

**Asociación Estatal de Directoras y Gerentes  
de Servicios Sociales**

## **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

**Gustavo García Herrero** (redactor)



# ÍNDICE

## I. Con perspectiva

- Años 70 Inicio exploratorio.
- Años 80 Desarrollo como prestación básica y local
- Años 90 Regulación
- Año 2007 Reorganización
- La situación en que se encuentra el Servicio de Ayuda a Domicilio en el momento de entrada en vigor de la Ley de la Dependencia (2007)

## II. Las razones de una crisis

- El elevado coste del servicio de ayuda a domicilio
- Su nula utilidad sin apoyo familiar o como complemento de un centro de día, en la dependencia grave y severa
- La competencia del cuidador familiar y no profesional que la Ley de la Dependencia contempla
- Dificultad de organización y prestación del servicio en determinados medios, particularmente en los rurales.
- Dificultades administrativas para integrar la organización y gestión del servicio en la red de Servicios Sociales
- Las evidencias de la crisis del SAD

### **III. Propuestas para el desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio**

- Un servicio integral de Ayuda a Domicilio
- Hacer compatible el SAD con el resto de servicios del Catálogo de la Ley de la Dependencia y con otros servicios complementarios.
- Vincular los cuidados familiares y no profesionales que financie el SAAD a Grandes dependientes y Dependientes severos, a servicios profesionalizados de Ayuda a Domicilio o Centro de Día.
  - Hacer compatible el SAD con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales.
  - EL SAD debe contemplar periodos de descanso para los cuidadores familiares
  - Diferenciar la figura del cuidador familiar que presta directamente los cuidados, de quien familiar sólo los supervisa.
  - Vincular preceptivamente los cuidados familiares y no profesionales financiados en el SAAD a un servicio profesionalizado de Ayuda a Domicilio o Centro de Día
- Qué supondría esta propuesta
- Funciones de un servicio profesionalizado de Ayuda a Domicilio en relación con los cuidados familiares y no profesionales
- Utilidades de incorporar un servicio profesionalizado a los cuidados familiares y no profesionales
- Los costes

#### **Anexo 1. CALIDAD**

- Certificación de Calidad en el SAD (Normas UNE). AENOR
- La calidad en un Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal. LOGROÑO
- Calidad y satisfacción en el SAD

- 100 recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del Servicio de Atención a Domicilio
- Sistema de acreditación del SAD –propuesta ASADE-

## **Anexo 2. EL EMPLEO**

- Síntesis del debate de las Jornadas de Zaragoza-2009
- UGT
- CC.OO
- Asociación de trabajadores/as familiares Catalunya
- Asociación de empresa para la dependencia (AESTE)

## **Anexo 3. DERECHOS DE LOS USUARIOS**

- Oficina del ARARTEKO (Defensor del Pueblo de Euskadi)
- Unión de Consumidores de Aragón

## **Anexo 4. COSTES**

- Modelo de costes (DELOITTE)

## **Anexo 5. SOBRE EL MODELO**

- Mejora del diseño del SAD. ASADE

## **Anexo 6. DATOS SOBRE EL SECTOR ECONÓMICO DE SERVICIOS ASISTENCIALES A DOMICILIO**

- Principales conclusiones de. BDK



El Servicio de Ayuda a Domicilio es uno de los servicios sociales más emblemáticos desde que comienzan a desarrollarse estos servicios a comienzos de los años 80 en nuestro país. Posteriormente fue conceptualizado como una de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en el Plan Concertado, e incluido en el acuerdo de financiación de mínimos que este Plan contemplaba, entre la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales. A pesar de ello, y de lo extendido que se encuentra en todo el territorio, ya que prácticamente todos los municipios cuentan con este servicio, no ha llegado a alcanzar los niveles de cobertura que existen en otros países europeos<sup>1</sup>.

Por eso, la aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, *de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, parecía que iba a suponer el definitivo impulso a este servicio, que es uno de los incluidos en su catálogo, al configurarlo como un derecho subjetivo de ciudadanía, algo de lo que hasta este momento adolecía.

Sin embargo, después de tres años de implantación del Sistema de Atención a la Dependencia que nace para desarrollar esta Ley, el Servicio de Ayuda a Domicilio, lejos de consolidarse y extenderse, tanto en su cobertura como en sus contenidos, está sufriendo una profunda crisis que afecta no sólo a cuestiones operativas sino al concepto mismo del servicio.

La baja prescripción de este servicio, casi nula en varias Comunidades Autónomas<sup>2</sup> ;después de más de tres años de implantación del Sistema de Atención a la Dependencia!, o los variados intentos por poner en marcha nuevas modalidades de prestación y organización del servicio, son buenos indicadores de esta crisis.

Datos de cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio (año 2008):

- 432.000 personas reciben el SAD
- Un 5,6 % de las personas mayores de 65 años reciben este servicio
- Tiene una facturación anual de 1.088 millones de €. El crecimiento respecto al año anterior fue del 15,7 %. Entre 2008 y 2011 se prevén crecimientos del 13,3, 14,7 y 13,5 % respectivamente.

Fuente. DBK, S.A.

1. En este como en otros aspectos de los servicios sociales, es un gravísimo problema la falta de estadísticas oficiales actualizadas , en este caso sobre la cobertura del SAD (más allá de las estadísticas que se ofrecen en el marco del SAAD, pero que son sólo una parte de la cobertura de este servicio) Por ello hemos tenido que recurrir a estudios llevados a cabo por consultoras, a las que agradecemos que nos ofrezca una síntesis de los mismos; algo que, por otra parte, pone de manifiesto el interés de las empresas y del sector privado en este espacio tan dinámico de actividad económicas, más aún en una época de crisis como la actual.

Pero la crisis constituye también la oportunidad para llevar a cabo una profunda reflexión y un replanteamiento del servicio de ayuda a domicilio, del que este servicio puede (y debe) salir reforzado. Las referencias para esta transformación han de ser:

las nuevas condiciones y necesidades sociales, muy distintas a aquellas que existían en los años 80, cuando se inició en España la implantación del servicio de ayuda a domicilio.

El nuevo contexto institucional, definido por la consideración del servicio de ayuda a domicilio como una prestación para hacer efectivo el derecho subjetivo de ciudadanía, tras su inclusión en el catálogo de la Ley de la Dependencia.

Dos referencias y un principio que debe guiar toda reflexión sobre este servicio:

Que sean cuales fueran sus contenidos prestacionales o sus modalidades organizativas, el servicio de ayuda a domicilio es un servicio social cuya garantía corresponde a las Administraciones Públicas, con el objetivo de procurar utilidades para que, en situaciones de necesidad, las personas puedan permanecer en sus propios domicilios con un adecuado nivel de calidad de vida, reforzando sus potencialidades para su autonomía y para la convivencia personal y las relaciones sociales.

Con estas referencias y con esta declaración de principios, desde la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales iniciamos un proceso de reflexión que tuvo su puesta en común en las Jornadas celebradas en Zaragoza en febrero de 2009. Como es práctica en esta Asociación, tales Jornadas estuvieron precedidas de un proceso de reflexión y elaboración desde diversos enfoques o aspectos del servicio de ayuda a domicilio. Y tras su celebración, la reflexión continuó a partir de los debates y documentos aportados en ellas, orientadas ya a la elaboración de este documento. Unos debates que se abrieron a otras entidades y organizaciones, como Colegios Profesionales y organizaciones empresariales, que han aportado perspectivas de especial interés para la elaboración final del documento.

Se incorporan también, en forma de Anexos, una serie de documentos sobre los aspectos más importantes para la organización y gestión del SAD,

como el empleo, la calidad, los derechos de los usuarios, los costes y la acreditación, elaborados por organizaciones y empresas de especial relevancia en cada uno de estos aspectos.

Su publicación y distribución pretenden aportar estas reflexiones y documentos para que sean útiles a quienes desde sus responsabilidades profesionales o institucionales pueden adoptar las decisiones que de manera efectiva realicen, con racionalidad, los inevitables cambios que el servicio de ayuda a domicilio requiere en la encrucijada actual.

La Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales agradece a todas las personas, organizaciones y empresas que han participado con sus reflexiones o con sus aportaciones en este documento. A lo largo del proceso hemos ido descubriendo la utilidad de compartir perspectivas diferentes, de abrir un debate franco sobre diferentes enfoques, experiencias y, porqué no, intereses. Siempre que por encima de ellos esté presente el interés de las personas destinatarias del SAD, y con el objetivo de mejorar la organización, los contenidos, la calidad y la eficiencia del Servicio.

---

2. A 1 de julio de 2010, en 5 CCAA no se ha prescrito ningún SAD en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD), y en algunas más los datos son poco más que testimoniales. Son menos de 80.000 las personas que reciben el Servicio de Ayuda a Domicilio en el marco del SAAD (un 12,9 % del total de beneficiarios del Sistema). **Por cada persona que percibe el Servicio de Ayuda a Domicilio, hay 4,5 personas que perciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales.**



# I. Con perspectiva

**P**odemos considerar la situación de este servicio social en perspectiva si recordamos brevemente como ha sido su evolución reciente en España:

- *Años 70 Inicio exploratorio:* se inicia por algunos ayuntamientos muy aislados, así como por parte de dos organismos del ámbito de la Seguridad Social, elSAP<sup>3</sup> y posteriormente el SEREM<sup>4</sup>, la prestación de este servicio con carácter exploratorio bajo la influencia de los países del norte y el centro de Europa.
- *Años 80 Desarrollo como prestación básica y local:* con el desarrollo del estado de las autonomías y el impulso conceptual del IV Congreso de Trabajadores Sociales celebrado en Valladolid (1980), la Ayuda a Domicilio se desarrolla como servicio social básico y de gestión local impulsado por Ayuntamientos y Diputaciones con la cooperación de las Comunidades Autónomas y, al final de la década, también del Estado con el Plan Concertado para el desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales (1988).
- *Años 90 Regulación:* Las corporaciones locales van regulando el sistema de acceso, la intensidad, el contenido y la aportación del usuario. Algunas Comunidades Autónomas establecen un marco normativo básico para todas las administraciones públicas de su ámbito, en cuanto a contenido y proceso de acceso, y en algún caso la calidad de la atención.
- *Año 2007 Reorganización:* La promulgación de la Ley 39/2006, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, supone un innegable avance en los derechos sociales, pero también para Comunidades Autónomas y Corporaciones Locales un conjunto de retos de enorme complejidad y sin un calendario transitorio que permitiera adaptar la normativa y los sistemas de gestión preexistentes. Así mismo la etapa anterior concluyó dejando numerosos temas sin resolver, lo que ha agravado la dimensión del impacto.

La situación en que se encuentra el Servicio de Ayuda a Domicilio en el momento de entrada en vigor de la Ley de la Dependencia (2007), presen-

---

3. SAP: Servicio de Asistencia a Pensionistas

4. SEREM: Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físico, Psíquicos y Sensoriales.

te aspectos preocupantes y que, sin duda, están en la base de las dificultades para que desarrolle toda su potencialidad en la nueva coyuntura:

- Baja intensidad del servicio para prevenir internamientos evitables.
- Falta de un modelo de provisión y financiación, soportando la coexistencia en los mismos territorios de gestión pública, contratada, concertada y subvencionada a veces en un porcentaje del coste simbólico.
- Cobertura muy desigual, tanto entre las diversas Comunidades Autónomas como entre unos y otros municipios, que en algunos casos tienen una oferta que iguala a la demanda, mientras que en otros existen grandes listas de espera.
- Falta de adecuación a las nuevas necesidades social, en particular a la conciliación de la vida familiar y laboral, por la rigidez en la organización del servicio.
- No disponibilidad del servicio de ayuda a domicilio en zonas rurales muy despobladas.
- Contenido: Cuidados personales + atención doméstica
- No existe un adecuado desarrollo de SAD “especializados” para Alzheimer, personas con discapacidad psíquica... Escasa formación especializada de las auxiliares de hogar para llevar a cabo estos cuidados especializados.
- Se da una desigual y muy escasa incorporación del apoyo a tareas domésticas desde el exterior del domicilio, como el catering, la lavandería o la tele compra.
- Acceso no homologado.
- Copago no homologado.
- Múltiples vías de financiación pública a diferentes agentes para un mismo territorio. Del Estado a la FEMP, a las CCAA, a Cruz Roja. Y situaciones análogas en algunas CCAA.
- Es escasa la coordinación con el sistema sanitario tanto para cuidados como para la comunicación cotidiana.
- Está por desarrollar la función preventiva, tanto del deterioro personal como del internamiento.

- Falta, de manera general, una regulación y gestión de requisitos la calidad

Esta era la situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el momento en el que plantea como uno de los servicios del Catálogo de la Ley de Dependencia. Tres años después, estas circunstancias apenas han variado substancialmente, y la mayor parte de ellas siguen constituyendo retos a los que es necesario responder actualmente para aprovechar el impulso que la constitución del Sistema para la Autonomía y la atención a la dependencia puede y debe generar.

Ahora bien, frente a estas dificultades, en el momento de entrada en vigor de la Ley de la Dependencia el Servicio de Ayuda a Domicilio es un servicio conocido e implantado en la práctica totalidad del territorio que tiene condiciones suficientes para desarrollar todo su potencial en esta nueva coyuntura:

- Un Servicio que se presta en la práctica totalidad de los municipios
- Que ha demostrado su utilidad y su capacidad de adaptación a nuevas situaciones (apoyo al cuidador, situaciones sobrevenidas...) a todo tipo de territorios.
- Una extraordinaria capacidad de generación de empleo<sup>5</sup>, y de un empleo de características muy interesantes en una coyuntura como la actual, por su extensión en el territorio y por su capacidad para incorporar y formar a personas que hubieran encontrado grandes dificultades de empleabilidad en otros ámbitos de actividad.
- Un Servicio plenamente comprometido con los derechos de sus usuarios, con la mejora de su calidad y con el logro de la eficiencia, tan necesaria en momentos de crisis y dificultades presupuestarias como las actuales.
- Un Servicio muy valorado por sus beneficiarios, que no sólo son, como todo el mundo sabe, las personas que lo necesitan directamente (personas en situación de dependencia y sus cuidadores), sino también en el resto de su entorno familiar y vecinal.
- Un Servicio que resulta imprescindible en la sociedad actual, para garantizar la calidad de vida de muchas personas (personas mayores, personas con discapacidad, personas con cargas familiares no

---

5. Un reciente estudio cifra en **212.735 los nuevos puestos de trabajo que puede generar el SAD desde el año 2010 al 2015**, sólo en el ámbito del Sistema de Atención a la Dependencia (RODRÍGUEZ CASTEDO, A. Y JIMÉNEZ LARA, A. (2010) La atención a la dependencia y el empleo. Madrid: Laboratorio de Alternativas, Fundación Alternativas

compartidas...), para hacer compatible la vida familiar y laboral, haciendo posible que todos y todas, particularmente las mujeres, disfruten de manera efectiva de todos los derechos y todas las oportunidades de desarrollo que tienen reconocidas.

Por todo ello, vale la pena el esfuerzo de reflexión para superar las dificultades de este servicio y para conseguir que se adapte con eficacia y eficiencia a las nuevas condiciones sociales, para que sea realmente uno de los puntales del desarrollo de los nuevos derechos sociales en el marco del Sistema de promoción de la autonomía personal y atención a la Dependencia, y de las nuevas Leyes de Servicios Sociales.

## II. Las razones de una crisis

Como decíamos, era lógico suponer que la promulgación de la Ley de la Dependencia supondría para el Servicio de Ayuda a Domicilio su definitiva consolidación, al configurarlo como una prestación de derecho incluida en su catálogo, y al incrementarse de manera notable su financiación desde el Estado y desde las Comunidades Autónomas. Sin embargo, esto no sólo no se ha producido, sino que actualmente, después de más de tres años de aplicación de la Ley, el Servicio de Ayuda a Domicilio se enfrenta a una profunda crisis, que nos obliga a repensar no sólo las modalidades de prestación y de gestión de este servicio, sino su financiación y lo más importante, su propia funcionalidad.

La Ley de la Dependencia supone, qué duda cabe, importantes mejoras para el SAD:

- Le da carácter universal, ya que el acceso efectivo a este servicio se reduce, de hecho, por limitaciones presupuestarias, a las rentas más bajas. Al menos hasta ahora. En el marco del Sistema de Atención a la Dependencia se puede lograr que cualquier persona pueda beneficiarse de este servicio, sea cual sea su nivel de renta.
- Se configura, para quienes lo tengan prescrito en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia, como un derecho subjetivo que necesariamente ha de hacerse efectivo, bien mediante prestación directa del servicio por una administración pública, o bien mediante una prestación económica vinculada al servicio, no sujeta a disponibilidades presupuestarias.
- Se homologan, en buena medida, los criterios de acceso en todo el territorio
- Plantea el establecimiento de estándares mínimos de calidad, aunque a fecha de hoy todavía sea una asignatura pendiente
- Aumenta y homologa la intensidad horaria del servicio

Si esto es así, ¿cuáles son las causas de la baja prescripción del servicio de ayuda a domicilio, que llega a ser nula o puramente testimonial en muchas Comunidades Autónomas? Podemos identificar las siguientes:

- Su elevado coste
- Su nula utilidad sin apoyo familiar o como complemento de un centro

de día, en la dependencia grave y severa

- La competencia del cuidador familiar y no profesional
- Dificultad de organización y prestación del servicio en determinados medios, particularmente en los rurales.
- Dificultades administrativas para integrar la organización y gestión del servicio en la red de Servicios Sociales

Vamos a considerar cada una de estas dificultades:

## **El elevado coste del servicio de ayuda a domicilio**

Quizás convenga comenzar desmontando el mito de que el servicio de ayuda a domicilio es menos costoso que las alternativas residenciales. Un mito que proviene de que originalmente se organizó este servicio con un carácter más preventivo, pensando en personas que, con alguna ayuda puntual, podrían permanecer en su propio domicilio de manera autónoma, ya que su situación de dependencia lo permitía, si no era suficientemente acusada como para necesitar apoyos continuados.

En estos casos, con apenas un día o dos a la semana, una o dos horas cada uno de los días, era suficiente para conseguir este objetivo. Si además se ofrecían otros servicios complementarios, como comidas o lavanderías a domicilio o en el entorno, y se garantizaba su seguridad con teleasistencia, la solución era, y sigue siendo, perfecta tanto desde un punto de vista social (permite a la persona continuar viviendo de manera autónoma en su propio domicilio o en una vivienda tutelada) y con un coste substancialmente menor que el que supondría atender a esa misma persona en un establecimiento residencial.

Ahora bien, estos planteamientos se vienen abajo cuando se trata de personas cuyo nivel de dependencia requiere una mayor intensidad de cuidados para su movilidad, ayuda para asearse o vestirse, para comer, hacer las compras, cocinar, limpiar el hogar, lavar y planchar su ropa... La realización de todas estas tareas requiere un apoyo diario y una intensidad muy elevada que, en algunos casos, debería de ser permanente.

Pero el servicio de ayuda a domicilio no puede ser un apoyo continuado. Por eso, cuando se requiere una especial intensidad (Grado III y, en buena medida, Grado II) sólo puede funcionar como complemento y apoyo a los cuidados que la persona reciba por parte de sus convivientes ¿Cuál sería la

intensidad necesaria para que el servicio de ayuda a domicilio fuera un apoyo efectivo a los cuidados que los propios familiares o convivientes proporcionen a estos Grandes Dependientes o Dependientes Severos?

Hagamos las cuentas a partir del coste del servicio. Como más adelante veremos, en la mayor parte de las poblaciones y Comunidades el coste hora del servicio de ayuda a domicilio (en sus contenidos más básicos de tareas domésticas y cuidados personales) se sitúa en torno a los 17 €<sup>6</sup>. Por su parte, el coste de concertación de una plaza de residencia asistida se ubica en cifras en torno a los 1.500 €/mes. De esta manera, el coste de proporcionar a una persona en situación de dependencia los cuidados continuados que requiere en un establecimiento residencial, sería el equivalente a proporcionarle 88 horas mensuales de ayuda a domicilio. Es decir, unas 22 horas semanales (4 horas y media diaria, de lunes a viernes).

El coste mensual medio de una plaza concertada en una residencia asistida, es el equivalente a unas 88 horas mensuales de ayuda a domicilio básica.

Así pues, a partir de 88 horas mensuales de ayuda a domicilio, resultaría económicamente más rentable la atención residencial de una persona en situación de dependencia.

La cuestión es, para una persona que requiere cuidados intensivos y continuados (Grandes Dependientes y Dependientes Severos) ¿son suficientes 88 horas mensuales de ayuda a domicilio? ¿Cuántas requeriría? Recordamos que la intensidad máxima que el Sistema de Atención a la Dependencia establece es de 90 horas para el mayor grado y nivel de dependencia (Grado III nivel 2). Sin embargo, los datos reales sobre el número de horas que reciben los beneficiarios del SAAD, está lejos de estas intensidades máximas que se determinan para cada uno de los Grados y Niveles, oscilando entre las 59 horas mensuales que reciben, como media, los Grandes Dependientes, nivel 2, a las poco más de 28 que reciben los Dependientes Severos, nivel 1.

---

6. Hablamos de coste real, y no de precio que se abona por hora de prestación, ya que hay municipios donde de forma incomprensible, el precio de la hora en el correspondiente contrato está muy por debajo de este coste. En el anexo sobre costes se detallan los contenidos del mismo. Analizando los 130 municipios de más de 50.000 habitantes que, en conjunto, representan una población de 23 millones de personas (un 50 aproximadamente del total de población española), **la media del precio hora de los contratos para la prestación del SAD en 2010 se sitúa en 16,75 €**. También es cierto que los precios tienen una oscilación extraordinaria en unos y otros territorio. Así existen Entidades Locales donde se está contratando el SAD con un coste inferior a 13 €/hora, mientras que en otros lugares la contratación se ha realizado a 28 €/horas ¡más del doble!

A partir de estos datos es fácil deducir que para personas que requieren una alta intensidad de atención o una atención continuada, el número de horas de ayuda a domicilio a prestar, o en su defecto, los servicios complementarios (centros de día o de noche o cuidadores no profesionales), hacen que el mantenimiento en su domicilio resulte más costoso económicamente que las alternativas residenciales. A no ser que ese plus de cuidados los proporcione, sin coste para las administraciones, la propia familia o convivientes. Y por supuesto, sin entrar en otro tipo de consideraciones, sólo desde un punto de vista del coste económico, que es lo que aquí queremos señalar como una de las causas de la actual crisis del servicio de ayuda a domicilio.

### **Media de horas mensuales del SAD que reciben los beneficiarios del SAAD (marzo 2010):**

- Grado III, nivel 2:  
**59,05 horas** (14.530 personas)
- Grado III, nivel 1:  
**41.58 horas** (19.512 personas)
- Grado II, nivel 2:  
**21,71 horas** (13.127 personas)
- Grado II, nivel 1:  
**28,38 horas** (18.016 personas)

Fuente. Estadísticas SAAD (inéditas).  
IMSERSO-Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales

## **Su nula utilidad sin apoyo familiar o como complemento de un Centro de Día, en la dependencia grave y severa**

Como venimos diciendo, para personas con un cierto grado de dependencia, Grandes Dependientes y Dependientes Severos, el servicio de ayuda a domicilio sólo puede ser eficaz si estas personas cuentan con un adecuado apoyo familiar. Si es así, el servicio de ayuda a domicilio puede apoyar y reforzar los cuidados familiares, pero nunca puede ser una alternativa a los mismos.

Evidentemente, si estos cuidados familiares se financian también en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia, el coste para el Sistema se incrementa.

Incluso contando con apoyo familiar, en ocasiones resulta imposible mantener en su domicilio a una persona con una situación de dependencia grave o severa, sólo con el servicio de ayuda a domicilio. Es necesario un Centro de Día o de Noche. En estos casos el servicio de ayuda a domicilio puede plantearse como un complemento de dicho Centro.

Así pues, el servicio de ayuda a domicilio no puede ser nunca una alternativa única para la permanencia en el hogar de personas en situación de depen-

dencia grave y severa, sino que requiere que exista un apoyo familiar suficiente o que se disponga de una plaza en un Centro de Día o de Noche. Lo cual limita considerablemente el número de potenciales beneficiarios.

## **La competencia del cuidador familiar y no profesional que la Ley de la Dependencia contempla**

Una de los principales motivos para que el servicio de ayuda a domicilio no haya alcanzado el desarrollo previsto en el Sistema de Atención a la Dependencia es, sin duda, la prestación económica que establece la Ley para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales.

El servicio de ayuda a domicilio compete en desventaja con esta ayuda al cuidador familiar o no profesional, por muchas razones:

- En primer lugar, resulta más atractivo recibir la ayuda económica al cuidador, que pagar por recibir un servicio de ayuda a domicilio que, como todo servicio, está sujeto a condiciones de copago.
- Además, como la ayuda económica al cuidador se cobraba con efectos retroactivos desde el momento de solicitar el reconocimiento del grado y nivel (unos atrasos que, en ocasiones, supone percibir varios miles de euros), es lógico que muchas personas hayan considerado que merecía la pena solicitarla antes que la ayuda a domicilio. Aunque recientemente esta retroactividad se ha limitado hasta transcurridos 6 meses desde que se presenta la solicitud de reconocimiento de grado y nivel<sup>7</sup>, sigue siendo un atractivo de esta “paga” frente a un servicio.
- Si quien figura como cuidador “familiar” no es, en muchos casos, la misma persona que presta los cuidados, sino que contrata un/a empleado/a de hogar, su coste hora puede situarse en unos 5/6 € mientras que en SAD es al menos de 16/17 €. Es decir, que se plantea elegir entre un máximo de 90 horas mensuales de SAD, que te envían a la auxiliar de hogar que la empresa decide, y una parte de cuyo coste tiene que abonar el propio usuario (copago) o 96 horas de empleada/o doméstica/o contratada con el dinero de la ayuda al cuidador. Veamos como resultaría en el caso de personas con Gran Dependencia, y con los datos del año 2010:

---

7. Real Decreto-ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se adoptan medidas extraordinarias para la reducción del déficit público

Grado y Nivel	G III n2	G III n1
Capacidad económica personal ANUAL	8.213 €	7.207 €
<b>Cuantía Ayuda económica para cuidados en el entorno familiar</b>	<b>479 €</b>	<b>390 €</b>
Horas SAD	90	70
<b>Horas Empleada Hogar <i>compradas</i> con la Ayuda para cuidados en el entorno familiar</b>	<b>96</b>	<b>78</b>

- Por si todo esto fuera poco, la ayuda económica al cuidador puede conllevar unos días de estancia temporal de respiro al año, pero la ayuda a domicilio no contempla habitualmente esta posibilidad

Todos estos argumentos han pesado y siguen pesando en las familias a la hora de preferir y demandar la ayuda económica al cuidador frente al servicio de ayuda a domicilio.

La comparación entre la ayuda económica al cuidador y el servicio de ayuda a domicilio evidencia que se podrían pagar 390 horas mensuales de empleado/a doméstico/a con el coste de 90 horas de ayuda a domicilio. Evidentemente, no es lo mismo: en el caso de un servicio existe una dirección técnica, un seguimiento, una supervisión... Pero, cuando los contenidos del servicio son básicamente de carácter doméstico y de cuidados personales muy básicos, tal y como ocurre en la mayor parte de los casos, ¿cómo explicar a los usuarios la necesidad y la importancia de esa dirección técnica, ese seguimiento o supervisión? ¿Quién puede convenecerles a ellos y a sus familiares que no hay nadie mejor que ellos mismos para “organizar” esas tareas domésticas?

No es de extrañar así que después de más de 3 años de implantación del Sistema de Atención a la Dependencia, por cada persona a la que se le está reconociendo el derecho a recibir el servicio de ayuda a domicilio (78.968) hay 4,5 personas que están recibiendo la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales<sup>8</sup>.

## **Dificultad de organización y prestación del servicio en algunos lugares, particularmente en los medios rurales**

La baja densidad de hogares a atender, así como las distancias entre ellos y las dificultades de comunicación, añaden dificultades muy importantes para organizar el servicio de ayuda a domicilio en muchos entornos rurales, al tiempo que incrementan notablemente sus costes, agudizando las comparaciones tan negativas que acabamos de ver frente a la ayuda al cuidador familiar o no profesional. Alternativas que, por otra parte, están mucho más arraigadas en los medios rurales.

Pero incluso contando con la oportunidad de asumir estos sobrecostes y estas dificultades de organización, en muchos territorios rurales las dificultades de encontrar mano de obra hacen muy difícil la prestación continuada del servicio.

## **Dificultades administrativas para integrar la organización y gestión del servicio en la red de Servicios Sociales**

Sin duda alguna deben existir dificultades administrativas para encajar la prescripción del servicio de ayuda a domicilio en las estructuras existentes de la red de Servicios Sociales. Sólo eso puede explicar que después de más de tres años de implantación del Sistema de Atención a la Dependencia, cinco Comunidades Autónomas aún no estén ofreciendo este servicio a las personas que pudieran tener derecho al mismo.

La falta de normativa reguladora del servicio de ayuda a domicilio en el momento de implantación del Sistema de Atención a la Dependencia, ha sido (y sigue siendo en varias Comunidades) la primera dificultad para articular esta prestación de derecho en las estructuras de los Servicios Sociales.

El servicio de ayuda a domicilio constituye una prestación básica de los servicios sociales y, como tal, se viene llevando a cabo en el ámbito local, en la mayor parte de las Comunidades Autónomas. Ello obliga a regular los procedimientos administrativos necesarios para dar continuidad a la solicitud presentada ante la Comunidad Autónoma y a la resolución del PIA en la propia Comunidad, y la resolución de la ayuda a domicilio por la Corporación Local, en el caso de que el PIA contemple este servicio. Y no debe ser fácil, cuando tantas Comunidades Autónomas están teniendo tantas dificultades para articular este proceso integrado.

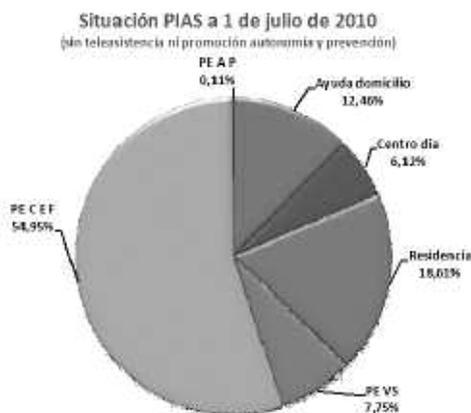
---

8. 1 de julio de 2010. Fuente: estadísticas SAAD. IMSERSO. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

Quizás por ello algunas Comunidades han caído en la tentación de poner en marcha un servicio autonómico de ayuda a domicilio para personas en situación de dependencia, en paralelo con el servicio de ayuda a domicilio municipal para personas que no tienen reconocido el derecho en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia. Algo que afecta, en ocasiones, a una misma familia, produciendo situaciones tan surrealistas como que en un mismo domicilio coincidan o puedan coincidir en el tiempo dos servicios diferentes de ayuda a domicilio, uno prestado a una persona por el servicio de la Comunidad Autónoma, y otro por el servicio municipal.

La falta de normativa del servicio de ayuda a domicilio hace que no exista tampoco acreditación de entidades privadas prestadoras. Solamente algunas Comunidades tienen reconocida esta acreditación, aunque sea temporal.

## Las evidencias de la crisis del SAD



Todas estas razones son las que producen el escaso desarrollo del SAD en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia, como ponen en evidencia los datos oficiales cuando han transcurrido más de tres años de implantación.

Lo realmente preocupante es que no se trata de una situación coyuntural, sino que el desarrollo de las diferentes prestaciones económicas y servicios a lo largo de estos más de tres años evidencia una tendencia de deterioro de los servicios en detrimento de las prestaciones económicas. Y más en

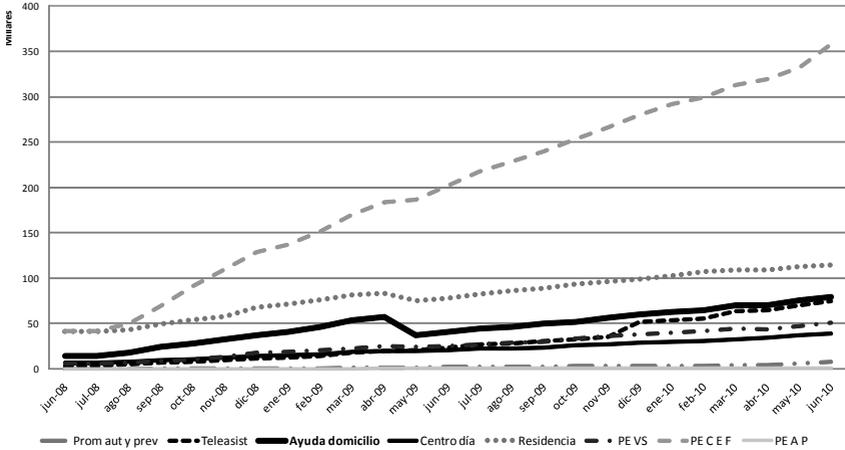
### Cobertura del Servicio de Ayuda a Domicilio en el Sistema de Atención a la Dependencia (1 de julio de 2010)

- Nº de PIAS con ayuda a domicilio: **78.968**
- % sobre el total de PIAS: **10,9 %**
- % de beneficiarios del Sistema que tienen prescrito el SAD: **12,9 %**
- Comunidades que tienen 0 prescripciones del SAD: **5**

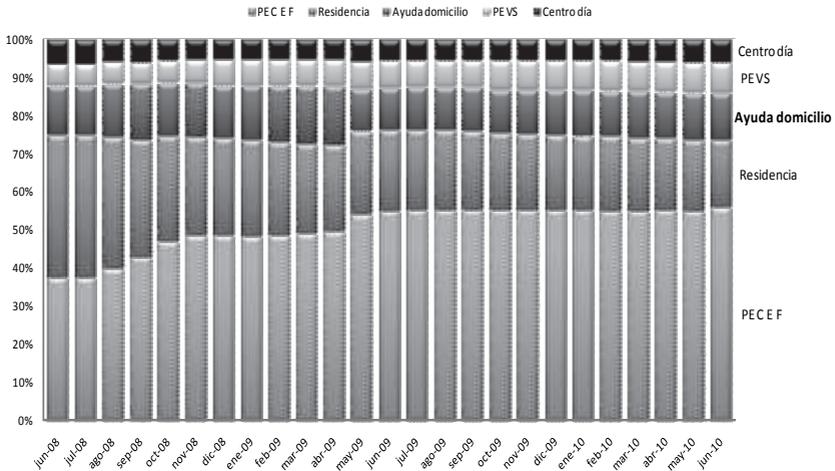
Fuente: Sistema de Información del SAAD. IMSERSO. Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales

concreto, la falta de desarrollo del SAD frente a su competidora, la *prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales*:

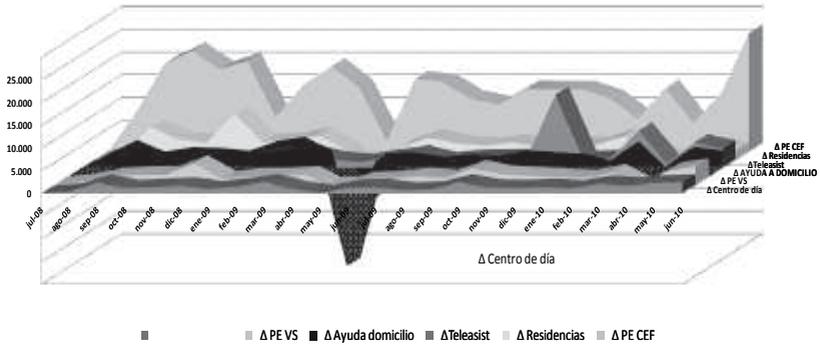
**Evolución PIAS /mes acumulado por tipo de servicio/prestación en el TOTAL DE ESPAÑA (1 JUN2008 - 1 JUL 2010)**



**Evolución relativa (% mensual) de distribución de los PIAS en el total de ESPAÑA (1 jun 2008 - 1 jul 2010 sin teleasistencia)**



### Incrementos/mes por tipo de servicio en el TOTAL DE ESPAÑA (jun 2008-jul 2010)



FUENTE: Elaboración propia a partir de datos oficiales de SAAD-IMSERSO (Servicio de Estadísticas de la Subdirección General Adjunta de Valoración, Calidad y Evaluación IMSERSO (SAAD)), publicados mensualmente en <http://www.imserso.es> y recopilados en formato Excel desde <http://www.imserso dependencia.csic.es/estadisticas/saad/index.html>.

Parece lógico suponer que a partir de la incorporación al SAAD de las personas con Grado I (Dependientes Moderados), estas tendencias se vean afectadas por un mayor porcentaje de PIAs con Servicio de Ayuda a Domicilio, ya que parece que este pueda ser el servicio de referencia, junto a los centros de día, y en detrimento del servicio residencial (actualmente en debate respecto a si se contemplará o no de forma general como un derecho para este Grado de dependencia). Quizás cuando la incorporación de la Dependencia Moderada lleve unos años, podamos ver cuales son realmente estos efectos sobre las tendencias y, en particular, sobre el desarrollo del SAD.

Mientras tanto nos centraremos en lo que ya conocemos: los datos y las tendencias en el caso de Grandes Dependientes y Dependientes Severos que, como acabamos de ver, evidencian una crisis del SAD frente a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales. Y en ese colectivo de Grandes y Severos Dependientes, centraremos las propuestas que vamos a plantear a continuación.

### III. Propuestas para el desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio

A pesar de todas las circunstancias que hoy están limitando su desarrollo, el Servicio de Ayuda a Domicilio sigue teniendo una importancia estratégica en el Sistema Público de Servicios Sociales, para proporcionar apoyos para la convivencia personal y familiar en un contexto en el que estos apoyos son imprescindibles para la calidad de vida de muchas personas y para la conciliación de la vida familiar y laboral, particularmente en el caso de las mujeres.

Las medidas que se propongan para configurar el Servicio de Ayuda a Domicilio en este nuevo contexto deben partir de una visión amplia de todas sus potencialidades, pero sin olvidar las dificultades económicas y organizativas que hemos comentado. Nuestra vinculación al Sistema de Servicios Sociales y, dentro de él, al de Atención a la Dependencia, nos obliga a un ejercicio de realismo. Pero en ningún caso podemos renunciar a los planteamientos por los que siempre hemos luchado.

Teniendo en cuenta ambos aspectos, proponemos tres medidas para desarrollar con eficacia y eficiencia el servicio de ayuda a domicilio:

- **Un servicio integral de Ayuda a Domicilio**
- **Hacer compatible el SAD con el resto de prestaciones económicas y servicios del Catálogo de la Ley de la Dependencia y con otros servicios complementarios.**
- **Vincular los cuidados familiares y no profesionales que financie el SAAD a Grandes dependientes y Dependientes severos, a servicios profesionalizados de Ayuda a Domicilio o Centro de Día.**

#### **Un servicio integral de ayuda a domicilio**

Un Servicio integral bajo responsabilidad pública, que contemple y de respuesta a las diferentes situaciones que requieren apoyos y atenciones domiciliarias y las consiguientes modalidades de prestación, y en el que se integre el derecho a este servicio de las personas a quienes se reconozca en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia.

Rechazamos rotundamente aquellos modelos que establecen dos categorías (o más) del Servicio de Ayuda a Domicilio, una en el marco del Sistema

de Atención a la Dependencia, para quienes tengan reconocido el consiguiente derecho y prescrito este servicio en el correspondiente PIA, y otro para el resto de situaciones que no son “de derecho”. Una dualidad de servicios que suele responder a la gestión autonomía del SAD vinculado al Sistema de Atención a la Dependencia, y a la gestión local del SAD no vinculado a este Sistema.

Rechazamos este modelo porque apuesta por la dualidad, porque rompe la estructura del Sistema de Servicios Sociales definido en cada contexto autonómico, y además porque es una opción que resulta a todas luces anti-social, irracional a nivel organizativo y antieconómica.

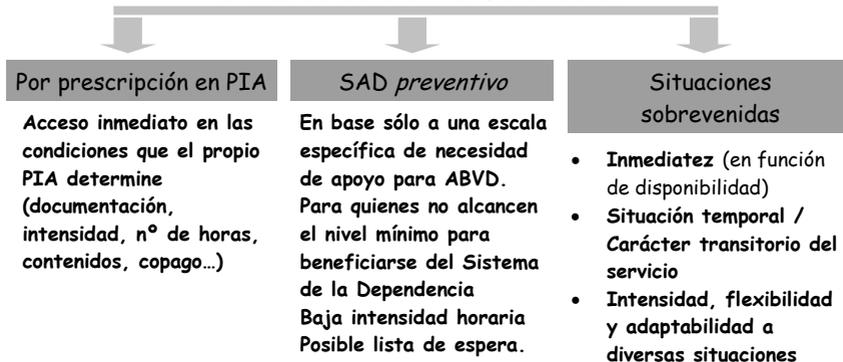
Un único e integral Servicio de Ayuda a Domicilio puede y debe dar respuesta con diferentes atenciones, horarios, intensidades y condiciones a las diferentes situaciones que pueden requerir apoyos domiciliarios. Así, un servicio integral de Ayuda a Domicilio debería contemplar los siguientes ámbitos de intervención:

- Atención a las personas a quienes se reconozca el derecho en base a su situación de dependencia, con la intensidad, atenciones y horarios que el correspondiente PIA determine.
- Atención a personas que, sin tener reconocida el grado y nivel de dependencia que les de derecho a las prestaciones del Sistema de Atención a la Dependencia, tengan limitaciones para realizar actividades de la vida diaria que dificulten su autonomía para la convivencia personal. Sería un SAD de menor intensidad en cuanto a número de horas, flexible y con una función eminente preventiva (para prevenir riesgos, para facilitar la vida autónoma y para evitar internamientos o desarraigos innecesarios) y de promoción de capacidades, actitudes y habilidades para la autonomía personal.
- Atención a situaciones sobrevenidas que requieran proporcionar un apoyo inmediato y coyuntural en el domicilio, hasta tanto recupere su autonomía personal, si la situación es de carácter transitorio, o mientras se le valora el grado y nivel de dependencia y puede acceder a las prestaciones económicas o servicios que le correspondan en el marco del Sistema de atención a la Dependencia.
- Apoyo al cuidador en este tipo de situaciones sobrevenidas, y en otras que lo requieran, tales como el cuidado de menores de edad (lo que en algunos lugares se conoce como “Programa Canguro”), bien entendido que el SAD nunca puede concebirse como un servicio habitual para el cuidado de menores o cualquier otra medida de conciliación de la vida familiar y laboral, sino sólo como respuesta a

situaciones coyunturales en las que sea necesario apoyar esta conciliación con el cuidado de menores o personas que se encuentren en situación de dependencia. Tanto esta dimensión del SAD como la anterior (por causas sobrevenidas) tienen que tener la suficiente flexibilidad para adaptarse en horarios y atenciones a la diversidad de situaciones que pueden darse, y su limitación en el tiempo debe compaginarse con la intensidad de atención en determinados momentos que así lo requieran.

## Un único e integral Servicio de Ayuda a Domicilio

3 vías de acceso / 3 modalidades



El SAD debe tener la flexibilidad suficiente para dar respuesta a todas estas situaciones, a cada una de ellas con sus propias condiciones y requisitos, sin generar para ello diversos servicios estableciendo categorías en base a problemáticas o a características de las personas, en lo que puede y debe ser un único e integral servicio.

Por supuesto, rechazamos los intentos de vaciar de recursos el servicio de ayuda a domicilio para todo aquello que no sean situaciones de dependencia "con derecho". El Sistema de Atención a la Dependencia ha de ampliar la protección que viene ofreciendo el Sistema Público de Servicios Sociales, no reducir sus ya de por sí escasa dotación y alcance.

### Hacer compatible el SAD con el resto de servicio del Catálogo de la Ley de la Dependencia y con otros servicios complementarios.

Para muchas personas que necesitan el servicio de ayuda a domicilio, su alcance resulta muy limitado si no se complementa con otros servicios.

Particularmente para personas en situación de Gran Dependencia y Dependencia Severa, su permanencia en el domicilio requiere algo más que el apoyo de sus familias y unas horas del SAD.

Los servicios de **teleasistencia** (ya compatibles en todos los casos con el SAD) son, sin duda alguna uno de los complementos necesarios en muchos de los casos –y casas- donde se percibe el SAD, particularmente cuando accedan a este servicio los Dependientes Moderados, y en el que hemos llamado SAD *preventivo*.

De la misma manera los **servicios de prevención y promoción de la autonomía personal**, tan escasamente desarrollados en esta primera fase de implantación de la Ley de la Dependencia, deberían desarrollarse con intensidad como complemento del SAD, para prevenir el deterioro de capacidades de autovalimiento de sus perceptores que, de otra manera, el propio SAD puede incluso agudizar. En algunos casos el SAD debería incorporar con especial interés servicios de promoción de la autonomía personal, ya que con ello evitaría que situaciones coyunturales que requieren el servicio, se terminen cronificando como “dependientes” del mismo al no desarrollar las actitudes, motivaciones y habilidades necesarias para que la persona pueda realizar por si misma las actividades de la vida diaria que, en un determinado momento, han requerido la prescripción del SAD. Una alternativa no sólo personal y socialmente conveniente, sino incluso económicamente rentable para el Sistema.

Incorporar atenciones de carácter preventivo y de promoción de la autonomía personal, va a constituir una de las principales necesidades y retos cuando se haga extensivo el SAD a los Dependientes Moderados, y también en el caso del SAD de baja intensidad, para situaciones de dependencia todavía incipientes, que hemos llamado SAD *preventivo*.

Para muchas personas calificadas como Grandes Dependientes o Dependientes Severos, la utilidad del SAD consiste en posibilitar el acceso en condiciones adecuadas a un **Centro de Día** (o **de Noche**, en su caso). Sin un apoyo domiciliario para levantar y asear a la persona y prepararle para que lo recoja el transporte adaptado, y que por la tarde/noche le ayuda en el aseo y para acostarle, muchas de estas personas no podrían acudir al Centro de Día o, en caso de hacerlo, no tendrían las condiciones para recibir en sus domicilios las atenciones que precisan. SAD y Centro de Día (o de Noche) constituyen así en muchos casos, servicios necesariamente complementarios. El SAD complementario con las estancias en un Centro de Día, en aquellos casos en los que se está llevando a cabo esta complementariedad, resulta muy gratificante tanto para el usuario como para los familiares y particularmente para el cuidador principal. Cumple de manera muy satisfactoria el objetivo de que el usuario permanezca en su entorno y

domicilio y es especialmente eficaz para favorecer el respiro familiar. La experiencia lo demuestra.

El SAD puede ser también un complemento muy útil para personas con determinadas discapacidades o personas mayores, en **Viviendas Tuteladas**. Una complementariedad hasta ahora escasamente desarrollada pero que en un futuro podría ser un elemento muy útil en el desarrollo del Sistema de Servicios Sociales en general, y dentro de éste, del Sistema de Atención a la Dependencia, en la atención personas con dependencia moderada.

Por supuesto, el **servicio residencial no permanente** (estancias temporales) es un complemento imprescindible para el SAD, cuando se dan situaciones que afectan coyunturalmente a la capacidad o disponibilidad de quienes conviven y actúan de cuidadores de la persona en situación de dependencia o, simplemente, como alternativas necesarias de descanso del cuidador.

Por último, y más allá de los servicios incluidos en el Catálogo de la Ley de la Dependencia, hay otros muchos servicios y atenciones cuya concurrencia y complementariedad con el SAD son necesarias para que la persona pueda permanecer en su domicilio. Es el caso de las **ayudas técnicas** o de la **adaptación del hogar**.

En el caso de personas que tengan reconocido su derecho en el marco del SAAD, esta compatibilidad del servicio de ayuda a domicilio con el resto de servicios del Catálogo de la Ley, permitiría que al elaborar un PIA pueda configurarse un cóctel completo de prestaciones y servicio que puedan incidir en el domicilio, un auténtico traje a medida, limitado exclusivamente por la cuantía económica global que a tales efectos se determine, y cuya referencia podría ser el coste de concertación de una plaza residencial permanente para el grado y nivel que corresponda, y con similares condiciones de copago. Si además el SAD está integrado en el Sistema de Servicios Sociales, tal y como proponemos, podría incorporar otras prestaciones y servicios que darían una mayor eficacia al SAD y una mayor calidad de vida a sus perceptores.

### **Vincular los cuidados familiares y no profesionales que financie el SAAD a Grandes dependientes y Dependientes severos, a servicios profesionalizados de Ayuda a Domicilio o Centro de Día**

Para personas en situación de dependencia, al menos en los Grados III (Gran Dependencia) y II (Dependencia Severa) el SAD no puede concebirse sino como un servicio complementario de los cuidados en el entorno

familiar. De ahí que su prescripción sólo deba hacerse cuando se constata que existe voluntad y capacidad de cuidados en el propio domicilio por quienes conviven en él con la persona en situación de dependencia. Parece obvio.

Así pues, resulta necesario **hacer compatible el SAD con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales.**

Para determinar la intensidad de esta compatibilidad podría tomarse como límite el coste de las horas del SAD que, según el correspondiente grado y nivel, pudiera recibir cada persona. Es decir, que en ningún caso la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales, más las horas complementarias del SAD, supere el coste total de horas de SAD que estén determinadas para el grado y nivel correspondiente.

El SAD podría tener una especial utilidad en las fases de inicio de los cuidados, de manera similar a como se hace en el sistema sanitario, cuyos protocolos de atención domiciliaria incluyen el aprendizaje de los familiares respecto a estos cuidados; aparece así la figuras profesionales como el enfermero de enlace, el personal de cuidados paliativos, el trabajador social... Desde esta perspectiva el SAD aparecería como un servicio especializado de carácter educativo y de apoyo a la adaptación de la persona en situación de dependencia y de su familia a la nueva realidad.

Por otra parte, incluso cuando no se perciba de forma complementaria la prestación económica para cuidadores familiares o no profesionales, **el SAD debería contemplar la posibilidad de que el cuidador habitual no profesional pueda disfrutar de periodos de descanso, así como del resto de apoyos que se establezcan para estos cuidadores cuando reciben la correspondiente prestación económica**, porque es una forma de contribuir a la calidad de los cuidados, al mejorar la calidad de vida del cuidador.

Sabemos que muchas de las prestaciones económicas para cuidadores familiares y no profesionales se convierten de hecho en una alternativa pura y dura al servicio de ayuda a domicilio, ya que la persona que figura

- **Hacer compatible el SAD con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales.**

- **EL SAD debe contemplar periodos de descanso para los cuidadores familiares**

- **Diferenciar la figura del familiar que presta directamente los cuidados, de quien sólo los supervisa.**

- **Vincular preceptivamente los cuidados familiares y no profesionales financiados en el SAAD para Grandes Dependientes y Dependientes Severos, a un servicio profesionalizado de Ayuda a Domicilio o Centro de Día**

como “cuidador familiar” no hace otra cosa que supervisar los cuidados que, en la práctica, realiza otra persona externa al hogar contratada a tales efectos<sup>9</sup>. Por ello planteamos la necesidad de **diferenciar la figura del cuidador familiar cuando es éste quien va a prestar los cuidados, de cuando se va a limitar a supervisar los cuidados que presta otra persona.**

En el primer caso, cuando el familiar va ser quien asuma directamente la realización de los cuidados, deberá darse de alta en el convenio especial de la Seguridad Social establecido para ello en el propio Sistema, salvo que se encuentre en alguno de los supuesto previstos en el R.D. 615/2007, de 11 de mayo, sobre Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situaciones de dependencia. Básicamente se refiere a quienes ya se encuentran de alta en la seguridad social por trabajar por cuenta propia o ajena, o a quienes ya están en edad de jubilación. Para garantizar que el familiar pueda ser prestador directo de los cuidados, sería conveniente:

**a) Establecer un límite de edad para que una persona jubilada puede ser cuidador familiar “directo”.** Es obvio que la intensidad que requieren los cuidados a una persona en una situación de Gran Dependencia o Dependencia Severa, no permite que los realice una persona de edad avanzada y, mucho más, sin afectar gravemente a su calidad de vida. Por ello consideramos imprescindible establecer estos límites de edad para que una persona jubilada pueda ser cuidador familiar “directo”, aunque nada impida que pueda ser el cuidador familiar que supervise los cuidados que preste otra persona.

**b) Que el profesional que prescriba esta prestación para cuidados en el entorno familiar, valore la capacidad del familiar que se propone como cuidador para asumir por si mismo estos cuidados de manera directa,** teniendo en cuenta su actividad profesional.

Permitir que el “cuidador familiar” sea sólo la persona que va a supervisar los cuidados, es algo que permite conciliar la vida laboral y familiar. Ahora bien, **la delegación de cuidados tiene que ser algo responsable, de manera que la persona que los lleve a cabo debe estar dada de alta en la seguridad social, o pertenecer a una empresa acreditada que preste este tipo de servicios.**

Estas medidas, junto a un seguimiento estructurado de los trabajadores sociales de base, con la consiguiente consolidación e inversión en recursos

---

9. A fecha 1 de julio de 2010, son **131.062 los cuidadores familiares o no profesionales que se han dado de alta en el convenio especial de la Seguridad Social (36,7 % del total de cuidadores)**. Porque de ello puede deducirse que el resto son cuidadores que se encuentran en edad de jubilación y se ven obligados a responsabilizarse de los cuidados intensivos que requiere la persona con la que convive, o bien que se trata de personas que tienen un trabajo remunerado, con lo cual fácil es deducir que necesitarán del trabajo de un empleado (casi siempre de una empleada) diferente a quien figura como “cuidador”.

humanos, conseguirían disminuir el uso inadecuado de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales, y activar el extraordinario potencial de generación de empleo de estos cuidados.

Pero quizás, la medida que más y mejor contribuiría a hacer compatible el deseo de muchas personas por recibir cuidados a cargo de familiares o de cuidadores no profesionales, con la calidad de un servicio profesionalizado, es:

**Vincular de manera imperativa los cuidados familiares y no profesionales financiados en el SAAD a Grandes Dependientes y Dependientes Severos, a un servicio profesionalizado de Ayuda a Domicilio o Centro de Día**

### **Qué supondría esta propuesta**

Proponemos que todos los PIAs de Grandes Dependientes y Dependientes Severos en los que se prescriba la prestación económica para cuidados en el entorno familiar o cuidadores no profesionales, deben incluir necesariamente un mínimo de horas de un servicio profesionalizado de Ayuda a Domicilio, salvo en aquellos en los que los cuidados familiares o no profesionales se complementen con un Centro de Día o de Noche, ya que esa sería su vinculación a un servicio profesionalizado.

El mínimo de horas de servicio profesionalizado se establecería en dos horas quincenales, en aquellos casos en los que ya esté constatada la capacidad del cuidador familiar o no profesional para llevar a cabo esta función, y podría ampliarse coyunturalmente en las fases iniciales de la percepción de esta prestación (como control, apoyo y refuerzo inicial) o en determinados casos en los que se evidencie la existencia de limitaciones específicas del cuidador o indicios de riesgo.

### **Funciones de un servicio profesionalizado de Ayuda a Domicilio en relación con los cuidados familiares y no profesionales a Grandes dependientes y Dependientes severos**

Se establecería así un nivel de especialización dentro del SAD, en el que los auxiliares no se limitarían a realizar tareas directas del hogar o cuidados personales, sino que tendrían las siguientes funciones específicas:

- **Supervisión.** Comprobaría que el cuidador familiar o no profesional está desarrollando las tareas de cuidado de forma adecuada, y asesoría en la realización de las mismas. Una función especialmente necesaria en momentos iniciales de los cuidados.
- **Formación.** La presencia de un profesional de los cuidados aportaría al cuidador familiar o no profesional una formación en su propio domicilio, de manera continuada y vinculada de forma directa a la específica situación de la persona a la que debe cuidar.
- **Apoyo y refuerzo.** Nada supone una mayor sobrecarga para un cuidador familiar o no profesional que el aislamiento o el no poder compartir con nadie las dificultades –a veces la angustia- de la situación a la que debe enfrentarse. De ahí la importancia de una presencia periódica de un profesional de los cuidados que por su conocimiento directo puede proporcionar el apoyo y refuerzo que el cuidador no profesional necesita.
- **Consultoría.** El cuidador familiar o no profesional de una persona en situación de Gran dependencia o Dependencia severa se enfrenta a incertidumbres o dudas respecto a como actuar en determinadas situaciones, tanto respecto a la forma de realizar determinadas tareas como a los aspectos relacionales. Un profesional de los cuidados ofrecería la oportunidad de poder consultar todas estas cuestiones del día a día directamente, de forma individualizada en la situación específica y de manera frecuente (quincenalmente). Incluso sería en ocasiones el encargado de trasladar determinadas consultas o dudas a otros profesionales especializados del sistema (terapeutas, fisioterapeutas, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales...). Es precisamente en esta función, donde encuentra todo el sentido plantear la existencia de equipos multiprofesionales de apoyo al auxiliar del SAD.
- **Colaboración.** La presencia del cuidador profesional en el domicilio sería la oportunidad para colaborar en la realización de determinadas tareas que puedan requerir la concurrencia de dos personas; incluso puede ser útil para proporcionar al cuidador familiar algún momento de descanso de manera ocasional.
- **Control.** Por último, la presencia al menos semanal en el domicilio, por parte de un cuidador profesional, permitiría un control muy efectivo de la calidad de los cuidados familiares o no profesionales, advirtiendo a los responsables del seguimiento del PIA de cualquier circunstancia que pueda aconsejar un cambio en el mismo y, por supuesto, de situaciones de riesgo o desatención.

Todas estas funciones son de gran utilidad para mejorar la calidad de la atención que debe recibir la persona en situación de dependencia, y también para la calidad de vida de sus cuidadores familiares o no profesionales. Pero la medida que proponemos conlleva además utilidades muy importantes para el propio Sistema y para la consolidación y desarrollo del SAD y del empleo vinculado al mismo:

### **Utilidades de incorporar un servicio profesionalizado de Ayuda a Domicilio en relación con los cuidados familiares y no profesionales**

- **Utilidades para el Sistema:**

Sensor del Sistema: Para el Sistema resultaría extraordinariamente útil la presencia en los domicilios donde la persona en situación de dependencia está atendida por un cuidador familiar o no profesional, de esta figura profesional vinculada directamente a los cuidados. Con una periodicidad al menos quincenal, este profesional transmitiría de manera directa y personaliza al cuidador no profesional la formación e información que el Sistema considere necesaria, con una efectividad que difícilmente se podría lograr por cualquier otro sistema.

Seguimiento efectivo: Al mismo tiempo sería un auténtico sensor en cada domicilio, que haría posible un seguimiento continuado del PIA. Un seguimiento que, por supuesto, no sería alternativo sino complementario del que deben asumir los trabajadores sociales del Sistema y bajo su dirección. El seguimiento de los PIAs, particularmente los que se llevan a cabo en el propio domicilio y a cargo de cuidadores familiares o no profesionales, constituye sin duda uno de los mayores retos del Sistema una vez finalizada su fase inicial de implantación. La presencia quincenal de este profesional de los cuidados, coordinado por el trabajador social responsable del seguimiento del PIA, aportaría a éste una visión continuada y específica sobre como se llevan a cabo los cuidados, como se encuentra la persona en situación de dependencia y cual es su evolución, con lo que el Trabajador Social podría asumir una responsabilidad efectiva sobre el seguimiento domiciliario, organizando las visitas necesarias en el momento necesario y contando previamente con una información cualificada y de primera mano.

Evitar el abuso de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. La presencia continuada de un profesional de los cuidados en los domicilios donde éstos estén básicamente bajo la responsabilidad de un cuidador familiar o no profesional, además de apoyar, controlar y garantizar la calidad de estos cuidados, podría evitar, en buena medida, el abuso de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales.

Una alternativa al espinoso tema de la libre elección de empresa o auxiliar que preste el servicio. Un tema que surge con cierta frecuencia, tanto en debates como en determinadas práctica, es la libre elección por parte del propio usuario, de la empresa que le preste el SAD, de entre un listado de empresas acreditadas para ello en un determinado territorio. Se argumenta que esta libre elección, además de defender un derecho de la persona, favorecería la competencia y, por ello, la calidad del servicio. No es una opción que deba rechazarse de plano, ya que puede suponer tanto un beneficio para la persona usuaria, que es quien en definitiva va a beneficiarse del servicio, como la competencia y la calidad del mismo. Y si esto es así, ¿por qué oponerse a ello? La libre elección, cuando se trata de un servicio que entra en el espacio de mayor intimidad de la vida personal y, en su caso, familiar, que es el domicilio, adquiere una especial importancia.

Ahora bien, bajo estos argumentos la libre elección de empresa por parte de la persona usuaria puede representar, según como se articule, lisa y llanamente un cheque servicio que haga dejación total de la responsabilidad pública en la prestación del mismo, y deja abandonada a su suerte a la persona, enfrentada a un mercado totalmente privado. Algo así como un sucedáneo de la prestación económica vinculada al servicio, en el SAD.

Por eso, una alternativa para conjugar la libre elección de auxiliar con la garantía de un servicio profesionalizado, podría ser la que venimos planteando, dejando que en determinadas circunstancias la propia persona pueda ser quien contrate a un cuidador directamente, siempre que se trate de un cuidador real y que, en consecuencia, se de de alta como tal en el convenio especial con la Seguridad Social, y que se complemente con los cuidados profesionales vinculados a una empresa de Ayuda a Domicilio, en la forma que venimos proponiendo.

Compaginar cultura familiarista y cultura de servicio. De lo que no cabe duda es de que esta vinculación de los servicios profesionalizados de Ayuda a Domicilio con los cuidados familiares y no profesionales, ayudaría a hacer compatible la libertad de elección y el deseo de cientos de miles de personas en situación de dependencia basado en una arraigada cultura familiarista en materia de cuidados, con la calidad de unos servicios profesionalizados propios de una sociedad como la actual, superando esa dicotomía tan agudizada que expresan los datos de implantación del Sistema en sus tres primeros años.

La especial utilidad de esta alternativa en los medios rurales. En el caso de los medios rurales, la alternativa que proponemos tendría aún mayor utilidad, ya que en ellos resulta especialmente complicado organizar de manera efectiva y generalizada servicios profesionalizados del SAD, por la dificultad de encontrar o, en su caso, desplazar trabajadores con que nutrir el

servicio con sus características habituales. Con la medida que proponemos podrían extenderse con garantía los cuidados familiares o no profesionales, y consolidar de forma paulatina servicios profesionalizados a partir del germen de esta vinculación a los cuidados familiares y no profesionalizados.

- **Utilidades para la consolidación del SAD**

Extensión y consolidación. Ya hemos visto la escasa prescripción del SAD en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia, así como los riesgos que afectan a este servicio en el momento actual. Si se llevase a cabo la medida que planteamos de vincular los cuidados familiares y no profesionales a este servicio, se consolidaría su extensión en todo el territorio, lo que, a su vez, favorecería el desarrollo del SAD no sólo donde ya está implantado sino también en aquellos lugares, particularmente en zonas rurales o dispersas, donde actualmente tiene un menor desarrollo.

Con los datos actuales<sup>10</sup>, 357.599.000 personas reciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales. Si se vinculara el mínimo de 2 horas quincenales para cada una de estas personas, como proponemos, el resultado sería un total de casi 19 millones de horas de Ayuda a Domicilio para las funciones que hemos detallado.

Pero tan importante como el volumen de horas es el efecto que supondría que en esos 357.599 domicilios entrara un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio, ya que rompería prejuicios o resistencias que actualmente existen respecto al mismo, y ayudaría a que en muchos casos se pudiera pasar con naturalidad, cuando fuera necesario, de los cuidados familiares o no profesionales a demandar y recibir el SAD.

En relación con el empleo: oportunidades de promoción y acceso. Algo muy importante que aportaría al SAD esta vinculación a los cuidados familiares y no profesionales sería, sin duda, sus efectos sobre el empleo:

**Los 19 millones de horas anuales que supondría aplicar la media que propones, generaría el equivalente a 10.826 puestos de trabajo de auxiliar de hogar a jornada completa<sup>11</sup>, y no menos de 400 más de otros empleos en apoyo técnico, administrativo o gerencial<sup>12</sup>. En total, más de 11.000 puestos de trabajo.**

No es necesario argumentar la importancia del empleo en este servicio. Particularmente las auxiliares de hogar que son la expresión misma del servicio que recibe el beneficiario. Y sin embargo, es un servicio escasamente remunerado y con una gravísima limitación: la falta de oportunidades de promoción. En tales condiciones resulta muy difícil mantener la motiva-

ción de las auxiliares de hogar; es *de manual*: falla un factor ergonómico –el salario y, muchas veces, el entorno donde se desarrolla el trabajo– y no se da un factor motivador –las expectativas de promoción–.

Con esta propuesta conseguiríamos mejorar ambos factores, al crear una posibilidad de promoción de los auxiliares del SAD, aquellos que por su experiencia y formación pudieran asumir, además de la realización de sus tareas básicas de auxiliar de hogar, el control, supervisión y apoyo a cuidadores familiares y no profesionales. Los auxiliares capacitados para llevar a cabo estas funciones, tendrían en el desarrollo de las mismas una mayor remuneración, mejorando así su salario y creando, en todo caso, expectativas y posibilidades reales de promoción laboral.

Existe otra ventaja más sobre el empleo: la vinculación de cuidadores de un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio a los cuidados familiares y no profesionales favorecería la profesionalización de muchos de ellos a partir de su experiencia de cuidados familiares o no profesionales, abriendo expectativas de trabajo profesionalizado para muchas personas, casi siempre mujeres, que de otra manera tendrían difícil acceder a un empleo, más aún tras un periodo, a veces muy prolongado, de tenerse que dedicar a cuidar a un familiar. La formación específica y continuada que recibirían en su propio domicilio, la experiencia y su vinculación a un servicio profesionalizado, harían muy fácil, casi “natural” para muchas de estas personas, que esta vinculación pudiera mantenerse cuando finalice su tarea de cuidador familiar, o que pudiera convertirse en una actividad profesional en el caso de cuidadores que inician su actividad de manera no profesionalizada.

- **Los costes:**

Pero ¿cuál sería el coste de una iniciativa como esta? En materia de protección social resulta fácil hacer propuestas muy atractivas, pero cuyo coste resulta inasumible. Por eso consideramos un ejercicio de responsabilidad analizar los costes de esta propuesta.

Nos referíamos antes al volumen de horas de Ayuda a Domicilio que supondría: 19 millones anuales<sup>13</sup>. El coste/hora de este servicio es muy diverso en unas y otras Comunidades Autónomas o Entidades Locales,

10. 1 de julio de 2010

11. La jornada anual según el convenio colectivo del sector es de 1.755 horas

12. Contemplando uno de estos puestos por cada 25/30 auxiliares de hogar

13. Considerando que la propuesta afecte a la totalidad de quienes reciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales. Aunque no sería preciso que así fuera, ya que quedarían al margen todos aquellos que estuvieran además en un Centro de Día o de Noche; un dato que resulta imposible conocer con el actual sistema de información del SAAD.

oscilando desde los 12 € a los 27 €, de acuerdo con los correspondientes contratos de prestación de servicio. Vamos a tomar como referencia un coste que es el más habitual, que se deduce tanto de los estudios más rigurosos al respecto como del análisis de los precios de concertación en los 130 municipios de más de 50.000 habitantes: 17 €. Ahora bien, como se trata de unas horas que requieren un nivel de especialización y también

**El coste anual de la medida que proponemos ascendería a 380 millones de euros.**

una menor intensidad horaria en cada domicilio, consideramos que podría incrementarse este precio hasta una cifra en torno a los 20 €. Pues bien, con este precio hora,

¿Es ésta una cantidad asumible para el Sistema? Para responder a ello resul-

**El coste de aplicación de esta medida supondría un incremento del 7,4 % sobre la financiación total del SAAD**

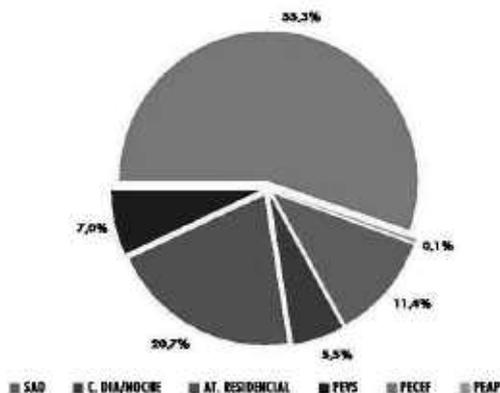
ta útil relacionarlo con otras cifras. En primer lugar con el **coste total de los servicios y prestaciones económicas que financia el SADD**. Este coste se aproxima a **5.155 millones de euros anuales**<sup>14</sup> En consecuencia,

¿Estaría justificado este incremento por la utilidad de la medida que proponemos?

En todo caso se trata de un incremento tomando como base la situación actual. Porque si se pretende reducir el porcentaje de ayudas económicas en beneficio del incremento de servicios, como todo el mundo sabe, prestar servicios resulta mucho más caro al Sistema que proporcionar prestaciones económicas,

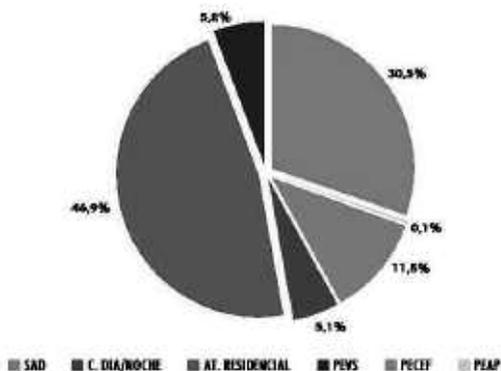
como ponen de manifiesto los gráficos adjuntos<sup>15</sup>. El incremento de coste que supondría prestar servicios sería aun mayor si se hiciera a costa de reducir la prestación económica que nos ocupa, la de *cuidados en el entor-*

DISTRIBUCION DE PERSONAS EN SITUACION DE DEPENDENCIA SEGUN PRESTACIONES Y SERVICIOS



no familiar y cuidadores no profesionales, que es la que perciben 357.599 personas, un 58,2 % del total de quienes se beneficiarán del SAAD, ya que esta prestación es la de menor cuantía de las que ofrece el Sistema: **359,69 € de media**, frente a los 497,40 de quienes reciben la Prestación económica vinculada al servicio y los 709,50 de quienes perciben la prestación económica para asistente personal.

DISTRIBUCIÓN DE COSTES DE PRESTACIONES Y SERVICIOS DEL SAAD



### Cuantía máxima de las prestaciones económicas en 2010<sup>16</sup>, y cuantía media que perciben de manea efectiva los beneficiarios del SAAD<sup>17</sup>

	Cuidados. ent.fam.*		Vinculada		Asistente personal	
	Cuantía máxima	Media efectiva	Cuantía máxima	Media efectiva	Cuantía máxima	Media efectiva
G.III, n.2	520,69	<b>469,77</b>	833,96	<b>609,0</b>	833,96	<b>798,0</b>
G.III, n.1	416,98	<b>340,71</b>	625,47	<b>478,0</b>	625,96	<b>621,0</b>
G.II, n. 2	337,25	<b>298,55</b>	461,18	<b>382,0</b>		
G.II, n. 1	300,90	<b>254,46</b>	401,20	<b>340,0</b>		
TOTAL		<b>359,69</b>		<b>497,4</b>		<b>709,5</b>

\* más 162,49 € como cuota de Seguridad Social como aportación estatal en el caso de quienes se den de alta en el convenio especial<sup>18</sup>

**360 € es la cuantía mensual medio de esta prestación económica para el Sistema** (522,49 € con la cuota de la Seguridad Social en un tercio de quienes perciben esta prestación). Frente a ello, el **coste mensual de una plaza concertada no resulta inferior a los 1.450 €**, y el de **38 horas del Servicio de Ayuda a Domicilio, que son las horas que reciben como media quienes**

14. 5.154.382.526 €. BARRIGA, L. Y NAVARRO, J.M. Estudio de financiación del SAAD. 2009. www.directo-resociales.com; actualizado con datos de prestaciones económicas y servicios a fecha 1 de julio de 2010 (estadísticas SAAD. IMSERSO-Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales)

15. BARRIGA, L. Y NAVARRO, J.M. op.cit.

16. R.D. 374/2010, de 26 de marzo

17. Estadísticas SAAD. 1 de marzo de 2010 (inéditas). IMSERSO-Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

18. **130.372 personas**, a fecha 1 de julio de 2010. Estadísticas SAAD. IMSERSO-Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales.

**tienen prescrito este servicio<sup>19</sup>, a 17 €/hora ascendería a 643 € mensuales.** Queda claro que cualquier variación porcentual de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales supondría un incremento de costes del SAAD muy elevado, que se situaría en unos 1.000 €/mes si se trata de una plaza residencial concretada, y más de 250 €/mes si se trata del SAD<sup>20</sup> (entre 3.000 y 12.000 € anuales por persona respectivamente). Si se apuesta por incrementar el peso de los servicios frente a las prestaciones económicas, debemos ser muy conscientes de la fuerte incidencia que ello tiene sobre el Sistema.

**Si 125.000 personas, en torno a una tercera parte de quienes perciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar, dejaran de percibir esta prestación y para percibir el servicio de ayuda a domicilio, o 30.000 para recibir un servicio residencial, el coste para el Sistema sería mayor que el coste de la medida que proponemos<sup>21</sup>**

Como anteriormente decíamos, vincular un mínimo de horas de servicios domiciliarios profesionalizados a los cuidados familiares y no profesionales, permitiría seguir apostando por esta prestación, haciendo compatible la libertad de elección de los ciudadanos con la garantía de calidad de las atenciones de un servicio profesionalizado y con todas las demás utilidades que hemos expuesto.

Para cada beneficiario de la prestación económica para cuidados familiares y no profesionales, el coste para el Sistema se vería incrementado en 80 €/mes (4 horas de SAD x 20 €/hora). La tabla resultante de costes unitarios para el Sistema sería la siguiente:

a) **sin contemplar la cuota de seguridad social a cargo de la AEG**

	Importe prestación	Coste 20 horas SAD	COSTE TOTAL	Incremento sobre coste neto prestación económica
Grado III, nivel 1	520,69 €	80 €	600,69 €	15,4 %
Grado III, nivel 2	416,98 €	80 €	496,98 €	19,2 %
Grado II, nivel 1	337,25 €	80 €	417,25 €	23,7 %
Grado II, nivel 2	300,90 €	80 €	380,90 €	26,6 €

b) contemplando la cuota de seguridad social a cargo de la AEG (162,49 €)

	Importe prestación más SS.SS.	Coste 20 horas SAD	COSTE TOTAL	Incremento sobre coste neto prestación económica
Grado III, nivel 1	683,18 €	80 €	763,18 €	11,7 %
Grado III, nivel 2	579,47 €	80 €	659,47 €	13,8 %
Grado II, nivel 1	499,74 €	80 €	579,74 €	16,00 %
Grado II, nivel 2	463,39 €	80 €	543,39 €	17,3 €

A la vista de todos estos datos, podemos afirmar que **la propuesta de vincular preceptivamente un mínimo de una hora semanal (o dos quincenales) de Servicio de Ayuda a Domicilio a todos los perceptores de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales de personas con Grado II (Dependientes Severos) y III (Grandes Dependientes)<sup>22</sup>, no sólo supondría importantes beneficios para las personas en situación de dependencia y sus cuidadores, para el propio Sistema y para el desarrollo del SAD, sino que además puede resultar económicamente beneficiosa para el propio Sistema.**

---

19. **37,8 horas** es la intensidad media del SAD. Estadísticas SAAD. 1 de marzo de 2010 (inéditas). IMSERSO-Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales. El desglose de esta media real de horas por grados y niveles es el siguiente: G.III, n.2, 59,05 horas; G.III, n. 1, 41,58 horas. G.II, n.2, 21,71 horas. G.II, n.1, 28,38 horas.

20. A diferencia del importe de la prestación económica, que varía con el grado y nivel, el SAD no tiene diferencia de coste hora por ese motivo, y en el caso de las Residencias o no existen diferencias de coste entre estos niveles, o son muy reducidas.

21. Dividiendo el coste total de la medida que proponemos (380 millones de € anuales) por el incremento que supondría para el Sistema cada uno de los PIAs que pasaran de percibir la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales, a recibir el total de hora de SAD que les corresponde, o a una plaza en un centro residencial concertado. Si se trata de un centro residencial gestionado directamente por una administración pública, el incremento de costes que supondría sería mucho mayor

22. Excepto aquellos que estén percibiendo además el Servicio de Centro de Día o de Noche.



# ANEXO 1

## CALIDAD

- **Certificación de Calidad en el SAD (Normas UNE). Juan Novillo. AENOR**
- **La calidad en un Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal. Carmen Tamayo. Ayuntamiento de Logroño**
- **Calidad y satisfacción en el SAD. Joseph de Marti. Inforesidencias**
- **100 recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del Servicio de Atención a Domicilio. Grupo de Trabajo. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología**
- **Sistema de acreditación del SAD –propuesta-. ASADE**

La calidad es una exigencia imprescindible hoy día para la supervivencia de productos y servicios. En el caso de los servicios públicos, en apariencia el “cliente” no es un determinante directo de esta supervivencia, pero la calidad, además de ser una responsabilidad de los gobernantes y de los empleados públicos para con sus ciudadanos/as, es factor de legitimidad social y a través de ella, también de su supervivencia.

Calidad como compromiso de “hacer bien las cosas a la primera” pensando siempre en “el cliente”. Calidad también como ejercicio de mejora continua, vinculada al ahorro de costes y a la eficiencia. Aunque, en ocasiones, calidad también ha sido y sigue siendo en el imaginario de muchas personas, una nueva sobrecarga de papeleo cuyo único resultado es entorpecer aún más los procesos.

Pocos servicios como la Ayuda a Domicilio, en los que el papel de la calidad esté, o deba estar, tan directamente vinculado al “cliente”, a la persona que recibe la ayuda y a quienes conviven con él. Un Servicio cuya expresión es un contacto personal directo en el escenario más íntimo de la vida y de la convivencia personal –el propio domicilio-. De ahí que al hablar de calidad de este servicio, el factor humano tenga un papel más trascendente aún que el que debe tener en cualquier ámbito de la prestación de servicios personales.

La Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales viene impulsando desde los años 90 la calidad en este sector. Así, en el año 1998 constituimos en Alcázar de San Juan (Ciudad Real) el primer *Club de Calidad en Servicios Sociales*, de cuyas reflexiones surgieron diversas iniciativas de trabajar y acreditar la calidad en centros y servicios sociales. Al plantear la reflexión sobre el SAD, no podíamos obviar una cuestión de tanta importancia, para lo cual presentamos a continuación una serie de documentos de especial utilidad en esta materia, que incluye la certificación de calidad (AENOR), experiencias concretas de calidad en el SAD a nivel municipal (Logroño), así como reflexiones y propuestas de expertos y de entidades significativas del sector.

## **Certificación de Calidad en el SAD (Normas UNE)**

**Juan Novillo Höpfner**

Gerente del Área de Consumo de AENOR

### **Familia de normas UNE 158000**

- Creación del AEN/CTN 158 “Gestión de servicios en las residencias de mayores” en el **año 2000**. Se crean las normas: UNE 158001, UNE 158002, UNE 15003, UNE 158004 y UNE158005.
- Cambio de Título y Campo de actividad del AEN/CTN 158 “Servicios para la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia”. **2006/04/20**.
- Publicación de la Ley 39/2006, de 14/ diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. “Disposición adicional décima de esta Ley: Las Administraciones Públicas facilitarán y apoyarán el desarrollo de normativa técnica, de forma que asegure la no discriminación en procesos, diseños y desarrollos de tecnologías, productos y servicios, en colaboración con las organizaciones de normalización y todos los agentes implicados”.
- AENOR publica las normas de la familia UNE 158000 en el **año 2007**, con excepción de la norma UNE 158101, Gestión de centros residenciales, que se publica en **Abril de 2008**.

- En la actualidad, todas las normas de la familia UNE 158000 han sido utilizadas para la certificación de los centros y servicios, habiendo tenido una muy buena acogida por las Administraciones Públicas y las organizaciones privadas.

## Certificación de servicios

- Gestión de los centros residenciales y centros residenciales con centro de día o centro de noche integrado. UNE 158101
- Gestión de centros de día y de noche. UNE 158201
- Gestión del servicio de ayuda a domicilio. UNE 158301
- Gestión del servicio de teleasistencia UNE 158401

## Principios comunes de las normas

1. Son normas con **visión por procesos** donde se incorporan **indicadores de calidad**.
2. Las normas tienen como requisito común el **cumplimiento de la legislación** que sea de aplicación en el centro o en el servicio que sea objeto de certificación.
3. Estas normas especifican los **requisitos mínimos** requeridos que deben cumplir los centros y servicios recogidos en la Ley de dependencia para la atención de personas mayores y para personas en situación de dependencia.
4. Estas normas son de aplicación a cualquier residencia, centro o servicio, independientemente de su tamaño (número de plazas / servicios) y de la titularidad de los mismos (Pública o Privada).
5. Estas normas **no contemplan requisitos** sobre la proporción o **ratios mínimos** de personal que deben cumplir las empresas prestadoras de servicios, aspecto que generalmente, si queda recogido como obligatorio en la legislación vigente de cada Comunidad Autónoma.
6. Estas, **son normas de servicio**, aun cuando incluyen requisitos relacionados con la gestión de la calidad que tiene su origen en la

norma UNE-EN ISO 9001. Estas normas son compatibles y complementarias con la Norma UNE-EN ISO 9001, de hecho la práctica totalidad de las empresas que han solicitado la certificación con las normas de la familia UNE 158000, o bien ya estaban certificadas en UNE-EN ISO 9001 o han solicitado la certificación conjunta de ambas normas

7. Esta familia de normas presta especial atención en todo lo relacionado con la formación y competencia del personal relacionado con la prestación de los servicios.

### **UNE 158301. Gestión del servicio de ayuda a domicilio**

- El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el **conjunto de actuaciones** llevadas a cabo **en el domicilio de las personas** en situación de dependencia con el fin de **atender sus necesidades** de la vida diaria;

- Servicios relacionados con la **atención personal** en la realización de las actividades de la vida diaria: baño, vestido, arreglo personal, continencia, ir al cuarto de baño, traslados, desplazamientos, trasferencias, marchar y deambular, subir y bajar escaleras. Definición (Ley de dependencia).

- Servicios relacionados con la atención de las **necesidades domésticas** o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.

- Este servicio esta orientado, según establece la propia Ley de dependencia (art. 13 Apto. A), a **facilitar a la persona, una existencia autónoma en su medio habitual** (domicilio habitual) todo el tiempo que desee y sea posible.

- **El objetivo básico** de la ayuda a domicilio es **incrementar la autonomía** de la persona atendida, y la de su familia o unidad de convivencia para que aquella pueda **permanecer en su domicilio** el mayor tiempo posible, **manteniendo control sobre su propia vida**.

- En los servicios de titularidad privada, debe disponer de una Carta de Servicio que recoja los compromisos de calidad con los usuarios y familiares.

- La norma UNE 158301 Gestión del servicio de ayuda a domicilio, tiene la siguiente estructura de contenidos:

- 0.- INTRODUCCIÓN
- 1.- OBJETO Y CAMPO DE APLICACIÓN
- 2.- TERMINOS Y DEFINICIONES
- 3.- DESARROLLO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO
  - 3.1 Generalidades
  - 3.2 Información previa a la incorporación del servicio
  - 3.3 Alta en el servicio
  - 3.4 Valoración
  - 3.5 Prestaciones y tareas
  - 3.6 Derechos de las personas usuarias
  - 3.7 Coordinación
  - 3.8 Procedimientos y actuaciones documentadas
  - 3.9 Finalización del servicio
- 4.- RECURSOS HUMANOS
  - 4.1 Competencia
  - 4.2 Profesionales del servicio de ayuda a domicilio
  - 4.3 Provisión de recursos
  - 4.4 Formación
- 5.- RECURSOS TECNICOS Y MATERIALES
  - 5.1 Medios tecnológicos y materiales
  - 5.2 Equipamiento personal
- 6.- SEGUIMIENTO Y MEJORA DE LA CALIDAD DEL SERVICIO
  - 6.1 Indicadores de calidad

### **Aspectos de la calidad donde la norma UNE 158301 Ayuda a Domicilio incide:**

**Información** detallada al usuario. Sobre el servicio y los requisitos de acceso al mismo, prestaciones incluidas y excluidas, sobre el funcionamiento del servicio, acerca de los derechos y obligaciones de las personas usuarias, tarifas, costes, etc..

**Relación contractual:** Prestaciones incluidas en la atención personal, en la atención a las necesidades del domicilio y del apoyo psicosocial y familiar, así como de los servicios complementarios y sus tarifas.

**Garantía de sus derechos** durante la prestación del servicio y en las relaciones con el usuario la organización debe asegurar los derechos de los usuarios (intimidación, trato respetuoso, no discriminación, continuidad sin interrupciones del servicio, etc.).

**Coordinación:** Entre los diferentes intervinientes de la empresa tanto los de atención directa como los que apoyan administrativa o técnicamente así como con otros agentes, Familiares, ONG´s

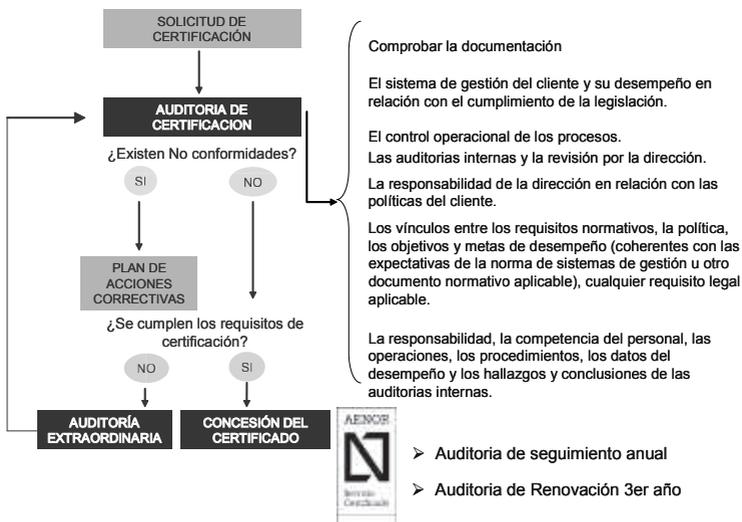
**Documentación, procedimiento, instrucciones**, que permitan conocer cómo, quién, de que forma, con que equipos, con que comunicación, se realizar las actuaciones y también para el seguimiento de la calidad del servicio, incidencias, quejas reclamaciones, medición de la satisfacción y mejora, etc.

**Recursos Humanos**, Competencia, formación, dotación, cualificación del personal, etc.

**Calidad en la Gestión**, Definición de un plan de calidad del servicio ( política de la calidad, objetivos estructura de la organización, metodología de seguimiento de la actividad.

**Herramientas de gestión**, Evaluación interna de la calidad, acciones de mejora y seguimiento de la actividad, evaluación de proveedores, indicadores de gestión tanto finales como de comportamiento de variables de proceso, etc.

## Proceso de certificación para las normas UNE 158000 de servicio



# La calidad en un Servicio de Ayuda a Domicilio Municipal

**Carmen Tamayo Lacalle**

Directora de Acción Social del Ayuntamiento de Logroño

Partimos del considera el Servicio de Ayuda a Domicilio como una PRESTACIÓN BÁSICA DEL SISTEMA PÚBLICO DE SERVICIOS SOCIALES que se ha convertido también en una prestación del catálogo de servicios y prestaciones por situación de DEPENDENCIA

Hemos pasado así de una valoración socio familiar y económica a un DERECHO, y a una baremación que tiene en cuenta la intensidad en función de un grado y de un nivel de dependencia, que en muchos casos se resuelve concediendo una ayuda económica al cuidador... Junto a un presupuesto general, ahora con límites, convive una financiación individualizada.

Estos son los contenidos del Servicio de Ayuda a Domicilio en el Ayuntamiento de Logroño:

## ATENCIONES BÁSICAS

- De carácter doméstico
- De carácter personal incluidos fines de semana y festivos.

## INTERVENCIONES DE APOYO FAMILIAR

- Atención a la infancia, con apoyo de Proyectos de Conciliación de vida familiar y laboral
- Atención de Respiro Familiar en domicilio, Talleres formativos y apoyo psicológico para el cuidador



## ATENCIONES COMPLEMENTARIAS

- Comidas a domicilio
- Lavandería a domicilio y/o con apoyo del Taller Centro de Acogida
- Acompañamiento gestiones, paseos y compañía en el domicilio

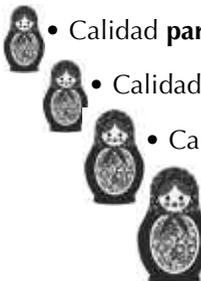
### Perfil de 1.934 usuarios (año 2009)

- 1.694 Personas mayores
- 165 Personas con discapacidad
- 69 Familias con especiales dificultades en la atención de menores
- 6 Personas y/o familias atravesando crisis temporales

## Nuestros objetivos

- **La eficiencia** mediante la reducción de los tiempos de respuesta en la prestación de servicios a los ciudadanos.
- **La medición de la satisfacción de los destinatarios**, desarrollando una cultura de servicio a los ciudadanos.
- **Recibir, escuchar y valorar las quejas y sugerencias** presentadas por los ciudadanos como destinatarios finales de los servicios prestados, en un compromiso constante de mejora continua.
- **Establecer nuevas vías de intervención de los ciudadanos** en los procesos de toma de decisión, comprometida con las necesidades y las expectativas de los ciudadanos

## Nuestra calidad

- 
- Calidad **para el ciudadano**
  - Calidad **en la gestión**
  - Calidad **en la toma de decisiones**
  - Calidad **en las personas**

## La planificación de la calidad



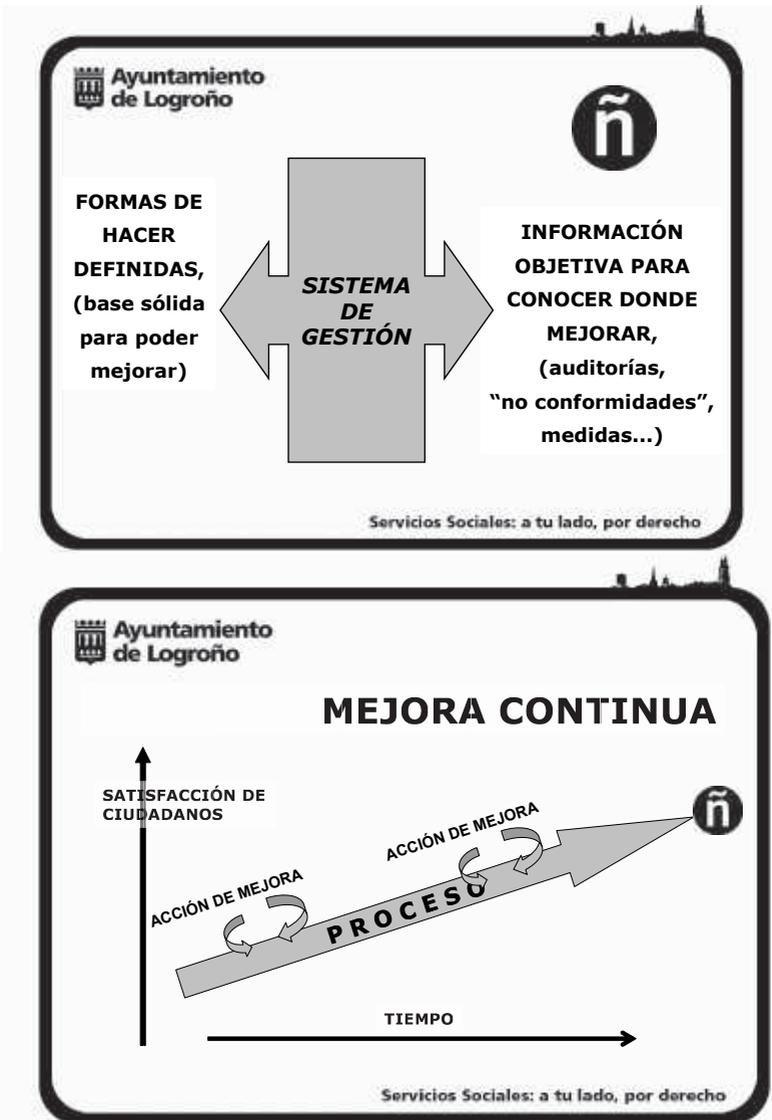
A partir de los objetivos estratégicos, se elaboran los objetivos de la Dirección, estableciendo metas y seleccionando los indicadores.

Gestionamos el objetivo con los **cuadros de acciones** que nos permitirán alcanzar la meta en el tiempo establecido.

Finalmente **evaluaremos el resultado** con el porcentaje del **grado de cumplimiento**.

A su vez **gestionamos los indicadores** proveyéndolos de una fórmula de cálculo y de su lectura en el tiempo de análisis previsto podemos determinar tanto el grado de cumplimiento del objetivo en su caso como el nivel de control de la estabilidad del indicador.

**Cuando están bajo control, los podemos incorporar a la Carta de Compromisos**



Para las ACCIONES DE MEJORA,

- **Se PLANIFICA**, definiendo cómo debemos ejecutar el proceso, estableciendo indicadores, planificando objetivos.
- **Se HACE**, se pone en marcha planes de acción
- **Se COMPRUEBA**, se verifica el grado de cumplimiento de lo planificado controlando los resultados.
- **Se AJUSTA**, se analizan las mejoras que ha habido en el proceso para volver a proponer **NUEVAS ACCIONES DE MEJORA**

La gestión de la calidad significa, una cultura que promueve una forma de relación con los ciudadanos, teniendo en cuenta cuatro valores básicos: **proximidad, sencillez, transparencia y eficiencia.**

La incorporación de la calidad a los Servicios Sociales ha de ser considerada como una exigencia ética para alcanzar un mayor nivel de mejora y compromiso en la prestación de los mismos.

Toda la filosofía de la calidad aplicada a la gestión pública gira en torno a la misma idea: convertir al ciudadano, como destinatario de nuestros servicios y justificación de la existencia misma de la Administración, en el centro de nuestra atención y preocupación.

En definitiva: El buen **RESULTADO**, con una **GESTIÓN EFICAZ**, a partir de un buen **LIDERAZGO**, también nos aporta un **PERSONAL SATISFECHO**.

## Nuestros compromisos de calidad

**Compromisos DE CALIDAD DEL SERVICIO**

Los compromisos que a continuación se detallan relacionados con los plazos en la tramitación, aprobación, inicio del servicio se aplicarán a todos los expedientes, excepto a los que a criterio del trabajador social se clasifiquen como "urgentes", en los que los plazos se reducirán atendiendo a esas circunstancias.

- 1 El Ayuntamiento de Logroño se compromete a **valorar la situación** planteada por el ciudadano en un **plazo inferior a 30 días** a partir de la solicitud y, mediante una visita domiciliaria del trabajador social concertada con el usuario o familiar de referencia.
- 2 El Ayuntamiento de Logroño se compromete a **aprobar o denegar** la solicitud de Servicio de Ayuda a Domicilio **en el plazo de 60 días** y a notificárselo al usuario en los días siguientes a la Resolución de Alcaldía.
- 3 El Ayuntamiento de Logroño se compromete a **indicar** en la notificación de la aprobación de su solicitud el **plazo en que comenzará a prestarse el servicio.**

## Indicadores de seguimiento y evaluación de la calidad

### Indicadores DE SEGUIMIENTO Y EVALUACIÓN DE LA CALIDAD

- 1 N° de días que transcurren desde la solicitud en Registro y la visita domiciliar del Trabajador social.
- 2 N° de días que transcurren entre la solicitud en Registro y la fecha de la Resolución de Alcaldía aprobatoria o denegatoria.
- 3 % de expedientes resueltos y notificados con indicación de plazo de comienzo del servicio.
- 4 % de expedientes que cumplen el plazo fijado.
- 5 % de quejas sobre cambios producidos.
- 6 % de incidencias detectadas en la factura emitida por la empresa.  
% de quejas emitidas por los usuarios en relación a cobro indebido, siendo debidamente contrastadas.
- 7 Tiempo que transcurre entre el estudio de la queja y el traslado a la empresa, en su caso.
- 8 % de quejas contrastadas y resueltas.
- 9 % de peticiones resueltas de forma favorable o desfavorable.



10

### Quejas Y SUGERENCIAS

- 1 Los ciudadanos tienen derecho a presentar quejas y sugerencias sobre los servicios prestados por el Ayuntamiento de Logroño. Con el fin de asegurar su seguimiento garantizando su contestación, dispone de un sistema de gestión de las quejas, reclamaciones y sugerencias relacionadas con las actividades municipales.

Se pueden presentar:

En los Centros de Servicios Sociales

En el Ayuntamiento de Logroño, personalmente o por teléfono en el 0117

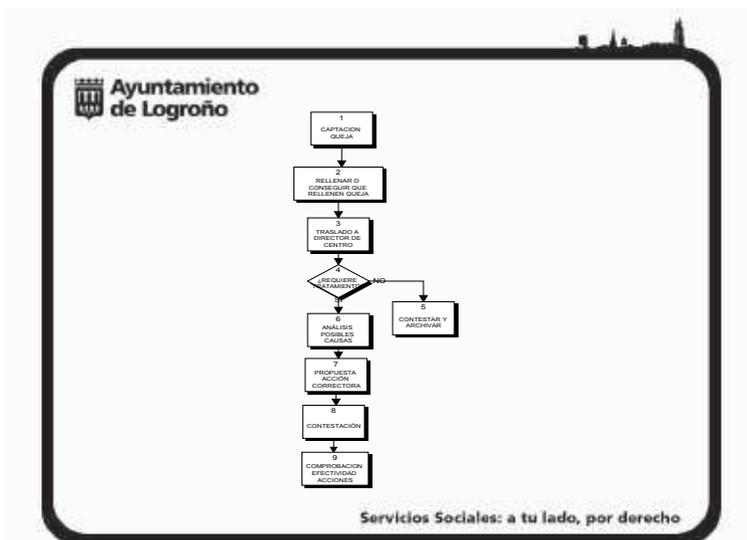
A través de la página web [www.logro-o.org](http://www.logro-o.org)

**Todas las quejas y sugerencias presentadas por los ciudadanos tendrán su respuesta por el mismo canal utilizado para comunicarlo al Ayuntamiento.**

La regulación de la tramitación de las quejas reclamaciones y sugerencias se encuentra en el Manual de Calidad y en el procedimiento AVI.PRO.07 del Sistema de Gestión de la Calidad.

11





## Expectativas de los usuarios

**Elementos tangibles:** Apariencia de las instalaciones físicas, equipos, personal y materiales de comunicación.

**Fiabilidad:** Habilidad para realizar el servicio prometido de forma fiable y cuidadosa.

**Capacidad de respuesta:** Disposición y voluntad para ayudar a los usuarios y proporcionar un servicio rápido.

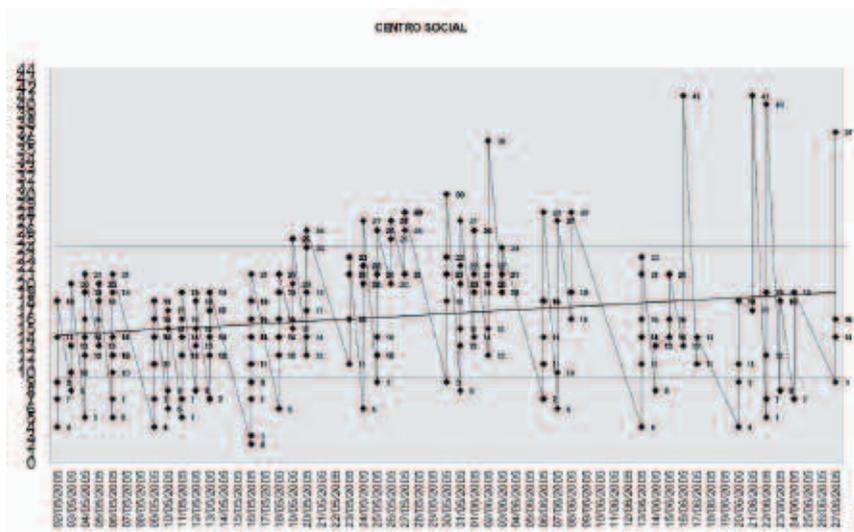
**Seguridad:** Conocimientos y atención mostrados por los empleados y sus habilidades para inspirar credibilidad y confianza.

**Empatía:** Atención individualizada que ofrecen las empresas a sus consumidores.

## Paneles informativos

- Selección de Grupo de participantes
- Tormenta de ideas
- Descripción de las ideas
- Validación
- Agrupación y clarificación de ideas
- Consensuar idea de referencia a cada agrupación
- Establecer conclusiones
- Llevar a planificación, encuesta, etc.

## Gráfico de control X-R Móvil



## Evaluación del servicio prestado



## Calidad y satisfacción en SAD

**Joseph de Martí Vallés**  
 Director de Infioresidencias

Hablar de ayuda a domicilio en la actualidad es imposible sin hacer referencia al desarrollo de la Ley de Dependencia y su repercusión en todos los servicios de atención a la persona, tanto en su domicilio como en establecimientos especializados.

Los prestadores de servicios de ayuda a domicilio han llegado a la aprobación de la Ley de Dependencia en situaciones muy dispares según la comunidad autónoma en el que se radiquen. En esto, como en todo lo demás, se ha puesto de manifiesto, por un lado la enorme disparidad de criterios y reglamentaciones y por otro las grandes diferencias en cobertura e intensidades de atención existentes antes de la Ley.

Vayamos por partes. La Ley de Dependencia define el SAD en su artículo 23 de la siguiente forma:

*El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependen-*

*cia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función:*

*a) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros.*

*b) Servicios relacionados con la atención personal, en la realización de las actividades de la vida diaria.*

Si repasamos mínimamente la Ley de Dependencia entendemos que, a partir de su entrada en vigor, todos los ciudadanos que estén en situación de dependencia tienen derecho a recibir prestaciones. Un derecho que tiene un contenido mínimo común en toda España y que depende en su intensidad, por un lado del grado y nivel de dependencia y por otro de la redacción del PIA. En otras palabras: a partir de la Ley, dos ciudadanos que tienen una situación de dependencia análoga y con gustos parecidos deberían recibir una prestación con un contenido mínimo común, o sea, parecida.

Para llegar a esa realidad soñada por la Ley sólo hace falta tomar la realidad actual y transformarla.

### **¿Con qué se encuentra la Ley en lo que a SAD refiere?**

Para empezar, con una enorme disparidad de coberturas que hace que en algunos lugares de España multipliquen la cobertura y horas de dedicación de otros. O sea, en algunas comunidades la Ley no tendrá mucha repercusión sobre un ciudadano que ya recibía SAD antes a través de los servicios sociales.

Las comunidades autónomas, no sólo no se han preocupado con anterioridad de establecer criterios de acreditación sino que, incluso en muchas de ellas no existe un procedimiento de autorización de servicios de atención domiciliaria para mayores o discapacitados. Por eso, nos encontramos con que la prestación se lleva a cabo por parte de empresas y entidades que, a veces, ni siquiera constan en ningún registro de servicios y establecimientos sociales.

Además, tradicionalmente, la prestación de servicios de ayuda a domicilio se ha gestionado (y en muchos casos financiado) desde los ayuntamientos, circunstancia que ha propiciado la existencia de una constelación de requisitos, trámites, valoraciones, copagos...

El concepto mismo de lo que es ayuda a domicilio varía en la actualidad existiendo comunidades en las que se prestan básicamente ayudas a la persona y otras en las que abundan más los “apoyos en el domicilio” (limpieza, compra, cocina). También existe variabilidad en el profesional que presta el servicio: en algunas comunidades se entiende que debe ser un único perfil y en otras se entiende que deben existir dos (uno dedicado a atender a la persona y otro al domicilio).

Para ahondar más en la peculiaridad de la situación que se pretende “homogeneizar”, existen zonas de España donde el servicio lo presta la administración directamente, otros en los que se han contratado únicamente entidades del tercer sector (asociaciones, fundaciones o cooperativas) y otras en las que se ha abierto a la concurrencia permitiendo la prestación por parte de empresas. Esta circunstancia conlleva la aplicación de diferentes convenios colectivos y la consecuente existencia de diferentes condiciones laborales.

Por último está el tema del copago. La disparidad aquí es tan enorme que se han llegado a dar casos en los que antes de la Ley de Dependencia el SAD no estaba sometido a copago y en los que, al establecer un sistema de participación del usuario en el coste del servicio el efecto ha sido la renuncia o la petición de transformación de la prestación en una económica para el cuidado no profesional.

## **Hablemos de calidad**

Ante esta situación de disparidad, que supera con mucho la que la Ley se ha encontrado en otros campos como el de la atención residencial, cabe hacer las siguientes puntualizaciones:

- Todas las comunidades autónomas deberían adecuar sus reglamentaciones de forma que la definición de SAD se ajustase a la de la Ley de Dependencia. Deberían someter a autorización administrativa el funcionamiento de los servicios y situarlos en el ámbito de la inspección de servicios sociales.
- El Consejo Territorial de la Dependencia debería establecer con premura un acuerdo de acreditación específico de SAD que permitiera a las Comunidades, a su vez acordar sus criterios y sistemas de acreditación. En el mismo se debería establecer un sistema claro y estable que permitiese a los prestadores, públicos y privados hacer las inversiones en formación y estructura necesarias. Estos requisitos de calidad deberían ser valorados económicamente de forma que fuese posible su inclusión “objetiva” en la tarifa.

– Como paso previo, y sabiendo que existe esa gran disparidad, ¿no sería ahora un buen momento para que la administración financiase un estudio que valorase las diferentes formas que ha tomado hasta hoy el SAD, tanto en lo que respecta a su prestación, forma jurídica del prestador, intensidades, etc., de forma que pudiésemos comparar, detectar buenas prácticas y generar un nuevo modelo que sea la suma de lo mejor de todos los anteriores?

## 100 recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del Servicio de Atención a Domicilio

### Criterios de calidad asistencial en servicios sociosanitarios para personas mayores<sup>23</sup>

Grupo de Trabajo. Sociedad Española de Geriátría y Gerontología

MODELO DE AUTOEVALUACIÓN	ESTADO			
	No	En estudio	A mejorar	SI Adecuado
<b>MODELOS Y FUTURO.</b>				
<b>A.1 Diseño del servicio.</b>				
1. Política de permanencia en entorno.				
2. Orientación individual al usuario.				
3. Acceso universal.				
4. Diseño y planificación.				
5. Modelo integrado y de gestión de casos. Sectorización.				
6. Cobertura poblacional e intensidad horaria.				
<b>PRESTACIONES Y COORDINACIÓN.</b>				
<b>B.1. Aspectos de funcionamiento y organización.</b>				
7. Programa de atención individualizado (PAI).				
8. Presentación del auxiliar al alta y Plan de incorporación.				
9. Definición de tareas y tiempo.				
10. Actualización de prestaciones y tareas ante cambios.				
11. Favorece autonomía y participación del usuario.				
12. Programa marco, carta de servicio o manual de usuario.				
13. Información al usuario de prestaciones, derechos y deberes.				
14. Seguimiento por profesional responsable del caso.				
15. Cumplimiento de prestaciones, intensidad y plazos.				
16. Expediente del usuario.				

<b>B.2. Prestaciones básicas.</b>				
17. Ante cambios, incidencias se informa al coordinador.				
18. Fomentan hábitos saludables y activos.				
19. Promueve autocuidado y evita sobreprotección.				
20. Hay protocolos de atención personal.				
21. Se promueve autonomía en actividades domésticas.				
22. Hay protocolos de apoyo doméstico				
23. Se cuenta con ayudas técnicas y adaptaciones de vivienda.				
24. Servicios complementarios de comida y lavandería.				
25. Teleasistencia domiciliaria.				
26. Menús adaptados a necesidades.				
27. Soporte administrativo.				
28. Coordinación con familia y participación comunitaria.				
<b>B. 3. Prestaciones especializadas.</b>				
29. Participación e integración familiar. Apoyo psicosocial.				
30. Perfiles profesionales adicionales a trabajador social.				
31. Valoración de capacidad funcional y competencias.				
32. Definición por escrito de objetivos y tipos de intervención.				
33. Detección y coordinación ante problemas de salud.				
34. Coordinación con centros y profesionales sanitarios.				
35. Medicación pautada por médico. Control de su toma.				
36. Dietas adaptadas a necesidades, pautadas por médico.				
37. Acompañamiento y cuidados en fase final de la vida.				
38. Seguimiento e intervención de enfermería de S. Sanitarios.				
<b>B. 4. Normativas.</b>				
39. Cumplen normativas y acuerdos de contrato.				
40. Existe una orden administrativa de alta o contrato.				
41. Ley orgánica de protección de datos.				
<b>B. 5. Ética.</b>				
42. Secreto profesional y código ético.				
43. Respeto, dignidad, honestidad y colaboración mutua.				
<b>B. 6. Financiación y acceso.</b>				
44. Tarifas públicas y conocidas.				
45. Sistema de copago.				
46. En expediente informe social y PAI.				
47. Valoración de adecuación de recurso.				
<b>B. 7. Coordinación.</b>				
48. Coordinador con contacto con serv. sociales municipales.				
49. Coordinación con profesionales de otros recursos.				
50. Comunicación con centros de atención primaria de salud.				
51. Servicios Sanitarios reportan incidencia a Serv. Sociales.				
52. Se conocen otros recursos de apoyo.				
<b>USUARIO, FAMILIA Y ENTORNO.</b>				
<b>C.1 Tipología de usuarios.</b>				
53. Se incluye en SAD mayores con dependencia.				
<b>C.2 Derechos y deberes del usuario.</b>				
54. Integridad, intimidad, individualidad, respeto...				
55. Reglamento derechos y deberes escrito y conocido.				
56. Conocer normativa e información de tramitación.				

57. Testamento vital o voluntades anticipadas.				
58. Recibir servicio con buena fé, puntualidad y ser informado				
59. Usuario participa en el PAI.				
60. Estar presente en domicilio, avisar cambios con 72 horas.				
61. Facilitar la ejecución de las tareas.				
62. No pedir al auxiliar aspectos no contemplados en el PAI.				
63. Comportarse con corrección, respeto y cordialidad.				
64. Informar de cambios y enfermedades infectocontagiosas.				
<b>C.3 Intervención.</b>				
65. Programas y protocolos de actuación profesional.				
66. Protocolos de actividades comunitarias y de integración.				
67. Programas de familia y voluntariado.				
68. Registro y respuesta de incidencias, quejas, reclamaciones.				
69. Registran cambios de situación del usuario.				
70. Instrumentos sencillos y prácticos de valoración.				
<b>C.4 Valoración y seguimiento.</b>				
71. Valoración inicial para asignación de prestaciones.				
72. Valoraciones semestrales de seguimiento.				
73. Canales de comunicación de seguimientos.				
74. Registros de auxiliares de tareas y actividades.				
75. Reuniones de seguimiento con auxiliares.				
<b>C.5 Entorno.</b>				
76. Vivienda en condiciones de habitabilidad y seguridad.				
77. se facilita integración y participación en entorno.				
<b>C.6 Cuidadores, familia y amigos.</b>				
78. Cuidador principal con apoyo, ayudas técnicas y respiro.				
79. Cuidador principal participa en PAI.				
80. Información al núcleo familiar de recursos y servicios.				
81. Cuidador principal con información/formación en cuidados				
82. Promueve participación de otros cuidadores y familiares.				
<b>ENTIDAD PRESTADORA DEL SERVICIO Y PERSONAL.</b>				
<b>D.1 Entidad prestadora del servicio.</b>				
83. Conocimiento de la comunidad y colectivo.				
84. Dispone de permisos y cumple requisitos legales.				
85. Establece contactos y coordinación con otras instituciones.				
86. Publicidad veraz no generando falsas expectativas.				
<b>D.2. Aspectos de personal.</b>				
87. Plantilla cumple normativa y con titulación adecuada				
88. Sustituye personal y cumple con lo pactado.				
89. Asignación de auxiliar idóneo al perfil de usuario.				
90. Evitan cambios de auxiliar.				
91. Uniformidad e identificación del auxiliar.				
92. No regalos/gratificaciones ni pactos con el usuario.				
93. Cumple normativa laboral y convenios vigentes.				
94. Análisis de riesgos del domicilio por titular del servicio.				
95. Contratos favorecen estabilidad de personal.				
96. Programas de formación.				
<b>D. 3. Sistema de calidad.</b>				
97. Sistema de calidad y mejora.				
98. Medición de satisfacción de usuarios y clientes.				
99. Control de horas contratadas, trabajadas y facturadas.				
100. Recepción y análisis de sugerencias y reclamaciones.				

# Sistema de Acreditación del SAD -propuesta<sup>24</sup>-

ASADE

## 1.- Condiciones de las entidades prestadoras

Para poder acreditar una Entidad Prestadora de Servicios de Ayuda a Domicilio, los interesados deberán cumplir los siguientes requisitos:

- Sólo podrán acreditarse aquellas personas físicas o jurídicas, españolas o extranjeras, que tengan plena capacidad de obrar, no estén incurso en una prohibición de contratar y acrediten su solvencia económica financiera y técnica o profesional, o en los casos en que así se exija, se encuentren debidamente clasificadas.
- Debe existir relación directa, entre sus actividades, fines o funciones y el objeto de la colaboración, todo ello, según resulte de sus respectivos estatutos o reglas fundacionales.
- Los empresarios que fueran personas jurídicas deberán presentar los siguientes documentos:
  - Escritura de constitución o documento de constitución, los Estatutos o el acto fundacional.
  - Fotocopia autenticada de la Tarjeta de Identidad Fiscal.
  - Acreditación de no hallarse incurso en las prohibiciones para contratar con la Administración.
  - Documento que acredite suficientemente las facultades de representación del firmante de la solicitud.

### **Se acreditará solvencia económica y financiera de la entidad prestadora de servicios mediante la siguiente documentación:**

- Una declaración que indique la plantilla de personal directamente a cargo de la empresa y el equipo directivo. Se deberán incluir las titulaciones académicas y profesionales.

---

24. Versión completa en <http://www.asade.eu>

- Seguros de responsabilidad civil.
- Informe de instituciones financieras.
- Las cuentas anuales presentadas en el Registro Mercantil o en el Registro Oficial que corresponda.
- Declaración sobre el volumen global de negocios y, en su caso, sobre el volumen de negocios en el ámbito, referido como máximo a los tres últimos ejercicios.
- Fondos propios o patrimonio social.

### **Se acreditará Solvencia técnica mediante la siguiente documentación:**

- a) Una relación de los principales servicios o trabajos realizados en la actividad a acreditar en los últimos tres años que incluya importe, fechas y el destinatario, público o privado, de los mismos.
- b) Indicación del personal técnico o de las unidades técnicas, integradas o no en la empresa, participantes en el contrato, especialmente aquéllos encargados del control de calidad.
- c) Descripción de las instalaciones técnicas, de las medidas empleadas por el empresario para garantizar la calidad y de los medios de estudio e investigación de la empresa.
- d) Declaración sobre la plantilla media anual de la empresa y de su personal directivo durante los tres últimos años.
- e) Declaración indicando los medios técnicos, de información y de comunicación de que se dispondrá para la ejecución de los servicios.
- f) Objeto social de la Entidad.
- g) Sistema de Prevención de Riesgos Laborales.

### **Sistema de calidad de la entidad prestadora:**

- Sistema y política de calidad, clasificando a la entidad en los siguientes niveles según su compromiso en calidad:

- **Nivel 1:** Entidad con sistema interno de calidad (autoevaluación).
  - **Nivel 2:** Entidad con sistema interno de calidad y auditoría interna.
  - **Nivel 3:** Entidad con Sistema certificado y auditado externamente según modelo nacional o internacional de calidad.
- Misión, visión, valores.
  - Modelo de Responsabilidad Social Corporativa y Código Ético aplicado al Servicio de Ayuda a Domicilio.
  - Objetivos de calidad en vigor.
  - Descripción de organigrama funcional de calidad.
  - Descripción del plan de formación inicial y continuada del personal.
  - Sistema para la gestión de quejas, reclamaciones y sugerencias.
  - Sistema para la medición de la calidad percibida por los diferentes clientes del servicio (usuarios, familiares, Administración y empleados).
  - Plan global de gestión de riesgos, contingencia, emergencia e incidencias.
  - Carta de servicios con información a entregar a los usuarios. La información mínima que deberá contener dicha carta de servicios será:
    - \* Características específicas de las prestaciones ofrecidas (ayuda de hogar, aseo personal,...).
    - \* Condiciones de calidad de prestación del servicio.

## 2.- Condiciones en la prestación del servicio

Las entidades y servicios, dispondrán de la siguiente documentación e información:

### **Documentación referida al usuario:**

- Carta de servicios que recoja las prestaciones que ofrece y los compromisos con las personas en situación de dependencia y sus familiares, en su caso.-
- Modelo detallado de la valoración y recogida de datos.
- En su caso, modelo de contrato privado con el usuario.

### **Documentación referida al servicio:**

La entidad debe aportar los siguientes protocolos o procedimientos para la prestación del servicio:

- Protocolos de Selección y acogida de personal.
- Protocolo de Prevención de Riesgos Laborales.
- Protocolo de alta en el servicio.
- Protocolo de Presentación inicial del auxiliar de atención directa.
- Protocolo de adaptación al servicio (persona usuaria/profesional).
- Protocolo de baja en el servicio.
- Protocolo de valoración (cuando proceda).
- Protocolo de atención personal.
- Protocolo de Atención en las necesidades del domicilio.
- Protocolo de apoyo psicosocial.
- Protocolos de seguimiento, comunicación y coordinación.
- Protocolos de tratamiento y actuaciones ante incidencias.
- Protocolo atención y gestión de quejas y reclamaciones.
- Protocolo para la medición de la satisfacción y mejora.
- Protocolo para el establecimiento de acciones de mejora.

## **Documentación de la Infraestructura material y equipamiento tecnológico.**

- Descripción de oficinas.
- Descripción de medios materiales y sistemas de información y comunicación para el servicio.

## **Documentación de recursos humanos:**

- Organigrama del servicio.
- Plan de formación en vigor.
- Descripción de los perfiles profesionales del servicio.

## **3.- Reporte de indicadores de calidad**

Las entidades se obligarán a reportar, con una periodicidad al menos anual, la información de los siguientes Indicadores de Calidad. El objetivo es realizar una medición de los mismos para poder establecer posteriormente un estándar de sector, que permita a cada entidad detectar sus áreas de mejora:

1. N° de profesionales de atención directa con los que se han mantenido reuniones de seguimiento y coordinación, sobre el total de profesionales de atención directa.
2. N° de personas usuarias (con más de 6 meses de antigüedad en el servicio) a las que se han realizado visitas de seguimiento, respecto al n° total de personas usuarias con mas de 6 meses de antigüedad en el servicio en el mismo periodo.
3. Porcentaje de personas usuarias sobre las que se ha realizado una evaluación de la satisfacción con respecto al total de personas usuarias en el periodo de estudio.
4. N° de todas las reclamaciones y/o quejas recibidas sobre el total de personas usuarias
5. N° de personas usuarias que presentan quejas sobre el total de personas usuarias

6. Índice de rotación del personal de atención directa de la entidad.
7. Nº de horas de formación respecto al nº de trabajadores
8. Tiempo promedio, expresado en días, de respuesta desde la comunicación del alta de la persona usuaria hasta el inicio de la prestación del servicio.
9. Número de jornadas completas de coordinación con respecto al total de horas /año de atención prestadas

#### **4.- Documentos de referencia**

- Norma AENOR UNE 158301. Servicios de atención a domicilio.
- Norma SA 8000, RSC.
- Fundación Edad y Vida, *Calidad y acreditación para las entidades prestadoras de servicios de atención a las personas mayores en situación de dependencia* (2008)

# ANEXO 2

## EL EMPLEO

**Síntesis del debate de las Jornadas de Zaragoza-2009.** Carmen Montalba Ocaña. Coordinadora de la sesión.

**UGT.** Rosaura Pérez Rodríguez

**CC.OO.** Rosana Costa Navarro

**Asociación de trabajadores/as familias de Catalunya.** María Bosch Molas

**Asociación de empresas para la dependencia (AESTE).** Alicia Azaña Diz

Resulta imposible hablar de Ayuda a Domicilio sin hablar de empleo. Porque este servicio se sustancia en las atenciones que proporcionan diversos profesionales en el hogar, fundamentalmente auxiliares de hogar.

Así pues, todo lo que afecte al empleo adquiere en este servicio una relevancia aun mayor que en cualquier otro: desde los aspectos relacionales del/la trabajador/a con el usuario/a y el resto de personas que conviven en el domicilio, hasta las habilidades para realizar las diversas tareas de carácter doméstico o de atención personal.

**La calidad del SAD está indisolublemente unida a la calidad en el empleo de los trabajadores y trabajadoras del SAD.** Por ello resulta imprescindible hablar de aspectos como la selección, organización, formación, retribuciones, promoción, prevención de riesgos laborales, estabilidad..., que configuran las características del empleo y su calidad.

En las siguientes páginas recogemos las reflexiones que en esta materia se hicieron en las Jornadas organizadas por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, con la participación de los dos sindicatos más representativos, una asociación específica de trabajadores/as familiares, y la patronal del sector.

# Síntesis del debate\*

**Carmen Montalba Ocaña**  
Coordinadora de la sesión

## **Servicio vs Prestación profesional**

¿Cómo definir, en el contexto actual, el SAD: como servicio o como la actividad de un profesional?

Es un servicio polivalente que se presta en el domicilio, de carácter asistencial y educativo, con la finalidad de potenciar la autonomía personal y retrasar procesos de institucionalización.

En la mayor parte de las ocasiones, las Administraciones Locales son las responsables de la prescripción y gestión de los mismos.

Dentro de la Ley 39/2006 (LPAAD), el SAD se contempla como un programa de intervención personal, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención realizadas por un/a profesional cualificado/a para prestar dichos servicios en el domicilio habitual de la persona, prescritos en su plan Individual de Atención (PIA) por el profesional de los Servicios Sociales correspondientes.

En la mayor parte de Leyes Autonómicas de Servicios Sociales se concibe como “servicio”, y en la práctica, se identifica más como la actividad de un profesional (*auxiliar ayuda a domicilio*), y además, con funciones básicamente asistenciales.

## **Servicio vs Prestación Económica Vinculada**

Uno de los problemas más importantes al que se debe hacer frente, es la transformación del SAD en PVS no con carácter excepcional sino como norma. Tras la aprobación de la Ley 39/2006, son pocas las Autonomías que han dado un verdadero impulso a este servicio, en la medida que representa generalmente un esfuerzo de financiación pública local importante, dado su coste y su carácter intensivo en mano de obra. En su lugar, se ha optado por su externalización absoluta al mercado vía PVS, con el consiguiente peligro de desmantelamiento de la red pública existente prestataria del SAD en el entorno local que ha pervivido bajo el control y seguimiento de los servicios sociales de base.

## **Funciones**

- Asistencial.
- Preventiva.
- Educativa.
- Socializadora.
- Enlace y coordinación con diferentes recursos sociales y sanitarios.

## **Cualificación**

Competencias requeridas (conocimientos, aptitudes y actitudes)

### **Certificado de profesionalidad y/o cualificación reconocida:**

El acuerdo de acreditación<sup>25</sup> que emana de la Ley 39/2006, establece que los profesionales de la ayuda a domicilio deberán acreditar cualificación profesional de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio (N.2), establecido por el Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero (BOE de 9 de marzo) Los criterios de

acreditación recogen que en 2015 el 100% de las profesionales deberán contar con el Certificado de Profesionalidad correspondiente.

### Se reconocen tres unidades de competencia:

- \* Desarrollar intervenciones de atención física domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención socio-sanitaria.
- \* Desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención socio-sanitaria.
- \* Desarrollar las actividades relacionadas con la gestión y funcionamiento de la unidad convivencial.

### Módulos Formativos(600 horas)

MF0249\_2: Higiene y atención sanitaria domiciliaria

MF0250\_2: Atención y apoyo psicosocial domiciliario

MF0251\_2: Apoyo domiciliario y alimentación familiar

<b>Conocimiento</b>	<b>técnico que le capacite para desarrollar su trabajo con profesionalidad, seguridad y eficacia:</b>	<b>Aptitudes:</b>	<b>Actitudes:</b>
- Conocimiento en higiene personal.	- Conocimiento en técnicas de traslado, movilización y deambulación y posicionamiento de un usuario en función de su grado de dependencia.	- Capaz de entender a la persona y no centrarse en la dificultad, empatía.	- Responsabilidad profesional.
- Conocimiento en técnicas de apoyo a la ingesta y de recogida de eliminaciones más adecuada.	- Conocimiento en técnicas de asistencia sanitaria de urgencia	- Capacidad para diferenciar situaciones de emergencia y priorizar tareas en función de las mismas.	- Comunicación interpersonal.
		- Capacidad para identificar necesidades de la persona.	- Trabajo en equipo.
		- Habilidades de comunicación.	- Iniciativa.
			- Empatía.
			- Autocontrol.
			- Gestión del estrés.
			- Adaptabilidad a la diversidad.

### Experiencia

- Se requiere formación teórico-práctica y experiencia (al menos un año).
- Si no se dispone de la citada experiencia, se debe iniciar la actividad profesional atendiendo casos muy asistenciales y se evoluciona hacia situaciones más complejas que requieren una atención más integral.

### Riesgos laborales

### Condiciones de seguridad

Condiciones existentes en el domicilio o del lugar de trabajo que pueden dar lugar a accidentes de trabajo como son el riesgo de incendio derivado del estado de la instalación, las condiciones estructurales de la vivienda o de los instrumentos o equipos a utilizar en la atención.

\* Elaborada por los propios participantes, coordinados por **Carmen Montalba Ocaña**

## 1. Ambientales

### a) Contaminantes biológicos:

En las tareas que tiene que desarrollar el SAD existen factores de riesgo para su salud, tanto por el sitio donde se desempeña el trabajo como por el contacto con el usuario o personas de su entorno con los que exista una relación directa (familia, vecinos) Dentro del lugar de trabajo, existen dos condiciones necesarias para favorecer la actividad de los contaminantes biológicos, son la presencia de nutrientes y la humedad. Otro de los posibles riesgos que se puede dar, tienen que ver con las relaciones personales de alguno/a de los usuarios/as o personas de su entorno con los que exista una relación directa (familia, vecinos) que sean vulnerables de contagio por alguna enfermedad transmisible por vía aérea o de contacto.

Vías de entrada de los contaminantes biológicos:

- Vía respiratoria: aspiración de segregaciones, toses...
- Vía digestiva (fecal-oral): por ingestión accidental comer, beber, etc.
- Vía sanguínea, por piel o mucosas: como consecuencia de pinchazos, mordeduras, cortes, erosiones, salpicaduras

### b) Contaminantes químicos

Sustancias que ligadas a las tareas a desarrolla por el SAD pudiera estar en contacto con sustancias químicas que pueden estar presentes en el medio ambiente, o por contacto como jabones o detergentes, insecticidas medicinas

### c) Contaminantes físicos

Tales como ruido o condiciones de humedad y o temperatura y ventilación teniendo en cuenta la variabilidad de los distintos domicilios.

## 2. Organización del trabajo: carga física

La prevención de riesgos laborales dentro de su estudio debe de incluir las nuevas y múltiples exigencias físicas, cognitivas y emocionales, y no solamente los factores de riesgo que afecten a la seguridad física ya que la persona es un todo, y el/la trabajador/a un conjunto de aptitudes, actitudes, sentimientos, condiciones físicas y psíquicas que se ven afectadas, por el ambiente en el que se desarrolla su vida diaria y laboral. Por lo expresado, se desprende que la carga física y mental que debe de asumir el/la trabajador/a. En la carga física influyen tres factores: esfuerzo físico; postura de trabajo y manipulación de cargas

Riesgos: lumbalgias; cansancio excesivo; insomnio; lesiones de espalda etc. Factores de riesgo: movimientos de trabajo repetitivos y sin contemplar un periodo de recuperación muscular adecuado; sobreesfuerzo; y posturas inadecuadas. Riesgo de dolores de: espalda; cuello; brazos; piernas; espalda;

lumbalgias etc. Factores de riesgo falta de formación e información; sobreesfuerzos y posturas inadecuadas.

### 3. Entorno laboral: Riesgos Psicosociales

Los agentes estresantes por si mismos constituyen un desequilibrio en la persona y generalmente vienen dados por las condiciones de trabajo.

El Burnout: fenómeno psicosocial que se caracteriza por la carencia de energía, de entusiasmo, falta de recursos, despersonalización y falta de realización personal con una tendencia negativa, llevando al/la trabajador/a a sentirse insatisfecho con su desempeño en el trabajo. Asimismo se siente emocionalmente agotado. Este síntoma se da bastante en trabajadores de los Servicios Sociales.

El acoso laboral o Mobbing.

Riesgos en el embarazo: tienen mayor importancia por el índice de feminización del colectivo que presta servicios como auxiliar del SAD.

Elementos importantes a tener en cuenta:

La gestión de los riesgos por parte de las empresas que operan en el sector, deberá contar con un plan de prevención y evaluación de riesgos.

Por parte del Servicio de Prevención:

- Formación de los trabajadores/as en este ámbito.
- Un funcionamiento adecuado del Comité de Seguridad y Salud Laboral.
- Delegados/as de prevención.
- Y una adecuada vigilancia de la salud de sus trabajadores y trabajadoras.

**Autonomía** en el puesto de trabajo (relación con el resto del equipo)

- Trabajo en equipo multidisciplinar e interdisciplinar.
- Autonomía para tomar decisiones en el domicilio en situaciones de emergencia
- Autonomía para planificar la propia actividad profesional.

**Perfil del/la usuario/a**

Población en situación de dependencia. Heterogeneidad del perfil: mayores; discapacitados/as; apoyo domiciliario en situaciones de desestructuración familiar...

## **Demanda: mercado de trabajo**

**Empresas** (perfil-tipo, experiencia en el sector, tipo de relación con la Administración)

- Diversidad respecto al tamaño, número de trabajadores, y grado de especialización con los servicios sociales. En los últimos años han proliferado las grandes empresas o grupos empresariales con multiservicio. Algunos ejemplos: Caser Residencial, Eulen, Mafre Sanyres, Sar, Sergesa ([www.asociacion-aeste.es](http://www.asociacion-aeste.es)) Respecto a esta cuestión, se debe tener en cuenta que la LPAAD estipula la preferencia de entidades del tercer sector.

- Algunas empresas que gestionan servicios residenciales prestan servicios de Atención Domiciliaria.
- Algunas Comunidades Autónomas están concediendo la prestación económica vinculada.(SAD)

### Índices de cobertura

A nivel nacional el índice de cobertura, definido como porcentaje de personas de 65 y más años usuarias del servicio, se sitúa como media en 4,09. La Comunidad con mayor índice de cobertura en el SAD es Extremadura, con un 9,82, cerca de seis puntos por encima de la media nacional. También destacan Castilla- La Mancha y Madrid, con índice de cobertura del 6,37 y 6,29, respectivamente. (Fuente: Observatorio de Mayores; 2006)

Situación específica de Cataluña. Según el informe presentado por la Diputación de Barcelona (21/5/08) se observa un incremento apreciable en el número de usuarios/as atendidos/as. El 86% de usuarios son mayores de 64 años. Este porcentaje varía según la dimensión del municipio. Los más pequeños son los que tienen un mayor índice de cobertura. El porcentaje de cobertura se triplica cuando se refiere a la población mayor de 84 años (Datos aportados por la ATFC)

### Intensidad horaria

La intensidad horaria, definida como número de horas de atención por usuario/a al mes, se sitúa como **media en 16,28 horas/mes/usuario**, de las cuales, como media, **5,97 horas/mes se dedican al cuidado personal del usuario y 10,31 a tareas domésticas**. Esta distribución, sin embargo, no es uniforme para todas las CC.AA. De las quince que facilitan información sobre este indicador, en siete de ellas el tiempo dedicado a cuidado personal del beneficiario es mayor o mucho mayor que el dedicado a tareas del hogar. Este es el caso de Asturias; Baleares, Cataluña, Madrid, Navarra, País Vasco y La Rioja. Aquellas que muestran en general mayor intensidad horaria son: Galicia (11,8h/mes); Melilla (8,5 h/mes); y País Vasco (8,2h/mes) Este perfil de distribución de tiempo de atención a domicilio ha variado a lo largo del período 1999-2006, siendo cada vez más las Comunidades en las que la proporción de tiempo dedicado al cuidado personal supera al tiempo dedicado a tareas domésticas. Respecto al perfil de los/as usuarios/as del SAD, por género y edad, existe una mayoría de usuarias mujeres, cuyo porcentaje oscila entre el 53% del País Vasco y el 95% de Castilla-La Mancha. En casi todas las Comunidades Autónomas los/as usuarios/as que superan los 80 años son mayoría. (Fuente: Observatorio de Mayores; 2006) En Cataluña el número de horas mensuales de prestación de SAD por usuario/a ha pasado de 11,7h/mes a 12,9h/mes. (Datos aportados por la ATFC)

**Creación de empleo** de La demanda de usuarios de SAD se situará en 2010 en 446.600 personas (Fuente: AESTE)

Grad.3 (300.000 dependientes)		Grad.2 (500.000 dependientes)		Total volumen de creación de empleo
Porcentaje atención	Volumen empleo 2011	Porcentaje atención	Volumen empleo 2011	
20%	37.000	37%	74.000	<b>111.000</b>

Fuente: Estudio del impacto sobre la calidad del empleo del Acuerdo de Acreditación de centros de servicios del SAAD (Confederación CC.OO; Diciembre 2008).

**Condiciones generales en las licitaciones** (por encima/bajo del precio pco.; condiciones calidad, etc.)

En las licitaciones se detectan los vacíos que a continuación se enumeran:

- Ausencia de instrumentos de calidad y de formalización de tareas: supervisión, actividades de formación, contrato asistencial con el usuario, reglamento municipal de SAD etc.
- El análisis comparativo de los precios a los que se están licitando los contratos de servicios en las distintas administraciones (Locales y Diputaciones) demuestran que existen diferencias significativas entre el coste teórico del servicio y el precio real que se está pagando por él, que en algunos casos es un 20% inferior. El coste salarial representa el 85-88% del coste total del servicio, entre ellos los costes de coordinación y administración son claves para asegurar la calidad.
- Debería primar la objetividad y la calidad técnica de los proyectos, experiencia de la empresa en la prestación de servicios, por el contrario se tiende a resolver a favor de las ofertas más económicas.
- Entendemos que las licitaciones deberían ser una cuestión a tratar en los criterios de acreditación ya que los servicios a prestar y la calidad del mismo están directamente relacionados con el precio de adjudicación (existen licitaciones cuyo precio hora esta por debajo de los salarios que marca el convenio del sector)

**Criterios de acreditación**

En general, aunque en teoría se plantea la autorización del SAD, apenas existen criterios o exigencias en su desarrollo: ni condiciones materiales, ni de personal y apenas de funcionamiento.

Tipo de condiciones	Servicio de Centros residenciales	Servicio de Centros de día	Servicio de Ayuda a domicilio
<b>Materiales</b>	-Dormitorios (dimensiones, aseo, nº de ocupantes) -Comedor y sala de estar (dimensiones) -Sala de enfermería -Sala de actividades	-Comedor (dimensiones) -Sala de estar (dimensiones) -Sala de enfermería -Sala de actividades	(no se han establecido)
<b>Funcionales</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Registros e historial de usuarios</li> <li>- Normas de régimen interno</li> <li>- Planificación de actividades</li> <li>- Exposición pública del régimen de precios</li> <li>- Exposición pública de autorizaciones administrativas</li> <li>- Póliza de seguros</li> <li>- Información a la Administración</li> </ul>		
<b>De personal</b>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Formación del director del centro</li> <li>- Profesionales sanitarios de presencia obligada</li> <li>- Ratios mínimas de personal por usuario</li> </ul>		<ul style="list-style-type: none"> <li>-Formación del gestor del servicio.</li> <li>-Formación del prestador del servicio.</li> <li>-Profesionales de apoyo</li> </ul>

Tabla. Condiciones mínimas de funcionamiento exigidas según el tipo de servicio de atención a las personas en situación de dependencia. Fuente: Institut Català de l'envelliment (2004:65)

El acuerdo sobre la Acreditación en el marco de la Ley 39/2006, tampoco viene a concretar mucho respecto al SAD. Destacable tan sólo las mencionadas exigencias de cualificación.

La única Autonomía que ha regulado esta cuestión en la actualidad es Andalucía.

Consideramos imprescindible que se vayan desplegando las diferentes normas autonómicas de acreditación del SAD, en las cuáles se expliciten los aspectos comunes y diferentes (en términos de financiación, copago, intensidades, contenidos del servicio, etc) del SAD prestado por el Sistema de los Servicios Sociales frente al SAD del Sistema de Promoción de la Autonomía y Atención en la Dependencia. El vacío de regulación en este aspecto esta provocando, a día de hoy, el desconcierto y el miedo sobre el futuro de este servicio en el marco de los Servicios Sociales.

**Negociación colectiva:** cuestiones a destacar del SAD/condiciones laborales

- Salarios y complementos más bajos que otros/as profesionales del mismo nivel.
- Profesión poco valorada.
- Desconocimiento por parte de los responsables políticos de las funciones de los Servicios Sociales de Atención Primaria.
- Prima la temporalidad.
- Sobrecarga de trabajo. Ratios de atención inadecuados: exceso de casos por profesional.

## Introducción. Reflexiones en torno al modelo

El análisis del servicio de ayuda a domicilio -a partir de ahora SAD-, merece una breve reflexión acerca de la propia evolución del sistema.

El SAD es un servicio del Sistema de Servicios Sociales, de **carácter comunitario**, en sus inicios era un servicio **de titularidad y gestión pública**, los profesionales del SAD eran trabajadores de los propios municipios. Los servicios eran pues **públicos** y los profesionales, tanto técnicos como auxiliares, se regían por una **misma regulación laboral** que el resto de trabajadores/as de los servicios sociales municipales, sin mayor diferencia que las inherentes a cada categoría profesional. La organización del trabajo así como las condiciones laborales eran las estipuladas en los convenios colectivos de los Ayuntamientos respectivos.

Desde hace unos 15 años, la mayoría de municipios optan por el modelo de **externalización del SAD**. El servicio mantiene su titularidad pública, pero la gestión y prestación del servicio es realizada por empresas privadas a las que se adjudica dicho servicio en concurso público. La prescripción y el seguimiento la siguen realizando los Equipos Municipales de SS.SS, la responsabilidad por lo tanto es pública.

La Ley 39/2006 pretende la consolidación del sistema público de servicios sociales. Así, ya en el Preámbulo establece: *“Se trata de configurar un nuevo desarrollo de los servicios sociales del país que amplie y complemente la acción protectora de este sistema, potenciando el compromiso de todos los poderes públicos en promover y dotar los recursos necesarios para hacer efectivo un sistema de servicios sociales de calidad, garantistas y plenamente universales. En este sentido, el Sistema de Atención de la Dependencia es uno de los instrumentos fundamentales para mejorar la situación de los servicios sociales en nuestro país”.*

Pero la inexistencia de un marco básico normativo (ley de servicios sociales) a nivel estatal y la transferencia competencial, ha producido 17 leyes de SS.SS, una por comunidad autónoma. En el caso del SAD esto aun es

más grave, ya que **cada municipio regula y organiza el SAD en su territorio**, con las consiguientes diferencias en precios hora, índices de cobertura, coordinación con otras áreas o no, pliegos de condiciones estipuladas por cada municipio, etc. Al no existir, pues, una respuesta unificada ante la Ayuda a Domicilio, carecemos de modelo referencial.

Pensamos que una Ley Marco de SS:SS debería regular cuestiones básicas de organización y racionalización del sistema, profesionales de referencia en atención primaria ('gestor de casos'), ratios en todos los servicios, criterios de calidad, etc. Todo ello demuestra que los SS.SS no han sido nunca una prioridad de la clase política.

En cuanto a criterios de acreditación, desde UGT planteamos las siguientes cuestiones:

- Que todos los servicios se regularan por los mismos requisitos y garantías.
- Que se establezcan pliegos de condiciones homogéneos con carácter mínimo en todas las Comunidades Autónomas y/o municipios para todos los servicios, así como que se publicitaran en los Diarios Oficiales correspondientes.
- Que en dichos pliegos se incluyeran referencias claras a la obligación legal de las empresas a cumplir con las condiciones laborales pactadas con sus trabajadores y trabajadoras; fueran estas marcadas por convenio colectivo, acuerdo de empresa o pactos que le sean de aplicación.

## Índices de cobertura

La gran importancia y trascendencia del SAD se evidencia en el número de personas atendidas por dicho servicio, que ha pasado de 330.000 mayores de 65 años, en enero de 2007, a 355.000 en el último año, lo que supone un incremento de cobertura del 8%

Si bien el servicio estrella del SAAD parece ser el servicio de ayuda a domicilio, por el espectacular aumento de la demanda producido (gracias a la aplicación de la ley, y en tan solo seis comunidades autónomas, se han reconocido el derecho al servicio de ayuda a domicilio de más de 40.000 personas, pasando por primera vez en la historia, el índice de cobertura del SAD -4'39 %- supera al índice de cobertura residencial -4'14-), según

el Observatorio de mayores: “diversos interlocutores institucionales coinciden en que el modelo necesita un profundo rediseño”

Gracias a la ley se han generado numerosos puestos de trabajo para atender a las personas dependientes, tanto en el sector público, como en el privado y en el tercer sector. De hecho, CC.OO. calcula que a finales de 2010 se habrán generado 110.000 empleos.

## Salud Laboral

Las trabajadoras del SAD realizan su trabajo en los domicilios de las personas a las que prestan el servicio; estos son, por tanto, sus lugares de trabajo, en los que pueden darse diversos riesgos laborales, entre los que destacamos los ligados al medio ambiente de trabajo (biológicos y químicos) y los riesgos ligados a la organización del trabajo, que conllevan una elevada carga física y mental (acoso, burnout...).

Además, y dado que se trata de un colectivo con una tasa altísima de feminización, hay que prevenir los posibles riesgos en el embarazo y periodos de lactancia.

Es imprescindible que prestar una adecuada gestión de los riesgos por parte de los servicios de prevención, así como impartir formación específica –previa a la incorporación al puesto de trabajo– con la finalidad de prevenir y evitar factores de riesgo.

Un buen funcionamiento del Comité de Seguridad y Salud Laboral y una adecuada vigilancia de la salud de los trabajadores y trabajadoras minimizará el impacto de los riesgos laborales.

## Negociación colectiva

Respecto a las condiciones de trabajo del personal del SAD, éstas se encuentran reguladas, tanto en los **Convenios Colectivos** (Convenio Marco Estatal, Convenios de Ámbito Comunitario, convenios o acuerdos de empresa, y demás normativa de aplicación -Estatuto de Los Trabajadores, Ley de igualdad o Ley de Prevención de Riesgos Laborales-, como los diferentes **pliegos de condiciones**.

Como sabemos, las retribuciones en el ámbito profesional de los SS:SS, en todos sus sectores y en las diferentes categorías profesionales, son las más

bajas, especialmente en aquellas de atención directa, especialmente en el SAD, aunque en los convenios del SAD se mantienen porcentajes de incremento anual más altos que en otros sectores, hay que decir que no alcanzan la categoría de **'milleuristas'**.

En cuanto a la estabilidad laboral de las plantillas de personal, la mayoría de convenios en vigor se comprometen a tener un índice de plantilla fija en torno al 80%. A pesar de lo cual, muchas trabajadoras del SAD, aun siendo personal fijo trabajan a tiempo parcial, lo cual les repercute lógicamente en el salario, y existe una gran rotación de profesionales debido a las condiciones precarias en este ámbito de los servicios sociales.

La valoración de la profesión aparece vinculada a factores culturales e históricos basados en el prejuicio y el desconocimiento, aparentemente inamovibles. El componente de género produce la infravaloración de los trabajos vinculados al cuidado y ayuda personal y doméstica por parte de la cultura machista que es preciso erradicar.

## Propuestas

En cualquier caso, es imprescindible dignificar la profesión: poner en valor el trabajo profesional del SAD para ello han de implicarse los diversos agentes que confluyen en la prestación del mismo: responsables institucionales, agentes sociales empresas prestadoras de servicios, ámbito asociativo, ONGs etc.

Debemos contemplar la importancia de tener conocimientos técnicos, y formación profesional que aseguren la calidad del servicio, dotando a los profesionales de herramientas que les permita desarrollar de forma eficaz y satisfactoria el trabajo diario.

En cuanto a las condiciones laborales del personal que presta el servicio de ayuda a domicilio, es importante subrayar que el bienestar del/de la trabajador/a es un elemento imprescindible para la prestación de un servicio de calidad. Por ello, es necesario que los responsables del servicio presten apoyo de todo tipo (seguridad, psicológico...) a dichas trabajadoras, a fin de mantener el adecuado grado de motivación y equilibrio personal que permita una atención en condiciones de idoneidad, respetando la dignidad de la persona atendida.

Y por último es imprescindible introducir nuevas tecnologías .y aplicar criterios e indicadores de calidad, con la finalidad de conseguir tanto la satisfacción del trabajador como de las personas receptoras del servicio.

## ANEXO

# RIESGOS LABORALES Y SU PREVENCIÓN

## **Tipos de riesgos laborales:**

### **1) RIESGOS LIGADOS AL MEDIO AMBIENTE DE TRABAJO:**

#### **– CONTAMINANTES FISICOS:**

ILUMINACIÓN

TEMPERATURA ETC.

#### **– CONTAMINANTES QUIMICOS**

PRODUCTOS DE LIMPIEZA DEL HOGAR, INSECTICIDAS ETC.

#### **– CONTAMINANTES BIOLÓGICOS**

RELACIÓN CON LOS USUARIOS, MASCOTAS ETC.

### **2) RIESGOS LIGADOS A LA ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO:**

#### **– CARGA FISICA:**

MANIPULACION MANUAL DE CARGAS:

-SOBRESFUERZOS

-MOVIMIENTOS REPETITIVOS

-POSTURAS INADECUADAS

#### **– CARGA MENTAL**

-ESTRÉS LABORAL

-BURNOUT(ESTAR QUEMADO)

-ACOSO MORAL

## GESTIÓN DE LA PREVENCIÓN DE RIESGOS LABORALES

### **Política preventiva**

#### Organización preventiva

- **DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN**
- **COMITÉ DE SEGURIDAD Y SALUD:**
  - DELEGADOS/AS DE PREVENCIÓN
  - REPRESENTANTES DE LA EMPRESA
- **SERVICIO DE PREVENCIÓN (PROPIO O AJENO)**
  - SEGURIDAD EN EL TRABAJO
  - HIGIENE INDUSTRIAL
  - ERGONOMÍA Y PSICOSOCIOLOGIA
  - MEDICINA EN EL TRABAJO

### **Plan de prevención de riesgos laborales**

FORMACIÓN A TRABAJADORES/AS, DELEGADOS/AS  
EVALUACIÓN DE RIESGOS DE LOS PUESTOS DE TRABAJO  
VIGILANCIA DE LA SALUD DE LOS TRABAJADORES/AS

### **Normativa aplicable:**

Ley de prevención de riesgos laborales (ley 31/95 de 8 de noviembre) RD de desarrollo.

Reglamento de los Servicios de Prevención RD39/97

## **CC.OO.**

### **Apuntes sobre el empleo precario en el SAD y sus causalidades**

**Rosana Costa Navarro**

Exsecretaria Federal de Política Social de CC.OO.

Quiero dedicar los minutos de que dispongo en primer lugar, para presentar unos datos concretos que a modo de fotografía nos den una información relevante sobre la situación del empleo en el Servicio de Ayuda a Domicilio. En segundo lugar significar o algún dato sobre el empleo en el conjunto del sector de Servicios sociales. Y por último y en base a esta información, hacer una valoración de lo que estos datos sugieren y a su vez los retos de futuro que se plantean de carácter estructural, y que pasan por decisiones y estrategias políticas conscientes y planificadas, y se está en la voluntad de impulsar y crear, en coherencia con lo que la ley 39/2006 establece, que es la configuración del SAAD como sistema de responsabilidad pública tanto en la calidad de los servicios como del empleo. Sabiendo como sabemos que ambas cuestiones van de la mano y en paralelo y que se repercuten de forma directa e inequívoca.

Si esto es así en cualquier actividad laboral, en el SAD actividad que se fundamenta en la atención y cuidados a terceras personas, este trabajo presenta unos rasgos propios que hacen que las condiciones laborales y de empleo adquieran una relevancia e influencia decisiva en la calidad de la prestación de un servicio, que es de atención personal y continuado en el tiempo.

Sin embargo existe un déficit de información y una de falta de adecuación de las estadísticas y registros oficiales sobre el empleo en el sector de Servicios sociales. Esta insuficiencia y dispersión de información constituyen un importante obstáculo a la hora de poder tener un conocimiento exhaustivo y realizar una evaluación cualitativa con todos los parámetros que se desearía, sobre el empleo en este sector.

La fundación 1º de Mayo de CC.OO ha realizado un estudio que nos permite una aproximación en esta materia de empleo en el ámbito de los servicios sociales de atención a la dependencia, y en concreto se detallan algunas cuestiones sobre el SAD. Para hacer posible este nivel de concreción ha sido necesario acudir a los datos de afiliación registrados en la Tesorería General de la Seguridad Social, ya que permiten mayor nivel de desagregación, que el Catálogo de Actividades Económicas.

En primer lugar destacar que el SAD solo representa el 8% del total del empleo del sector servicios sociales, mientras que el conjunto de “servicios residenciales” abarcan mas del 53%. Siendo, a su vez, su distribución interna de un 42% en residencias de tercera edad y el 10% restante de servicio residencial para personas con discapacidad.

Los datos constatan el desequilibrio existente entre una y otra modalidad de atención, y el quiebro que existe entre el discurso generalizado de la necesidad de impulsar los servicios de proximidad favoreciendo la permanencia de las personas en su entorno habitual y los resultados de las actuaciones políticas que mayoritariamente se realizan . Este discurso de la bonanza de los servicios de proximidad no es nuevo y aún reconociendo el incremento del SAD habido, las políticas practicadas, no han sido suficientes. En algunas CC.AA se ha impulsado y financiado con dinero público, la inversión privada para la creación de infraestructura residencial para la tercera edad. Se ha llegado a la tesitura de tener una oferta de plazas para la tercera edad, mayor que la demanda. Y esto pone en evidencia otro desequilibrio interno en cuanto a la atención residencial. Solo un 10% se dirige a personas con discapacidad. Obviamente el menor número de población discapacitada que de tercera edad, no justifica estos 32 puntos porcentuales de diferencia entre unos y otros servicios residenciales.

Los datos constatan la realidad que los profesionales viven en el día a día, existen más carencias de recursos residenciales para las personas con discapacidad física, psíquica o enfermedad mental. Nuevamente una falta de planificación y actuación política decidida, para corregir desequilibrios en el nivel de atención y grado de cobertura entre las distintas situaciones de dependencia que originan la necesidad de atención residencial.

Es conocido que los servicios sociales son un sector feminizado, las mujeres abarcan el 77% del empleo de este sector, pero si particularizamos en el SAD, las mujeres representan el 90% del empleo.

En cuanto a trabajadores inmigrantes vemos que en el conjunto del sector representan el 12%, dato similar a la media nacional. Sin embargo las trabajadoras/ es extranjeros en el SAD ascienden a un 17%.

El 40% de las trabajadoras del SAD tiene más de 45 años.

La tasa de temporalidad en el SAD es del 56%, 13 puntos porcentuales más que la media de la tasa de temporalidad en el conjunto del sector de servicios sociales. La tasa de temporalidad en el total del sector privado, en el conjunto de la economía, se situó en 2008 en un 36'26%.

El 55% del empleo del SAD se concentra en los grupos de cotización de baja cualificación: auxiliar administrativo y mayores de 18 años sin cualificación. Llegando en estos grupos a registrar tasas de temporalidad superiores al 60%. Este hecho repercute directa y gravemente en la calidad de los servicios atendiendo a la continuidad de atención que requieren las personas, y a la repercusión negativa que tiene la rotación de personal en la seguridad y bienestar a las personas usuarias de SAD. También afecta a la calidad del servicio en la medida que la falta de estabilidad laboral impide que las trabajadoras realicen cursos y procesos formativos para su cualificación. Profesionalizar el SAD es requisito indispensable para garantizar calidad en la atención, y a su vez, es requisito para poner en valor social y laboral este empleo y con ello alcanzar, desde este reconocimiento, mejores condiciones salariales y laborales.

La oferta formativa también presenta muchos déficits, es dispersa y heterogénea, los itinerarios formativos no son claros y adecuados. La oferta formativa no está regulada ni homologada. Solo un dato que se ofrece desde la fundación tripartita para el empleo: en el año 2004, solo un 2% de participantes en formación continua eran trabajadoras del SAD.

En cuanto al tipo de jornada, nos encontramos con que el 61% de los contratos en el SAD son a tiempo parcial. Esta cifra de por sí impresionante, resulta todavía más escandalosa si tenemos en cuenta que la media nacional de contratos parciales es del 11%.

Estos datos sobre temporalidad, rotación, baja cualificación, bajo nivel retributivo, jornada etc, ponen de manifiesto que se trata de un empleo que ha crecido sobre la base de unas condiciones laborales precarias.

Falta de reconocimiento social y profesional, falta de formación para atender situaciones cada vez más complejas, falta de posibilidades de promoción personal y laboral, inestabilidad, sobrecarga de trabajo y prolongaciones de jornada..., etc, también constituyen riesgos en materia de salud laboral, sobre todo de carácter psicosocial, en estas trabajadoras.

Apunto, por último, algún dato más sobre la configuración del empleo en el sector de Servicios sociales, donde se incluye el Servicio de Ayuda a Domicilio, que nos dé paso a hablar, desde el punto de vista de CC.OO de cuales son las causas que originan y mantienen esta situación de empleo precario.

En el estudio realizado para CC.OO sobre el perfil laboral y estructura salarial del sector de SS.SS por el profesor Joaquín Pichart del Departamento de Fundamentos de Economía de la Universidad de Alcalá, se recoge que,

según la EPA, en los últimos 12 años (1996-2008), la población asalariada en el sector de servicios sociales ha tenido un crecimiento de un 199'90 %, mientras que en el conjunto de la economía ha sido de un 78'66%. Este dato sitúa a los servicios sociales como el sector más dinámico en materia de crecimiento de empleo, que cualquier otra actividad de este país.

Pero este dato hay que acompañarlo de otro, el referido a la evolución de la participación del sector privado, también en estos últimos 12 años, en el ámbito de los servicios sociales.

En 1996 la participación del sector privado en los servicios sociales era del 55%, en 2008 esta participación se incrementa en más de 21 puntos porcentuales, alcanzado la cifra del 76'55%.

Si hacemos la comparativa con el sector sanitario, observamos que en 1996 la participación del sector privado era del 23 % y en 2008 ha sido del 31'54%. Por tanto ha sufrido un incremento del 8'5%.

La diferencia entre uno y otro sector es sustancial, con la particularidad de que en el sector sanitario hay una actividad profesional netamente privada y empresarial que no forma parte del sector público. Mientras que en servicios sociales donde la tasa de salarización es del 96'78%, podemos decir que casi toda la actividad en este ámbito está vinculada a las administraciones.

Por tanto, los servicios sociales han sido en este país el sector más dinámico en cuanto a creación de empleo en estos años, alcanzando una tasa de crecimiento del 200%. Pero este empleo se ha generado sobre la base de la precariedad laboral, y ahí están los datos. A su vez, este incremento de empleo ha ido parejo al incremento de la participación privada en el sector que hoy representa el 76'55 % de la actividad. Este alto porcentaje no tiene a su vez, el correlativo en la actividad inspectora ni reguladora de la Administración. Estas son algunas preguntas que necesitan respuesta.

- ¿Qué servicio público se está configurando entorno a los servicios sociales?
- ¿Es la atención de las necesidades sociales un nicho más de mercado? ¿Cuál es la evolución y la configuración interna actual de esa iniciativa privada?
- ¿Se puede ejercer de igual manera la responsabilidad pública y ofrecer las mismas garantías en el ejercicio de los derechos sociales a la ciudadanía, que en otros Sistemas de Bienestar?

- ¿Está bien definido y regulado en qué, cuánto y cómo puede participar la iniciativa privada en los servicios sociales?
- ¿Qué cambios de directrices y de políticas se necesitan? ¿Qué estrategias hay que implementar?

Comisiones Obreras ha sido organización impulsora y participante en la elaboración de ley 39/2006. Y estamos firmemente comprometidos con la implantación del SAAD, de tal manera que venga a respetarse los contenidos nucleares de esta Ley. A más de dos años de su puesta en marcha, estas preguntas y otras, hay que hacérselas y responderlas para implementar los cambios que una más y mejor atención a las personas y un mayor y mejor empleo precisan, desde un Sistema de protección social de responsabilidad pública.

La externalización de costes, riesgos y responsabilidades, es la lógica con la que han actuado las Administraciones de forma generalizada en servicios sociales. Y esta lógica se ha interiorizado, se ha “naturalizado” y se convive con ella, en ella y para ella sin una posición suficientemente crítica y activa desde todas las instancias.

Son muchos los factores que han confluído para situarnos en esta realidad deficitaria, aspectos fiscales, jurídicos, administrativos, políticos, ideológicos, económicos... La falta de identidad, cohesión, definición y consolidación de los Sistemas públicos de servicios sociales hacen que ni el trabajo social, ni el trabajo de los profesionales, tengan un adecuado reconocimiento y valor social e institucional.

Se han dan tímidos pasos para reconducir esta situación, y la ley 39/2006 es una oportunidad para avanzar en buena dirección, pero en estos momentos hay que ser muy críticos de una manera constructiva. El pasado noviembre se alcanzó en el Consejo Territorial (gobierno central y CC.AA), un acuerdo sobre criterios comunes de Acreditación para garantizar la calidad de centros y servicios en el SAAD. Esto es positivo en sí mismo, desde la lectura de que se ha dado un primer paso en establecer un mínimo denominador común en esta materia, pero sin perder de vista que constituye un punto de salida, no de llegada y quedan muchos vacíos y mucha fragilidad en estas cuestiones, al tiempo que han sido muchas las resistencias para alcanzar este Acuerdo de mínimos.

El SAD es el servicio menos regulado en materia de acreditación de las empresas y en materia de calidad y condiciones de empleo. Existe mucha dispersión y variabilidad de situaciones en cada municipio. No viene este Acuerdo a avanzar mucho en estos términos. La afección o desafección

que los gobiernos municipales tengan con respecto al SAD, la voluntad descentralizadora o recentralizadora que tengan las CC.AA , la adecuación y ordenación en materia financiera y competencial entre ayuntamientos y gobiernos autonómicos, el modelo de provisión y gestión que se impulse, el diseño de la oferta orientada a la participación de un tipo u otro de iniciativa privada, así como la asunción o no de la gestión directa del servicio por las administraciones, o el establecimiento de iniciativas empresariales públicas, van a ser en definitiva las cuestiones que van a definir como se configura el Servicio de Ayuda a Domicilio en cada localidad y a su vez lo que va a determinar la calidad del servicio y del empleo que se genere.

Pero esto requiere por parte de los gobiernos y sus técnicos directivos un proceso de análisis y evaluación que conduzca a decisiones conscientes, en base a qué Modelo de política social se quiere desarrollar, qué formas de provisión y gestión conlleva, qué normativa y regulación se precisa. Sin olvidar que la Ley 39/2006 ya establece perfiles.

Igualmente la exigencia de situar en el marco del Dialogo social y la concertación todos los factores estructurales que influyen en la configuración del SAAD y crean realidades, es un reto al que gobiernos, patronal y sindicatos tienen que hacer frente.

De lo contrario, y cada uno desde su ámbito de influencia, simplemente estaremos siendo arrastrados por la inercia de otros intereses que sí están definidos, planificados y ofertados, y que ya dibujan una realidad objetiva.

## **ATFC (Asociación de Trabajadores/as familiares de Catalunya)**

### **Repercusiones de las nuevas leyes sobre los trabajadores familiares**

**María Bosch Molas**

Expresidenta de la Asociación de Trabajadores/as Familiares de Catalunya (ATFC)

La Asociación de Trabajadoras/es Familiares de Catalunya, nace el año 1984 y fue un grupo de Trabajadoras/es Familiares de los alrededores de Barcelona y comarcas, que con el objetivo de promover la profesión y

dotarla de contenido, decidió reunirse y comparar cuales eran las condiciones de contratación y trabajo para poder conseguir la homologación tanto en criterios de formación, cómo salariales y laborales del colectivo. A lo largo de todos estos años hemos luchado para conseguir un Marco Regulador del SAD que todavía está en fase de elaboración.

Para poder situar el tema me voy a centrar en las leyes aprobadas recientemente:

***Ley de la Dependencia o de la Autonomía personal*** (Aprobada por el Congreso de los Diputados el 30 de Noviembre de 2006.)

***Ley de Servicios Sociales de Catalunya*** 12/2007 del 11 de octubre, con carácter universal (Aprobada por El Parlament de Catalunya)

***Cartera de Serveis***. Decreto 151/2008 del 29 de julio (Aprobada por El Parlament de Catalunya)

Según la ley de Servicios Sociales de Catalunya *el SAD es un conjunto organizado y coordinado de acciones que se realizan básicamente en el domicilio de la persona y/o familia dirigidas a proporcionar atenciones personales, ayuda al hogar y atención social a aquellas personas y/o familias con dificultades para desenvolverse, de integración social o falta de autonomía personal.*

Con la primera ley de Servicios Sociales en Catalunya surge el perfil del trabajador familiar con una formación homologada por el comité de expertos de la Generalitat y con una duración de 750h de formación, de las cuales 400h de teoría y 350 h de prácticas en diferentes ámbitos .Esto permitió que básicamente mujeres pudieran de alguna manera formarse y promocionarse profesionalmente. Se crearon puestos de trabajo y en muchos casos trabajando en equipo. Desde nuestra asociación esta ha sido una de las reivindicaciones fundamentales junto con el reconocimiento de la formación. Hemos observado que la externalización de servicios provoca en el profesional inseguridad laboral, aislamiento, desmotivación, frustración, síndrome del Burnout... A menudo nos preguntamos porqué todavía en este sector a la palabra empleo se la define de maneras tan diversas.

Si entendemos la palabra empleo como el hecho de ejecutar unas tareas por las cuales el trabajador recibe una remuneración, versus salario y que repercute en los índices de ocupabilidad tendremos una visión positiva de la creación de puestos de trabajo vinculados a la Ley de la Dependencia. No obstante sí que hemos observado una mayor precarización tanto del punto de vista laboral como profesional. La certificación de competencias puede ser un arma de doble filo: por una parte posibilita la crea-

ción de puestos de trabajo y por otra puede seguir favoreciendo que haya profesionales con diferentes niveles formativos para un mismo puesto de trabajo. Consideramos que esto no favorece el avanzar hacia una buena calidad de servicio.

Si la ejecución de tareas requeridas en el Servicio de Ayuda a domicilio contemplado tanto desde la Ley de Dependencia como la de Servicios sociales implica una formación y una metodología de trabajo, hablaríamos de profesión. Si además esta profesión implica a su vez asegurar de forma eficiente los derechos de la persona en situación de dependencia o fragilidad por cualquier causa, entonces requiere de un Marco Regulador de la profesión donde se describan las competencias: sus límites, derechos y deberes.

En los diferentes espacios en los que participamos vemos que no todos tenemos en la cabeza el mismo modelo de atención a domicilio.

El concepto del doble mensaje hay que enmarcarlo en la teoría de la comunicación. *“La comunicación dañada en algún lugar, aquello que se dice, no corresponde a aquello que se piensa. Es el sí, pero no”* De esta frase que nos decía María Ramos Miranda Trabajadora Social en ASEM Catalunya en el II Congreso de Treballadors Familiars en diciembre 2006, podemos extraer que se pide calidad del servicio, formación de los profesionales, buena gestión etc....pero en realidad eso no se cumple y prima la inserción laboral.

Cuando hablamos de calidad, desde nuestro punto de vista observamos por un lado que todos los actores implicados en el tema, políticos gestores, profesionales etc.... sin excepción proclamamos a los cuatro vientos la importancia del Servicio de ayuda a Domicilio. Por otro y siempre según nuestra experiencia vemos un progresivo retroceso en las condiciones laborales y profesionales y un reduccionismo en el tipo de atención que se presta a los ciudadanos.

Vemos también que una de las principales preocupaciones de todos los agentes implicados en la provisión del servicio es la formación de los profesionales.

Pensamos que para mantener la motivación y procurar la calidad de la atención es necesario que los trabajadores creen y perciban que su trabajo es importante y que les de bienestar económico adecuado. Que existan vías de progreso dentro de la profesión. Actualmente esto no ocurre y en el Servicio de Ayuda a Domicilio el trabajador es la imagen de la institución o empresa.

Es interesante en las profecías del modelo de LITTLE 1988 observar la influencia que se establece entre el profesional y la persona que percibe la ayuda o cuidado. Un profesional con expectativas negativas tendrá un comportamiento sobre protector que provocará una disminución de oportunidades, lo que conlleva una disminución de capacidades y como consecuencia el cumplimiento de las expectativas.

Como conclusión a todo lo expuesto diría que:

- Tal como funciona la estructura actual no se cumple el criterio de calidad.
- El concepto del doble mensaje no se puede instaurar.
- Es necesario clarificar y unificar criterios para que el ciudadano reciba el mismo servicio viva donde viva y tenga la condición que tenga.
- En el servicio de Ayuda a Domicilio no se deben excluir los servicios sociales de atención primaria.

Construir un modelo de calidad y sostenible es responsabilidad de todos.

# AESTE (Asociación de Empresa de Servicios para la Dependencia)

**Alicia Azaña Diz**

Gerente de la Asociación de Empresas de Servicios para la Dependencia (AESTE)

## Análisis de la oferta y la demanda de Servicios de atención a domicilio

Demanda de los Servicios de atención a domicilio

Porcentajes de población dependiente usuaria de cada tipo de recursos. 2005

Gran dependencia	Total
Residencia	84,2%
Centro de día	5,4%
SAD	2,7%

Dependencia severa	Total
Residencia	34%
Centro de día	19,2%
SAD	22,7%

Dependencia moderada	Total
Residencia	
Centro de día	
SAD	50%

Porcentajes de población dependiente usuaria de cada tipo de recursos. 2010

Gran dependencia	Total
Residencia	85,3%
Centro de día	5,1%
SAD	2,6%

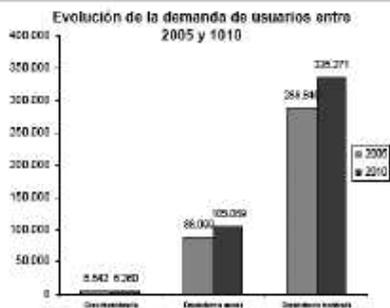
Dependencia severa	Total
Residencia	35,5%
Centro de día	18,3%
SAD	25,1%

Dependencia moderada	Total
Residencia	
Centro de día	
SAD	54,5%

Fuente: Libro Blanco de la Dependencia

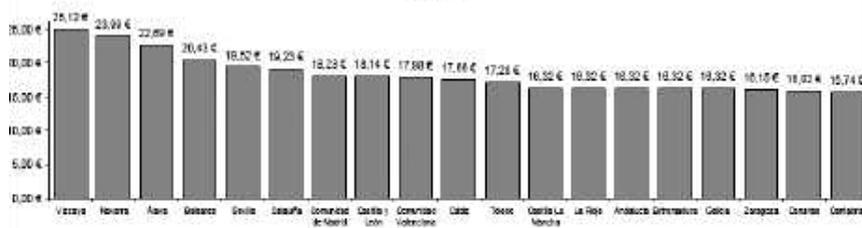
## Intensidad del Servicio de Atención a Domicilio prevista por la Ley de Dependencia

Grado de dependencia	Horas de atención prevista por la ley (mensual)	Media
Grado III	Entre 65 y 80	67,5
Grado II	Entre 30 y 55	42,5
Grado I	Entre 16 y 20	22,5

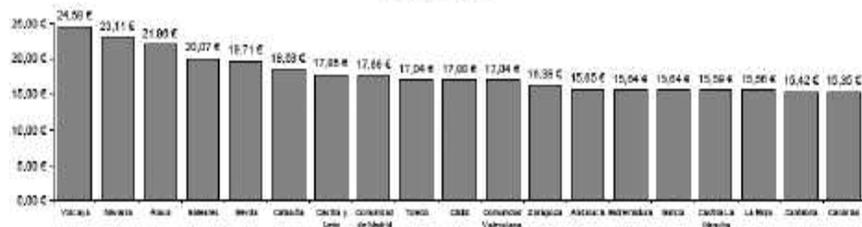


Fuente: Elaboración propia a partir del padrón municipal a 1 de enero 2006, las proyecciones a corto plazo (PE), Tablas Libro Blanco y aplicación de las intensidades horarias.

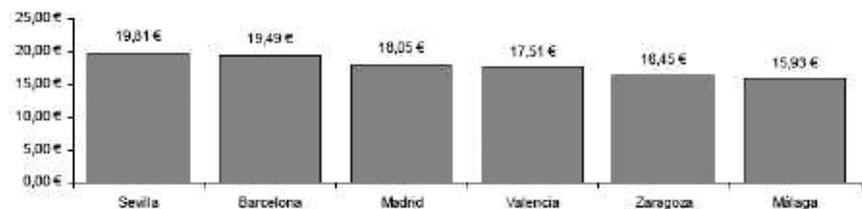
**Ámbito rural**



**Pobl. < 600.000 hab.**



**Pobl. > 500.000 hab.**



## Cálculo de la estructura de costes 2008. Castilla y León

Coste horario del Servicio			
	Ambito rural	Pobl. < 500.000 hab.	
<b>Costes salariales auxiliares</b>	<b>12,95 €</b>	<b>75,39%</b>	<b>12,94 €</b>
Coste salarial atención directa	10,42 €	81,47%	10,42 €
Diminución de la jornada efectiva de trabajo	2,53 €	14,92%	2,52 €
Desplazamiento	1,00	3,57%	1,00
Descanso	0,00	0,00%	0,00
Formación	0,00	0,00%	0,00
Coordinación	0,00	0,00%	0,00
Alimentación	0,55	3,82%	0,56
Horas perdidas	0,13	0,76%	0,10
Licencias reducidas	0,47	2,62%	0,40
Salud laboral	0,00	0,00%	0,00
Horas indicadas	0,12	0,70%	0,14
<b>Costes Salariales coordinación y administración</b>	<b>1,10 €</b>	<b>6,95%</b>	<b>1,27 €</b>
Salario bruto coordinación y administración	1,10 €	9,95%	1,27 €
<b>Costes generales</b>	<b>1,10 €</b>	<b>6,48%</b>	<b>0,77 €</b>
Transporte	0,08 €	3,41%	0,18 €
Oficina	0,24 €	1,41%	0,31 €
Alquiler	0,607 €	0,28%	0,100 €
Teléfono	0,262 €	0,21%	0,041 €
Electricidad	0,044 €	0,02%	0,016 €
Materia de trabajo	0,010 €	0,11%	0,006 €
Amortización material inf.	0,013 €	0,07%	0,016 €
Amortización mobiliario	0,002 €	0,01%	0,002 €
Mantenimiento	0,004 €	0,02%	0,040 €
Materia de trabajo auxiliar	0,08 €	0,40%	0,08 €
Otros (peajes, formación, etc.)	0,21 €	1,21%	0,21 €
<b>Costes soporte servicios centrales</b>	<b>0,69 €</b>	<b>4,04%</b>	<b>0,67 €</b>
<b>Costes financieros</b>	<b>0,23 €</b>	<b>1,38%</b>	<b>0,23 €</b>
<b>Margen de contribución</b>	<b>0,81 €</b>	<b>4,76%</b>	<b>0,79 €</b>
<b>TOTAL (sin IVA)</b>	<b>16,95 €</b>		<b>16,68 €</b>
<b>TOTAL (IVA incluido)</b>	<b>18,14 €</b>		<b>17,85 €</b>

\*Para el cálculo de los costes salariales se aplica Convenio colectivo SAD Castilla León

## Cálculo de la estructura de costes 2008. Comunidad de Madrid

Coste horario del Servicio			
	Ambito rural	Pobl. < 500.000 hab.	Pobl. > 500.000 hab.
<b>Costes salariales auxiliares</b>	<b>13,01 €</b>	<b>76,36%</b>	<b>12,69 €</b>
Coste salarial atención directa	10,24 €	80,10%	10,24 €
Diminución de la jornada efectiva de trabajo	2,77 €	16,27%	2,41 €
Desplazamiento	1,00	6,23%	0,87
Descanso	0,21	1,22%	0,23
Formación	0,00	0,00%	0,00
Coordinación	0,00	0,00%	0,00
Alimentación	0,00	0,00%	0,00
Horas perdidas	0,13	0,76%	0,10
Licencias reducidas	0,47	2,62%	0,40
Salud laboral	0,00	0,00%	0,00
Horas indicadas	0,07	0,38%	0,06
<b>Costes Salariales coordinación y administración</b>	<b>1,24 €</b>	<b>7,29%</b>	<b>1,33 €</b>
Salario bruto coordinación y administración	1,24 €	7,29%	1,33 €
<b>Costes generales</b>	<b>1,06 €</b>	<b>6,20%</b>	<b>0,84 €</b>
Transporte	0,02 €	0,83%	0,34 €
Oficina	0,17 €	0,80%	0,20 €
Alquiler	0,040 €	0,28%	0,107 €
Teléfono	0,000 €	0,21%	0,011 €
Electricidad	0,044 €	0,06%	0,055 €
Materia de trabajo	0,010 €	0,11%	0,006 €
Amortización material inf.	0,013 €	0,07%	0,019 €
Amortización mobiliario	0,002 €	0,01%	0,002 €
Mantenimiento	0,004 €	0,02%	0,040 €
Materia de trabajo auxiliar	0,07 €	0,42%	0,07 €
Otros (peajes, formación, etc.)	0,20 €	1,10%	0,10 €
<b>Costes soporte servicios centrales</b>	<b>0,69 €</b>	<b>4,04%</b>	<b>0,67 €</b>
<b>Costes financieros</b>	<b>0,23 €</b>	<b>1,38%</b>	<b>0,23 €</b>
<b>Margen de contribución</b>	<b>0,81 €</b>	<b>4,76%</b>	<b>0,79 €</b>
<b>TOTAL (sin IVA)</b>	<b>17,04 €</b>		<b>16,51 €</b>
<b>TOTAL (IVA incluido)</b>	<b>18,23 €</b>		<b>17,66 €</b>

\*Para el cálculo de los costes salariales se aplica Convenio colectivo SAD Madrid

## PRESTACIONES RECONOCIDAS

No existen datos oficiales del tipo de prestación reconocida en el 44,09% de los casos y es la prestación económica al cuidador familiar el tipo de prestación más concedida, en un 25,79% de los casos con una tendencia clara al alza.

	Datos a 1/12/2008		Datos a 1/01/2009		Datos a 1/02/2009	
		%		%		%
Total prestaciones	422.846		449.415		529.889	
Prestaciones sin especificar	186.674	44,15	172.065	38,29	233.646	44,09
P.E. Asistente Personal	171	0,04	210	0,05	214	0,04
P.E. Cuidadores familiares	109.287	25,85	129.151	28,74	136.640	25,79
P.E. vinculada al servicio	13.197	3,12	17.944	3,99	19.155	3,61
Atención residencial	58.960	13,94	68.036	15,14	71.905	13,57
Centros de día/noche	12.270	2,90	13.932	3,10	14.823	2,80
SAD	32.236	7,62	36.722	8,17	40.554	7,65
Teleasistencia	9.820	2,32	11.056	2,47	12.426	2,35
Prevención Dependencia y Promoción Autonomía Personal	231	0,05	259	0,06	524	0,10

Fuente: Elaboración propia a partir de estadísticas oficiales del IMSERSO.

**80% PRESTACIONES NO VINCULADAS A SERVICIOS PROFESIONALES**

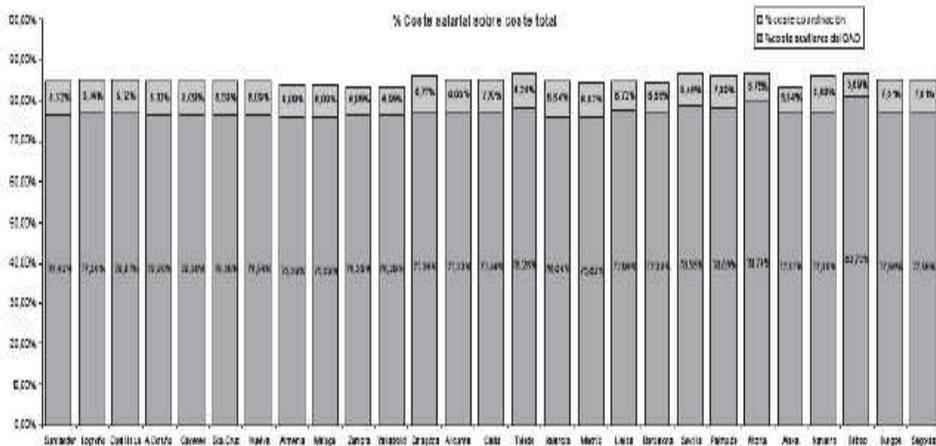
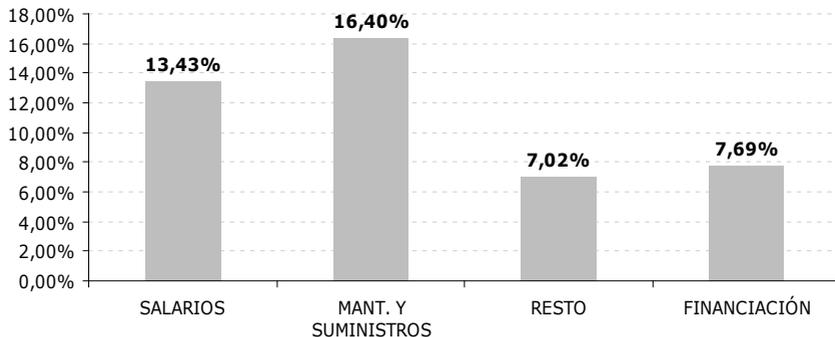
### REQUIERE

**Marco claro: Finalización del Desarrollo reglamentario.  
Profesionales formados y condiciones laborales similares a otros sectores de actividad.  
Calidad e innovación en el cuidado de la dependencia.**

## Tarifas adecuadas para asegurar la viabilidad a largo plazo

Residencia incremento de costes superior en más 4 % al incremento de tarifas.

Incremento (%) Costes 2004-2006



	TARIFAS A LICITACIÓN 2008 (IVA INCLUIDO)	COSTE S/ESTUDIO DELCRITTE (2008)	DIFERENCIA (€)	DIFERENCIA (%)
BILBAO	21,95 €	24,58 €	-3,02 €	-14,01%
PAMPLONA (1)	23,32 €	23,11 €	0,21 €	0,88%
DIPUTACION ÁLAVA (2)	17,89 €	22,89 €	-4,80 €	-26,81%
VITORIA (3)	18,01 €	21,98 €	-3,95 €	-21,82%
PALMA DE MALLORCA (4)	19,95 €	20,07 €	-0,52 €	-2,61%
SEVILLA	17,33 €	19,91 €	-2,48 €	-14,28%
CÓRDOBA	13,00 €	15,05 €	-2,05 €	-20,41%
BARCELONA (5)	18,05 €	19,49 €	-3,44 €	-21,46%
LLEIDA	10,00 €	18,03 €	-2,03 €	-10,40%
MADRID	17,50 €	18,06 €	-0,56 €	-3,14%
BURGOS (6)	14,99 €	17,95 €	-2,95 €	-19,69%
VALLADOLID	11,00 €	17,95 €	-6,95 €	-62,84%
VALENCIA	15,80 €	17,51 €	-1,01 €	-10,10%
CASTELLÓN	16,00 €	17,04 €	-1,04 €	-6,58%
TOLEDO	15,89 €	17,04 €	-1,15 €	-7,23%
ALICANTE (7)	15,04 €	17,04 €	-2,00 €	-13,28%
ZARAGOZA (8)	15,88 €	16,45 €	-0,79 €	-5,05%
DIPUTACION VALLADOLID	15,19 €	16,32 €	-1,13 €	-7,41%
DIPUTACION ZAMORA (9)	14,59 €	16,22 €	-1,74 €	-11,87%
DIPUTACION ALMERÍA	13,00 €	16,32 €	-3,32 €	-25,57%
DIPUTACION HUELVA	10,00 €	16,32 €	-6,32 €	-63,21%
HUELVA (10)	13,00 €	15,05 €	-2,05 €	-20,41%
LOGROÑO	16,00 €	15,58 €	0,56 €	3,73%
SANTANDER (11)	12,85 €	15,42 €	-2,57 €	-19,88%

(1) El precio es el de licitación de 2007.

(2) (3) El precio se refiere a lo que se le pagaba al proveedor de servicios en el año 2007.

(4) (5) (7) (10) (11) El precio se refiere a lo que se le paga al proveedor de servicios en el año 2008.

(6) El precio de licitación se refiere al contrato suscrito en febrero de 2000.

(8) El precio se refiere a lo que se le paga al proveedor de servicios en el año 2005, (lista de 3 lotes más los costes de desplazamiento) (Actualización precio 2008).

(9) El precio de licitación es para el año 2005.

Fuente: Operadores del sector y Pliegos de condiciones

## Conclusiones

- El **coste salarial** representa aproximadamente el **85-88% del coste total del servicio**. Se desglosa en el coste salarial bruto de los/las auxiliares (**61-63%**), incrementado por la **disminución efectiva de trabajo (14-16%)**, y en el coste de coordinación y administración (**5-8%**).
- La **disminución efectiva de trabajo** se refiere conceptualmente a aspectos como los tiempos de desplazamiento entre servicios, formación, coordinación, descanso, horas sindicales, horas de salud laboral, absentismo y licencias retribuidas.
- La repercusión de los **costes de coordinación y administración** cada vez es mayor y son considerados como una de las variables clave para asegurar la calidad.
- El análisis comparativo de los precios a los que se están licitando los contratos de servicios en las diferentes administraciones (Locales y Diputaciones) muestra como prácticamente en su totalidad **ninguno de ellos cubre el coste del servicio**. Únicamente el Ayuntamiento de Pamplona cubriría el 100% del coste del servicio.
- En muchos casos existen **diferencias muy sustanciales (>20%)** entre el coste del servicio según el modelo de costes elaborado y el precio licitado por las Administraciones.
- El presente estudio es un análisis de costes basado en la prestación del servicio a través de un perfil profesional de auxiliar. **No se han incorporado el coste de otros perfiles profesionales** como fisioterapeutas, gerocultores, psicólogos, etc... que podrían participar en una prestación de atención a domicilio con un concepto de prestación multidisciplinar.

## Dificultades y propuestas

Precio de concertación no refleja la realidad de los costes del sector	Fijación de precios que las CC.AA. deberían pagar por los servicios concertados, de acuerdo con sus costes reales y calidad.
Escasez de mano de obra cualificada:	Prestaciones en servicios profesionales
Baja calidad del servicio mercado emergente y poco maduro.	Homogeneización de los sistemas de calidad basada en los niveles de atención y la carga de trabajo necesaria,
Marco indefinido sin una regulación mínima común entre CC.AA.	Acreditación de los centros tenga en cuenta la cualificación profesional, la formación o los ratios de personal adecuados al perfil y necesidades de los usuarios.

# ANEXO 3

## DERECHOS DE LOS USUARIOS

**Oficina del ARARTEKO (Defensor del Pueblo de Euskadi)**

Fermín Barceló

**Unión de consumidores de Aragón.**

Alicia Arbe Serrano

En el ámbito de un Servicio como la Ayuda a Domicilio, los derechos de sus usuarios/as adquieren especial relevancia. En primer lugar por sus propias características, ya que se trata de personas que, por su edad u otras circunstancias, ven limitadas sus capacidades para realizar actividades de la vida diaria, por lo que pueden resultar especialmente vulnerables. Pero también por el espacio en el que se desarrolla el servicio: el propio domicilio.

El domicilio como espacio de la vida personal, que en toda la legislación es objeto de una especial protección, ya que es allí donde se desarrolla la convivencia más íntima.

Necesariamente el Servicio de Ayuda a Domicilio “invade” este espacio de intimidad de la persona, y realiza además tareas que tienen que ver con aspectos muy personales de la vida y la convivencia.

De ahí la especial sensibilidad con la que estamos obligados a abordar todo lo relacionado con el respeto y protección a los derechos de los usuarios/as de este Servicio. En primer lugar, siendo conscientes del carácter invasivo que supone. Y coherentemente, reflexionando sobre los mecanismos que hemos de tener en cuenta para que ello no represente una vulneración de ninguno de los derechos que tienen las personas. Más aún, como personas vulnerables, el Servicio de Ayuda a Domicilio ha de velar con especial interés por la garantía de sus derechos.

A ello van dedicadas las siguientes páginas, que forman parte de las aportaciones y del debate que se produjo en las Jornadas organizadas por la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (Zaragoza 2009)

# ARARTEKO

**Fermín Barceló**

Responsable de relaciones sociales del ARARTEKO  
(Defensor del Pueblo del País Vasco).

En la exposición de este tema, utilizamos básicamente los datos y las informaciones acumuladas en los últimos años en una institución de defensa de los derechos (el Ararteko, Defensor del pueblo del País Vasco). Con tres fuentes principales:

- Los informes extraordinarios dedicados a analizar la situación de las personas mayores en nuestra Comunidad y, más en concreto tres servicios básicos: los centros residenciales, los centros de día y el SAD (Cfr. Listado de publicaciones, al final)
- Un estudio editado recientemente por el Ararteko sobre los derechos de las personas mayores y la prevención del mal trato.
- Las quejas y los seguimientos anuales sobre estas cuestiones.

Es verdad que los datos en los que nos basamos se circunscriben a una realidad concreta: la de la Comunidad Autónoma del País Vasco, con una distribución competencial en esta materia bastante especial (en concreto, en cuando al SAD, con intervenciones y responsabilidades tanto de los ayuntamientos, como de las diputaciones forales y del Gobierno Vasco). Pero, creemos que buena parte de las reflexiones y sugerencias pueden ser igualmente válidas para otros contextos.

Nos centraremos en cinco cuestiones que nos parecen básicas para que la distancia entre los derechos reconocidos y la realidad de los hechos cotidianos sea lo menor posible en el tema que nos ocupa.

## **El derecho subjetivo al SAD en aplicación de la Ley de Dependencia**

Podríamos caracterizar el momento actual, respecto al SAD, como “de tránsito”. De un sistema de prestaciones que se iba abriendo camino progresivamente, con grandes diferencias entre unos lugares y otros, a un sistema de aplicación de un derecho subjetivo, establecido por Ley y que pre-

tende ser más igualitario. Y, de hecho, hoy, en algunos lugares coexisten ya dos o tres SAD (por ejemplo en el caso de Vitoria-Gasteiz).

Todo apunta, además, a una cada vez mayor demanda de este servicio. Por diversas razones:

- El envejecimiento progresivo de la población.
  - El incremento progresivo de las personas con dependencia.
  - Las bajas tasas de cobertura de las que se parte.
  - La baja intensidad (nº de horas/ tareas que se cubren/ días del año) en la atención prestada.
  - Las demandas de este servicio que están efectuando las personas dependientes ya valoradas hasta la fecha
  - El calendario de aplicación de la propia Ley de dependencia...
- Respecto a las tasas de cobertura y de intensidad, por ejemplo, en nuestro caso, hay enormes diferencias entre territorios y entre municipios (las medias actuales estarían en torno al 5% del total de la población mayor de 65 años, y en algo menos de las 300 horas de atención al año por persona atendida). Las diferencias son aún mayores cuando comparamos datos entre las distintas Comunidades, y mucho mayores si nos fijamos en otros países como Islandia (19,5% de cobertura) o Dinamarca (24,2%)...

A veces no resulta fácil obtener datos fiables y comparables. Es importante, pues, hacer un seguimiento de cómo se está dando este tránsito, con datos, indicadores e instrumentos fiables, que ayuden a tomar las decisiones correctas y corregir posibles desviaciones.

## **Conocer los derechos: una condición necesaria para ejercerlos**

Muchas personas (con frecuencia, las más vulnerables) desconocen cuáles son sus derechos.

Así, por ejemplo, en los cuestionarios pasados a una muestra de personas autónomas, personas dependientes, familiares y profesionales de recursos del País Vasco (residencias y centros de día para personas mayores), respec-

to a la pregunta más general, sobre conocimiento de los derechos, se observa que:

- el 53 % de las personas autónomas dice desconocerlos;
- el 67% de las personas mayores en situación de dependencia dice desconocer sus derechos como residente o usuaria;
- el 25% de los familiares dice desconocerlos;
- el 58% de los profesionales considera necesario crear algunos programas o servicios para que las personas mayores y sus familiares sean más conscientes de sus derechos y capaces de defenderlos y exigirlos...

Se trata de una condición necesaria (aunque insuficiente) para poder exigir, respetar, solidarizarse...; incluso para poder “ver” (ser consciente de) posibles vulneraciones.

El nivel de información o desinformación alcanza también a otras muchas cuestiones, como se comprueba en las respuestas a preguntas como:

- ¿Le ha proporcionado el centro un documento en el que se detallan los derechos? (No: 95%)
- ¿Conoce el derecho que tiene a designar a la persona que considere más adecuada para que defienda sus intereses, si en un futuro usted no lo puede hacer por sí mismo? (No: 44%)
- ¿Se le ha informado y sabe cómo y dónde presentar una queja, sugerencia o reclamación? (No. 55%)
- ¿Se siente respetado por...? (derecho a la dignidad)
- ¿Tiene la posibilidad de gestionar sus asuntos personales...? (derecho a la independencia)
- ¿Tiene posibilidad de vestirse y desvestirse en condiciones de privacidad? (derecho a la intimidad)
- ¿Tiene posibilidad de elegir entre dos menús? (a la libertad de elección)
- Etc.

(Para ver estos datos y otros muchos, así como los cuestionarios utilizados, Cfr. “Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato”, Ararteko, 2009)

## **Condiciones de vulnerabilidad y riesgo de indefensión**

Pero no basta con conocer los derechos que uno tiene como usuario para poder ejercerlos. La situación de dependencia, de hecho, por sus propias características, crea cierta indefensión.

Tomemos, por ejemplo, los datos del SAD del último año (2008) de la Diputación Foral de Álava. De las 4.142 personas atendidas:

- 2.698 (el 65%) tenían 81 o más años;
- 2.103 (51%) estaban ya valoradas como dependientes en los grados I, II y III;
- el 41,4% vivían solas;
- el 33,5% con familiares mayores de 65 años...

No siempre se está en condiciones de exigir. De ahí la importancia del empoderamiento de las personas mayores.

En ocasiones, las quejas que recibimos de las personas mayores o, más frecuentemente, de sus familiares muestran este tipo de riesgos.

## **Qué pueden hacer los gestores de los recursos**

El ejercicio de los derechos de las personas usuarias no sólo depende de ellas mismas, o de sus familiares, o de las profesionales que les atienden.

Los gestores de los recursos pueden tener -y deben tener- un papel proactivo y relevante. Y lo pueden ejercer por medio de múltiples iniciativas o posibilidades. Por ejemplo:

- Evaluaciones sistemáticas, periódicas, centradas en los derechos...
- Criterios y sistemas de calidad.

- Encuestas de satisfacción (a las personas usuarias y/o a sus familiares)
- Buzones de sugerencias, reclamaciones, quejas... y análisis de las mismas para la toma de decisiones
- Comisión de familiares.
- Códigos deontológicos.
- Cartas de derechos y deberes.
- Cuestionarios a una muestra de personas usuarias, familiares, profesionales...
- Servicio de atención al usuario.
- Comisión de personas usuarias.
- Equipos de mejora interdisciplinares.
- Contratos de prestación de servicios con la persona usuaria.
- Procedimientos de prevención del trato inadecuado (pautas de actuación).
- Protocolos para situaciones específicas.
- Formación específica desde la perspectiva de los derechos.
- Comités éticos...

Muchas de estas posibilidades, con ejemplos e instrumentos concretos, se recogen en el libro anteriormente citado. Casi todas, aplicadas al ámbito residencial. Pero aplicables también, muchas de ellas, al SAD.

En realidad, todas las vías o posibilidades señaladas pretenden o tendrían que buscar un único fin: aplicar los derechos de las personas usuarias como criterio fundamental de calidad y de evaluación de los recursos.

### **Las responsabilidades de la Administración**

Independientemente de quién sea el titular o el gestor de un servicio, o de que éste sea propio, concertado, contratado, convenido... hay que recordar la responsabilidad de las administraciones como garantes de los derechos de las personas usuarias (y también de las profesionales).

Esto se concreta en aspectos como:

- Marco normativo, regulación.
- Planificación.
- Dotación de recursos suficientes.
- Compensación de desequilibrios territoriales.
- Apoyo técnico.
- Seguimiento.
- Inspección, supervisión y control...

Con frecuencia, se observa una dejación de responsabilidades en algunos o muchos de los campos señalados. En nuestro caso, por ejemplo, el SAD es precisamente uno de los servicios con un desarrollo normativo más escaso.

### **Publicaciones del ARARTEKO que pueden resultar útiles**

- 1994: “Las residencias de tercera edad en la Comunidad Autónoma Vasca (1992-1994)”
- 1996: “Informe extraordinario sobre la asistencia no residencial a la tercera edad en la Comunidad Autónoma del País Vasco (1994-1995)”
- 1999: “Los derechos no caducan con la edad”
- 2005: “Atención a personas mayores en la CAPV: servicio de asistencia domiciliaria, centros de día y centros residenciales”.
- 2008: “Condiciones de trabajo en el tercer sector de intervención social”.
- 2009: “Los derechos de las personas mayores y la prevención del maltrato”.
- Varios años: Informes anuales (Seguimientos y CAP “Mayores”)

Todas las publicaciones disponibles en web del Ararteko:  
**[www.ararteko.net](http://www.ararteko.net)**

# UCA (Unión de Consumidores de Aragón)

Alicia Arbe Serrano

Abogada de la UCA (Unión de Consumidores de Aragón)

## Derechos de los usuarios

### 1. Derecho a la información

El usuario tiene derecho a:

- Una información suficiente y eficaz sobre el SAD y sobre los requisitos necesarios para su acceso, así como sobre otros recursos de protección social a los que pueda tener derecho.
- Conocer el contenido del reglamento que lo regula.
- Que la información sea clara y concisa.
- Disponer de intérprete en caso de no entender el idioma o por motivos de discapacidad sensorial.
- Que se le informe del precio que debe de satisfacer por el servicio, y que las modificaciones que se produzcan se le comuniquen con antelación suficiente.

### 2.- Derecho a recibir el servicio sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social

El usuario tiene derecho a:

- Que se respete en todo momento su condición sexual, su libertad moral, religiosa e ideológica.
- Que en ningún caso, dichas condiciones o creencias sean incluidas en su expediente personal.
- Que no se le impida el acceso a estos servicios por dichas condiciones o creencias.

### **3.- Derecho al secreto profesional de su Historia Social**

El usuario tiene derecho a:

- Que todo el personal que intervenga en la tramitación de su expediente guarde secreto profesional respecto a la información que conste en su expediente social.
- Que los CMSS y las empresas o entidades prestadoras de los servicios establezcan mecanismos de custodia activa y diligente de la información contenida en su expediente.

### **4. Derecho a la protección de sus datos personales**

El usuario tiene derecho a:

- Que sólo se le exijan los datos de carácter personal que sean adecuados, pertinentes y no excesivos en relación con los fines que se pretenda con ellos.
- Que sus datos personales no sean usados para fines incompatibles con aquellos para los que se hubieran recogido.
- Que sean cancelados sus datos cuando hayan dejado de ser necesarios.
- Ser previamente informado de la existencia de un fichero o tratamiento de datos, su finalidad y de quienes van a ser los destinatarios.
- Que se le pida el consentimiento inequívoco para el tratamiento de sus datos, salvo en los casos previstos en la Ley.
- Acceder, rectificar, cancelar y oponerse a dichos datos.

### **5.- Derecho al respeto de la integridad física y moral**

El usuario tiene derecho a:

- No ser sometido a condiciones o procedimientos que supongan sufrimiento físico, lesiones o daños a la integridad física.

- No ser sometido a tratos degradantes y humillantes que menoscaben su integridad moral

## **6.- Derecho a la protección legal cuando no se posea la capacidad de decidir por sí mismo**

El usuario tiene derecho a:

- Que se defiendan sus intereses y derechos a través de medidas que le protejan jurídicamente y aseguren su bienestar.
- En caso de que la persona usuaria no pueda entender, recibir o solicitar la información de este servicio por sí misma, se debe de facilitar a sus familiares, cuidadores o tutores.

## **7.- Derecho a que se le comunique cualquier modificación que pueda dar lugar a variaciones en la prestación del servicio**

El usuario tiene derecho a:

- Que se le comunique con la debida antelación el cambio en el personal auxiliar que le ha sido asignado.
- La continuidad del personal asignado, salvo causas de necesidad y de ajustes organizativos

## **8.- Derecho a que se cumplan las tareas asignadas en la concesión de la prestación social**

El usuario tiene derecho a:

- Que el auxiliar que le ha sido asignado cumpla con las horas y tareas fijadas en el protocolo.
- Que otro profesional cubra las posibles ausencias del auxiliar asignado, sufriendo el usuario el mínimo perjuicio posible.
- Interponer quejas y reclamaciones por no cumplir el personal auxiliar asignado con las horas y tareas establecidas en el protocolo.

## **9.- Derecho a solicitar la suspensión temporal del servicio por ausencia justificada del domicilio**

El usuario tiene derecho a:

- Solicitar la suspensión temporal del servicio que se le ha concedido por causas justificadas.

## **10.- Derecho a acceder, cesar en la utilización del servicio por voluntad propia, y a renunciar a las prestaciones y servicios concedidos, salvo que exista orden judicial que lo impida**

El usuario tiene derecho a:

- Solicitar la prestación social, a cesar en su utilización y a renunciar a la misma, todo ello voluntariamente.
- En los casos previstos por la ley, la Administración podrá actuar de oficio con carácter excepcional, en los siguientes supuestos: Personas afectadas por alguna minusvalía, incapacitadas judicialmente, sometidas a tutela o curatela, o se trate de menores, adultos y mayores en situaciones de riesgo o desamparo.

## **11.- Derecho a ser orientado hacia otros recursos sociales alternativos**

El usuario tiene derecho a:

- Ser informado de otros recursos sociales alternativos existentes, en caso de necesidad y de modificación de las circunstancias que motivaron su concesión.

## **12.- Derecho a evaluar la calidad de los servicios sociales**

El usuario tiene derecho a:

- Ser tratado con el debido respeto y deferencia por los funcionarios o el personal que presta el servicio.
- Poder evaluar la calidad del servicio que está recibiendo.
- Poder presentar sugerencias, quejas y reclamaciones por el mal funcionamiento del servicio, sin temor a que se le retire dicha prestación.

### **13.- Derecho a exigir la responsabilidad de las Administraciones Públicas y del personal a su servicio**

El usuario tiene derecho a:

– Ser indemnizado por toda lesión o perjuicio que sufra en sus bienes o derechos, siempre que supongan un daño efectivo, evaluable económicamente e individualizable, siempre que dicha lesión sea imputable a la Administración Pública y del personal a su servicio, y que no se deban a fuerza mayor, o aunque se hubieran previsto, fueran inevitables.

#### **VÍAS DE RECLAMACIÓN**

- **El arbitraje de consumo** como medio de resolución extrajudicial de conflictos.
- **El procedimiento administrativo.**
- **La vía judicial.**

# ANEXO 4

## COSTES

### **Modelo de costes del SAD**

Gonzalo Casino Fernández. DELOITTE

El problema de muchas propuestas que se realizan respecto al Servicio de Ayuda a Domicilio, es que no tienen en cuenta sus costes. Cualquier variación que suponga un ligero incremento del coste hora del servicio tiene unas consecuencias muy importantes sobre el total del gasto que, en ocasiones, las hacen inviables.

De la misma manera, muchos de los análisis sobre viabilidad del SAD o de sus distintas modalidades de gestión, no contemplan la totalidad de los costes del Servicio, lo que puede llevar a valoraciones que posteriormente la realidad se encarga de demostrar su ineficiencia.

Por eso resulta de especial utilidad disponer de una adecuada estructura de análisis de costes del SAD, que podamos tomar como referencia para cualquier valoración de propuestas de cambio en sus contenidos prestacionales o formas de prestación.

En las Jornadas que organizó la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (Zaragoza 2009) este tema mereció una especial atención, contando con destacados especialistas en la materia. Por gentileza de la consultora DELOITTE, uno de cuyos responsables participó en dichas Jornadas, incluimos en este documento un modelo de costes del SAD que es generalmente aceptado como referencia tanto por las empresas del sector como por las instituciones públicas a la hora de definir sus condiciones de contratación.

**Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia: el Servicio de Atención a Domicilio (SAD). Marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes**

**Gonzalo Casino Fernández**  
Gerente Consultoría Sector Público  
**DELOITTE**

## **Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia: el Servicio de Atención a Domicilio (SAD)**

**Marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes**

Deloitte, S.L.

Barcelona, Septiembre 2008

**Deloitte.**





## Estudio de las variables utilizadas

### 1. Salario bruto auxiliar SAD

■ Fuente/s utilizada para contrastar la hipótesis:

- Convenios colectivos de aplicación para el Servicio de atención a domicilio.

Convenio	Ámbito de aplicación	Vigencia	Observaciones
Convenio Colectivo SAD Álava	Provincial	Hasta el 31 de diciembre de 2007	Al estar fuera de vigencia se ha aplicado una actualización de los salarios correspondiente al IPC 2007.
Convenio Colectivo SAD Sevilla	Provincial	Hasta el 31 de diciembre de 2009	
Convenio Colectivo SAD Vizcaya	Provincial	Hasta el 31 de diciembre de 2006	Al estar fuera de vigencia se ha aplicado una actualización de los salarios correspondiente al IPC 2006 y IPC 2007.
Convenio Colectivo SAD Zaragoza	Provincial	Hasta el 31 de diciembre de 2011	
Convenio Colectivo Limpieza Toledo	Provincial	Hasta el 31 de diciembre de 2007	Se aplica Limpieza por no existir convenio de SAD y adherirse a limpieza. Al estar fuera de vigencia se se ha aplicado una actualización de los salarios correspondiente al IPC 2007.
Convenio Colectivo Limpieza Cádiz	Provincial	Hasta el 31 de diciembre de 2008	Se aplica Limpieza por no existir convenio de SAD y adherirse a limpieza.
Convenio Colectivo SAD Castilla León	CCAA	Hasta el 31 de diciembre de 2008	

## Estudio de las variables utilizadas

### 1. Salario bruto auxiliar SAD

- Fuente/s utilizada para contrastar la hipótesis:

Convenio	Ámbito de aplicación	Vigencia	Observaciones
Convenio Colectivo SAD Baleares	CCAA	Hasta 31 de diciembre de 2007	Aunque está fuera de vigencia, el convenio contempla la posibilidad de la ampliación del convenio por un año con una actualización salarial del IPC 2007 + 0,5%
Convenio Colectivo SAD Madrid	CCAA	Hasta 31 de diciembre de 2009	
Convenio Colectivo SAD Cdad. Valenciana	CCAA	Hasta 31 de diciembre de 2010	
Convenio Colectivo SAD Cataluña	CCAA	Hasta 31 de diciembre de 2008	
V Convenio Marco Estatal Personas Dependientes	Nacional	Hasta 31 de diciembre de 2011	Se aplica donde no hay convenio de ámbito inferior
Acuerdo SAD Navarra	CCAA		En Navarra se aplica el Convenio de Ambito Nacional, aunque tienen un acuerdo con importantes mejoras sobre el mismo.
Acuerdo SAD Cantabria	CCAA		En Cantabria se aplica el Convenio de Ambito Nacional, aunque tienen un acuerdo con importantes mejoras sobre el mismo.

## Estudio de las variables utilizadas

---

### 1. Salario bruto auxiliar SAD

---

- **Hipótesis:**
  - Se utilizan los convenios colectivos para determinar la estructura del salario consistente en una parte fija y otra variable.
  - Para determinar la parte variable se utilizan las siguientes hipótesis:
    - Plus de antigüedad: Se estima que el **70%** de la plantilla cobra un trienio de plus de antigüedad.
    - Plus de disponibilidad: Se estima que el **1%** de la plantilla cobra plus de disponibilidad (sólo se aplica en el convenio nacional).
  - Se estima que el número de días laborables anuales son **225**.
  - Cotizaciones Seguridad Social del **32%**.

## Estudio de las variables utilizadas

### 2. Disminución de la jornada efectiva de trabajo

- **Fuente/s utilizada para contrastar la hipótesis:**
  - Convenios colectivos de aplicación para el SAD.
  - Operadores del sector.
  - Estatuto de los trabajadores
- **Hipótesis:**
  - Se determina que las siguientes variables influyen significativamente en una reducción de la jornada efectiva de trabajo de los auxiliares:
    - **Duración media de cada servicio:** La duración media de la prestación es una variable que influye significativamente en el tiempo de desplazamiento. Cuanto más largo es el servicio prestado, menor es el tiempo empleado en desplazamiento al realizarse menos movimientos entre domicilios. Para el modelo se ha estimado que la duración media de los servicios prestados es de **90 minutos** aunque existe heterogeneidad en el tiempo de prestación en función del municipio analizado.
    - **Desplazamiento:** Se usará siempre que se pueda el convenio colectivo para determinar el tiempo de desplazamiento entre servicios. Cuando el convenio no sea suficiente, se estiman unos tiempos de desplazamiento entre servicios de **8, 5 y 6 minutos** para el ámbito rural, ciudades pequeñas y grandes ciudades respectivamente.
    - **Descanso:** Se usará siempre el convenio para determinar el tiempo de descanso. En los casos en que se explicita que sólo aquellas personas que realicen su jornada laboral de manera continua durante más de seis horas tienen derecho a descanso, se estimará que el porcentaje de plantilla que cumple estas condiciones es de un **70%** en las ciudades y de un **50%** en el personal de ámbito rural.
    - **Formación:** Para todos los ámbitos geográficos se estima que las horas anuales de formación para cada auxiliar es de **8, y que estas se realizarán dentro de la jornada laboral.**
    - **Coordinación:** Para todos los ámbitos geográficos se estima que el número de horas de coordinación anuales es de **11.**







## Estudio de las variables utilizadas

### 3. Salario bruto personal coordinación

#### ■ Fuente/s utilizada para contrastar la hipótesis:

- AENOR
- Convenios colectivos de aplicación para el Servicio de atención a domicilio.
- Operadores del sector.
- Pliegos de concursos públicos de SAD

#### ■ Hipótesis:

- En base a un número de horas de prestación de servicio en cada uno de los ámbitos del modelo se plantean unos ratios de personal de coordinación. Estos ratios han sido consensuados con operadores del sector.

Horas de servicio	Ámbito rural 40.000	Pobl. < 500.000 hab. 105.000	Pobl. > 500.000 hab. 300.000
-------------------	------------------------	---------------------------------	---------------------------------

	Ámbito rural		Pobl. < 500.000 hab.		Pobl. > 500.000 hab.	
	Ratio (número de horas / profesional)	Profesionales	Ratio (número de horas / profesional)	Profesionales	Ratio (número de horas / profesional)	Profesionales
Responsable de coordinación	0	0	0	0	300.000	1
Coordinador	40.000	1	35.000	3	30.000	10
Ayudante de coordinación	0	0	105.000	1	100.000	3
Jefe Administrativo	0	0	0	0	300.000	1
Oficial Administrativo	40.000	1	105.000	1	300.000	1
Auxiliar Administrativo	0	0	105.000	1	300.000	1
<b>TOTAL</b>		<b>2</b>		<b>6</b>		<b>17</b>

Deloitte.

- 10 -

## Estudio de las variables utilizadas

### 4. Transporte

#### ■ Fuente/s utilizada para contrastar la hipótesis:

- FACUA; Estudio del coste de los autobuses urbanos en 30 municipios españoles en 2007.
- Convenios colectivos.
- Operadores del sector.

#### ■ Hipótesis:

- Ciudades mayores de 500.000 hab.: Se estima que el coste mensual en transporte es el del bonobús mensual de estas ciudades en 2007 actualizando este precio para 2008 con un incremento del IPC de 2007.
- Ciudades menores de 500.000 hab.: Para dar un valor por CCAA se ha tomado la media de los costes para las capitales de provincia de esas CCAA.  
Para calcular el número de bonos usados se estima que un trabajador realiza una media de **2 viajes** en transporte público diariamente.

- Ámbito rural: Se usa la hipótesis de que todos los viajes son en coche. Se estima que los kilómetros diarios realizados son **20**.

El precio pagado por kilómetro viene dado por el convenio colectivo correspondiente (€/Km):

Convenio nacional	0,18	Convenio Zaragoza	No se paga	Convenio Cádiz	NC
Convenio Com.Madrid	0,19	Convenio Sevilla	No se paga	Convenio Toledo	No se paga
Convenio Castilla y León	0,17	Convenio Álava	0,2	Convenio Navarra	NC
Convenio Com. Valenciana	0,19	Convenio Cataluña	0,2		
Convenio Baleares	0,21	Convenio Vizcaya	0,22		

En las comunidades en que no se cita explícitamente el precio pagado por kilómetro (NC: No contemplado, en el cuadro) se usa el precio del convenio nacional.

**Deloitte**



## Estudio de las variables utilizadas

### 5. Oficina

- **Fuente/s utilizada para contrastar la hipótesis:**
  - Portal inmobiliario Idealista.com (precio del metro cuadrado según municipio).
  - Operadores del sector.
  - Real decreto 486/1997 (dimensionamiento de la oficina).
- **Hipótesis:**
  - Se determina que las siguientes variables influyen significativamente en los costes de una oficina para el personal de coordinación de un Servicio de atención a domicilio:
    - Precio del metro cuadrado según el ámbito geográfico:
      - Ciudades de más de 500.000 habitantes: El precio por metro cuadrado se saca directamente de los datos de Idealista.com.
      - Ciudades con menos de 500.000 habitantes: Se calcula como la media de las capitales de provincia de las que tenemos datos en la CCAA de estudio.
      - Ámbito rural: Por la falta de datos en este ámbito, se estima que el precio del metro cuadrado es un **50%** del precio en las ciudades de menos de 500.000 habitantes, de la provincia estudiada.
    - m<sup>2</sup> por persona: 16 m<sup>2</sup>.
    - Suministros:
      - Electricidad: **1,5 € / m<sup>2</sup> de oficina.**
      - Teléfono e Internet: Se estima que el gasto es de **60 € / persona / mes.**

Deloitte

- 12 -





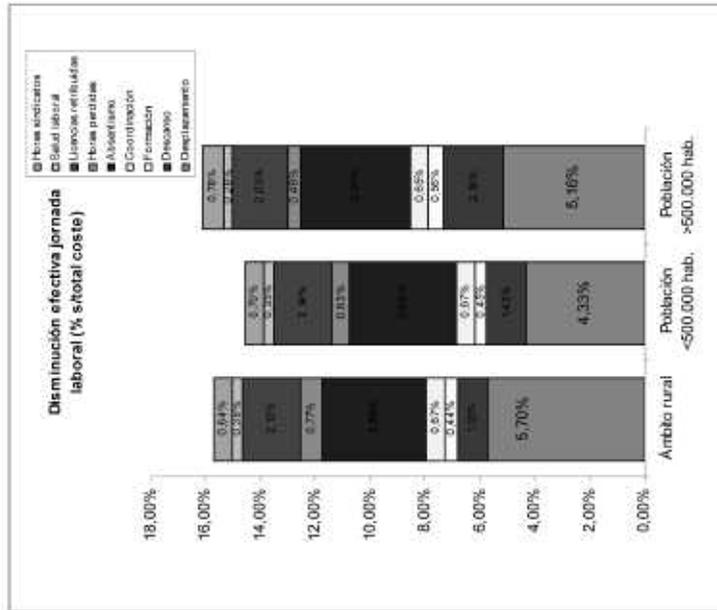
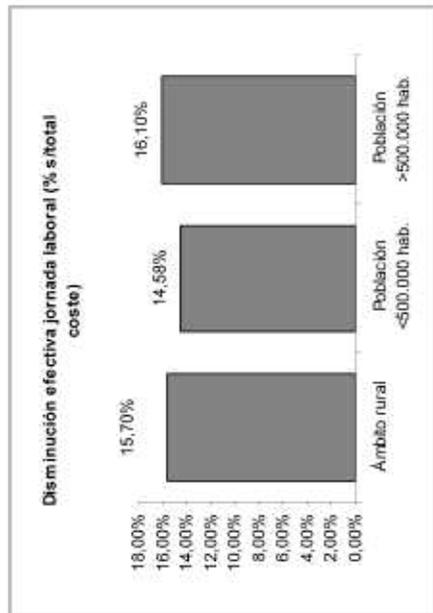




## Análisis gráfico del modelo de costes

### Disminución efectiva de la jornada laboral (Media nacional)

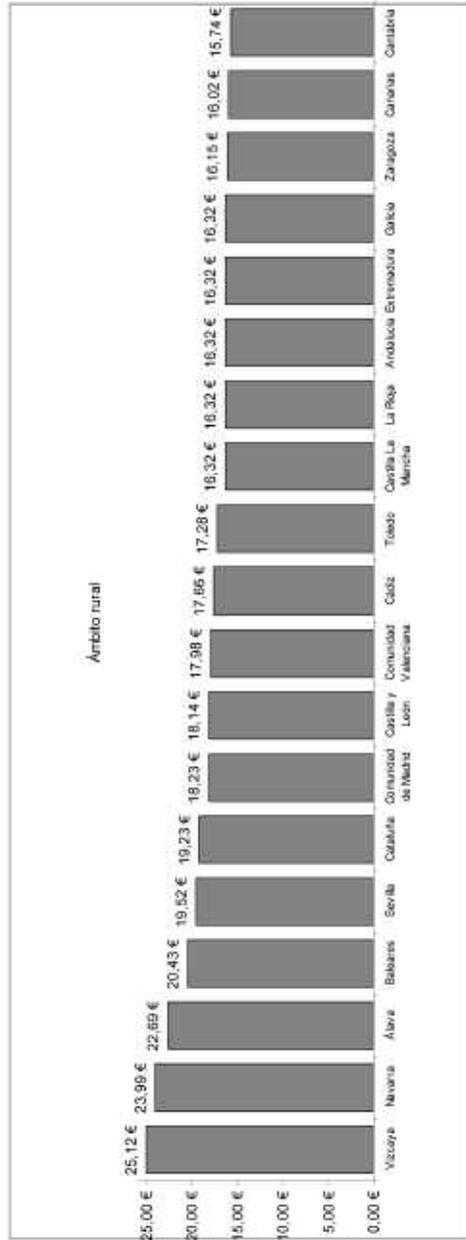
- Los costes efectivos de los auxiliares se componen de su salario bruto más el coste que representa la disminución efectiva de la jornada laboral de los mismos.
- Los parámetros que mayor impacto tienen son el tiempo invertido en el desplazamiento, el absentismo y las licencias retribuidas.



## Análisis gráfico del modelo de costes

### Coste por hora de prestación en el ámbito rural

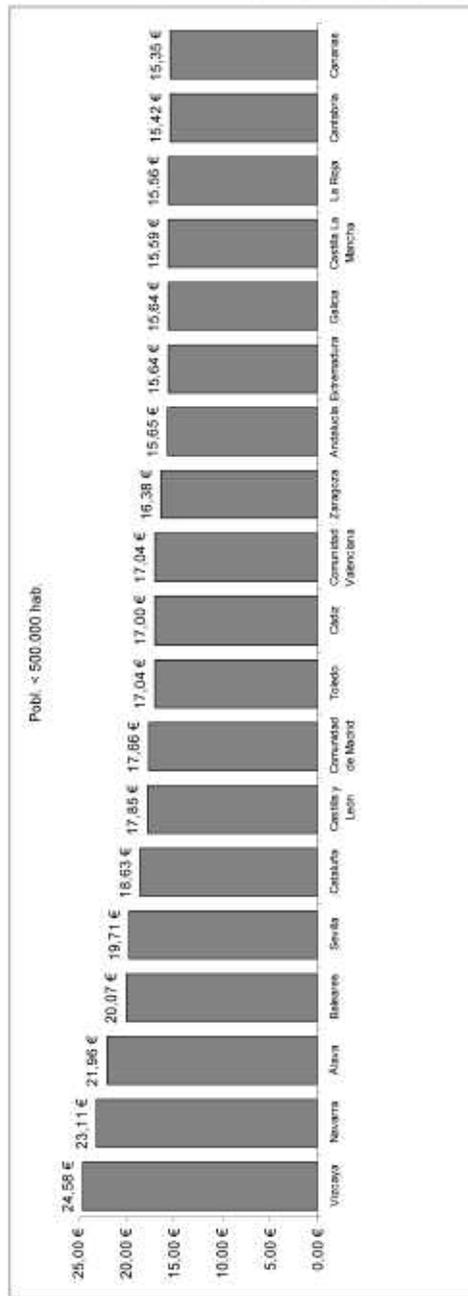
- La CCAA de Cantabria presenta el menor coste, con un coste total por hora de prestación de 15,74 €. A continuación se sitúa el ámbito rural de Canarias donde el coste se sitúa entorno a los 16,02 €.
- Las provincias o comunidades donde el coste por hora prestada es más alto son, por este orden Vizcaya, Navarra y Álava.



## Análisis gráfico del modelo de costes

### Coste por hora de prestación en ciudades de menos de 500.000 habitantes

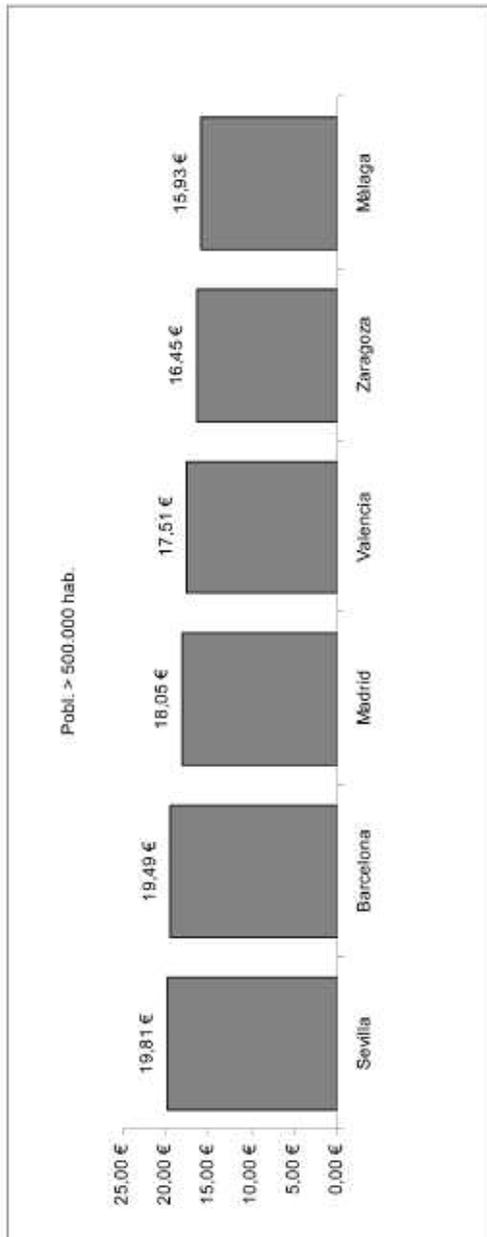
- Canarias que se sitúa en los 15,35 €/hora es la CCAA con un menor coste de prestación. A continuación Cantabria y aquellas ciudades donde se aplica el convenio nacional.
- En el lado opuesto, Vizcaya, Navarra, Álava y Baleares son las únicas comunidades que sobrepasan los 20€ de coste.
- La diferencia fundamental que existe entre el modelo de costes del ámbito rural y el de poblaciones < 500.000 habitantes es el mayor coste en el transporte y la mayor inversión en tiempos de desplazamientos en el ámbito rural que se traduce en un coste / hora superior.



## Análisis gráfico del modelo de costes

### Coste por hora de prestación en ciudades de más de 500.000 habitantes

- En esta parte se analizan directamente los costes en las seis ciudades españolas con más de 500.000 habitantes.
- Sevilla es la ciudad mayor de 500.000 habitantes donde el coste es más alto con 19,81€. En el lado opuesto se encuentran Zaragoza con 16,45 € y Málaga con 15,93€.



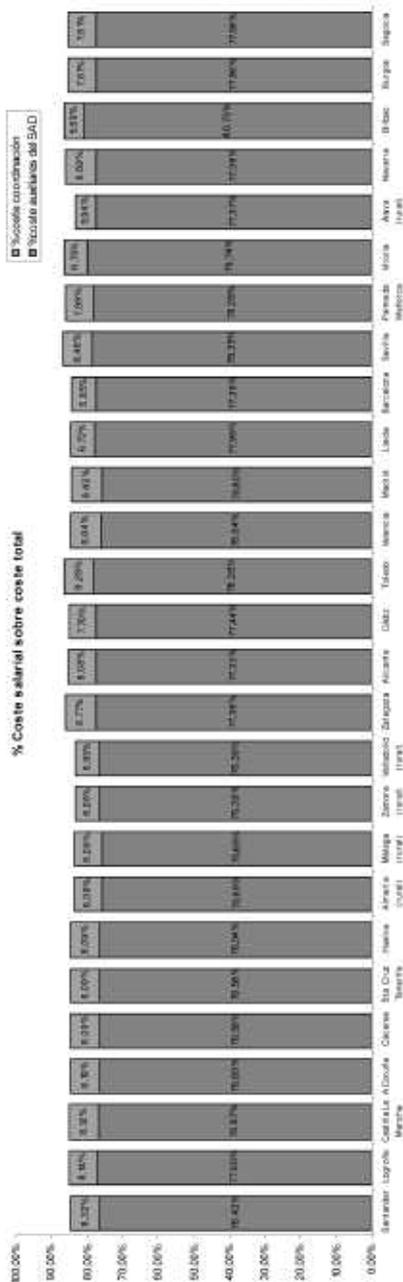
Deloitte

- 20 -

## Análisis gráfico del modelo de costes

### Costes salariales del SAD (% respecto coste total)

- Según el modelo presentado hemos desglosado los costes salariales en los costes directos auxiliares SAD (formado por costes salariales más los costes derivados de la disminución de la jornada efectiva de los propios auxiliares) que representan entre el 75-80 % del coste total y los costes salariales del personal de coordinación y administración (que representan en torno al 5-8 % del coste total).
- En su conjunto, los costes salariales representan un 83-86 % del coste total del servicio.
- Las diferencias entre los costes salariales de las diferentes Comunidades Autónomas se deben a la aplicación de los diferentes Convenios Colectivos.



---

## Conclusiones

- Bajo el calificativo de servicios de **atención domiciliaria** se engloba a todo un conjunto de **recursos dirigidos a prestar apoyo y cuidados en su domicilio a las personas** que, por cualquier circunstancia, **dejan de ser autónomos** para llevar a cabo las actividades básicas de la vida diaria.
- Los servicios de atención domiciliaria incluyen el **Servicio de atención a domicilio (SAD)**, el Servicio de Teleasistencia y otros recursos de atención a domicilio prestados bien como servicios o bien como prestaciones económicas de carácter público (prestaciones para atención a domicilio, adecuación de la vivienda, ayudas a familias cuidadoras y ayudas técnicas).
- El SAD se entiende 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 dependencia con el objetivo básico de favorecer la autonomía personal en su medio habitual de vida.
- Existe una cierta **heterogeneidad** en las actividades que se prestan en los diferentes municipios bajo el epígrafe de SAD. Históricamente se ha basado en actividades fundamentalmente asistenciales y focalizadas en tareas domésticas.
- Actualmente existe una **tendencia a aumentar** los servicios relacionados con los **cuidados personales** en detrimento de las tareas domésticas y uno de los retos de futuro del sector se centra en aumentar las actividades preventivas y de fomento de la autonomía personal.



## Conclusiones

---

- Además de la **financiación** de los servicios, algunos de los principales retos de futuro del sector son la **capacitación de los profesionales**, el **control de calidad** de los servicios prestados, el incremento de las actividades prestadas en **prevención y fomento de la autonomía personal** y la **equidad y homogeneidad** en la prestación y acceso a los servicios.
- Se ha elaborado un modelo homogéneo y comparable con 12 variables de costes y que contempla las diferencias entre la prestación del servicio en el ámbito rural, en ciudades < 500.000 hab. y en aquellas > 500.000 habitantes
- El **coste salarial** representa aproximadamente el **85-88% del coste total del servicio**. Se desglosa en el coste salarial bruto de los/las auxiliares (**61-63%**), incrementado por la **disminución efectiva de trabajo (14-16%)**, y en el coste de coordinación y administración (**5-8%**).
- La **disminución efectiva de trabajo** se refiere conceptualmente a aspectos como los tiempos de desplazamiento entre servicios, formación, coordinación, descanso, horas sindicales, horas de salud laboral, absentismo y licencias retribuidas.
- La repercusión de los **costes de coordinación y administración** cada vez es mayor y son considerados como una de las variables clave para asegurar la calidad.
- El **análisis pormenorizado de las diferencias existentes en los Convenios Colectivos** vigentes explica fundamentalmente las diferencias de coste entre CC.AA.
- Existen **diferencias significativas** según el ámbito de prestación. Los costes en el **ámbito rural son mayores que en las ciudades**, y entre éstas, **superiores en las ciudades > 500.000** habitantes que en las < 500.000 habitantes.

Deloitte

- 24 -





**Perspectivas de futuro de los servicios de atención a la dependencia: el Servicio de atención a domicilio**

**Para más información contactar con:**

José Luis Martínez Meseguer

93.280.40.40

[jmartinezmesequer@deloitte.es](mailto:jmartinezmesequer@deloitte.es)

Gonzalo Casino Fernández

93.280.40.40

[www.deloitte.com/ES](http://www.deloitte.com/ES)



# ANEXO 5

## SOBRE EL MODELO

### **Propuesta de mejora del diseño del Servicio de Apoyo a Domicilio (resumen)**

ASADE

El debate sobre el modelo del SAD es hoy especialmente necesario, por la situación de crisis (entendida como riesgos y también como oportunidades) a la que se enfrenta este servicio. En este libro recogemos precisamente los resultados de un largo proceso de reflexión de más de dos años en el marco de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

Otras entidades han llevado a cabo reflexiones en su propio ámbito. Es el caso de ASADE, organización que agrupa a las más destacadas empresas del sector. Hemos tenido la oportunidad de contrastar sus conclusiones y propuestas con las nuestras en un debate constructivo, fruto del cual hemos incorporado modificaciones en unas y otras, aun manteniendo diferencias en diversos aspectos.

Con la incorporación a este documento de un resumen de la propuesta de ASADE sobre el diseño del SAD, elaborado por la propia entidad, queremos aportar una perspectiva diferente a la que hemos desarrollado en la primera parte de este documento. En parte coincidente, en parte complementaria y en parte diferente.

Seguimos convencidos de que en materia de reflexión, la diversidad de enfoques y perspectivas resulta siempre enriquecedora, siempre que se planteen con racionalidad y con argumentos; Siendo así, no solo es necesario respetar esta diversidad, sino que vale la pena apostar por ella. Al menos así lo hemos entendido siempre en la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales

# Propuesta de mejora del diseño del Servicio de Apoyo a Domicilio –resumen–

ASADE

Del “Modelo monoprofesional y de ayuda prestacional” al “Modelo de apoyo, atención, profesionalización y equipo interdisciplinar”

## Misión y definición del SAD

### MISIÓN DEL SAD

Desde los principios éticos y partiendo de las necesidades individuales, familiares y sociales, llegar a prestar los apoyos y servicios necesarios a las personas en situación de riesgo, fragilidad o dependencia, en sus domicilios, con el objetivo de mejorar su calidad de vida y favorecer la permanencia en su entorno habitual

**Definimos el Servicio de Apoyo en el Domicilio – SAD, como** un conjunto de servicios profesionales y técnicas de intervención, de carácter preventivo, educativo, asistencial y rehabilitador, consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial, familiar, convivencial, de relaciones con el entorno y otros, prestados en el domicilio de aquellas personas cuya independencia funcional o social se encuentra limitada.

## 2. Ejes para establecer el nuevo modelo

### 2.1. Concepto

Analizada la diversidad de modelos y servicios que se prestan en el ámbito domiciliario a la población usuaria, proponemos adoptar el término de “**Servicios de Apoyo en el Domicilio - SAD**”, concepto que engloba

implícitamente el abanico de recursos ofertados. Su objetivo común es el de favorecer la permanencia en el medio de las personas a quienes se dirigen, dando así cabida al amplio espectro de situaciones y alternativas que se van planteando de forma creciente y cuyo abordaje, en pro de una mayor eficacia, trasciende el modelo actual de Ayuda a Domicilio.

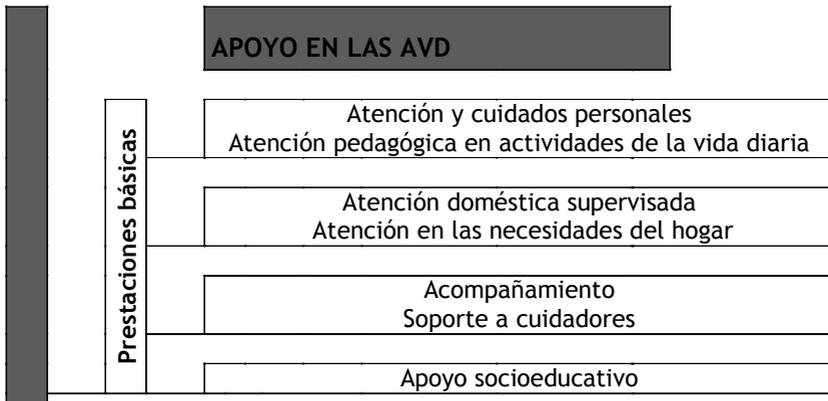
- Se propone diseñar un servicio que atienda, como mínimo, a estos tres grupos de personas usuarias:

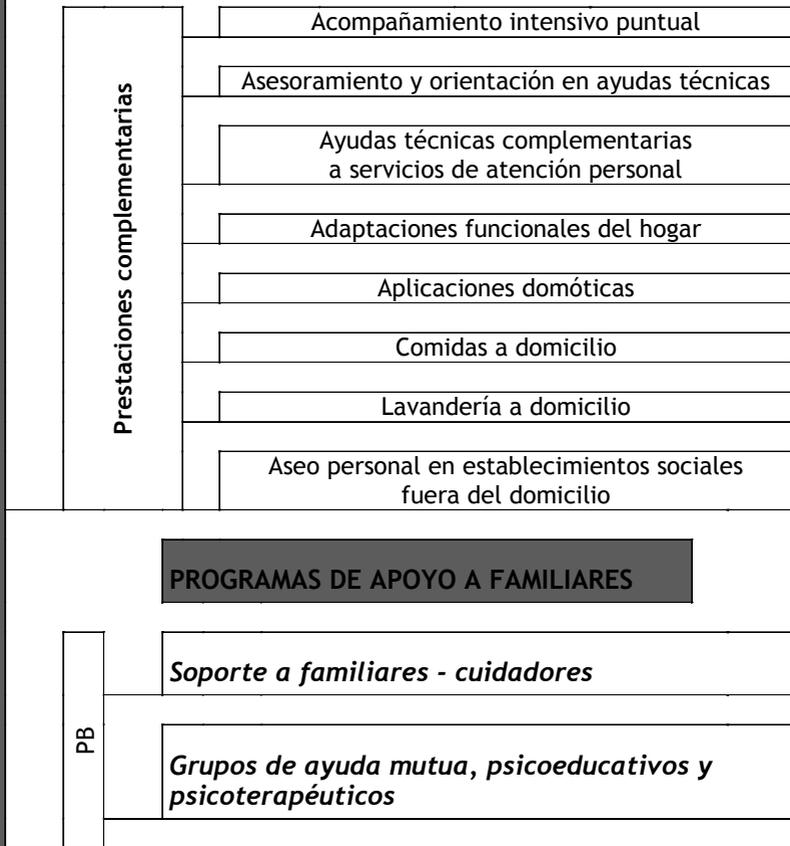
**Grupo 1:** personas en situación de dependencia con reconocimiento de grado y nivel (dentro del Sistema de la Ley de Dependencia).

**Grupo 2:** personas o familias con necesidades socioeducativas.

**Grupo 3:** personas o familias que precisan apoyos en su unidad de convivencia para atender su situación de fragilidad derivada de la discapacidad, de la edad o de su situación sociofamiliar.

Con respecto al **catálogo de “Servicios de Apoyo en el Domicilio – SAD”**, proponemos englobar en grupos los siguientes tipos de actuaciones:





- **La intensidad horaria** queda definida en el desarrollo normativo de la Ley de Dependencia para las personas en situación de dependencia. Cada entidad titular del servicio deberá definir la intensidad para el resto de colectivos (grupos 2 y 3).

Es necesario definir unos criterios que enmarquen **la corresponsabilidad familiar y de las personas usuarias** en la prestación del servicio. El SAD siempre se ha definido como **apoyo** a la unidad de convivencia. En este sentido, la valoración tendrá en cuenta la capacidad de cuidado por parte del familiar o cuidador principal.

**Es imprescindible aportar a las personas usuarias y a sus familias, una descripción general del servicio**, con lo que se incluye y no se incluye, compromisos, derechos y obligaciones, etc., para enmarcar

la corresponsabilidad familiar en la prestación del mismo.

- **Se recomienda que el acceso a los “Servicios de Apoyo en el Domicilio - SAD”**, se realice a través de la red básica de servicios sociales, es decir, que se establezca una única puerta de entrada.

- **Con respecto al establecimiento de franjas horarias**, se deberían tener en cuenta las necesidades de las personas usuarias, evitando así, los efectos adversos que conlleva la contratación de plantillas con jornadas parciales. En este sentido, se proponen las siguientes franjas horarias en función de los tipos de servicios:

**A) Horarios cerrados:** suponen establecer horas fijas para llevar a cabo tareas concretas (asistencia a centro de día, acompañamiento de menores al colegio, respiro familiar, etc).

**B) Horarios a realizar en márgenes preestablecidos para la tarea:** afectarían a aquellas tareas que requieren ser efectuadas en franjas horarias coherentes, en virtud de su finalidad (ayuda para levantarse de la cama, vestirse, comer, etc.).

**C) Horarios de libre designación por parte de la entidad prestadora del servicio:** en tal caso será ésta quien, de manera autónoma, determine el momento en el cual han de llevarse a cabo las tareas (de tipo doméstico, etc)

- **Consideramos necesario un código ético** que englobe y oriente a todo el equipo de profesionales en relación con los principios que debe contemplar cada uno de ellos en la realización de su trabajo.

## 2.2 Equipo interdisciplinar

Dada la realidad múltiple y diversa, tanto de los colectivos a tratar, como de las distintas problemáticas, si se pretende dar respuesta a la variedad de necesidades que se derivan de todo ello, es preciso incorporar un equipo de profesionales de carácter interdisciplinar, fundamentalmente como aporte y soporte del servicio.

**El objetivo de dicho equipo interdisciplinar está relacionado con el incremento** de la calidad y la mejora en la atención, participando en el mismo disciplinas como trabajo social, terapia ocupacional, psicología y enfermería.

Sus funciones se centran en el diseño de programas integrados de servicio, apoyo directo al equipo auxiliar o de coordinación, asesoramiento dentro

de sus ámbitos de actuación, participación en la formación continua e intervenciones puntuales directas con la persona usuaria.

A continuación se relacionan los distintos perfiles profesionales que intervienen en el programa:

## 1. Coordinador del Servicio

Es un profesional de grado o superior con la suficiente cualificación y experiencia en el puesto que asume. Es el encargado de las tareas de coordinación del servicio y sus recursos, tanto a nivel interno, como con la entidad titular. Lidera el equipo interdisciplinar.

La figura del Coordinador es la que debe promover la **relación permanente** a partir de **reuniones periódicas de formación y asesoramiento** con el equipo de auxiliares, así como realizar el **seguimiento y la supervisión** de su trabajo. Así mismo, será la figura que canalice las relaciones entre el equipo de auxiliares y todos los profesionales del equipo interdisciplinar.

## 2. Ayudante de Coordinación del Servicio

Profesional que da apoyo al coordinador, tanto en la atención telefónica, control de la información de gestión y funcionamiento del servicio, como en procesos de seguimiento, reuniones, apoyo en la contratación e información para nóminas, etc.

### Equipo interdisciplinar

- **TRABAJADOR SOCIAL:** colabora en la consecución de los objetivos del Plan de Atención Individual definido por la entidad titular del servicio. Informa y da pautas de servicio al auxiliar de cada uno de los casos, posteriormente coordina y realiza el seguimiento con el auxiliar para la correcta prestación del servicio concedido.
- **TERAPEUTA OCUPACIONAL:** colabora en la consecución de los objetivos del Plan de Atención Individual. Sus funciones son la valoración de actividades de la vida diaria, el asesoramiento y formación continua de los profesionales y la valoración de ayudas técnicas y adaptaciones funcionales del hogar.

- **PSICÓLOGO:** colabora en la consecución de los objetivos del Plan de Atención Individual. Sus funciones son el asesoramiento y formación continua a los profesionales en los aspectos psicológicos, valoración e intervención psicológica y diseño de programas para la atención específica de distintos colectivos (mayores con y sin deterioro cognitivo, salud mental, discapacidad, atención a menores, etc.). Intervención y asesoramiento psicológico con cuidadores familiares y allegados.

#### **4. Auxiliar de Apoyo - Atención a Domicilio**

Profesional que, bajo la supervisión del equipo de coordinación, se encarga de realizar la atención directa (personal o doméstica) en el ámbito del domicilio de la persona usuaria.

El perfil es el de un profesional polivalente, que, a partir de la formación y asesoramiento continuado, tanto del equipo de coordinación, como del equipo interdisciplinar, es capaz de realizar las distintas facetas de su tarea de manera eficaz, de modo que se alcancen los objetivos que en cada momento estén planteados en el Plan Individual de Atención de la persona usuaria.

#### **5. Equipo de Apoyo Administrativo**

Es el equipo encargado de la resolución de las tareas administrativas generadas por la dinámica del servicio y los distintos profesionales. En el servicio se originan una serie de cargas administrativas que actualmente lleva a cabo el Trabajador Social, que consumen tiempo, restan eficacia al servicio y no redundan en la mejora de la atención a la persona usuaria.

### **2.3 El papel de los nuevos perfiles profesionales del equipo interdisciplinar de la entidad prestadora del servicio**

#### **A. TERAPEUTA OCUPACIONAL**

La Terapia Ocupacional se define como una disciplina sociosanitaria que evalúa la capacidad de la persona para desempeñar las actividades de la vida diaria básicas (autocuidado, vestido, alimentación, higiene personal,

etc.) e instrumentales (utilización de recursos económicos, manejo del hogar, realización de compras, etc.) e interviene cuando dicha capacidad está en riesgo o dañada por cualquier causa.

Desde Terapia Ocupacional se pueden aportar las siguientes áreas para la mejora del Servicio de Apoyo a Domicilio (SAD):

### **A.1. Formación continua y apoyo a auxiliares en las reuniones de coordinación:**

- Tanto en actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, como en reeducación y adaptación en movilidad funcional (transferencias, locomoción, higiene postural, etc.).

### **A.2. Valoración y asesoramiento a las personas usuarias y tratamientos especializados:**

- Valoración y asesoramiento especializado de la persona usuaria (a nivel físico, actividades de la vida diaria, capacidad de autocuidado, etc.). Valoración del domicilio y asesoramiento sobre ayudas técnicas y accesibilidad (para eliminar barreras arquitectónicas y elementos de riesgo en el domicilio de la persona usuaria, para aumentar su seguridad y evitar caídas y un gran número de accidentes domésticos).
- Para casos puntuales en los que se requiera una intervención específica del Terapeuta Ocupacional para mejorar o adaptar una situación relacionada con la dificultad por parte de la persona usuaria a la hora de ejecutar las actividades de la vida diaria (a nivel físico, social, perceptivo y/o cognitivo).

## **B. PSICÓLOGO/A**

La Psicología es la disciplina que estudia el comportamiento de las personas, sus pensamientos y sus emociones.

Desde Psicología se pueden aportar las siguientes áreas para la mejora del Servicio de Apoyo a Domicilio (SAD):

### **B.1. Formación continua y apoyo a auxiliares en las reuniones de coordinación:**

- Dar pautas de manejo de alteraciones de conducta y comunicación a los profesionales del servicio ante casos específicos.

- Formación de profesionales auxiliares en habilidades para el cuidado y la comunicación.
- Prevención, detección y actuación en situaciones de “síndrome del quemado” de los profesionales de atención.
- Información y formación sobre las características cognitivas y conductuales.

## **B.2. Valoración y asesoramiento a las personas usuarias y tratamientos especializados:**

- Apoyo en las distintas fases del servicio ante problemas de adaptación o relacionales.
- Asesoramiento sobre cómo actuar en situaciones de crisis.
- Soporte y apoyo a familiares y cuidadores.
- Apoyo y soporte a grupos de ayuda mutua, psicoeducativos y psicoterapéuticos.
- En casos puntuales, orientación y apoyo específica del Psicólogo/a para alteraciones afectivas, cognitivas, duelos u otros procesos psicopatológicos.

# 3. EVALUACIÓN

La evaluación contemplará los siguientes aspectos:

## **B.1. Por la entidad titular del servicio:**

1. Cumplimiento del pliego de condiciones, condiciones contractuales y oferta de la entidad prestadora.
2. Cumplimiento de la Normativa vigente.
3. Visitas de seguimiento del profesional de referencia de la entidad titular.

4. Reuniones de coordinación.
5. Calidad percibida por la persona usuaria y su familia, con respecto al servicio prestado.
6. Nivel de calidad en la prestación del servicio de las entidades contratadas.
7. Incidencias.
8. Sugerencias, reclamaciones y felicitaciones.

### **B.2. Por la entidad prestadora del servicio:**

Las áreas a tener en cuenta en la evaluación son las siguientes:

1. Cumplimiento de la oferta, condiciones contractuales y pliego de condiciones.
2. Cumplimiento de la Normativa vigente.
3. Reuniones de coordinación y comunicación de incidencias a la entidad titular.
4. Reuniones de coordinación interna del equipo.
5. Calidad percibida por la persona usuaria y su familia, con respecto al auxiliar y al equipo técnico.
6. Cumplimiento del plan de formación del servicio.
7. Rotación del personal y absentismo.
8. Incidencias.
9. Sugerencias, quejas, reclamaciones y felicitaciones.
10. Resultados de auditorías y evaluaciones de calidad.

### **B.3. Indicadores de calidad:**

Proponemos, como mínimo, los siguientes indicadores de calidad, basados en la Norma UNE 158301 del SAD (con una medición de los mismos, al menos, anualmente):

1. N° de profesionales de atención directa con los que se han mantenido reuniones de seguimiento y coordinación, sobre el total de profesionales de atención directa.
2. N° de personas usuarias (con más de 6 meses de antigüedad en el servicio) a las que se han realizado visitas de seguimiento por el profesional de referencia designado por el titular del servicio, respecto al n° total de personas usuarias en el mismo periodo.
3. Porcentaje de personas usuarias sobre las que se ha realizado una evaluación de la satisfacción con respecto al total de personas usuarias en el periodo de estudio.
4. N° total de reclamaciones y/o quejas procedentes, sobre el total de personas usuarias.
5. N° de personas usuarias que presentan quejas procedentes, sobre el total de personas usuarias.
6. N° de personas usuarias con cambio del auxiliar asignado en un periodo determinado (excluyendo bajas por enfermedad, vacaciones y permisos), sobre el total de personas usuarias.
8. N° de horas de formación, respecto al número de trabajadores en un periodo determinado.
9. N° de personas usuarias en los que se incumplen los plazos de alta por causas imputables al prestador de servicio, respecto al total de altas del periodo determinado.
10. N° de personas usuarias que renuncian al servicio por insatisfacción (se excluyen las ajenas a las condiciones de prestación), sobre el total de personas usuarias que se han dado de baja en el periodo.

## **4. MODELO DE CALCULO DE HORAS**

- Contempla los elementos básicos del diseño, mediante un modelo sencillo, que parte del volumen total de horas año de prestación, y contempla horas de atención en el domicilio, horas de desplazamiento y horas de reuniones-formación.

- El objetivo es promover un trabajo en equipo real, con tiempos (horas/año) programados en el diseño básico del servicio para reuniones de equipo con auxiliares y formación continuada (este elemento es básico para la dignificación del puesto de trabajo y para una mayor calidad percibida por la persona usuaria y el trabajador).
- DATOS PARA EL CÁLCULO DEL MODELO DE HORAS EN SAD:

### **TIEMPO TOTAL DE SAD NECESARIO (TT), A CALCULAR POR EL TITULAR DEL SERVICIO:**

$$TT = HPR + HDE + HCF$$

HPR = Horas/año de prestación de servicio.

HDE = Horas/año de desplazamiento entre domicilios.

HCF = Horas/año de reuniones de coordinación y formación continua de auxiliares del SAD.

### **DATOS PARA EL CÁLCULO DE PERSONAL NECESARIO**

Para el cálculo del **número de jornadas del personal auxiliares de SAD necesario**, se deben tener en cuenta las siguientes variables:

- Tiempos de prestación en el domicilio (HPR).
- Tiempos de desplazamiento (HDE).
- Tiempo de reuniones de coordinación-formación (HCF).
- Tiempo de descanso y permisos, según convenio.
- Tiempo de horas sindicales, según convenio y número de trabajadores.
- Porcentaje de tiempo de absentismo.
- Horas efectivas de jornada laboral del convenio.

Según el número de horas año y la ubicación del servicio (rural o urbano), se establecerán las jornadas a contratar del siguiente personal del equipo interdisciplinar y de apoyo administrativo:

- \_\_\_ Jornadas de trabajador social.
- \_\_\_ Jornadas de psicólogo.
- \_\_\_ Jornadas de terapeuta ocupacional.
- \_\_\_ Jornadas de enfermería.

- \_\_\_ Jornadas de ayudante de coordinación.
- \_\_\_ Jornadas de auxiliar administrativo.

## 5. BIBLIOGRAFÍA RECOMENDADA

- AENOR. Norma UNE 158301: Gestión del servicio de ayuda a domicilio. Requisitos. Año 2007.
- ASADE. Propuesta del sistema de acreditación del servicio de Ayuda a domicilio (SAD). Año 2008.
- Deloitte. Perspectiva de futuro de los servicios de atención a la dependencia. El servicio de atención a domicilio (SAD). Estudio del marco conceptual, oferta, demanda y modelo de costes. Año 2008.
- Edad y Vida. Modelo de futuro del servicio de atención a domicilio. Disponible en: [www.edad-vida.org](http://www.edad-vida.org) Año 2007.
- Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG). 100 Recomendaciones básicas para la mejora continua del diseño y funcionamiento del servicio de atención a domicilio. Grupo de Trabajo de Calidad. Disponible en [www.segg.es](http://www.segg.es) Año 2007.

### ENTIDADES QUE COMPONEN ASADE:





# ANEXO 6

## DATOS SOBRE EL SECTOR ECONÓMICO DE SERVICIOS ASISTENCIALES A DOMICILIO

**Principales conclusiones.  
Servicios Asistenciales a Domicilio  
(5ª edición). Octubre 2009<sup>26</sup>  
DBK. S.A.**

Como colofón de estos análisis sobre el presente y futuro del Servicio de Ayuda a Domicilio, se ofrecen las conclusiones del análisis que realiza la Consultora BDK sobre el sector económico de Servicios Asistenciales a Domicilio. En ellas se ofrecen datos y valoraciones de especial interés sobre las dimensiones y características de este sector económico, que no sólo abarca el propio Servicio de Ayuda a Domicilio, sino también el de Teleasistencia. Se ofrecen también interesantes perspectiva sobre lo que puede ser el futuro de este sector desde una perspectiva puramente económica.

Agradecemos a BDK la amabilidad de permitirnos publicar estos datos.

---

26. [info@dbk.es](mailto:info@dbk.es). [www.dbk.es](http://www.dbk.es).

*Principales conclusiones*

**SERVICIOS ASISTENCIALES A DOMICILIO**

(5ª edición)

OCTUBRE 2009

## Estructura sectorial

### Tendencia a la concentración de la oferta

- ✓ La actividad de prestación de servicios asistenciales a domicilio es desarrollada actualmente por un **amplio número de empresas**, que se estima **en torno a mil**, en su mayor parte de pequeño tamaño y ámbito de actuación local.
- ✓ Pocos operadores prestan servicios con cobertura a escala nacional, siendo cada vez mayor el número de los que optan por extender su ámbito de actuación fuera de sus zonas de origen a través de la **compra de pequeñas empresas**.
- ✓ La oferta muestra una **tendencia a la concentración** en compañías de mayor dimensión y más profesionalizadas, generalmente vinculadas a grupos con actividad en otros sectores relacionados con la asistencia a los mayores, como **residencias** para la tercera edad y **centros de día**. Entre las posiciones de liderazgo en el sector también destacan **entidades sin ánimo de lucro y grupos multiservicios**.
- ✓ Además, en el sector de servicios asistenciales a domicilio operan alrededor de una docena de empresas que desarrollan su actividad a través de **redes de franquicias**.
- ✓ **Cataluña y Madrid** sobresalen como las comunidades autónomas donde desarrollan su actividad un mayor número de empresas, al ubicarse en ellas en torno al **17%** y **15%** del total, respectivamente.
- ✓ Los tres primeros operadores -**Cruz Roja, Clece y Eulen**- concentraron de forma conjunta el **16,5%** del valor total del mercado en 2008, completándose el grupo de los cinco primeros con **ASISPA y Servisar**, y elevándose hasta el **24,1%** su cuota de mercado conjunta.

## Coyuntura

*El valor del mercado alcanzó los 1.200 millones de euros en 2008*

- ✓ Entre 2005 y 2008 el **número de personas** receptoras de servicios asistenciales a domicilio aumentó en 322.000, alcanzando a finales del último año la cifra de **940.000**, con una variación media anual en el período del 15%.
- ✓ Alrededor del **92%** del número total de usuarios, unos **865.000**, recibían servicios asistenciales a domicilio desde el **ámbito público**, correspondiendo el **8%** restante (**75.000**) a usuarios de **servicios privados**.
- ✓ A este respecto, el desarrollo de programas públicos de atención a las personas mayores, principalmente a través de **conciertos socio-sanitarios** con entidades privadas, ha favorecido un sensible aumento del grado de cobertura de los servicios asistenciales a domicilio.
- ✓ Por tipo de servicio, el de **teleasistencia** ha venido creciendo a un **ritmo más rápido** que el de ayuda a domicilio, de forma que desde 2007 el número de usuarios del primero supera al segundo.
- ✓ En cuanto a la facturación derivada de la prestación de servicios asistenciales a domicilio, en 2008 alcanzó los **1.200 millones** de euros, lo que supuso un **crecimiento del 15,9%** respecto a la cifra contabilizada en el año anterior, en el que la variación había sido del 17,6%.
- ✓ El servicio de **ayuda a domicilio** concentró el 90,7% de la facturación total, situándose en **1.088 millones** de euros, un **15,7%** más respecto al año anterior. Por su parte, el segmento de **teleasistencia** reunió el restante 9,3%, cifrándose en 112 millones de euros, con un aumento del **17,9%**.

## Previsiones y tendencias

### Prolongación del crecimiento del mercado

- ✓ El **envejecimiento** de la población española, el avance en el **grado de dependencia** de los mayores y la **menor disponibilidad** de las familias para atender las necesidades de las personas dependientes seguirán actuando como importantes factores impulsores de la demanda de servicios asistenciales a domicilio.
- ✓ Este crecimiento sostenido de la demanda potencial, unido al mayor desarrollo esperado en la **aplicación de la Ley de Dependencia**, permiten augurar a corto y medio plazo un mantenimiento del dinámico ritmo de crecimiento del número de usuarios de servicios asistenciales a domicilio.
- ✓ Así, el número de personas atendidas podría experimentar aumentos del **10,6% en 2009** y **12,5% en 2010**, hasta situarse en este último año en una cifra de unos **1.170.000 usuarios**. El número de usuarios de servicios de teleasistencia seguirá creciendo a un ritmo más rápido que el de usuarios de ayuda a domicilio, esperándose que en 2010 se alcancen cifras de en torno a los 647.000 y 523.000, respectivamente.
- ✓ La tendencia al alza en la intensidad horaria de los servicios de ayuda a domicilio, en los que se aprecia una creciente extensión a los fines de semana, junto con un moderado incremento de las tarifas, podría favorecer aumentos en el **valor del mercado** del **13% en 2009** y **15% en 2010**, año en el que alcanzaría los **1.560 millones de euros**.
- ✓ Cabe esperar que se profundice en la **profesionalización del sector**, con la desaparición de pequeñas empresas debido a las crecientes exigencias de acreditación y concertación, y la creciente **concentración** de la actividad como resultado de los procesos de fusiones y adquisiciones.

Datos de síntesis, 2008.

Número de usuarios (a)	940.000
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a domicilio</li> <li>• Teleasistencia</li> </ul>	432.000 508.000
Distribución del número de usuarios por tipos (%) (a)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Servicios públicos</li> <li>• Servicios privados</li> </ul>	92 8
Grado de penetración entre la población mayor de 65 años (%)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a domicilio</li> <li>• Teleasistencia</li> </ul>	5,6 6,5
Mercado (mill. euros)	1.200
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a domicilio</li> <li>• Teleasistencia</li> </ul>	1.088 112
Crecimiento del mercado en valor (% var. 2008/2007)	+15,9
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Ayuda a domicilio</li> <li>• Teleasistencia</li> </ul>	+15,7 +17,9
Concentración de la oferta (cuotas de mercado conjuntas en valor) (%)	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Dos primeras empresas</li> <li>• Cinco primeras empresas</li> <li>• Siete primeras empresas</li> <li>• Diez primeras empresas</li> </ul>	11,5 24,1 29,8 33,8
Previsión de crecimiento del mercado en valor	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• % var. 2009/2008</li> <li>• % var. 2010/2009</li> <li>• % var. 2011/2010</li> </ul>	+13,3 +14,7 +13,5

(a) a 31 de diciembre de 2008.

Fuente: DBK sobre fuentes diversas.



