiares como complementarios de la atención profesional, para lo que debe procurarse la coordinación de la atención formal con la informal con el fin de evitar la claudicación de las familias.
- Desarrollar fórmulas que garanticen la coordinación entre la atención de los servicios sociales y la atención sanitaria, procurando la creación de sistemas únicos de información de carácter sociosanitario.
- Introducir la metodología de gestión de casos que puede estar a cargo de trabajadores/as sociales, enfermeras comunitarias u otras figuras con formación suficiente sobre las técnicas que conlleva con el fin de garantizar un itinerario coherente con las necesidades concretas de la persona/familia, la continuidad de la atención y la coordinación entre profesionales.
- Desarrollar acciones para solventar el déficit de trabajadores/as en la atención directa y continuada que ya se detecta y que se prevé aumente en los próximos años. En esta línea los expertos de la OCDE recomiendan soluciones como facilitar la formación y contratación de inmigrantes, evitar rotaciones del personal fidelizándolo mediante

aumento de retribuciones, incrementar el estímulo psicosocial y la motivación vocacional, lograr el incremento de su productividad asumiendo más tareas sociosanitarias y derivando las tareas domésticas hacia servicios de proximidad, medios tecnológicos, etcétera.

- Promover modalidades de viviendas pequeñas, accesibles y con servicios insertas en la comunidad para favorecer que las personas con necesidad de apoyos puedan “vivir en casa” durante el mayor tiempo posible.

### 7.3. RECOMENDACIONES ADICIONALES A APLICAR EN ESPAÑA.

Teniendo en cuenta todo lo anterior y también las reformas que ya se han comenzado a desarrollar en algunos de los países europeos en los servicios de atención a personas que requieren cuidados de larga duración por su situación de discapacidad o de dependencia (García, 2010; Rodríguez et al, 2011, SIIS, 2012), junto con el conocimiento obtenido fruto de nuestra investigación, nos permite deducir algunas recomendaciones adicionales para la planificación futura y la gestión del SAD en España.

La primera es que el SAD debe seguir considerándose un servicio básico de atención por su papel fundamental a la hora de permitir la permanencia de las personas mayores y/o con discapacidad en el domicilio, si bien deben reforzarse las habilidades y capacidades de sus trabajadores para ayudar a mantener la máxima independencia y autonomía de sus destinatarios principales, así como desarrollar su potencialidad de ofrecer una diversidad de apoyos a las familias cuidadoras. Pero para hacerlo de manera adecuada, será necesario, como se ha apuntado ya, desarrollar una reorientación del servicio y una adaptación de sus funciones y prestaciones, de manera que pueda responderse de manera personalizada a las necesidades de cada caso, sin olvidar la situación actual de nuestro país, tanto en lo económico como en lo social.

El papel creciente que están teniendo las prestaciones económicas, tanto para compensar la dedicación a los cuidados de las familias como las dirigidas a contratar servicios de atención, se ha generalizado en Europa y también en España a partir de la LAPAD. Ello está en concordancia con los deseos de las propias personas con discapacidad o en situación de dependencia, que prefieren vivir en su domicilio y ser atendidas bien por su red natural de apoyo, bien por personas, profesionales o servicios que son contratadas directa y libremente por ellas. Pero no hay que obviar que también esta tendencia es preferida en muchos lugares por las Administraciones públicas porque resulta ser más costoeficiente para sus arcas que la prestación de servicios.

Y es verdad que con este tipo de prestaciones económicas, al tiempo que se favorece

la autonomía y la libertad de elección de quienes requieren de atención y servicios domiciliarios, se logra también una mayor eficiencia en el gasto público debido a la imposibilidad de cubrir las necesidades de las personas que requieren una elevada intensidad de apoyo a través del SAD debido al elevado coste que significaría. Sin embargo, sería recomendable superar la tendencia a comparar las alternativas de atención únicamente en relación con su coste y pasar a compararlas también en términos de resultados para medir su efectividad (eficacia y eficiencia) en el logro de objetivos tales como el aumento de la calidad de vida y el bienestar emocional de las personas con discapacidad o dependencia y de sus familias cuidadoras, o el mantenimiento de su capacidad funcional cuando pueden seguir viviendo en su casa y en su entorno con los apoyos que precisan.

Lo preferible sería compatibilizar el apoyo familiar, los servicios profesionales y las prestaciones económicas en función de los niveles de atención que se requieren dentro de los límites presupuestarios preestablecidos, pero siempre pudiendo ejercerse el seguimiento y la evaluación de los casos por parte de la Administración competente. La introducción, como se hizo en la reforma del Seguro de Cuidados en Alemania en 2008, de la metodología y la figura de gestión de caso, está dando resultados positivos que pudieran ser de interés también para España (Montero, 2015).

La introducción de mejoras en el SAD como las que se han indicado permitiría, entre otros efectos, los siguientes:

- Conocer durante el periodo que dure la prestación de diferentes tipos de atención, prestaciones y/o servicios cómo varían los indicadores de evaluación de las personas destinatarias, incluidos los cuidadores/as del entorno familiar.
- Evaluar los costes que supondría conseguir los resultados deseados para personas con distintos niveles de dependencia.

En síntesis, conseguir una atención domiciliaria renovada está en la agenda de los países europeos y en su ciudadanía, que prefiere continuar viviendo de manera independiente y autónoma en su propio domicilio si se cuenta con los apoyos precisos. Entre los tomadores de decisiones políticas debe considerarse que, si se desarrollaran las innovaciones precisas, los SAD pueden ser una alternativa más barata que la institución incluso cuando las personas requieren un alto nivel de apoyo, si bien en estos casos resulta crucial la existencia de familias y allegados que colaboren en su atención.

Teniendo en cuenta, pues, que, según los estudios referenciados, en la mayoría de los países, incluida España, no puede satisfacerse la demanda de atención en el hogar con los esquemas de atención domiciliaria tradicionales que están disponibles, deben producirse cambios como los mencionados para adaptar la oferta a la demanda,

diversificarla, articularla de manera flexible y garantizar la continuidad de la atención a costes asumibles.

Existen propuestas y también se cuenta con algunos proyectos piloto de interés (*EtxeanOndo–Domicilios y Entorno* en el País Vasco, *Cuidamos contigo*, en el barrio de Chamberí de Madrid)<sup>1</sup>, que comienzan a ofrecer resultados positivos si bien todavía es necesario mejorar las evaluaciones desarrolladas. Apoyar experiencias de este tipo desde la voluntad política ayudaría a contar con el conocimiento preciso para generalizar las buenas prácticas y llegar a su aplicación plena.

Como se concluye en uno de los estudios desarrollados para la Unión Europea (*Genet et al*, 2012), objetivos y propuestas para desarrollar y expandir el sector de atención domiciliaria en los países que la conforman no faltan, si bien serán difíciles de llevar a cabo en un momento de graves limitaciones financieras. Por tanto, se sugiere innovar con soluciones no convencionales para tratar de cerrar la brecha entre una demanda que no deja de crecer y unos presupuestos contenidos. En esta línea, y ante el creciente papel del sector privado, se recomienda encontrar un nuevo equilibrio entre la regulación, la eficiencia y la flexibilidad de la prestación diversificada de servicios.

Sin perjuicio de lo anterior, debiera garantizarse que los principios de las políticas públicas en los países de Europa no se vean comprometidos. Entre ellos, el de garantizar la protección a las personas más frágiles de la sociedad, que debe continuar grabado en el frontispicio de cada uno de los países del entorno europeo para continuar defendiendo que su modelo social continúa siendo un paradigma sujeto a la máxima preservación.

<sup>1</sup>Pueden consultarse los contenidos de estas experiencias en la Red de Buenas Prácticas de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. [www.fundacionpilares.org](http://www.fundacionpilares.org)



### CUESTIONARIO SOBRE EL SAD PARA AYUNTAMIENTOS

La FEMP ha elaborado un cuestionario para desarrollar el Estudio "La situación actual del servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y sus perspectivas de futuro", cuyas conclusiones permitirán conocer la situación actual del Servicio de Ayuda a Domicilio de los servicios sociales municipales, siendo el resultado de la colaboración mantenida entre la Federación Española de Municipios y Provincias, la Fundación Páramo para la Autonomía Personal y la Fundación Caser.

El estudio tiene como objetivo básico conocer la situación actual del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local en cuanto a su conceptualización, alcances, variedad de sus prestaciones y estimación de evolución futura, cuantificando destinatarios, extensión, tareas, intensidad y cobertura, y coste y financiación del mismo.

Estimamos a la persona responsable del Servicio de Ayuda a Domicilio. Nos ponemos en contacto contigo y le remitimos este cuestionario para que lo cumplimentes. Somos conscientes de que la cumplimentación del mismo y la búsqueda de los datos supone un esfuerzo y lleva tiempo, o que podéis no tener los datos desagregados tal y como los pedimos, pero es imprescindible la implicación y la colaboración de vuestro Ayuntamiento.

No obstante, hemos tratado de solicitar los datos esenciales para conocer en profundidad la situación actual del Servicio de Ayuda a Domicilio, y que el estudio permita establecer conclusiones para garantizar la calidad y viabilidad del Sistema en el ámbito local.

Por ello, le agradecemos de antemano cualquier dato que nos pueda aportar, y nos ponemos a tu disposición para cualquier comentario o duda que quieras plantearnos sobre las preguntas del mismo o los problemas prácticos que pueda conllevar la búsqueda de la información.

Por otra parte, una vez finalizado el Estudio, la Federación te emitirá un resumen agregado de la información obtenida que seguro será de tu interés, ya que te podrá servir de elemento de comparación y base de información en la toma de tus decisiones.

Si necesitas de más información o tienes alguna duda, nuestro teléfono de la FEMP es 91.364.37.00, y, en particular, [Palomo Rodríguez \(prof@femp.es\)](mailto:Palomo.Rodriguez.prof@femp.es) están a vuestra disposición.

A este fin te reenviamos el cuestionario cumplimentado **antes del 30 de Abril**.

Agradecemos tu esfuerzo, recibe un muy cordial saludo.

Subdirección de Estudios.

FEMP

Hay 59 preguntas en esta encuesta

### DATOS DE IDENTIFICACIÓN

De conformidad con la Ley Orgánica de Protección de Datos Personales, Ud. queda informado presta su consentimiento a la incorporación de estos datos al fichero "La situación actual del servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro", siendo la FEMP la responsable de estos datos y de su tratamiento, cuya finalidad es la realización del estudio del mismo nombre, siendo esta encuesta de carácter voluntario. Igualmente le informamos de que podrá ejercer sus derechos de acceso, rectificación, cancelación y oposición, en los términos establecidos en la legislación vigente a través de carta certificada, en la siguiente dirección de la FEMP: Calle Nardo nº 6, CP: 28050.

1 [ 0 ]

#### Datos de la persona que realiza la encuesta

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Nombre del Municipio / Diputación Provincial
Comunidad Autónoma
Nombre de la persona que cumplimenta el cuestionario
Primer apellido
Segundo apellido
Cargo
Área de actividad
Nombre de la concejalía
Teléfono de contacto
Dirección de correo electrónico

**ANTIGÜEDAD DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO**

2 [P.1]

¿Podría indicarnos en qué año se inició en su Municipio la prestación municipal del SAD?

Por favor, escriba su respuesta aquí:

Completamente 4 dígitos para el año. Por ejemplo: 1998.

**SAD TRADICIONAL Y SAD DERIVADO DE LA LEY DE DEPENDENCIA**

A lo largo de la encuesta, en determinadas preguntas, se solicitarán datos relativos al "SAD tradicional" o el "SAD derivado de la Ley de Dependencia". Cada uno con sus requisitos, procedimientos y fuentes de financiación. En el caso de que estuviesen integrados, no habría diferencias, existiendo un único servicio de SAD.

3 [P. 2]

**Indique si en su Ayuntamiento el servicio de SAD es el que se viene prestando tradicionalmente o si se deriva de la financiación y requisitos de la Ley de Dependencia.**

**En cualquier caso, puede aclarar lo que estime conveniente en cada una de las respuestas:**

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario.

- Se presta el SAD tradicional de manera independiente
- Se presta el SAD derivado de la Ley de Dependencia de manera independiente
- Se presta un único servicio de SAD que integra ambos

Puede marcar varias opciones. En el caso de que estuviesen integrados, no existirían diferencias, existiendo un único servicio de SAD (3ª opción). Si no es así, se seguirá prestando el SAD tradicional y/o por otro lado, el SAD derivado de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia (1ª y/o 2ª opción).

**PRESTACIÓN DEL SAD Y COLECTIVO ATENDIDO (COBERTURA E INTENSIDAD)**

En esta sección, al mencionar el SAD tradicional, no referimos al servicio prestado tradicionalmente desde el municipio, a diferencia del SAD que se presta como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, cada uno con sus requisitos y fuentes de financiación propias.

En la misma, se preguntará sobre la extensión del SAD (número de usuarios), y sobre su intensidad (número de horas que se presta), dependiendo de la modalidad y del tipo de destinatarios del servicio.

**4 [P:3]**

**Indique los siguientes datos con respecto a la población existente en su municipio. Si no conoce la población censada mayor de 80 años, cumplimente exclusivamente, la mayor de 65:**

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Total población censada mayor de 65 años

Total población censada mayor de 80 años

Población total del municipio (nº de habitantes)

# LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

**5 [P.3.4]**  
**Indique para el año 2012 los siguientes datos relativos a la gestión del SAD tradicional (dependiendo de la modalidad: ya sea prestación de atención y cuidados personales, tareas domésticas o acompañamiento) relacionados con la sobretarea e intensidad del Servicio. Si no conoce la población censada mayor de 60 años, cumplimente exclusivamente la mayor de 65. Si en su municipio el SAD tradicional y el derivado de la Ley de Dependencia están integrados, cumplimente este cuadro igualmente:**

	Número de usuarios personales	Número de usuarios atendidos solo en tareas domésticas	Número de usuarios atendidos solo en atención y cuidados personales	Número de usuarios atendidos solo en dentro o fuera del hogar	NÚMERO DE USUARIOS EN GENERAL				Número medio de horas/mes de atención en tareas domésticas	Número medio de atención y cuidados personales	Número medio de atención solo en tareas domésticas	Número medio de atención solo en cuidados personales	Número medio de atención en funciones de acompañamiento	NÚMERO HORAS RELLE F DESI CC AN
					RELLENA SI NO ES POSIBLE	DES	COLUMNAS 4	ANTERIORES						
Personas mayores de 65 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personas mayores de 80 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personas con discapacidad menores de 65 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personas con discapacidad menores de 65 años en familia (ej. Familias con situación de riesgo social o con problemas especiales)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros (ej. Degradación, SIDA, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

Al mencionar el SAD tradicional, no referimos al servicio prestado tradicionalmente desde el municipio, a diferencia del SAD que se presta como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, cada uno con sus requisitos y fuentes de financiación propias. Si ambos están integrados, se cumplimentará este cuadro igualmente.

**6 [P.3.2]**  
**Indique para el año 2012 los siguientes datos relativos a la gestión del SAD derivado de la Ley de Dependencia (dependiendo de la modalidad, ya sea prestación de atención y cuidados personales, tareas domésticas o acompañamiento) relacionados con la Subsecretaría de Atención del Serenazgo.**  
**Si no conoce la población censada mayor de 80 años, cumplimente exclusivamente la mayor de 65:**

	Número de usuarios atendidos en tareas domésticas, atención y cuidados personales	Número de usuarios atendidos solo en tareas domésticas	Número de usuarios atendidos dentro o fuera del hogar	NÚMERO DE USUARIOS EN GENERAL. RELLENAR SI NO ES POSIBLE DESPLAZARSE A LAS COLUMNAS 4 ANTERIORES	Número medio de atención solo en tareas domésticas	Número medio de atención solo en cuidados personales	Número medio de atención en tareas domésticas y cuidados personales	NÚMERO DE HORAS RELLENO DESDE LAS COLUMNAS ANTERIORES
Personas mayores de 65 años								
Personas mayores de 80 años								
Personas con discapacidad mayores de 65 años								
Personas con discapacidad menores de 65 años								
Familias con menores en situación de riesgo social o con problemas especiales (personas con discapacidad, SIDA, etc.)								
Otros (ej. Drogadicción, SIDA, etc.)								

Al mencionar el SAD tradicional, no referimos al servicio prestado tradicionalmente desde el municipio, a diferencia del SAD que se presta como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia, cada uno con sus requisitos y fuentes de financiación propias. [Estadisticas@ayuntamiento.alcala.es](mailto:Estadisticas@ayuntamiento.alcala.es)

**7 [P.3.3]**  
**Con respecto a los horarios de prestación del SAD indique:**

	SAD tradicional	SAD derivado de la Ley de Dependencia
Porcentaje de usuarios que reciben el SAD regularmente de lunes a viernes en horario habitual diurno		
Porcentaje de usuarios que reciben el SAD regularmente los sábados, domingos y festivos		
Porcentaje de usuarios que reciben el SAD regularmente en horario nocturno		
Porcentaje de personas que reciben SAD en cualquier día de la semana y horario, en función de sus necesidades		

La primera columna, relativa al SAD tradicional, se refiere al servicio prestado tradicionalmente desde el municipio. La segunda columna, se refiere al SAD que se presta como consecuencia de la entrada en vigor de la Ley de Dependencia. Si ambos están integrados, se cumplimentará la primera columna.

**SERVICIOS COMPLEMENTARIOS DEL SAD**

En este apartado se incluyen una serie de preguntas relativas a servicios que complementan el SAD (como podrían ser las comidas o la lavandería a domicilio). El SAD hasta ahora tratado, se entiende como los cuidados personales básicos y ayuda para la realización de tareas del hogar.

**8 [P-4] Además de la prestación básica del SAD (prestación personal), diganos ahora si en su Ayuntamiento existen otros servicios complementarios, de proximidad y/o de apoyo:**

Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:

- SI, con subvención pública.
- SI, pero es una oferta totalmente privada.
- No.

Se entenderá por servicios complementarios, de proximidad y/o de apoyo, las comidas a domicilio, la lavandería a domicilio, las prestaciones económicas para adaptaciones del hogar, la atención profesional (psicólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapia), compensaciones por gastos de transporte, servicios de plumería o podología, etc., que no atiendan los tipos-cuidados personales, complementarios a los mismos.

**9 [P-4.1] Rellene, por favor, el cuadro siguiente, con datos referidos a 2012:**

**Solo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:**  
 \* La respuesta fue "SI", pero es una oferta totalmente privada, o "SI", con subvención pública, en la pregunta 8 [P-4] (Además de la prestación básica del SAD (prestación personal), diganos ahora si en su Ayuntamiento existen otros servicios complementarios, de proximidad y/o de apoyo. ) Y la respuesta fue ZSI, pero es una oferta totalmente privada, o "SI", con subvención pública, en la pregunta 8 [P-4] (Además de la prestación básica del SAD (prestación personal), diganos ahora si en su Ayuntamiento existen otros servicios complementarios, de proximidad y/o de apoyo. )

	Nº usuarios anuales	Cuánta media anual de la subvención por un solo servicio (*) (euros)	Coste medio real de un solo servicio (euros)
Comidas a domicilio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Lavandería a domicilio	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestación para adaptaciones del hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestaciones para productos de apoyo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Atención profesional (psicólogos, terapeuta ocupacional, fisioterapia...)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Compensación por gastos de transporte	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*) Con un solo servicio, nos referimos, por ejemplo, en la fila de "comidas a domicilio", a una comida. Al hacer mención a la cuantía de la subvención, nos referimos a la cantidad que se solicita desde la administración.

**10 [P.4.2]**

**¿Qué opinión tienen en su Ayuntamiento sobre este tipo de servicios complementarios?**

Solo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:  
 La respuesta fue 'SI', con subvención pública, o 'SI', pero es una oferta totalmente privada, en la pregunta 9 [P.4] (Además de la prestación básica del SAD (prestación personal), diganos ahora si en su Ayuntamiento existen otros servicios complementarios, de proximidad y/o de apoyo.) Y La respuesta fue 'SI', con subvención pública, o 'SI', pero es una oferta totalmente privada, en la pregunta 9 [P.4] (Además de la prestación básica del SAD (prestación personal), diganos ahora si en su Ayuntamiento existen otros servicios complementarios, de proximidad y/o de apoyo.)

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

- Que son muy satisfactorios para los usuarios
- Que ayudan a profesionalizar más la prestación personal del SAD al liberar a los auxiliares/trabajadores familiares de tareas domésticas o mejorar las de atención personal
- Que son un instrumento para la mayor eficiencia y el coste beneficio del SAD
- Que son complicados de gestionar
- Que son muy apropiados para promover empleo y generar nuevas empresas
- Que no hay demanda y son difíciles de introducir
- Otra alternativa (1):
- Otra alternativa (2):

Debe marcar un máximo de dos opciones: las que más se adecuen a su criterio. Puede realizar algún comentario sobre las opciones marcadas y las dos últimas opciones denominadas "otra alternativa" le permiten redactar aquellas que considere que no están anteriormente descritas.

**11 [P.4.3]**

**¿Tienen en su Ayuntamiento previsto implementar al menos alguno de los servicios complementarios, de proximidad y/o de apoyo establecidos en el cuadro anterior?**

Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:

- No, porque no hay demanda.
- No, porque es mejor la atención tradicional.
- No, porque no tenemos presupuesto.
- Si, cuando tengamos financiación.
- Otra razón, diga cuál:

Comente su elección aquí:

Señalar solo una respuesta, puede completar cada una de ellas con los comentarios que estime oportunos. Si marca la última opción, "otra razón", diga cuál.



**TIPO O MODELO DE GESTIÓN DEL SAD**

En este apartado se pregunta sobre el modelo de gestión utilizado para el SAD.

Cuando se solicita el dato del número de personas atendidas, se entiende al número total de usuarios activos a los que se presta el servicio (no se refiere a domicilios).

**12 [P.5]**

**Indicar el modelo de gestión a través del cual se realiza la prestación del SAD:**

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- 1º Mediante gestión directa por personal contratado por el Ayuntamiento
- 2º Mediante ayudas en metálico a los usuarios para que contraten su propio personal o el servicio
- 3º Mediante gestión indirecta, es decir, a través de conciertos o contratos con entidades ajenas con ánimo de lucro (ej. empresas, etc.)
- 4º Mediante gestión indirecta, es decir, a través de conciertos o contratos con entidades ajenas sin ánimo de lucro (ej. ONG, etc.)
- 5º Mediante otra forma, indique cual:

El modelo de gestión indirecta es la contratación de empresas para la prestación del servicio, aunque la titularidad del servicio sea municipal.

**13 [P.5.1]**

**Ahora, introduzca el número de personas atendidas mediante gestión directa por personal contratado por el Ayuntamiento:**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta fue 1º Mediante gestión directa por personal contratado por el Ayuntamiento\* en la pregunta 12 [P.5] (Indicar el modelo de gestión a través del cual se realiza la prestación del SAD.)

Por favor, escriba su respuesta aquí:

**14 [P.5.2]**

**Ahora, introduzca el número de personas atendidas mediante ayudas en metálico a los usuarios para que contraten su propio personal o el servicio:**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta fue 2º Mediante ayudas en metálico a los usuarios para que contraten su propio personal o el servicio\* en la pregunta 12 [P.5] (Indicar el modelo de gestión a través del cual se realiza la prestación del SAD.)

Por favor, escriba su respuesta aquí:

**15 [P.5.3]**

**Ahora, introduzca que entidades son ánimo de lucro gestionan el SAD a través de conciertos y/o contratos, y el número de personas atendidas a través de este modelo:**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta fue 3º Mediante gestión indirecta, es decir, a través de conciertos o contratos con entidades ajenas con ánimo de lucro (ej. empresas, etc.) en la pregunta 12 [P.5] (Indicar el modelo de gestión a través del cual se realiza la prestación del SAD.)

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Nombre de las entidades:



Número de personas atendidas a través de este modelo:

**16 [P.5.4]**

**Ahora, introduzca que entidades sin ánimo de lucro gestionan el SAD a través de conciertos y/o contratos, y el número de personas atendidas a través de este modelo:**

**Solo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:**

\* La respuesta fue 5ª. Mediante gestión indirecta, es decir, a través de conciertos o contratos con entidades ajenas sin ánimo de lucro (ej. ONG, etc.) en la pregunta 12 [P.5]. (Indicar el modelo de gestión a través del cual se realiza la prestación del SAD.)

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Nombre de las entidades:
Número de personas atendidas a través de este modelo:

**PRESUPUESTO MUNICIPAL DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DEL SAD**

Al mencionar el Presupuesto de los Servicios Sociales Municipales, nos referimos al montante total, independientemente las áreas o materias que incluya esta concejalía (e. Puede incluir mayores, familia, mujer, cooperación, etc.).

El presupuesto incluye todos los capítulos (e incluyen tanto los gastos de personal, como los gastos relativos a prestaciones, contratos, bienes, comensales o servicios, transferencias corrientes, etc.).

**17 [P. 6]**

**Indique el total del presupuesto municipal para servicios sociales y para el SAD en los años 2000, 2005, 2010, 2011 y 2012.**

	Año 2000	Año 2005	Año 2010	Año 2011	Año 2012
Presupuesto total consolidado de gastos para los Servicios Sociales Municipales (euros)					
Presupuesto de gastos total para el SAD (euros)					

**18 [P. 6.1]**

**Refiriéndonos solo al presupuesto para el SAD, indique, por favor, la fuente de financiación y su cuantía para el año 2012:**

	Cuantías 2012 (euros)
Del presupuesto municipal	
De Diputación/Cabildo/Consejo Insular	
De los propios usuarios (copago)	
Otras	

**19 [P. 6.2]**

**La CCAA aporta financiación al SAD:**

Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

**20 [P. 6.3] Con respecto a esta financiación que proviene de su Comunidad Autónoma, indique las siguientes cuantías:**

Solo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta sea "Sí" en la pregunta "19 [P.6.2]" (La CCAA aporta financiación al SAD.)

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario:

- a) Cuantía total en el caso de que en su Ayuntamiento se haya integrado el SAD tradicional en el de la Ley de Dependencia y no se realice esta diferenciación (euros):
- b) Cuantía total de la financiación de su CCAA para el SAD tradicional (euros):
- c) Cuantía total de la financiación de su CCAA para el SAD derivado de la Ley de Dependencia (euros):

Puede contestar a opción a), o la b) y/o la c), dependiendo de la integración entre el SAD tradicional y el derivado de la Ley de Dependencia en su Ayuntamiento.


**COSTE DEL SAD**

En este apartado del cuestionario, se preguntará sobre el coste por hora de diferentes conceptos del Servicio de Ayuda a Domicilio, al margen del presupuesto y las fuentes de financiación. Indicar el coste con datos relativos a 2011.

**21 [ P.7 ]**

**Indique cuál es el coste real por hora de la prestación del SAD en la actualidad, incluyendo todos los conceptos (salarios, soporte técnico, gastos adicionales y de gestión municipal) y el precio público de la hora de SAD:**

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Coste por hora (euros):	<input type="text"/>
Precio público por hora (euros):	<input type="text"/>

El coste por hora es el coste real, y el precio público de la hora del SAD, es el coste/hora subvencionado para los usuarios. Es decir, en caso de haber subvención, el coste real será mayor que el precio público. En ambos conceptos se debe incluir una medida si hay diferentes precios dependiendo del nivel de ingresos de los usuarios o de los diferentes servicios.

**22 [ P.7.1 ]**

**¿Existe coste diferenciado por tipo de tarea?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

**23 [ P.7.1.2 ]**

**Indique ahora cuál es el coste real (o precio hora externalizado) por hora de la prestación del SAD en la actualidad, incluyendo todos los conceptos (salarios, soporte técnico, gastos adicionales y de gestión municipal) y el precio público de la hora de SAD, desglosando estos costes por tipo de tarea:**

Solo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta de "Sí" en la pregunta 22 [ P.7.1 ] (¿Existe costo diferenciado por tipo de tarea?)

Tareas domésticas	<input type="text"/>	Coste hora (euros)	<input type="text"/>	Precio público hora (euros)	<input type="text"/>
Cuidados y atención personales	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acompañamiento	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El coste por hora es el coste real, y el precio público de la hora del SAD, es el coste/hora subvencionado para los usuarios. Es decir, en caso de haber subvención, el coste real será mayor que el precio público. Se debe incluir una medida si hay diferentes precios dependiendo del nivel de ingresos de los usuarios.

**24 [P.7.1.3]**  
**Indique ahora cuál es el coste real de la prestación del SAD en la actualidad, por hora, incluyendo todos los conceptos (salarios, soporte técnico, gastos adicionales y de gestión municipal), desglosando dependiendo del horario o carácter relativo.**

	Coste hora (euros)	Coste hora (euros)	Coste hora (euros)
Horas laborales (semana laboral)	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horas sábados, domingos y festivos	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Horas nocturnas	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>

El coste por hora es el coste real, y el precio público de la hora del SAD, es el coste/hora subvencionado para los usuarios. Es decir, en caso de haber subvención, el coste real será mayor que el precio público. Se debe incluir una media si hay diferentes precios dependiendo del nivel de ingresos de los usuarios o de los diferentes servicios.

**COPAGO**

En este apartado preguntaremos sobre el copago establecido en determinados casos para acceder al SAD. Con "copago" nos referimos a la cantidad que deben pagar los usuarios para poder acceder al Servicio de Ayuda a Domicilio.

**25 [ P.8 ]**

**En su municipio los usuarios financian parte del SAD a través de copago:**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

**26 [ P.8.1 ]**

**¿El servicio es gratuito por debajo de un mínimo de ingresos?**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta fue "Sí" en la pregunta 25 [P.8] ( En su municipio los usuarios financian parte del SAD a través de copago. )

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

**27 [ P.8.2 ]**

**Indique las condiciones de participación de los usuarios en el SAD, según el cuadro siguiente:**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta fue "Sí" en la pregunta 25 [P.8] ( En su municipio los usuarios financian parte del SAD a través de copago. )

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

Grado de participación usuarios en el SAD tradicional	Tipo Aportación única para todos	Se llene en cuenta pensión + otras rentas	Se consideran los ingresos totales unidad familiar
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado de participación usuarios en el SAD derivado de la Ley de Dependencia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Grado de participación usuarios en el SAD integrado	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<p>Consiste una u otra opción dependiendo de si el SAD en su ayuntamiento está integrado o no con el SAD derivado de la Ley de Dependencia. Marque la opción "sin respuesta" para los ítems que no sean de aplicación en su caso.</p>			

**TOPE DE INGRESOS PARA EL SAD****28 [P.9]****¿Se contempla algún tope de ingresos para poder acceder al SAD?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

**29 [P.9.1]****Indicar tramo en el que se sitúa el tope de ingresos a partir del cual no se considera la petición de SAD:**

Solo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta fue "Sí" en la pregunta 28 [P.9] (¿Se contempla algún tope de ingresos para poder acceder al SAD?)

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Entre 600 y 800 euros  
 Entre 801 y 1000 euros  
 Entre 1001 euro y 1300  
 Entre 1301 euros y 1500  
 Entre 1501 y 2000 euros  
 Más de 2001 euros

**LISTA DE ESPERA DEL SAD**

En este apartado, preguntaremos cuestiones relativas a la posible existencia de lista de espera en la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio.

**30 [ P.10 ]**

**¿Está cubierta la demanda con necesidad de SAD existente en su Ayuntamiento?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

**31 [ P.10.1 ]**

**¿Existe lista de espera de solicitantes del SAD actualmente?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

**32 [ P.10.2 ]**

**Indique el número de personas por grupos de población y el tiempo de demora en la lista de espera. Si no conoce la población censada mayor de 80 años, cumplimente exclusivamente la mayor de 65:**

Sólo conteste esta pregunta si lo cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta fue "Sí" en la pregunta 31 [P.10.1] (¿Existe lista de espera de solicitantes del SAD actualmente?)

	NÚMERO DE PERSONAS	TIEMPO MEDIO DESDE LA SOLICITUD (En días)
Personas mayores de 65 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personas mayores de 80 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personas con discapacidad menores de 65 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familia e infancia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros (ej. Drogradicación, SIDA, etc.)	<input type="text"/>	<input type="text"/>



**RECURSOS HUMANOS EN EL SAD**

Este apartado del cuestionario versará sobre los recursos humanos destinados a la prestación del SAD. Con recursos humanos nos referimos al personal que presta o gestiona este servicio, de cualquier tipo, ya sea contratado directamente por el Ayuntamiento o no, ya sea personal técnico o administrativo, voluntario o no, etc. También se incluirá la formación para este personal en este apartado.

**33 [P.11]**

**Indique el personal que gestiona la ayuda a domicilio actualmente según las siguientes categorías, introduciendo el número total de trabajadores, tanto personal técnico como administrativo del Ayuntamiento:**

	Dedicación parcial (media jornada)	Dedicación completa
Número de auxiliares del hogar o de ayuda a domicilio, con acreditación profesional / titulación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de auxiliares del hogar o de ayuda a domicilio, sin acreditación profesional / titulación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de trabajadores sociales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de trabajadores considerados como personal administrativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de trabajadores considerados como otro tipo de técnicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**34 [P.11.1]**

**Indique el personal que gestiona la ayuda a domicilio actualmente según las siguientes categorías, introduciendo el número total de trabajadores, tanto personal técnico como administrativo, contratado por los proveedores de servicios (\*):**

	Dedicación parcial (media jornada)	Dedicación completa
Número de auxiliares del hogar o de ayuda a domicilio, con acreditación profesional / titulación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de auxiliares del hogar o de ayuda a domicilio, sin acreditación profesional / titulación	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de trabajadores sociales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de trabajadores considerados como personal administrativo	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Número de trabajadores considerados como otros técnicos	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*): Al hablar de proveedores de servicios, nos referimos a aquel personal contratado por entidades que gestionan el SAD de manera indirecta.

**35 [P.11.2]-¿Qué denominación reciben en su Ayuntamiento las personas que atienden y cuidan directamente a las personas en el SAD?**

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Auxiliares de hogar
- Auxiliares del SAD
- Asistentes personales
- Trabajadores/as familiares
- Otra denominación, diga cual:

**36 [P.11.3]**  
**Refiliándose exclusivamente ahora estos trabajadores, es decir a los auxiliares de hogar, trabajadores familiares, etc. Indique si existen requisitos relacionados con la formación y con la capacitación profesional en el proceso de selección tanto del personal dependiente del Ayuntamiento como del que depende de proveedores de servicios:**

Por favor, marque las opciones que correspondan:

Si, la exigida por la normativa estatal  
 Si, pero la establecida por la C.A.  
 Si, pero la establecida por el Ayuntamiento  
 No

**37 [P.11.4]**  
**¿Ha organizado el Ayuntamiento o los proveedores de servicios cursos de formación inicial o de reciclaje para los auxiliares del hogar durante los últimos años?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Sí  
 No

**38 [P.11.5]**  
**En tal caso, establezca en la siguiente tabla el número de horas dependiendo de los siguientes años de referencia:**  
 Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:  
 \* La respuesta fue "SI" en la pregunta 37 [P.11.4] (¿Ha organizado el Ayuntamiento o los proveedores de servicios cursos de formación inicial o de reciclaje para los auxiliares del hogar durante los últimos años?)

	Año 2005	Año 2010	Año 2012
De formación inicial general (Nº horas)			
De especialización (geriátrica, discapacidad, infancia...) (Nº horas)			
De reciclaje (Nº horas)			

**39 [P.11.6] ¿Existe personal voluntario colaborando en la prestación de la ayuda a domicilio actualmente?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

Sí  
 No

**40 [P.11.7]Indique el número aproximado de voluntarios por tareas (entendiendo que un mismo voluntario puede ser consignado en varias tareas). Si no conoce la población censada mayor de 80 años, cumplimente exclusivamente la mayor de 65:**

Solo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:  
 \* La respuesta fue "Si" en la pregunta "39 [P.11.6]" (¿Existe personal voluntario colaborando en la prestación de la ayuda a domicilio actualmente?)

	Personas mayores de 65 años	Personas con discapacidad menores de 65 años
Acompañamiento dentro de casa	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Acompañamiento fuera del hogar	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otras tareas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Total voluntarios	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**PRESTACIÓN ECONÓMICA EN METÁLICO**

Las ayudas económicas tienen la finalidad de permitirnos contratar los servicios necesarios en el sector privado o compensar la labor de los cuidadores informales o familiares.

41 [ P.12 ]

¿Existen en su ayuntamiento prestaciones económicas en metálico con la finalidad de contratar los servicios necesarios en el sector privado o compensar la labor de los cuidadores informales o familiares?

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

42 [ P.12.1 ]

En relación exclusivamente con esta modalidad de prestación económica en metálico (ya sea como compensación por cuidados familiares, cheque servicio para contratación auxiliar o asistente personal, ayudas para adaptación de vivienda o ayudas técnicas o ayudas de urgencia), indique para 2012 el número de personas beneficiarias según colectivo en el que se ubica y según si la prestación se deriva de la Ley de Dependencia (si lo tenía desagregado):

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

\*La respuesta fue "Sí" en la pregunta 41 [ P.12 ] (¿Existen en su ayuntamiento prestaciones económicas en metálico con la finalidad de contratar los servicios necesarios en el sector privado o compensar la labor de los cuidadores informales o familiares? )

	Numero de personas	Numero de personas para las que la prestación económica se deriva de la Ley de Dependencia(*)
Personas mayores de 80 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personas mayores de 65 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Personas con discapacidad menores de 65 años	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familia e infancia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*) En esta columna, y también en relación a la prestación económica en metálico, **el número de personas beneficiarias según colectivo en el que se ubica**. Si no conoce la población censada mayor de 80 años, cumplimente exclusivamente la mayor de 65.

**43 [P.12.2]**  
**Para esta misma modalidad de prestación económica en metálico, indique para 2012 la cuantía total dependiendo de cada tipo de prestaciones y según si es o no prestación derivada de la ley de dependencia (si se tiene desagravado):**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:  
 \* La respuesta fue "SI" en la pregunta 41 [P.12.1] (¿Existen en su ayuntamiento prestaciones económicas en metálico con la finalidad de contratar los servicios necesarios en el sector privado o compensar la labor de los cuidadores informales o familiares?)  
 \* La respuesta fue "SI" en la pregunta 42 [P.12.2] (¿Existen en su ayuntamiento prestaciones económicas en metálico con la finalidad de contratar los servicios necesarios en el sector privado o compensar la labor de los cuidadores informales o familiares?)

	Cuantía de las prestaciones en metálico de los Servicios Sociales (euros)	Cuantía de las prestaciones en metálico exclusivamente de la Ley de Dependencia(*) (euros)
Tareas domésticas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Cuidados personales	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Prestaciones para vivienda	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Familia e infancia	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Productos de apoyo o ayudas técnicas	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Otros complementos	<input type="text"/>	<input type="text"/>

(\*) En esta columna, y también en relación a la prestación económica en metálico, si se deriva exclusivamente de la Ley de Dependencia, indique la cuantía según colectivo en el que se ubica.

**PROGRAMAS Y CURSOS DE AYUDA FAMILIAR**

Esta sección pregunta sobre los cursos de formación y programas de ayuda destinados a las familias cuidadoras.

**44 [ P.13 ]**

**¿Se realizan en su Ayuntamiento cursos o programas de apoyo a las familias cuidadoras?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

**45 [ P.13.1 ] Señale, por favor, qué tipo de actuaciones realizan y número de familias beneficiadas en 2012**

Solo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

La respuesta de 'Sí' en la pregunta 44 [ P.13 ] (¿Se realizan en su Ayuntamiento cursos o programas de apoyo a las familias cuidadoras?)

	Nº de Actuaciones	Nº de familias participantes
Cursos de formación para cuidar bien y cuidarse	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Grupos de ayuda mutua	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Programas de respiro (estancias temporales en Residencias o estancias diurnas en centros)	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Programas de respiro mediante SAD	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Formación y entrega de materiales en el domicilio	<input type="text"/>	<input type="text"/>

**46 [P.13.2]**

**¿Tienen en su Ayuntamiento previsto implementar este tipo de actuaciones de apoyo a las familias cuidadoras?**

Por favor seleccione **solo una** de las siguientes opciones:

No, porque no hay demanda

No, porque no tenemos presupuesto

No, porque de esto se ocupa otra Administración (Comunidad Autónoma / Diputación)

Sí, cuando tengamos financiación

Comente su elección aquí:

Puede adjuntar lo que estime conveniente en el espacio en blanco

**OTRAS INSTITUCIONES QUE PRESTAN SAD EN EL MUNICIPIO ADEMÁS DEL AYUNTAMIENTO**

47 [ P.14 ]

**Además del Ayuntamiento ¿hay otras entidades o instituciones que prestan ayuda a domicilio en esa localidad?**

Por favor, seleccione la respuesta apropiada para cada concepto:

- |                                |                          |                          |
|--------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| Diputación / Consejo / Cabildo | SI                       | NO                       |
| CCAA                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Califas                        | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Cruz Roja                      | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Empresas privadas              | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Otras                          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |



**COORDINACIÓN SAD - SERVICIOS SANITARIOS**

En esta sección se preguntará sobre la coordinación entre el SAD y los Servicios Sanitarios del Ayuntamiento

**48 [P.15]**

**¿Se realiza la prestación de los servicios de ayuda domiciliar en coordinación con los servicios sanitarios de la zona?**

Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:

- Sí, mediante acuerdos formales entre la Consejería de Sanidad y la de Servicios Sociales y/o Ayuntamientos
- Hay coordinación por la buena disposición de los profesionales, pero no de manera formalizada y estable
- No

Comente su elección aquí:

Puede añadir lo que estime conveniente en el espacio en blanco

**49 [P.15.1]**

**En caso afirmativo, conteste:**

**Solo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:**  
La respuesta fue "Hay coordinación por la buena disposición de los profesionales, pero no de manera formalizada y estable" o "Si, mediante acuerdos formales entre la Consejería de Sanidad y la de Servicios Sociales y/o Ayuntamientos" en la pregunta 48 [P.15] (¿Se realiza la prestación de servicios sanitarios de manera formalizada y estable o Si, mediante acuerdos formales entre la Consejería de Sanidad y la de Servicios Sociales y/o Ayuntamientos en la pregunta 48 [P.15] (¿Se realiza la prestación de los servicios de ayuda domiciliar en coordinación con los servicios sanitarios de la zona?)

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Con el Centro de Salud
- Con el Hospital
- Con otros recursos sanitarios, Indique los

Comente su elección aquí:

Puede añadir lo que estime oportuno en el espacio en blanco

**TELEASISTENCIA Y SAD**

En este apartado se pregunta sobre la relación y coordinación entre el SAD y la teleasistencia.

El servicio de teleasistencia es un servicio que se presta mediante un dispositivo electrónico y un transmisor de radio portátil, conectado a la red telefónica, que permite avisar inmediatamente de cualquier emergencia que pueda sufrir la persona mayor durante las 24 horas del día, todos los días del año.

Nos referimos al servicio de teleasistencia prestado en el municipio por el propio Ayuntamiento con personal propio o mediante contratación externa, o prestado por la Comunidad Autónoma.

**50 [P.16] El Ayuntamiento presta el servicio de teleasistencia en el municipio?**

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí
- No

**51 [P.16.1] Indique los siguientes datos con respecto a la teleasistencia:**

Sólo conteste esta pregunta si le cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta fue "Sí" en la pregunta 50 [P.16] (¿El Ayuntamiento presta el servicio de teleasistencia en el municipio?)

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

- Año de inicio:
- Total usuarios con unidad móvil:
- Número de usuarios con unidad móvil que también reciben SAD:
- Total usuarios sin unidad móvil:
- Número de usuarios sin unidad móvil que también reciben SAD:
- Tipo de prestación del sistema (señalar si es BÁSICA o AVANZADA):
- Total usuarios que tienen dispositivos de teleasistencia avanzada (elementos domóticos):
- Número usuarios que tienen dispositivos de teleasistencia avanzada (elementos domóticos) y que también reciben SAD:

- **La domótica:** la integración de todos los equipos que existen en el hogar en una sola red de intercomunicación para facilitar su gestión e interrelación, optimizar el consumo energético y aumentar el confort. Esto permite que el usuario tenga un control completo sobre el entorno más directo. La teleasistencia podría definirse como la seguridad activa, el usuario, cuando se encuentra mal o necesita algo, genera una alarma. Pero la teleasistencia no tiene una seguridad pasiva, es decir, no es capaz de generar una llamada si el usuario se desmaya o sufre algún tipo de accidente. Por tanto, la domótica y la teleasistencia son complementarias y no sustituyen una función de la otra. Este sistema funciona por medio de sensores, alarmas, etc.
- **Por "sistema básico de teleasistencia"** se entiende aquí que se presta sin incluir elementos domóticos.
- **Por "sistema avanzado de teleasistencia"** se entiende aquí que se presta incluyendo elementos domóticos.
- **Por usuarios con teleasistencia sin unidad móvil:** El servicio se presta exclusivamente desde el centro. Los operadores reciben y atienden la llamada y dependiendo de las necesidades del usuario, movilizan los recursos adecuados para dar una respuesta eficaz a la demanda. Estos usuarios no tienen dispositivos de teleasistencia en su domicilio.
- **Por usuarios con teleasistencia con unidad móvil:** La Unidad Móvil completa los servicios prestados desde el centro de atención con la unidad de domicilio. De este modo en caso de emergencia, los profesionales de Teleasistencia se pueden desplazar al domicilio del usuario.

**CENTRO DE DÍA / CENTRO DE NOCHE**

Los centros de día/noche son instalaciones especializadas en tercera edad, donde los profesionales se dedica a la prevención, tratamiento y cuidado de las personas mayores. Los mayores pueden continuar en sus casas, pasando las noches, parte del día y/o fines de semana en los centros. De este modo no existe una desvinculación total con su ambiente de referencia, su entorno, ya que no se encuentran en situaciones de total dependencia. Los centros de día/noche podrían considerarse el eslabón intermedio entre la total independencia del mayor y la estancia en residencias.

**52 [ P.17 ]**

¿El Ayuntamiento presta el servicio de centro de Día/Noche o de alojamiento para personas mayores o personas con discapacidad en centros de titularidad municipal?

Por favor seleccione sólo una de las siguientes opciones:

- Sí  
 No

**53 [ P.17.1 ] En caso afirmativo, introduzca el número de usuarios:**

Sólo conteste esta pregunta si se cumplen las siguientes condiciones:

\* La respuesta fue "SÍ" en la pregunta 52 [ P.17 ]. (¿El Ayuntamiento presta el servicio de centro de Día/Noche o de alojamiento para personas mayores o personas con discapacidad en centros de titularidad municipal? )

Por favor, escriba su(s) respuesta(s) aquí:

Número total usuarios centro de día:
Número total usuarios centro de noche:
Número total usuarios en alojamientos (viviendas o residencias):

**PREGUNTAS CUALITATIVAS**

En esta sección, preguntaremos cuestiones valorativas, para que nos de su opinión

**54 [P.18.1]-¿Qué dificultades han detectado en su Ayuntamiento en relación con la calidad de la prestación del SAD? (señale las dos que considere más importantes)**

- Que resulta difícil controlar la calidad del SAD, al depender de un proveedor externo.
- Que hay mucha rotación de auxiliares y las familias se quejan.
- Que los auxiliares del hogar (auxiliares del SAD, asistentes personales o trabajadoras familiares) no tienen formación suficiente.
- Que la formación que se exige a las auxiliares es excesiva para las tareas que realizan en los domicilios.
- Que es un servicio muy caro.

- Otra, diga Qué!
- Otra, diga Qué!


**55 [P.18.2]**

**A qué atribuyen en su municipio los problemas que se detectan actualmente en la prestación del SAD (señale las dos que considere más importantes)**

Por favor, seleccione todas las opciones que correspondan y escriba un comentario.

- Que no se adapta bien a las necesidades de las familias por su baja intensidad (pocas horas de atención).
- Que no se adapta a las necesidades de las familias en tipo de tareas.
- Que el copago es disuasorio para las familias.
- Que es difícil la compatibilidad entre auxiliares y personas a las que se atiende.
- Que las familias son ahora más exigentes y no se adaptan a las condiciones del SAD.

- Otra, diga Qué!
- Otra, diga Qué!


**56 [P.18.3]**

**¿Cree que el SAD es un servicio adecuado para las personas que tienen una situación de dependencia?**

Por favor seleccione solo una de las siguientes opciones:

- Solo si la dependencia es leve o moderada (grado I).
- Si, en cualquier grado de dependencia, si la persona dispone de cuidados complementarios de la familia.
- Nunca, si se trata de un caso de gran dependencia (grado III).

**57 [ P.18.4 ]**

**Pensando ahora en las tareas domésticas como prestación del SAD, elija, por favor, la respuesta que sea más acorde a su opinión:**

Por favor seleccione **sólo una** de las siguientes opciones:

- Debería desaparecer como modalidad del SAD tal como se presta hoy y orientarse hacia servicios de proximidad.
- Las tareas domésticas deben permanecer porque a través de su realización se favorece la independencia y la autonomía.
- Deben desaparecer porque el precio de la hora de SAD resulta ineficiente cuando el servicio consiste en hacer tareas domésticas.
- Debería haber dos perfiles de trabajadores y dos costes diferenciados, según si el SAD es para atención personal o para tareas domésticas.

**58 [ P.18.5 ]**

**Suponiendo que se establecieran acuerdos formales entre la Consejería de Sanidad y los Ayuntamientos, cómo le parece que podría avanzarse en la atención coordinada y estable del SAD con los servicios sanitarios (máximo dos respuestas):**

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- Haciendo valoración de casos, la formación del auxiliar y el seguimiento conjuntamente entre enfermería de primaria y trabajador/a social de referencia de los servicios sociales municipales.
- Estableciendo la metodología de gestión de casos con independencia de qué profesionales la desarrollen (sanitarios o de servicios sociales).
- Estableciendo la metodología de gestión de casos en los servicios sociales municipales para los casos que requieren continuidad en el tiempo.
- Diferenciando entre casos de complejidad asistencial, a cargo de enfermería de primaria; y casos de atención social, a cargo de los servicios sociales.
- De otra manera, indique como:

**59 [ P.18.6 ]: Cree que servicios como la Teleasistencia Avanzada, las prestaciones para adaptaciones de la vivienda y para obtener productos de apoyo (o ayudas técnicas) deberían ser municipales?:**

Por favor, marque las opciones que correspondan:

- No, porque son prestaciones que deben gestionarse desde la Comunidad Autónoma.
- No, porque no son competencias municipales y no hay financiación para ello.
- Sí, porque son servicios esenciales para favorecer que las personas en situación de fragilidad o de dependencia permanezcan viviendo en sus casas y deben ir unidas al SAD, incluida la gestión, que debiera ser municipal.
- Sí, porque son servicios complementarios del SAD, pero desde el Ayuntamiento solo se debe hacer la valoración de su idoneidad.

# LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

Página 31 de 31

Encuesta FEMP - CUESTIONARIO SOBRE EL SAD PARA AYUNTAMIENTOS

Agradecemos tu esfuerzo, la Federación Española de Municipios y Provincias te da las gracias por tu colaboración.

01.01.1970 - 01:00

Envía tu encuesta.

Gracias por completar esta encuesta.

<http://encuestas.femp.es/admin/admin.php?action=showprintablesurvey&sid=99613>

09/04/2013





## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Billings J., Leichsenring K., eds. (2005). *Integrating health and social care services for older people: evidence from nine European countries*. Aldershot, Ashgate Publishing Limited (Public Policy and Social Welfare Series, Vol. 31).
- Colombo F. et al. (2011). *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies, París: OCDE, 328.
- Degrave F. y Nyssen M. (eds.) (2012). *Care regimes on the move. Comparing home care for dependent older people in Belgium, England, Germany and Italy*. Charleroi: Centre Interdisciplinaire de Recherche Travail, Etat et Société, 280 págs.
- Doyle M. y Timonen V. (2007). *Home care for ageing populations. A comparative analysis of domiciliary care in Denmark, the United States and Germany*. Cornwall: Edward Elgar Publishing, 147 págs.
- Eliasson R. y Szebehely M. (1999). *Care for the Elderly: Conditions and Everyday Realities. Comparative perspectives on Scandinavian welfare states, welfare municipalities and the patterns of care from the view of elderly persons*. (Forskningsprogram/ansökan till SFR/FAS).
- García Herrero, G. (Ed). (2010). *El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada. Análisis y reflexiones sobre el presente y el futuro del servicio de ayuda a domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia*. Madrid: Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, 162 págs.
- Genet N., Boerma W., Kroneman M., Hutchinson A. y Saltman R.B. (2012). *Home care across Europe. Current structure and future challenges*. OMS.
- Glendinning C. et al. (2010). *Home care reablement services: investigating the longer-term impacts (prospective longitudinal study)*. York: Social Policy Research Unit, 254 págs.
- Heuvel W. y Gerritsen H. (1991): "Home care services in the Netherlands", en JAMIESON, A. (eds): *Home care for older people in Europe. A comparison of policies and practices*, Oxford University Press, Nueva York.

- Hoffmann F. y Rodrigues R. (2010). *Informal carers: Who takes care of them?* Viena: European Centre for Social Policy And Research Policy Brief.
- IMSERSO (2005). *Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia en España*. Madrid. IMSERSO.
- IMSERSO (2008, 2010). *Informes 2008 y 2010. Las personas mayores en España*. Madrid.
- IMSERSO (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*. Madrid.
- Ingvad B. y Olsson E. (1999). The care relationship as a dynamic aspect of quality in home care service. Paper presented to the IV th European Congress of Gerontology, Berlin, July 7th-11th. Stencil. Lundsuniversitet, Socialhögskolan.
- Jamieson A. (1991): "Home care provision and allocation", en Jamieson A. (eds): Home care for older people in Europe... ob. cit.
- Kenigsberg P.A. (2013): Aide etsoinsprofessionnelsaudomicile des person nesatteintes de maladie' Alzheimer. Fondation Médéric Alzheimer.
- Kuluski K. et al (2012) "Home care or long-term care? Setting the balance of care in urban and rural. Nortwestern Ontario, Canada". Health and Social Care in the Community, vol. 20, n° 4, págs. 438-448.
- Leichsenring K., Aleszewski A.M., eds. (2004). Providing integrated health and social care for older people: a European overview of issues at stake. Aldershot, Ashgate.
- Leichsenring K. (2009). "La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa", en Arriba A y Moreno FJ: *El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos*. IMSERSO, 2009.
- Lewinter M. (2004). Developments in home help for elderly people in Denmark: the changing concept of home and institution. *International Journal of Social Welfare*. 13(1): 89-96.
- Lindström A. (2015). "Los Servicios a Domicilio en Dinamarca y Suecia", en Rodríguez P., ed. *Innovaciones para vivir bien en casa bien cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Fundación Caser y Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
- Ministry of Health (1946). National health serviceoct. HMSO, Londres.

- Montero M. (2015). "Modalidades de atención domiciliaria a personas en situación de dependencia en Alemania. La gestión de casos", en Rodríguez P., ed. *Innovaciones para vivir bien en casa bien cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Fundación Caser y Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

- NOSOSCO (Nordic Social-Statistical Committee), (2013). Social tryghed i de nordiske lande 2011/12 Omfang, udgifter og finansiering.

- OECD (2005). *Long-term care for older people*. París, Organization for Economic Co-operation and Development.

- OECD (2010). *OECD Health Data. Services of long-term nursing care*. París, Organization for Economic Co-operation and Development (<http://www.oecd.org/health/>, accessed 8 June 2010).

- OECD (2013). *A good life in old age? Monitoring and improving quality in Long-Term Care*, París.

- Porto F. y Rodríguez P. (1998). *Evolución y Extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España*. IMSERSO. Madrid.

- Rodríguez Cabrero G., Rodríguez P., Castejón P. y Morán E. (2013). *Las personas mayores que vienen. Autonomía, solidaridad y participación social*. En colección Estudios de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal. Madrid.

- Rodríguez Castedo, A. y Jiménez Lara, A. (2010). *La atención a la dependencia y el empleo*. Fundación Alternativas, Documento de trabajo 159/2010. Madrid.

- Rodríguez Rodríguez, P. (2005): "El apoyo informal a las personas mayores en España y la protección social a la dependencia. Del familismo a los derechos de ciudadanía", en *Rev. Española de Geriatria y Gerontología*, 2005; 40,3: 5-15.

(2006): *El sistema de Servicios Sociales español y las necesidades derivadas de la atención a la dependencia*. Documento 87/2006. Fundación Alternativas.

(2011a): "Capítulo 1: Evolución y prospectiva de los servicios de ayuda a domicilio. Claves para la innovación. Definiciones básicas", en Rodríguez P., Bermejo L., Marín J.M. y Valdivieso C.: *Los Servicios de Ayuda a Domicilio. Manual de Formación y Planificación*. Ed. Médica Panamericana.

(2011b): "Capítulo 6: El SAD como programa de apoyo, respiro y formación a cuidadores y cuidadoras no profesionales del ámbito familiar", en Rodríguez P., Bermejo L., Marín J.M. y Valdivieso C.: *Los Servicios de Ayuda a Domicilio. Manual de Formación y Planificación*. Ed. Médica Panamericana.

(2011c): "Capítulo 3: El contexto de los Servicios de Ayuda a Domicilio (SAD). Destinatarios y profesionales. Definición de los SAD y objetivos, en Rodríguez P., Bermejo L., Marín J.M. y Valdivieso C.: *Los Servicios de Ayuda a Domicilio. Manual de Formación y Planificación*. Ed. Médica Panamericana.

(2015): *Innovaciones para vivir bien en casa cuando las personas tienen una situación de dependencia*. Fundación Caser y Fundación Pilares para la Autonomía Personal.

- Rodríguez P., Bermejo L., Marín J.M. y Valdivieso C. (2011): *Los Servicios de Ayuda a Domicilio. Manual de Formación y Planificación*. Ed. Médica Panamericana.

- Rostgaard T. (2010). *Living Independently at Home (LIVINDHOME). Reforms in home care in 9 European countries*. Copenhagen: The Danish National Centre for Social Research, 252 págs.

- Rostgaard T. (2012). Quality reforms in Danish home care-balancing between standardization and individualization. *Health & Social Care in the Community Special Issue: Reforming Home Care in Ageing Societies*, 20 (3): 247–254.

- SIIS Centro de Documentación y Estudios. (2011). *Atención comunitaria y atención centrada en la persona: revisión de estudios de coste-efectividad*. San Sebastián: Fundación Matía.

(2012): *El Servicio de Ayuda a Domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa*. SIIS.

- Szebehely M. y Trydegård G.B. (2011). "Home Care in Sweden: a Universal Model in Transition", en *Health & Social Care in the Community*.

- Trianfillou J. et al. (2010). *Informal care in the long-term care system. European overview paper*. Atenas: Interlinks, 67 págs.





FUNDACIÓN CASER

Avda. de Burgos, 109. 28050 Madrid  
Tel.: 91 214 65 69  
email: fcaser@fundacioncaser.org  
web: www.fundacioncaser.es



FEDERACIÓN ESPAÑOLA DE MUNICIPIOS Y PROVINCIAS

C/ Nuncio, 8. 28005 Madrid  
Tel.: 91 364 37 00  
web:femp@femp.es



FUNDACIÓN PILARES PARA LA AUTONOMÍA PERSONAL

C/ Rodríguez San Pedro, 10. 28015 Madrid  
Tel.: 91 130 52 28  
email: pilares@fundacionpilares.org  
web: www.fundacionpilares.org