Orientaciones para el Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD) en Vitoria-Gasteiz

Noviembre 2020

Servicio de Investigación e Información Social SiiS Ikerketa eta Informazio Sozialerako Zerbitzua

Índice

1. Presentación....4

2. Principales magnitudes del SAD en el municipio de Vitoria-Gasteiz....6
2.1. Introducción y metodología....6
2.2. Principales indicadores relativos al SAD en Vitoria-Gasteiz....6
2.2.1. Evolución de la cobertura del SAD en Vitoria-Gasteiz....6
2.2.2. Evolución de la cobertura del SAD por titularidad del servicio....9
2.2.3. Comparativa territorial del SAD en Vitoria-Gasteiz....11
2.2.4. Evolución de la intensidad del SAD en Vitoria-Gasteiz....13
2.2.5. Evolución de la intensidad del SAD por titularidad del servicio....15
2.2.6. Intensidad del SAD en función de la asignación de horas semanales....17
2.2.7. Evolución conjunta de los principales indicadores sobre el SAD en Vitoria-Gasteiz....18
2.2.8. Evolución de la cobertura del SAD en relación a la cobertura de otros recursos21 o prestaciones....21
2.3. El perfil de las personas usuarias....22
2.4. Expedientes de SAD municipal....23
2.4.1. Distribución y evolución de las modalidades del SAD municipal....23
2.4.2. Principales objetivos y tareas de los expedientes....24
2.4.3. Expedientes del SAD municipal con otros recursos adicionales....27
2.5. Gasto del SAD en Vitoria-Gasteiz....27
2.6. El SAD de Vitoria-Gasteiz en perspectiva comparada....27

3. La situación del SAD en Vitoria-Gasteiz desde la perspectiva de los agentes implicados....29
3.1. Introducción y metodología....29
3.2. Balance general del SAD en Vitoria-Gasteiz y principales retos....32
3.2.1. Evolución: incremento de la demanda y crecimiento del SAD de dependencia. Preocupación por la pérdida de la función preventiva del SAD....32
3.2.2. Características del SAD: servicio esencial y potente, pero rígido e insuficiente....35
3.2.3. Principales necesidades atendidas por el SAD en Vitoria-Gasteiz....38
3.2.4. Principales retos en torno al SAD: adecuación a las necesidades a través de diferentes vías y la sostenibilidad del servicio....39
3.3. Utilidad y adecuación del SAD. Calidad del servicio y calidad de vida....43
3.3.1. Valoración del SAD por parte de las personas usuarias y familiares....43
3.3.2. Adecuación del servicio a las necesidades de las personas usuarias y familiares....48
3.3.3. Modalidades y funciones del SAD....54
3.3.4. El SAD y modelo de Atención Centrado en la Persona: una idea simple en un sistema complejo....58
3.3.5. El SAD y la permanencia en el domicilio: el gran objetivo convertido en reto....61
3.3.6. Servicios adicionales complementarios al SAD....63
3.3.7. El SAD y las nuevas tecnologías....68
3.3.8. Impacto de la pandemia del COVID-19 en las necesidades de las personas usuarias y en el funcionamiento del SAD....72
3.4. Acceso, gestión y financiación del servicio....74
3.4.1. Los criterios de acceso....74
3.4.2. Los efectos de la distribución competencial sobre el funcionamiento del SAD....80
3.4.3. Municipalización o publificación del SAD....81
3.4.4. Otros modelos de gestión: el papel de la prestación de económica de asistencia personal (PEAP)....82
3.4.5. La gestión indirecta del servicio: reflexiones respecto al sistema de contratación del SAD....84
3.5. Profesionalización, formación y condiciones laborales....88
3.5.1. Profesionalización y formación....88
3.5.2. Condiciones laborales del personal del SAD....90
3.6. Coordinación interinstitucional en torno al SAD....92
3.6.1. Administración Pública y empresas y entidades....92

3.6.2. Coordinación sociosanitaria....95
4. La asistencia domiciliaria en Europa: fórmulas organizativas, tendencias y buenas prácticas....101
4.1. Introducción....101
4.2. Organización de la atención domiciliaria en otros países de Europa....101
4.2.1. La atención domiciliaria en Francia....101
4.2.2. La atención domiciliaria en Escocia....108
4.2.3. La asistencia domiciliaria en Alemania....116
4.2.4. La atención domiciliaria en los Países Bajos....125
4.2.5. La atención domiciliaria en Suecia....135
4.3. Tendencias y buenas prácticas en el diseño de los modelos de asistencia domiciliaria en Europa....141
4.3.1. Introducción y metodología....141
4.3.2. Tendencias principales....143
4.3.3. Buenas prácticas....156
5. Conclusiones y recomendaciones....165
5.1. Conclusiones....165
5.1.1. Principales datos sobre las características de SAD en Vitoria-Gasteiz....165
5.1.2. Valoración del SAD por parte de los diversos agentes....167
5.1.3. Características básicas del SAD en cinco países de Europa....169
5.1.4. Principales tendencias internacionales en relación al SAD....172
5.2. Posibles líneas para la reorientación del SAD en Vitoria-Gasteiz....173
5.2.1. Introducción....173
5.2.2. Algunas orientaciones para la reorientación del SAD en Vitoria-Gasteiz....174
6. Bibliografía....184

1. Presentación

Como se ha señalado en trabajos anteriores [1], los servicios de ayuda a domicilio han constituido, durante décadas, el principal apoyo público ofrecido a las personas con limitaciones en su autonomía para permanecer en su entorno. Ese protagonismo se ha visto amenazado en los últimos años debido a la creciente demanda –que se espera siga creciendo empujada por factores como el envejecimiento de la población y la reducción de la capacidad de la red informal de atención–, la irrupción de nuevos servicios y prestaciones, y las dificultades de financiación que han llevado, desde algunas ópticas, a cuestionar su sostenibilidad financiera en el medio e incluso en el corto plazo. En este contexto, muchos países europeos han optado por reformar la regulación del servicio y la forma de prestarlo.

En el caso de Vitoria-Gasteiz, la necesidad de reflexionar sobre el papel y la reorientación del servicio de ayuda a domicilio se deriva tanto del incremento en el número de personas usuarias y horas de atención prestadas como de la próxima asunción por parte del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz de la gestión completa del Servicio de Ayuda a Domicilio. Estos cambios obligan a realizar una reflexión de largo alcance sobre el papel del SAD y, en términos más generales, sobre el apoyo a las personas mayores y/o con dependencia que residen en sus domicilios, con especial atención a la configuración de los servicios de atención primaria y de competencia municipal.

Al objeto de adaptarse a lo establecido en el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y la Diputación Foral de Álava suscribieron en 2016 un Convenio Marco de Cooperación para la reordenación de competencias en materia de servicios sociales[1].

De acuerdo al Decreto de Cartera, que considera el SAD de competencia municipal, y dentro de las facultades que se les reconoce a las Entidades Locales de establecer convenios para la gestión de servicios públicos en la Ley 2/2016, de 7 de abril, de Instituciones Locales de Euskadi, en el marco de este convenio el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz comenzó a prestar en 2016 el SAD de dependencia dirigido a personas en riesgo y con grado I de dependencia, además de continuar con la gestión del SAD básico. Por su parte, el Instituto Foral de Bienestar Social mantuvo la gestión del SAD dirigido a personas con grados II y III de dependencia —así como casos de grado I anteriores a 2016—.

Este acuerdo entre ambas administraciones se ha ido prorrogando desde 2016 y, por tanto, en la actual distribución competencial del servicio de ayuda a domicilio en la ciudad de Vitoria-Gasteiz el Ayuntamiento sigue gestionando el SAD básico, riesgo y grado I de dependencia, mientras que el Instituto Foral de Bienestar Social presta el SAD dirigido a personas con grados II y III de dependencia.

En ese contexto, el objetivo de este estudio es el de contribuir a la reflexión sobre la posible reorientación del servicio de asistencia domiciliaria en el municipio de Vitoria-Gasteiz, a la luz tanto de la experiencia y las buenas prácticas que se realizan en otros países de nuestro entorno como de la identificación de las fortalezas y las carencias del servicio en el municipio.

Para ello, el estudio realizado recoge dos perspectivas diferentes.

Los dos primeros capítulos están centrados en la situación del servicio de ayuda a domicilio en el municipio de Vitoria-Gasteiz, y tienen como objetivo identificar las fortalezas y carencias del servicio, y las posibles áreas de mejora. Para ello:

- el segundo capítulo del informe describe las principales magnitudes del SAD en el municipio y recoge los datos cuantitativos disponibles en relación a los servicios de asistencia domiciliaria prestados, tanto por parte del Ayuntamiento como por parte de la Diputación Foral, en el marco del reparto competencial actualmente vigente. Como se señala en el apartado metodológico

[1] Convenio Marco de Cooperación entre el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y la Diputación Foral de Álava para la reordenación de competencias en materia de Servicios Sociales [en línea].

correspondiente, el objetivo de incluir los dos servicios es el de ofrecer una visión panorámica del servicio de ayuda a domicilio en el municipio, tanto desde el punto de vista evolutivo como en lo que se refiere a la situación actual. También se ofrecen algunos datos comparativos para contextualizar la situación del SAD vitoriano en un contexto más amplio.

- el tercer capítulo tiene un carácter cualitativo –más subjetivo, por tanto− y responde a la necesidad de conocer la visión que los diversos agentes tienen sobre el servicio de asistencia domiciliaria en el municipio de Vitoria-Gasteiz, tanto en referencia al SAD municipal, como al SAD foral. La información recogida en ese capítulo se ha recopilado, mayoritariamente, mediante entrevistas individuales realizadas a representantes y profesionales de la red pública de Servicios Sociales, profesionales de la red privada de empresas que prestan el SAD y de entidades de iniciativa social, así como a un grupo de personas usuarias y/o familiares. Estas aportaciones se recogen con un doble objetivo: realizar un diagnóstico de la situación actual del SAD en el municipio, por un lado; y, por otro, identificar líneas de mejora que, a juicio de las personas informantes, podría ser conveniente impulsar.

La segunda perspectiva –recogida en el cuarto capítulo− tiene un carácter comparativo y recoge el funcionamiento y las tendencias de cambio del servicio de asistencia domiciliaria en el contexto internacional. El objetivo de este análisis es el de conocer experiencias, innovaciones o buenas prácticas que puedan resultar útiles para la reorientación del SAD en Vitoria-Gasteiz. Para ello, el capítulo se estructura en dos epígrafes principales.

- El primero describe el funcionamiento del SAD en cinco países de Europa: Francia, Escocia, Suecia, Holanda y Alemania. Se trata de países que representan modelos diferentes en lo que se refiere a la organización y la provisión de los Servicios Sociales y que permiten ofrecer una imagen global de las fórmulas existentes para la prestación del servicio.

- El segundo epígrafe tiene un carácter algo más teórico, y recoge las tendencias, innovaciones y buenas prácticas que se pueden identificar en torno al SAD en otras regiones y países de nuestro entorno. Dentro de ese epígrafe se diferencian las tendencias generales –tanto las que se consideran positivas como las que pueden ser más problemáticas− de lo que se puede entender como innovaciones o buenas prácticas, que en algunos casos no son sino una aplicación de las tendencias señaladas en el apartado anterior.

El informe se cierra con un apartado de conclusiones y recomendaciones, con el que se pretende proponer pistas para la reorientación del servicio en el municipio.

A la hora de plantear esas recomendaciones, se ha intentado por una parte recoger orientaciones concretas y específicas, aplicables a corto y medio plazo por parte del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz para la reorientación del servicio, aunque también se recogen algunas recomendaciones que competen a otros niveles de la administración. Por otra parte, como se señala posteriormente, cabe destacar que las orientaciones planteadas no constituyen un plan o una estrategia, es decir, no incluyen medidas articuladas y coherentes orientadas a la consecución de unos objetivos determinados. Si bien es obvio que la mayoría de ellas persiguen unos objetivos comunes, no todas las medidas son complementarias entre sí y podría pensarse que, en algunos casos, podrían ser hasta contradictorias. Es decir, se han señalado algunas orientaciones que podrían resultar útiles (o que han resultado útiles en otros contextos) pero que requieren de una priorización y articulación interna previa para ser aplicadas. Por otro lado, las orientaciones planteadas se han intentado ordenar de la manera más lógica posible, dado que algunas de las orientaciones planteadas son consecuencia de, o requisito para, otras más generales.

Cabe señalar finalmente que las orientaciones planteadas tienen diferente nivel de concreción. Se ha intentado en todo caso evitar la formulación de orientaciones excesivamente teóricas o generales, así como las orientaciones muy específicas o ligadas al día a día del servicio, para centrarse en orientaciones de amplio alcance pero, a la vez, suficientemente concretas.

2. Principales magnitudes del SAD en el municipio de Vitoria-Gasteiz

2.1. Introducción y metodología

Como se ha señalado en la introducción, este primer capítulo recoge la información disponible en relación con las principales magnitudes del SAD en el municipio de Vitoria-Gasteiz. Si bien el grueso de la información recogida para este estudio proviene de las entrevistas realizadas, y tiene por tanto carácter cualitativo, se ha considerado pertinente recoger y ordenar los datos cuantitativos disponibles al objeto de contextualizar la información cualitativa que se resume en el siguiente capítulo.

Los datos recogidos en este capítulo provienen, fundamentalmente, de las bases de datos del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y del Instituto Foral de Bienestar Social (IFBS) de la Diputación Foral de Álava. Asimismo, al objeto de complementar dicha información, se han utilizado, adicionalmente, datos provenientes de la Estadística de Servicios Sociales y Acción Social (ESSEC) realizada por el Órgano Estadístico Específico del Departamento de Políticas Sociales del Gobierno Vasco y los datos del Servicio Público de Teleasistencia del Gobierno Vasco.

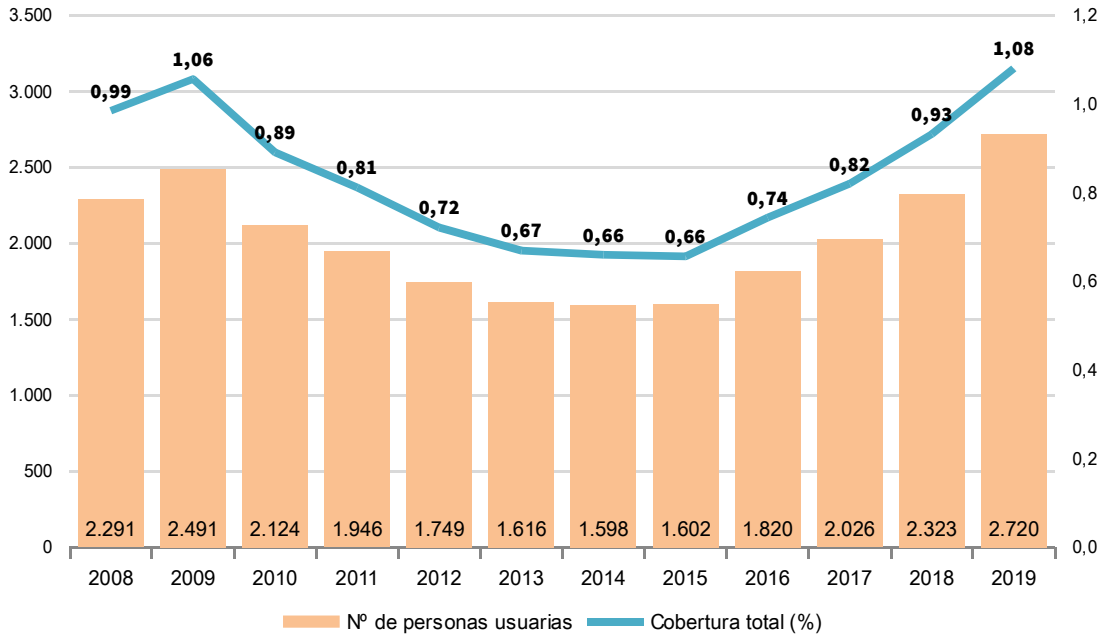
El análisis realizado en este capítulo recopila los principales datos cuantitativos sobre el SAD en el municipio de Vitoria-Gasteiz, y hacen referencia tanto al SAD foral como al SAD municipal. El objetivo de incluir los dos servicios es el de ofrecer una visión panorámica del servicio de ayuda a domicilio en el municipio, tanto desde el punto de vista evolutivo como en lo que se refiere a la situación actual. También se ofrecen algunos datos comparativos para contextualizar la situación del SAD vitoriano en un contexto más amplio. En todo caso, es importante destacar que la actual distribución competencial del SAD en Vitoria-Gasteiz condiciona la disponibilidad de datos y su explotación, principalmente, por las diferencias en las fórmulas de recogida de datos y en el desglose de los mismos del SAD foral y el SAD municipal.

2.2. Principales indicadores relativos al SAD en Vitoria-Gasteiz

2.2.1. Evolución de la cobertura del SAD en Vitoria-Gasteiz

Si se tiene en cuenta la suma de las personas usuarias del SAD foral y el SAD municipal en relación a la población en Vitoria-Gasteiz, los datos más recientes indican que a finales de 2019 acceden a este recurso un total de 2.720 personas, lo que representa una tasa de cobertura del 1,08% sobre el conjunto de la población. En términos evolutivos, se observa una clara caída de la cobertura entre 2009 y 2015 –del 1,06% al 0,66%− y una recuperación posterior, de forma que la cobertura del servicio vuelve a situarse en cifras superiores a las registradas en 2009.

Gráfico 1. Evolución del número de personas usuarias a 31 de diciembre y cobertura (%) del SAD en Vitoria-Gasteiz. 2008-2019

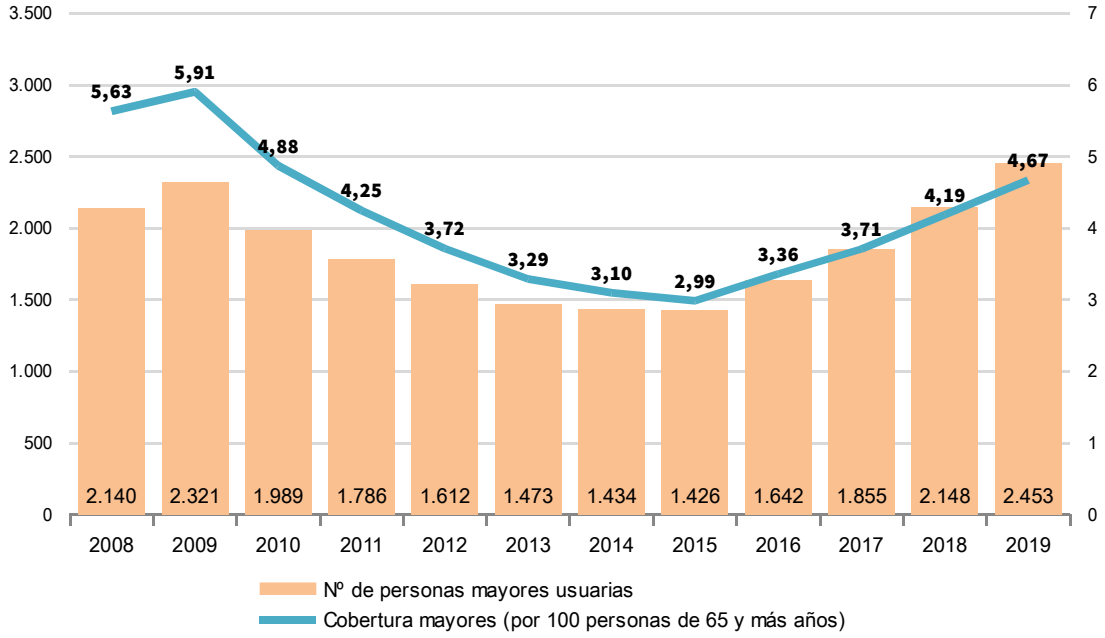


Fuentes: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava (2008-2018) y la información proporcionada por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (2019).

En términos relativos, cabe señalar que las personas de 65 y más años han supuesto –durante todo el periodo analizado– más del 90% de las personas usuarias del programa. Si el análisis se centra únicamente en las personas mayores usuarias del SAD (gráfico 2), tanto el número de personas usuarias como la cobertura mantienen la misma tendencia registrada en el conjunto de personas usuarias, aunque la tasa de cobertura es significativamente superior para este sector de la población. A finales de 2019, hay en Vitoria-Gasteiz un total de 2.453 personas usuarias del SAD de 65 y más años, lo que implica una cobertura del 4,67% respecto a esa población.

En lo referente al número de personas usuarias de 65 años y más, se ha producido un incremento muy notable en los últimos cinco años, pasando de unas 1.400 personas a más de 2.400, lo que supone un incremento del 72%. Debido a la proporción que representa la población mayor sobre el total de personas usuarias, este incremento va acorde con el que se manifiesta en el conjunto de las personas usuarias (70%). Desde la perspectiva de la cobertura, en la población mayor se observa un incremento del 56% y en el conjunto de la población del 64%.

Gráfico 2. Evolución del número de personas mayores usuarias a 31 de diciembre y cobertura (por 100 personas de 65 y más años) del SAD en Vitoria-Gasteiz. 2008-2019



Fuentes: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava (2008-2018) y la información proporcionada por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (2019).

Si en lugar de analizar el número de personas atendidas a final de año se analiza el número de personas atendidas a lo largo de todo el año, se observan conclusiones algo diferentes. Por una parte, el número de personas usuarias a lo largo del año se reduce claramente entre 2008 y 2015 y, aunque se recupera posteriormente, lo hace en menor medida que el número de personas atendidas a una fecha determinada. Tras esa diferente evolución se observa un cambio importante en las tasas de rotación del servicio: si en 2008 por cada persona usuaria a final de año había dos personas usuarias a lo largo de todo el año, desde 2011 esa ratio es inferior al 1,5, lo que pondría de manifiesto una menor tasa de rotación o una mayor estabilidad de las personas usuarias dentro del servicio.

Gráfico 3. Evolución del número de personas mayores usuarias a lo largo del año e índice de rotación del SAD en Vitoria-Gasteiz. 2008-2018

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava.

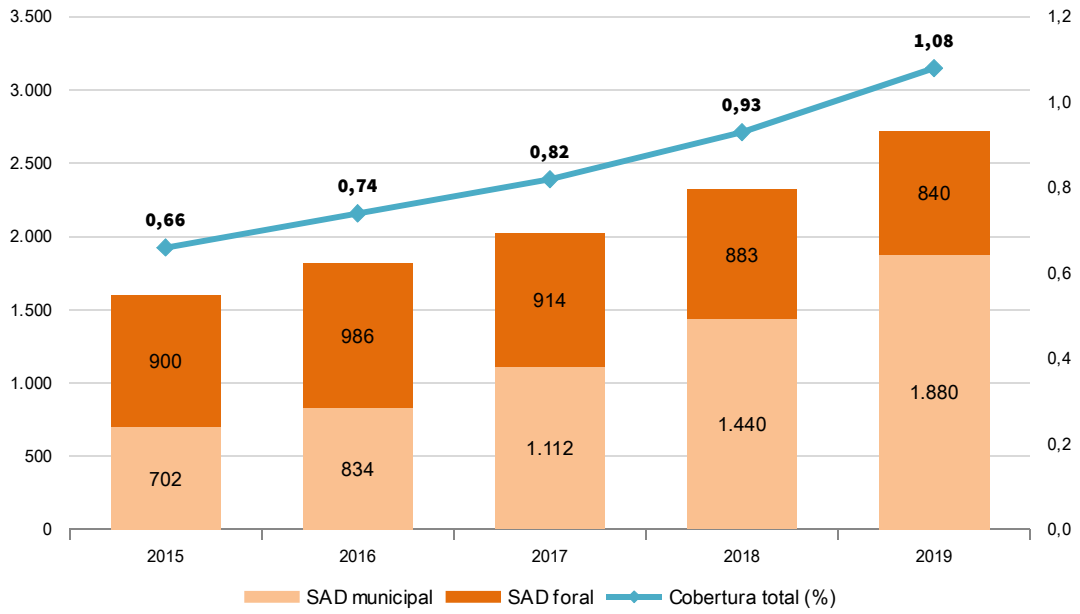
Notas: (1) El índice de rotación muestra la relación entre el número de personas usuarias de SAD en una fecha determinada y el número de personas atendidas a lo largo del año. (2) No se dispone de datos de personas usuarias a lo largo del año 2019.

2.2.2. Evolución de la cobertura del SAD por titularidad del servicio

Con el objetivo de conocer la evolución de la cobertura del SAD en función de la titularidad municipal o foral del servicio, se han empleado dos fuentes de información. Por un lado, como en los gráficos anteriores, se han utilizado los datos del Instituto Foral de Bienestar Social que engloban el conjunto del SAD prestado en la ciudad. Por otro lado, los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz permiten conocer con mayor exactitud la evolución del SAD municipal. Para obtener los datos correspondientes del SAD foral, se ha restado la información municipal al conjunto de la atención, por lo que se trataría de una estimación.

En todo caso, si se analiza la cobertura y el número de personas usuarias del SAD en Vitoria-Gasteiz distinguiendo el SAD foral del municipal, se observan algunos datos de interés. De acuerdo con el gráfico 4, a partir de 2015, prácticamente momento desde el cual se manifiesta un incremento en el número de personas beneficiarias, el SAD municipal pasa de atender 702 personas a atender a casi 1.900 –lo que representa un incremento del 168%−. Por el contrario, el SAD foral se mantiene estable (o, de hecho, se reduce ligeramente). Así pues, el incremento en la tasa de cobertura al que antes se ha hecho referencia se debe casi exclusivamente al crecimiento del número de personas usuarias del SAD municipal, que pasan de representar el 44% del total de personas usuarias en 2008 al 69% a finales de 2019.

Gráfico 4. Evolución del número de personas usuarias a 31 de diciembre y cobertura (%) del SAD en Vitoria-Gasteiz, por titularidad. 2015-2019



Fuentes: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava y la información proporcionada por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

El siguiente gráfico recoge la evolución de la cobertura de las diferentes modalidades de SAD, en relación al conjunto de la población. Se observa con claridad el incremento del SAD municipal que pasa de una cobertura del 0,29 al 0,75%. Este incremento se debe tanto al incremento del SAD básico –cuya cobertura pasa del 0,29% al 0,44%, como del SAD municipal para personas dependientes, que de no existir pasa a cubrir al 0,27% de la población. El SAD foral, por el contrario, se mantiene estable.

Gráfico 5. Evolución de la cobertura (%) del SAD en Vitoria-Gasteiz, por titularidad y tipo de servicio. 2015-2019

Fuentes: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava y la información proporcionada por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

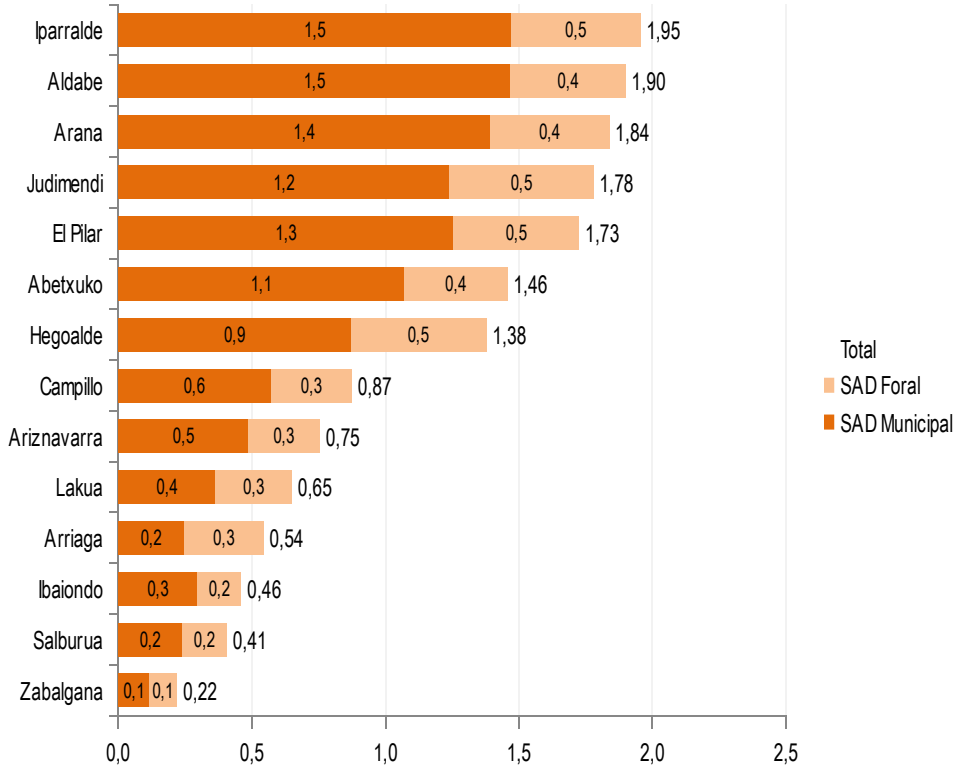
2.2.3. Comparativa territorial del SAD en Vitoria-Gasteiz

En lo que se refiere a la cobertura del SAD desde la perspectiva territorial, debe señalarse en primer lugar que los Servicios Sociales de Base (SSB) que cuentan en sus respectivas zonas de influencia con una mayor proporción de personas de 65 años y más son los centros de El Pilar (20%), Iparralde (16%), Campillo (10%) y Hegoalde (9%), seguidos por los centros de Judimendi (8%) y Aldabe (7%). Por el contrario, Abetxuko y Zabalgana son los SSB que atienden las zonas en las que se registra una menor proporción de este sector de la población.

Como cabía esperar, los SSB ubicados en zonas con mayor población mayor son los que atienden a un mayor porcentaje de personas usuarias del SAD: los SSB de El Pilar (19%), Iparralde (18%), Aldabe y Judimendi (8%), Hegoalde (8%) y Campillo (7%), concentran casi el 66% de todas las personas usuarias. De igual modo, Abetxuko y Zabalgana son los que menos personas usuarias del servicio atienden en el mismo momento del año. Se observa desde ese punto de vista una clara concentración de las personas usuarias del SAD, ya que los SSB de El Pilar e Iparralde concentran al 37% de todas las personas usuarias, mientras que Abetxuko y Zabalgana –con menos de 100 personas usuarias− apenas concentran el 3,7%.

Como consecuencia de estas diferentes estructuras demográficas, la cobertura del servicio oscila entre el 1,95% en Iparralde y el 0,2% en Zabalgana, con una media del 1,08% en 2019 en el conjunto de la ciudad. Los desequilibrios en las tasas de cobertura por SSB se mantienen cuando se tiene en cuenta únicamente a la población mayor de 65 años.

Gráfico 6. Cobertura (%) del SAD en Vitoria-Gasteiz, por titularidad del servicio y SSB. 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Los datos territoriales de cobertura, cuando se diferencian en función de la titularidad del servicio, ponen de manifiesto los siguientes datos de interés:

- La cobertura del SAD municipal oscila entre el 1,5% de Iparralde y Aldabe y el 0,1% de Zabalgana. La cobertura del SAD foral oscila entre el 0,5% de Iparralde, Judimendi, El Pilar y Hegoalde y el 0,1% de Zabalgana.

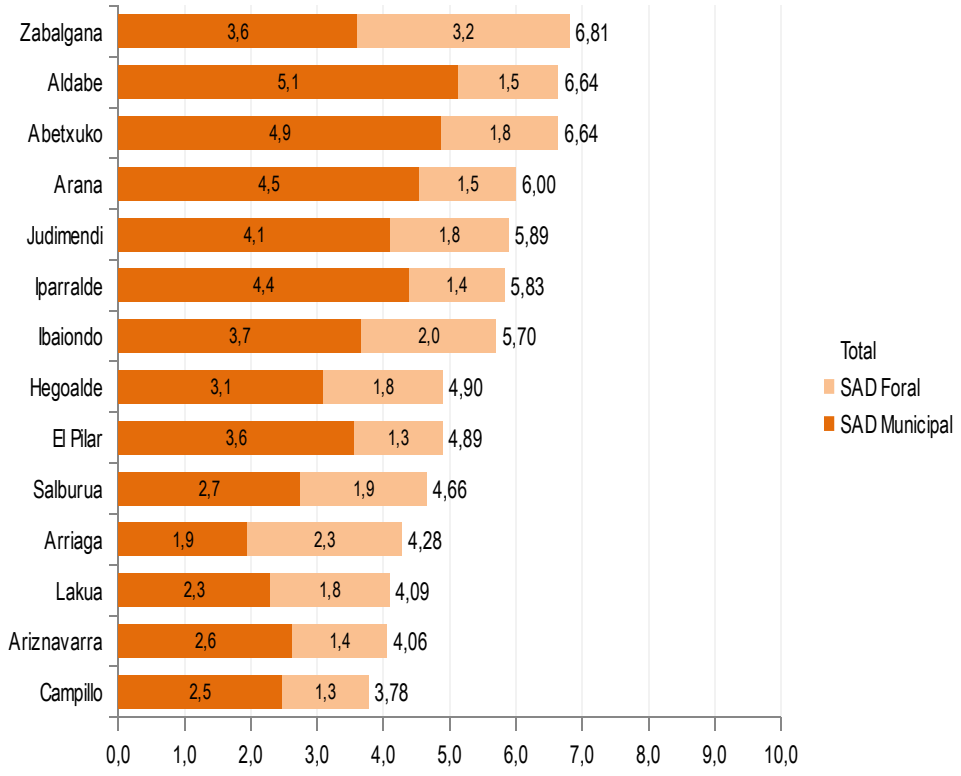
- La relación entre la cobertura del SAD foral y el SAD municipal es relativamente similar en algunas zonas, si bien el peso del SAD municipal oscila entre el 77% en el barrio de Aldabe, el 76% en Arana y el 75% en Iparralde (que son los que cuentan con la mayor cobertura del SAD municipal) y el 45% en Arriaga. Por su parte, en Zabalgana se manifiesta la relación más equilibrada entre la cobertura del SAD municipal (53%) y el SAD foral (47%), seguido de Arriaga, Lakua y Salburua.

- Por último, el coeficiente de variación[2] es superior en el caso del SAD municipal, ya que –en relación con la cobertura del SAD foral– existe una mayor diferencia entre las tasas de cobertura de los diferentes SSB (desde el 0,1% de Zabalgana hasta el 1,5% de Iparralde).

Obviamente, la situación descrita en el gráfico anterior cambia si la cobertura del SAD se analiza en relación a la población mayor de 65 años residente en cada barrio. En este caso, las coberturas más elevadas se dan en Zabalgana, Aldabe y Abetxuko, y las más bajas en Campillo, Ariznavarra y Lakua. La cobertura del SAD municipal más elevada se da en Aldabe, mientras que la cobertura foral más amplia corresponde a Zabalgana. Tanto en el SAD foral como en el municipal la ratio entre las zonas con mayor y menor cobertura supera el dos.

[2] Las medidas de variabilidad representan el grado de concentración o dispersión de un conjunto de valores, es decir, la diferencia entre el valor máximo y mínimo de un conjunto de datos. En este análisis, se utiliza el coeficiente de variación para indicar la distancia entre la mayor y menor tasa de cobertura del SAD registrada en los Servicios Sociales de Base de Vitoria-Gasteiz. Cuanto mayor sea la amplitud de este rango de valores, mayor será la dispersión existente en cuanto a la cobertura del servicio en las diferentes zonas de la ciudad.

Gráfico 7. Cobertura (por 100 personas de 65 y más años) del SAD en Vitoria-Gasteiz, por titularidad del servicio y SSB. 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

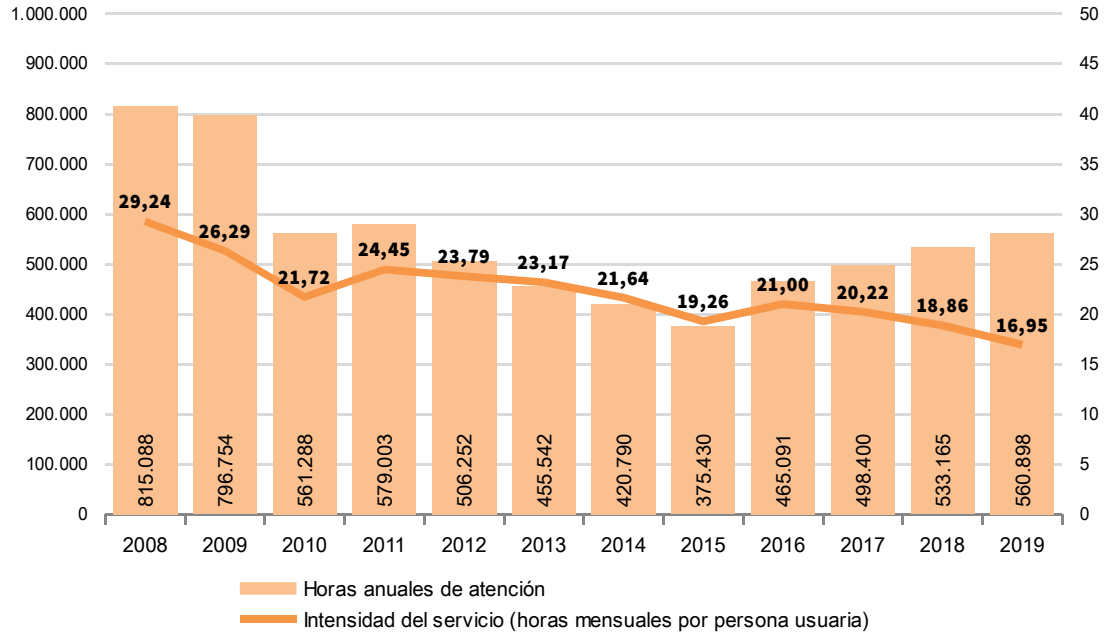
2.2.4. Evolución de la intensidad del SAD en Vitoria-Gasteiz

El incremento de la cobertura en los últimos cinco años no ha ido acompañado de un incremento en la intensidad del servicio. Dicho de otro modo, aunque el número total de horas de atención ha crecido desde 2015, lo ha hecho en menor medida que el número de personas atendidas, lo que tiene como consecuencia un decremento en la intensidad, medida como la relación entre el número de horas de atención prestadas a lo largo del año y el número de personas atendidas en ese mismo periodo.

Debe decirse en cualquier caso que la medición de la intensidad del SAD no es sencilla. La forma más sencilla de calcular esta indicador podría ser la de dividir el número total de horas prestadas durante un año por el número de personas usuarias del servicio durante el mismo año; sin embargo, este indicador infraestima la intensidad real del servicio porque no tiene en cuenta que algunas personas no han utilizado el servicio durante un año concreto. La intensidad también puede calcularse dividiendo las horas totales prestadas por el número de personas usuarias en un momento determinado; en este caso, sin embargo, la intensidad se sobreestima, ya que todas las horas prestadas se atribuyen a una parte de las personas usuarias, las que siguen en activo en una fecha determinada. Para evitar estos problemas, se ha optado por calcular la intensidad dividiendo el número total de horas prestadas a lo largo del año por 365 y la cifra resultante por el número de personas usuarias a una fecha determinada. Posteriormente esa cifra se ha multiplicado por 30, obteniéndose así una intensidad media mensual.

Así calculada, la intensidad media del servicio es en 2019 de 16,95 horas mensuales, para el conjunto de las personas usuarias del SAD. Como se observa en el gráfico 8, la intensidad del servicio se redujo claramente entre 2008 y 2010, y ha venido cayendo progresivamente desde entonces.

Gráfico 8. Evolución del número de horas anuales de atención y la intensidad mensual del SAD en Vitoria-Gasteiz. 2008-2019

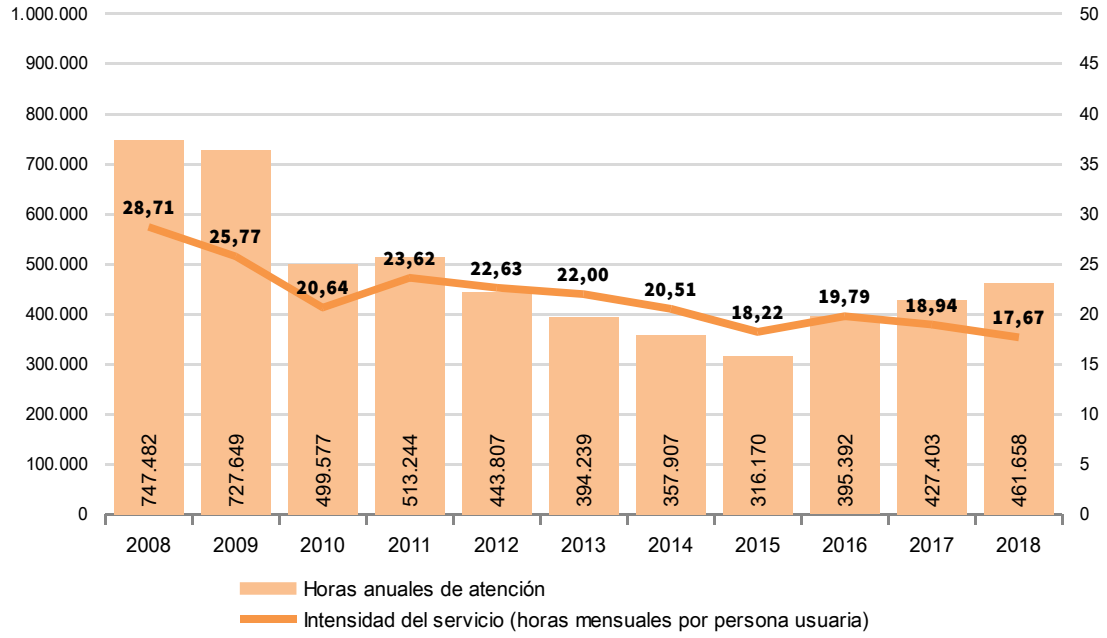


Fuentes: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava (2008-2018) y la información proporcionada por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (2019).

El gráfico anterior refleja en cualquier caso la intensidad correspondiente al conjunto de las personas usuarias de las diversas modalidades del SAD. Como veremos a continuación, la evolución de la intensidad no ha sido la misma en función del tipo de SAD que se analice y/o del colectivo de personas usuarias que se tenga en cuenta.

En lo referente a las personas de 65 y más años, tanto la intensidad como las horas anuales de atención mantienen la misma tendencia que la registrada en el conjunto de las personas usuarias. Sin embargo, la intensidad en la población mayor usuaria del servicio es más baja respecto al total de personas usuarias desde 2010 hasta 2018, pese a que las diferencias no son de gran magnitud. La evolución entre la población mayor es similar a la registrada para el conjunto de la población (lo que por otra parte resulta lógico dado el peso de este colectivo entre el conjunto de las personas usuarias del SAD): la intensidad ha pasado de 28 horas mensuales a 17,6. Se trata de la tasa de intensidad más baja de todo el periodo.

Gráfico 9. Evolución del número de horas anuales de atención y la intensidad mensual del SAD para personas de 65 y más años en Vitoria-Gasteiz. 2008-2018*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava.

**Nota: al no disponer de las horas anuales de atención correspondientes al año 2019 en función de la edad de las personas usuarias de SAD, no se ha podido calcular la intensidad del servicio para personas mayores de este año.*

2.2.5. Evolución de la intensidad del SAD por titularidad del servicio

Con el objetivo de conocer la evolución de la intensidad del SAD en función de la titularidad del servicio, se ha realizado –como en el caso de la cobertura– una aproximación a partir de los datos proporcionados por el Instituto Foral de Bienestar Social y el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. La forma de calcular la intensidad es la misma que se ha utilizado en el epígrafe anterior.

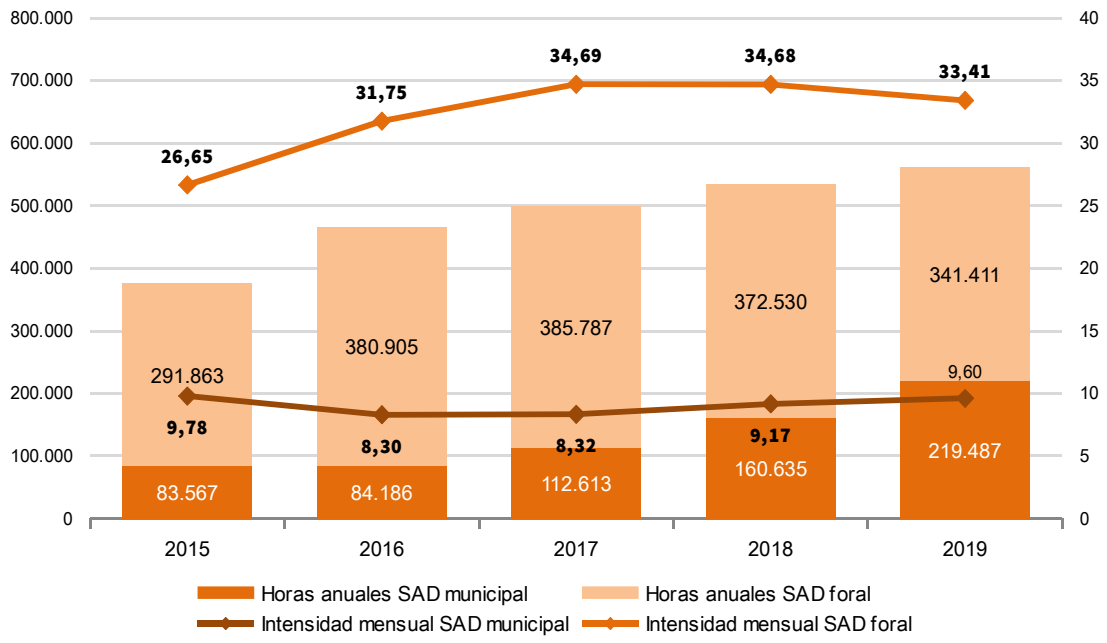
Si la evolución de las horas de atención y de la intensidad del servicio se analiza teniendo en cuenta la titularidad del servicio desde 2011 (Gráfico 10), se pueden destacar los siguientes datos de interés:

- La intensidad del SAD municipal se ha mantenido relativamente estable, en torno a las nueve horas mensuales por persona usuaria. Por el contrario, la intensidad media del SAD foral ha crecido de forma notable, pasando de 26,6 horas mensuales a 33,4. No obstante, a partir de 2017, mientras que el SAD foral registra una disminución en su intensidad, en el SAD municipal aumenta ligeramente.

- Este diferente ritmo de incremento se debe a que mientras el número de personas usuarias del SAD foral apenas ha crecido, el número de horas lo ha hecho en un 17%. En el caso del SAD municipal, el incremento del número de horas ha sido claramente mayor –del 163%− pero algo menor que el incremento en el número de personas usuarias.

- En resumen, aunque las horas correspondientes al SAD municipal han pasado del 22% al 39% del conjunto de las horas prestadas en el municipio desde 2015 hasta 2019, las horas prestadas en el marco del SAD foral siguen constituyendo el grueso de las horas de SAD prestadas en el municipio.

Gráfico 10. Evolución del número de horas anuales de atención y la intensidad mensual del SAD en Vitoria-Gasteiz, por tipo. 2015-2019



Fuentes: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava y la información proporcionada por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

El gráfico 11 recoge la evolución de la intensidad del SAD municipal, diferenciando las diversas modalidades del servicio municipal, así como la intensidad del SAD foral, ya recogida en el gráfico anterior.

Gráfico 11. Evolución del número la intensidad mensual del SAD en Vitoria-Gasteiz, por tipo. 2015-2019

Fuentes: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava y la información proporcionada por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

En el gráfico se observa que la intensidad del SAD municipal para personas dependientes ha ido creciendo progresivamente hasta llegar a las 15 horas mensuales por persona usuaria, mientras que en el caso del SAD básico ha pasado de ocho horas mensuales a seis. La intensidad del SAD foral es sensiblemente ma-

yor que la del SAD municipal para personas dependientes, debido en gran medida a que el SAD municipal atiende a personas con niveles más reducidos de dependencia, y necesidades de apoyo más ligeras.

2.2.6. Intensidad del SAD en función de la asignación de horas semanales

Los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz permiten conocer también la intensidad de cada uno de los expedientes del SAD a comienzos del año 2020. Según esta información, el 53,4% de los expedientes totales reciben menos de cinco horas de atención semanales (21 horas mensuales) y sólo el 12,1% recibe más de 10 horas de atención a la semana (42 horas mensuales).

Desde el punto de vista de la titularidad del servicio, los datos muestran que en el caso del SAD foral, la mayoría de los expedientes (47,7%) cuentan con una asignación de entre 5 y 10 horas a la semana, mientras que en el SAD municipal este porcentaje es notablemente inferior (27,9%). Esto es debido, fundamentalmente, al perfil de las personas atendidas en el SAD foral respecto al SAD municipal según el grado de dependencia. Por el contrario, en el SAD municipal la mayoría de los expedientes (63,9%) tienen entre 2 y 5 horas asignadas, y este tramo de intensidad representa un 49% del total de los expedientes en el conjunto del servicio. Teniendo en cuenta las horas que el marco normativo establece para cada grado de dependencia, la representación de este tramo de horas semanales puede deberse a la proporción de las personas con grado I respecto al conjunto de las personas atendidas, tal y como se refleja en el apartado de perfil de las personas usuarias.

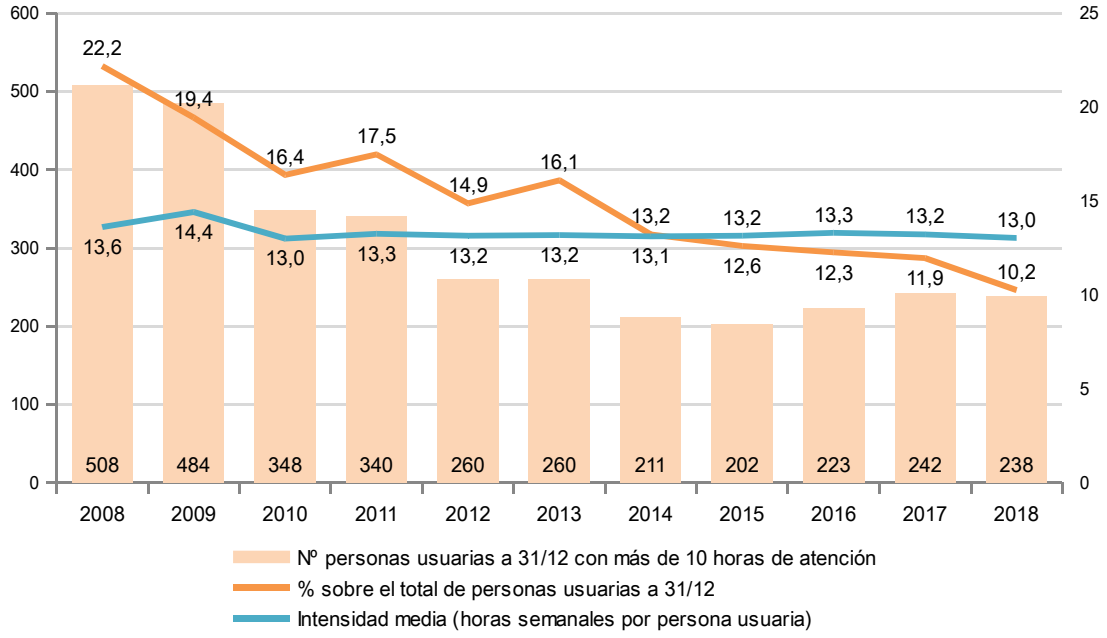
Tabla 1. Expedientes del SAD en Vitoria-Gasteiz por titularidad y tramo de horas semanales asignadas. 2019

	Municipal		Foral		Total	
	N	%	N	%	N	%
0-1,99	94	5,6	16	1,9	110	4,4
2-4,99	1.064	63,9	163	19,4	1.227	49,0
5-9,99	465	27,9	401	47,7	866	34,6
10-14,99	38	2,3	205	24,4	243	9,7
15-19,99	4	0,2	49	5,8	53	2,1
20 y más	1	0,1	6	0,7	7	0,3
Total	1.666	100,0	840	100,0	2.506	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

La reducción de la intensidad media se debe, en parte, al menor peso relativo de las personas que reciben un SAD intensivo, con más de 10 horas semanales de atención. Aunque la intensidad media del servicio que recibe este grupo se ha mantenido estable en el tiempo (siendo el promedio de la intensidad media de 13,3 horas para todo periodo), el número de personas usuarias con más de 10 horas semanales cae en más de la mitad desde 2008 hasta 2018, pasando de 508 a 238 personas usuarias, lo que representa una disminución del 53%. En términos relativos, las personas con más de 10 horas semanales pasan de ser el 22% del total de personas usuarias en 2008 al 10,2% en 2018.

Gráfico 12. Evolución de diversos indicadores sobre personas usuarias de SAD a 31 de diciembre en Vitoria-Gasteiz que reciben más de 10 horas semanales de atención. 2008-2018*



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava.
**Nota: no se disponen datos correspondientes al año 2019.*

2.2.7. Evolución conjunta de los principales indicadores sobre el SAD en Vitoria-Gasteiz

En los siguientes gráficos se recoge al mismo tiempo la evolución de la cobertura, la intensidad y el alcance (cobertura x intensidad/100) del SAD foral y municipal entre 2008 y 2019, teniendo en cuenta tanto el conjunto de la población del municipio como las personas de 65 años y más. Los gráficos recogen el conjunto de los servicios de SAD, independientemente de su titularidad y modalidad.

Gráfico 13. Evolución de la cobertura, la intensidad mensual y el alcance del SAD en Vitoria-Gasteiz. 2008-2019

Fuentes: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava (2008-2018) y la información proporcionada por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz (2019).

Desde el punto de vista de la población total, de acuerdo al gráfico 13, se observa como ya se ha dicho que la cobertura cae progresivamente, aunque de forma lenta, desde 2009 hasta 2015 y crece desde entonces, mientras que la intensidad se reduce desde 2011. Como consecuencia de estos cambios, el

alcance del servicio (es decir, la combinación de cobertura e intensidad) evoluciona en forma de U: se reduce claramente entre 2008 y 2015 y crece entre ese año y 2019.

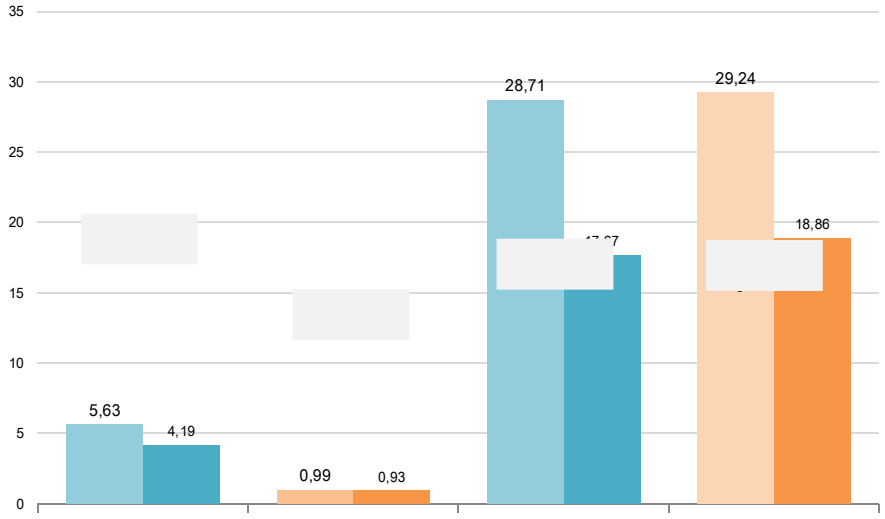
En lo referente a las personas de 65 años y más, la cobertura, bastante superior que en el conjunto de la población, disminuye más rápidamente hasta 2015 y crece, aunque de forma más ligera, a partir de dicho año. El alcance del servicio también evoluciona en forma de U, aunque la caída en el periodo que va de 2008 a 2015 es mucho más evidente que el incremento de los cuatro últimos años de la serie disponible.

Gráfico 14. Evolución de la cobertura, la intensidad mensual y el alcance del SAD para personas de 65 y más años en Vitoria-Gasteiz. 2008-2018*

Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava.
**Nota: no hay datos de horas anuales de atención correspondientes al año 2019 en función de la edad de las personas usuarias de SAD, por tanto, no se ha podido calcular la intensidad del servicio para este año.*

Los cambios señalados se derivan de los diferentes ritmos de incremento de las dos variables analizadas –cobertura e intensidad− a lo largo del tiempo. Como se observa en el grafico 15, entre 2008 y 2018, en lo que se refiere a la población de 65 y más años, la cobertura cae en un 26% y la intensidad en un 38%. En el caso del conjunto de la población, las reducciones son del 5% y el 35%.

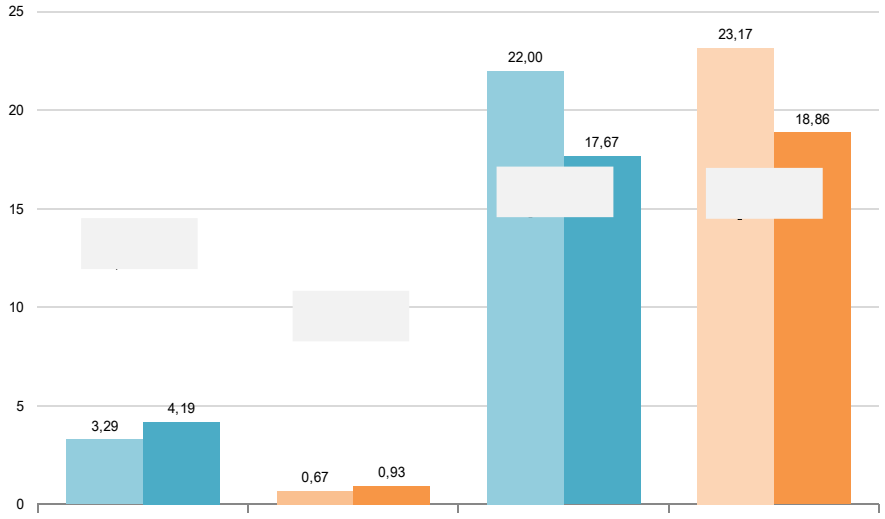
Gráfico 15. Variación de la cobertura y la intensidad mensual del SAD en Vitoria-Gasteiz. 2008/2018



Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava.

Si se analiza únicamente lo ocurrido desde 2013 (gráfico 16), sin embargo, la perspectiva es diferente. La cobertura crece en un 27% (39% para la población total), pero la intensidad se reduce en un 20% (19% para la población total), lo que se traduce en la reducción del alcance a la que antes se ha hecho referencia.

Gráfico 16. Variación de la cobertura y la intensidad del SAD en Vitoria-Gasteiz. 2013/2018



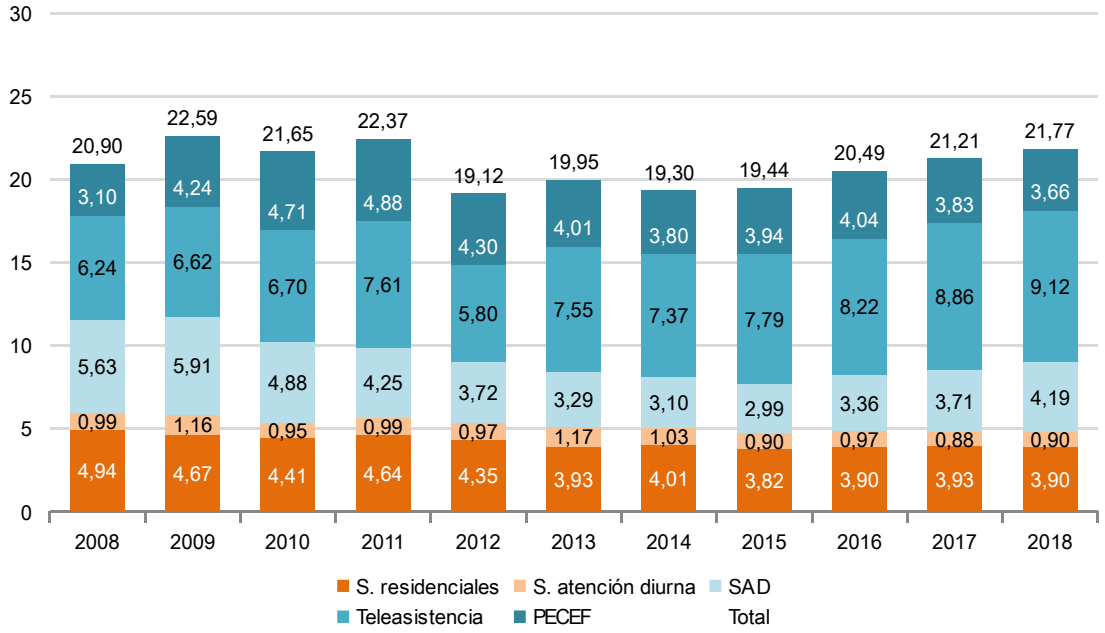
Fuente: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava.

2.2.8. Evolución de la cobertura del SAD en relación a la cobertura de otros recursos o prestaciones

Teniendo en cuenta que 9 de cada 10 personas usuarias del Servicio de Ayuda Domiciliaria tiene 65 y más años, este apartado relaciona la evolución de la cobertura del SAD con la de otros recursos destinados a la atención de la población mayor de Vitoria-Gasteiz.

Entre 2008 y 2018 la cobertura del SAD es la que mayor descenso ha registrado en comparación, por ejemplo, con la de los servicios residenciales para mayores, cuya cobertura disminuyó en un 21% durante este mismo periodo. La cobertura de los servicios de atención diurna, en cambio, se ha mantenido relativamente estable durante el periodo analizado con una cobertura que oscila entre el 0,9% y el 1,1%, disminuyéndose solamente en un 9% entre 2008 y 2018. En el caso de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF), el número de personas mayores beneficiarias por cada 100 habitantes de 65 y más años ha crecido un 18%, mientras que el servicio público de teleasistencia ha subido en casi 3 puntos porcentuales su cobertura –del 6,24 en 2008 a 9,12 en 2018–, lo que supone, en términos relativos, un incremento cercano al 50%.

Gráfico 17. Evolución de la cobertura de diversos recursos para personas mayores (por 100 personas de 65 y más años). Vitoria-Gasteiz 2008-2018



Fuentes: elaboración propia a partir de los datos recogidos del Observatorio de Servicios Sociales de Álava y los proporcionados por el Gobierno Vasco.
Notas: (1) Los datos hacer referencia al número de personas mayores usuarias o beneficiarias a 31 de diciembre de cada año. (2) Los servicios residenciales contemplados en este gráfico incluyen las residencias, viviendas comunitarias y apartamentos tutelados para personas mayores. (3) Los servicios de atención diurna incluyen centros de día y atención diurna en residencias.

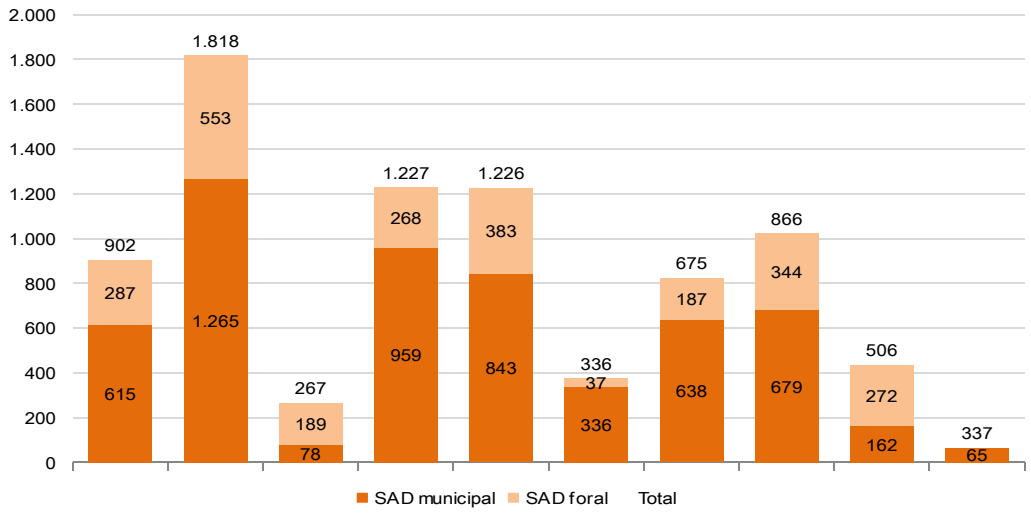
Este menor ritmo de crecimiento se debe sobre todo a los decrementos producidos en la primera parte del periodo analizado. Efectivamente, en los últimos cinco años, el ritmo de crecimiento del SAD en Vitoria-Gasteiz ha sido proporcionalmente superior al que han registrado el resto de servicios y prestaciones dirigidos a la atención de las personas mayores del municipio. De acuerdo a los datos proporcionados por el Instituto Foral de Bienestar Social y el Gobierno Vasco, la atención domiciliaria ha aumentado en un 27% entre 2013 y 2018, mientras que el conjunto de los recursos analizados en este apartado ha registrado una reducción del 12% (la cobertura de la Teleasistencia ha subido en un 21%, mientras que de los centros residenciales se reduce en un 1%, la de la PECEF en un 9%, y de los servicios de atención diurna en un 23%). Como consecuencia, el SAD ha pasado entre 2008 y 2018 de representar el 27% a representar casi el 20% de la oferta de servicios y prestaciones para personas mayores dependientes en la ciudad.

2.3. El perfil de las personas usuarias

En este apartado se analiza el perfil de las personas usuarias del Servicio de Ayuda Domiciliaria a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz que permiten conocer las características demográficas de las personas que reciben atención domiciliaria –tanto mediante el servicio municipal como el foral– a finales del año 2019.

El perfil de las personas usuarias del servicio es bastante similar en el SAD foral y en el SAD municipal, salvo en lo que se refiere al grado de dependencia. Como se observa en el gráfico y en la tabla que se muestran a continuación, en torno a dos tercios de las personas usuarias son mujeres, tanto en el SAD municipal como en el SAD foral, y casi la mitad tienen más de 85 años, con porcentajes similares también en los dos servicios. En lo que se refiere al grado de dependencia, por el contrario, casi el 75% de las personas usuarias del SAD foral tienen una valoración de Grado II o III de dependencia, mientras que en el caso del SAD municipal ascienden únicamente al 12,1%. Esto resulta lógico si se tiene en cuenta los grados de dependencia que cada nivel de la administración tiene actualmente asumidos.

Gráfico 18. Personas usuarias del SAD en Vitoria-Gasteiz, por diversas características. 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Desde el punto de vista del servicio en su conjunto, tanto SAD municipal como foral, cabe resaltar que las personas con grado I representan el 31,8% de todas las personas usuarias, mientras que los grados II y III, entre ambos, suponen un 31%.

Tabla 2. Distribución de las personas usuarias del SAD, por características personales y titularidad del servicio. 2019

		SAD municipal	SAD foral	Total
Sexo	Hombres	32,7	34,2	33,2
	Mujeres	67,3	65,8	66,8
Edad	<65	4,1	22,5	9,8
	65 a 84	51,0	31,9	45,1
	85 y más	44,8	45,6	45,1
Grado de	Grado 0	33,9	4,4	24,8

dependencia	Grado I	36,1	22,3	31,8
	Grado II	8,6	41,0	18,6
	Grado III	3,5	32,4	12,4
	Sin valoración	17,9	0,0	12,4
Total		100,0	100,0	100,0

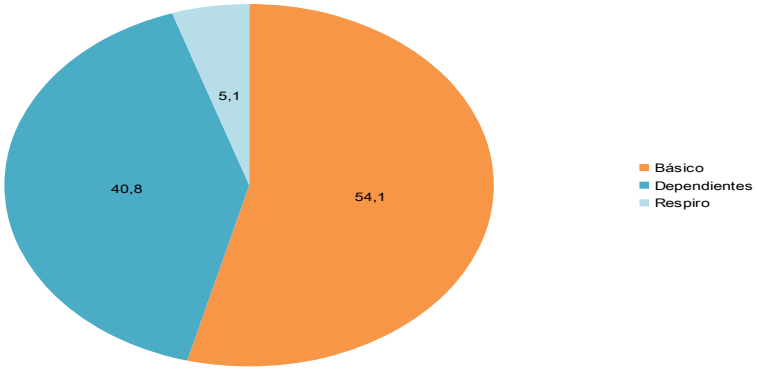
Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

2.4. Expedientes de SAD municipal

2.4.1. Distribución y evolución de las modalidades del SAD municipal

Para valorar el contenido de los servicios de atención domiciliaria prestados en la ciudad de Vitoria-Gasteiz se ha podido recurrir a los expedientes del SAD municipal. Las modalidades del servicio municipal son: SAD Básico, SAD de dependencia y SAD de respiro[3].

Gráfico 19. Distribución de los expedientes del SAD municipal en Vitoria-Gasteiz, por modalidad del servicio. 2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

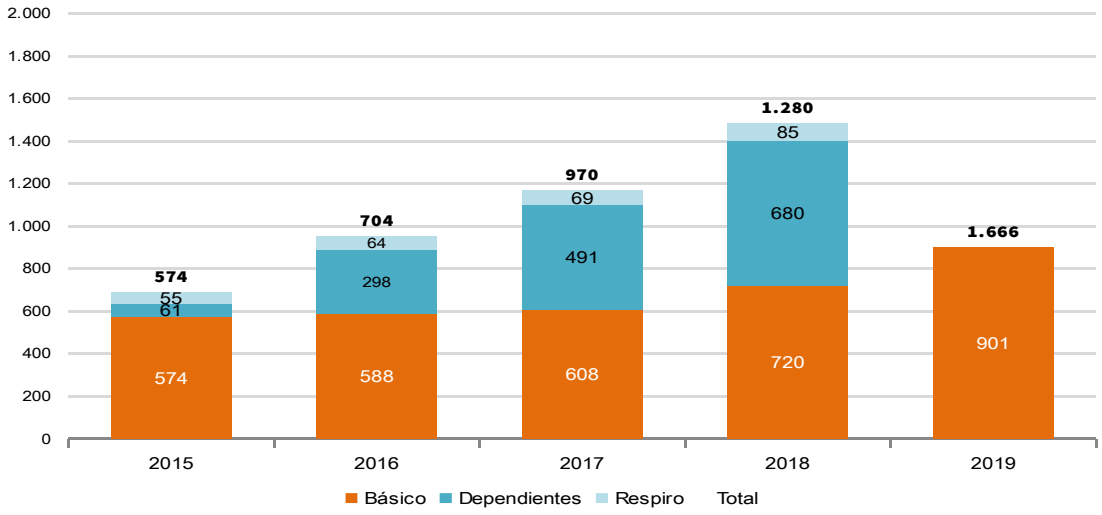
A finales de 2019, hay un total de 1.666 expedientes vigentes en Vitoria-Gasteiz, de los cuales más de la mitad (54,1%) corresponden a expedientes del SAD básico. El resto lo componen los expedientes de SAD dependientes (40,8%) y los de respiro (5,1%).

Si se analiza la evolución de estos expedientes, en primer lugar se observa que el volumen de los mismos se triplica desde 2015 hasta 2019, lo que representa un incremento del 190%. Esto puede resultar lógico si se tiene en cuenta que el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz asume el riesgo de dependencia y las personas con grado I en 2017, tal y como se ha mencionado, a través del convenio marco de colaboración con la Diputación Foral de Álava para la reordenación de competencias en materia de servicios sociales en 2016.

De acuerdo al siguiente gráfico, el SAD respiro a partir de su puesta en marcha se mantiene relativamente estable, el SAD Básico incrementa de forma bastante clara (en un 58%), mientras que el SAD Dependientes aumenta exponencialmente, ya que, cada año, esta modalidad del servicio cuenta con aproximadamente 200 expedientes más.

[3] El SAD de respiro, según el Decreto de Cartera, es una modalidad del SAD prestado a personas con dependencia reconocida. En el municipio de Vitoria-Gasteiz, el SAD Respiro se contempla como una modalidad del SAD municipal, que ofrece hasta un máximo de 32 horas mensuales. Se dirige a personas cuidadoras de personas con dependencia reconocida (riesgo, grado I, II y III) o de personas mayores de 65 años sin dependencia reconocida pero con limitaciones en su autonomía funcional y/o en situación de vulnerabilidad.

Gráfico 20. Evolución del número de expedientes de SAD municipal en Vitoria-Gasteiz, por modalidad del servicio. 2015-2019



Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

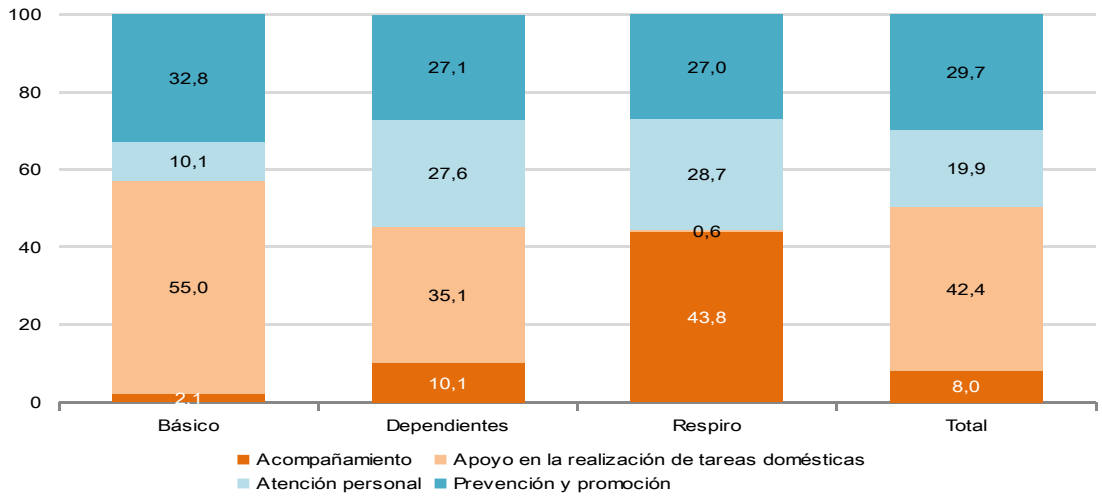
2.4.2. Principales objetivos y tareas de los expedientes

Los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz permiten conocer la distribución de las tareas realizadas en los expedientes del SAD municipal en función del objetivo al que responden. Los objetivos principales que se contemplan en los expedientes son: prevención y promoción; acompañamiento; apoyo en la realización de tareas domésticas; y, atención personal.

A partir de los datos facilitados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz se puede concluir que se asignan, en término medio, 7 tareas por expediente, si bien en el caso del SAD dependencia la media de tareas por expediente asciende a 9. Por otro lado, los datos muestran que el 42,4% de las tareas realizadas en el marco del SAD municipal tienen como objetivo dar apoyo en la realización de tareas domésticas, seguido por aquellas destinadas a la prevención y la promoción de la autonomía (29,7%). Las tareas englobadas en el epígrafe de atención personal representan el 19,9% de todas las tareas asignadas (que, como se ha señalado antes, superan las 12.000 para los 1.666 expedientes analizados).
Además, la información proporcionada por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz pone de manifiesto las diferencias de los objetivos de las tareas realizadas en función de la modalidad del servicio. Así, en los expedientes de SAD básico el acompañamiento cuenta con un porcentaje menor de representación, espacio que lo completan las actividades para el apoyo en la realización de tareas domésticas, que representan el 55% de las tareas.

Por el contrario, en el caso del SAD respiro, el peso relativo que tienen las actividades de acompañamiento superan con creces al resto de objetivos contemplados, ya que suponen el 43,8%. En el caso del servicio para personas dependientes, la distribución de las tareas en función del objetivo es relativamente similar a la del conjunto de los expedientes: las tareas de los objetivos de atención personal se dan en mayor medida que en total, mientras que aquellas correspondientes a la prevención y promoción y apoyo en las tareas menajeras tienen una menor representación. También tienen mayor peso las tareas relacionadas con la atención personal.

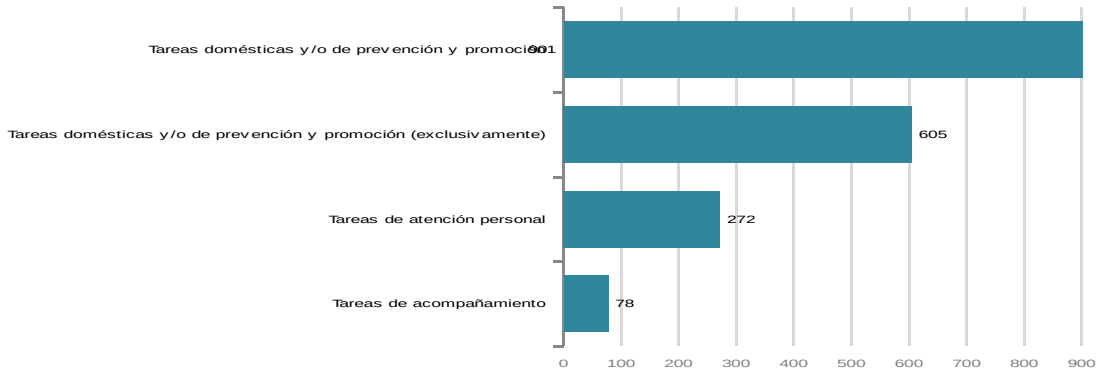
Gráfico 21. Distribución de las tareas contempladas en los expedientes del SAD municipal en Vitoria-Gasteiz, por modalidad del servicio y objetivo de las tareas asignadas. 2019 [N=12.234]



Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
Nota: en un mismo expediente puede haber varios objetivos y/o tareas.

Si se analizan las tareas en función del objetivo en el caso concreto del SAD básico —modalidad del servicio municipal que tiene especial relevancia a lo largo del presente estudio—, el gráfico 22 muestra que la totalidad de los expedientes tienen asignadas tareas domésticas y/o de prevención y promoción. Más aún, los datos registrados indican que un 67,1% de los expedientes cuentan exclusivamente con este tipo de tareas. Además, un 30,2% de los expedientes tienen tareas de atención personal y un 8,7% incluyen tareas de acompañamiento.

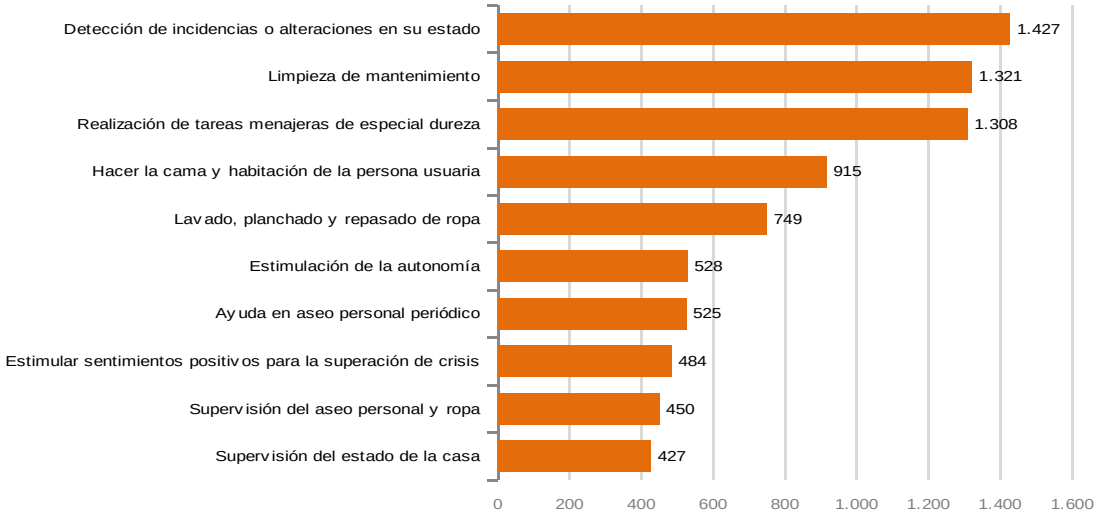
Gráfico 22. Objetivos de las tareas asignadas a los expedientes del SAD municipal básico en Vitoria-Gasteiz. 2019 [N=901]



Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

Desde el punto de vista de las tareas registradas de manera más específica en el conjunto del SAD municipal, más allá de los objetivos, se observa que el 86% de los expedientes incluyen la detección de incidencias y alteraciones en el estado de la persona, el 79% actividades de limpieza y mantenimiento y el 79% la realización de tareas menajeras de especial dureza. El 55% contempla también hacer la cama y la habitación de la persona usuaria y el 45% el lavado, planchado y repaso de la ropa. El resto de las tareas y actividades se realizan en menos de la mitad de los expedientes analizados.

Gráfico 23. Principales tareas asignadas a los expedientes del SAD municipal en Vitoria-Gasteiz. 2019 [N=1.666]



Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
Nota: en un mismo expediente pueden consignarse varios objetivos y/o tareas.

2.4.3. Expedientes del SAD municipal con otros recursos adicionales

Las personas beneficiarias del servicio de ayuda a domicilio habitualmente reciben otros recursos adicionales —o bien el SAD complementa a otros servicios —, es por ello que resulta pertinente analizar la proporción de las personas usuarias que tienen varios servicios en relación con el total de la población beneficiaria.

Por tanto, el análisis de los expedientes del SAD municipal también permite observar que el 55% de las personas usuarias del servicio lo combinan con otro servicio de teleasistencia, mientras que apenas el 3,3% −un total de 55 personas− lo combinan con un servicio de atención diurna.

Tabla 3. Expedientes del SAD municipal en Vitoria-Gasteiz con recursos adicionales. 2019

	Nº de expedientes	% sobre total
Total expedientes SAD	1.666	100,0
- SAD + Teleasistencia	924	55,5
- SAD + Atención diurna	55	3,3

Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.

2.5. Gasto y coste hora del SAD en Vitoria-Gasteiz

En el presente apartado se analiza el gasto destinado al SAD en Vitoria-Gasteiz y el coste hora que se deriva de ese gasto, diferenciando los datos del SAD municipal y del SAD foral a partir de los datos proporcionados tanto por el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz como por el Instituto Foral de Bienestar Social. En ambos casos, se ha recopilado la información para el ejercicio de 2019.

En lo referente al SAD municipal, de acuerdo a la tabla 4, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz en 2019 destinó algo más de 5 millones de euros a la empresa que gestiona el SAD municipal, es decir, el gasto público municipal dirigido a la prestación del servicio municipal. Si se tienen en cuenta las horas prestadas en el año 2019 en el SAD municipal, los datos muestran que el gasto por hora fue aproximadamente de 22,83€. En estos datos, no se han tenido en cuenta las aportaciones privadas que realizan las personas usuarias y/o familiares a través del precio público o el copago del servicio. En el caso del SAD foral el coste medio por hora asciende a 20,5 euros, con lo que el coste medio de ambos servicios sería de 21,4 euros hora.

Tabla 4. Indicadores relacionados con el gasto del SAD en Vitoria-Gasteiz. 2019.

	SAD municipal	SAD foral	Total
Gasto total realizado en el servicio (en euros)	5.009.823,72 €	7.005.563,88€	12.015.387,60 €
Horas anuales prestadas en el servicio	219.487,25	341.411	560.898,25
Gasto por hora	22,8€/hora	20,5 €/hora	21,4 €/hora

Fuente: elaboración propia a partir de los datos proporcionados por el Instituto Foral de Bienestar Social y el Ayuntamiento de Vitoria Gasteiz.

2.6. El SAD de Vitoria-Gasteiz en perspectiva comparada

En el presente apartado se pretende contextualizar la situación del SAD en la ciudad de Vitoria-Gasteiz a través de una comparativa autonómica. Para tal fin, se han utilizado los datos estadísticos de los Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España que elabora y publica IMSERSO. Pese a sus limitaciones metodológicas, los datos del IMSERSO permiten contextualizar la cobertura y la intensidad del SAD que se presta en Vitoria Gasteiz en el contexto estatal.

De acuerdo a los datos ofrecidos por el IMSERSO, tanto la cobertura alavesa como la de Vitoria-Gasteiz −5,8% de la población mayor de 65 años− se sitúa por encima de la cobertura media española −4,99%− en 2019, así como de la cobertura media de la CAPV (que en este caso se refiere únicamente a la población mayor de 65 años y no tiene en cuenta los servicios prestados en Bizkaia, respecto a los cuales el IMSERSO no dispone de datos). Los datos no son en cualquier caso plenamente comparables, ya que en algunos casos el número de personas usuarias se refiere al conjunto de personas usuarias a lo largo del año y en otros se refieren a las personas usuarias en un momento dado del año.

Si el análisis se centra en la intensidad horaria, los datos que ofrece el IMSERSO –directamente facilitados por cada CCAA− no muestran una panorámica tan positiva como en lo que se refiere a la cobertura. La intensidad mensual de Álava y/o de Vitoria-Gasteiz se sitúa ligeramente por debajo de la intensidad del conjunto español.

Tabla 5. Comparativa autonómica de los principales indicadores sobre el SAD. 2018

	Personas usuarias	Índice de cobertura [1]	Nº horas anuales	Intensidad horaria [2]
Andalucía	89.833	6,24	30.388.539	28,65
Aragón	18.239	6,39	2.181.965	12,80
Asturias	10.786	4,10	2.114.786	16,14
Illes Balears	4.397	2,46	669.886	22,37
Canarias	14.061	4,13	4.049.568	24,00
Cantabria	5.342	4,21	1.146.878	24,53
Castilla y León	32.813	5,39	6.097.873	20,00
Castilla-La Mancha	22.123	5,72	4.219.037	16,00
Cataluña	78.220	5,42	10.067.377	9,90
C. Valenciana	15.620	1,62	4.785.060	20,10
Extremadura	2.854	1,29	369.992	-
Galicia	26.878	3,95	8.108.384	27,08
Madrid	108.441	9,18	16.063.317	18,94
Murcia	5.276	2,26	752.888	14,62
Navarra	3.080	2,40	417.355	9,48
Euskadi	8.165	3,62	1.737.973	19,88
Álava	3.935	5,84	730.688	18,88
Vitoria-Gasteiz	2.984	5,82	461.658	17,67
Bizkaia	-	-	-	-
Gipuzkoa	4.230	2,68	1.007.285	20,60
La Rioja	4.478	6,76	859.337	-
Ceuta	598	6,02	166.822	37,17
Melilla	303	3,41	101.818	24,00
España	451.507	4,99	96.036.828	19,64

Fuente: elaboración propia a partir de los datos sobre Servicios Sociales dirigidos a personas mayores en España del Imserso.

[1] *Índice de cobertura: (personas usuarias/población>=65)*100. En algunos casos las personas usuarias son a 31 de diciembre, mientras que en otros corresponde al número de personas usuarias a lo largo del año.*

[2] *Intensidad horaria: número de horas de atención, al mes, por persona usuaria (media ponderada).*

3. La situación del SAD en Vitoria-Gasteiz desde la perspectiva de los agentes implicados

3.1. Introducción y metodología

El presente capítulo responde a la necesidad de conocer la visión que los diversos agentes tienen sobre el servicio de asistencia domiciliaria en el municipio de Vitoria-Gasteiz, tanto en referencia al SAD municipal, como al SAD foral.

La información recogida en este capítulo se ha recopilado, mayoritariamente, mediante entrevistas individuales realizados a representantes y profesionales de la red pública de Servicios Sociales, profesionales de la red privada de empresas que prestan el SAD y de entidades de iniciativa social, así como a un grupo de personas usuarias y/o familiares. La utilización de este tipo de metodología cualitativa se ha sustentado en la necesidad de recoger las aportaciones que los diferentes agentes implicados en torno al SAD, desde su experiencia y conocimiento, pueden realizar acerca del servicio. Estas aportaciones se recogen con un doble objetivo: por un lado, realizar un diagnóstico de la situación

actual del SAD en el municipio; y, por otro, identificar líneas de mejora que, a juicio de las personas informantes, son convenientes impulsar.

Pese a las limitaciones que tienen este tipo de metodologías, las entrevistas han permitido que los y las diferentes profesionales consultadas puedan reflejar las principales cuestiones que son importantes poner en el foco de reflexión en la situación del SAD en Vitoria-Gasteiz, recoger sus opiniones en torno a estos aspectos y, a su vez, contrastar esta información con lo que las personas usuarias y/o familiares del servicio valoran en este sentido.

En total, se ha contado con la participación de 23 personas que, desde el punto de vista de las técnicas cualitativas utilizadas, se dividen de la siguiente manera:

a) Profesionales de la red pública. En total 9 entrevistas, dirigidas a nueve trabajadores/as del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y dos del Instituto Foral de Bienestar Social[4]:

- José Antonio Jimeno. Responsable técnico del Servicio de Personas Mayores. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Sara Buesa. Directora del Departamento de Políticas Sociales, Personas Mayores e Infancia. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Boni Cantero. Coordinadora general del Departamento de Políticas Sociales, Personas Mayores e Infancia. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Maite Guerrero. Trabajadora social del Servicio Social de Base de Iparralde. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Marian Sáenz de Ugarte. Responsable del Servicio Social de Base de El Pilar. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Mercedes Galíndez. Responsable del Programa de Asistencia Domiciliario del Servicio de Acción Comunitaria. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Elena Redondo. Responsable técnica del Servicio de Acción Comunitaria. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Irune Marchena. Responsable de Servicios Residenciales y Atención Diurna. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Maite Ruiz de Sabando. Responsable de la Unidad de Centros y Programas Comunitarios del Servicio de Personas Mayores. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz.
- Mª del Carmen Díez. Subdirectora técnica del Área de Intervención Social. Instituto Foral de Bienestar Social.
- Inmaculada Rodríguez. Responsable del Servicio de Asistencia Domiciliaria. Instituto Foral de Bienestar Social.

b) Empresas. Dos entrevistas individuales a dos profesionales de las siguientes empresas:

- Aztertzen Gasteiz.
- Arabako Laguntza S. Coop.

[4] En dos de las entrevistas participaron dos personas simultáneamente.

c) Entidades del Tercer Sector. Dos entrevistas individuales a dos profesionales de las siguientes asociaciones:

- Afaraba. Asociación de familiares y amigos de personas con Alzheimer y otras demencias de Álava.

- Ascudean. Asociación de familias cuidadoras y personas dependientes.

d) Personas usuarias y/o familiares. Se realizó un grupo de discusión con cuatro personas −dos personas usuarias y dos familiares− y entrevistas individuales a otras cuatro −una persona usuaria y tres familiares−[5]. Estas personas son usuarias de diferentes modalidades del servicio de asistencia domiciliaria (SAD Básico, SAD dependencia, SAD Respiro). Asimismo, se entrevistó a diferentes perfiles, tanto personas mayores usuarias de SAD como no mayores pero con dependencia. La mayoría de las personas usuarias reciben el SAD municipal, salvo un caso con SAD foral.

En resumen, se han realizado un total de diecisiete entrevistas y un grupo de discusión. Para orientar la recogida de información, se han utilizado en total tres modelos de guiones: uno dirigido a profesionales de la red pública; otro para empresas y entidades; y, un último guion para personas usuarias y/o familiares. Las entrevistas y el grupo de discusión se realizaron durante el mes de julio de 2020.

Este capítulo se estructura en cinco apartados principales, que reflejan, en mayor o menor medida, la estructura de los guiones utilizados para la realización de las entrevistas:

- En primer lugar (3.2), se presenta una primera aproximación general a la situación del SAD en Vitoria-Gasteiz a modo de balance general, haciendo hincapié en aspectos de evolución, características, necesidades detectadas y retos en torno al SAD.

- En segundo lugar (3.3), se analiza la utilidad y adecuación del servicio desde diferentes puntos de vista, como son las necesidades de las personas usuarias y familiares, las funciones y tareas del servicio, los servicios adicionales de apoyo o el objetivo de facilitar la permanencia en el domicilio, entre otros.

- El tercer apartado (3.4) hace referencia al acceso, gestión y contratación del SAD, con especial atención a los criterios de acceso, la distribución competencial y la contratación administrativa del mismo.

- En el cuarto apartado (3.5) se tratan aspectos en relación con la profesionalización y formación del sector y de las trabajadoras familiares que prestan el servicio.

- El último capítulo (3.6) hace referencia a la coordinación en torno al SAD, intra e interprofesional, a nivel macro, meso y micro, en dos direcciones: en el marco del sistema de servicios sociales para la atención a las personas mayores y la dependencia y en el marco del llamado espacio sociosanitario.

Antes de introducir las principales conclusiones derivadas de las entrevistas y el grupo de discusión, conviene señalar algunas consideraciones en relación a las metodologías utilizadas:

- Los guiones elaborados para la realización de las entrevistas no se enviaron previamente a las personas consultadas, por lo que las respuestas responden a reflexiones surgidas en el momento. No obstante, antes de realizar las entrevistas, se les explicaba el contenido orientativo de los guiones, dejando en todo momento la posibilidad de realizar aportaciones

[5] En la metodología prevista, se había planificado un grupo de discusión para la totalidad de las personas usuarias y familiares convocadas. Sin embargo, debido a la baja tasa de participación, esta se compensó con la realización de entrevistas individuales telefónicas y presenciales.

que no hubieran surgido en las mismas. En su gran mayoría, las entrevistas han girado en torno a estos guiones.

- A lo largo del texto se han incluido las principales afirmaciones y argumentos planteados en las entrevistas, de forma literal y anónima. Desde el inicio de las entrevistas, se les informó a las personas consultadas que no se identificarían estas afirmaciones de forma expresa, en aras de posibilitar mayor margen a la hora de expresar sus reflexiones.

- Como se ha explicado, la información recogida en el presente capítulo se deriva únicamente de las aportaciones que las personas consultadas han realizado. En consecuencia, lo que en este capítulo se recoge responde a una interpretación de las opiniones de los diversos agentes, de una forma más objetiva y ordenada posible. Tal y como se observará a lo largo del capítulo, hay opiniones que cuentan con un mayor consenso, si bien en muchas ocasiones se manifiesta disparidad y ambivalencia en las mismas. Además, al tratarse de argumentos individuales seleccionados y ordenados para la reconstrucción de la información y al representar, al fin y al cabo, a una pequeña parte de los agentes implicados, no se puede considerar que este capítulo recoja necesariamente valoraciones mayoritarias o generalizadas.

  Desde ese punto de vista, lo que se pretende con este capítulo es reflejar las opiniones que con mayor frecuencia han coincidido a la hora de valorar diferentes cuestiones y, a la inversa, aquellas en las que más divergencias se han podido observar. Es importante destacar en todo caso el margen de subjetividad y parcialidad en la selección de los argumentos, lo que impide hablar de una evaluación del servicio sino, en todo caso, de la ordenación de los argumentos que plantea una selección de los agentes implicados.

- En relación con lo anterior, cabe resaltar también que si bien se ha intentado ordenar de forma más objetiva posible la información recopilada siguiendo un esquema determinado, en el propio texto hay una variedad de aspectos que se solapan y sobreponen.

3.2. Balance general del SAD en Vitoria-Gasteiz y principales retos

3.2.1. Evolución: incremento de la demanda y crecimiento del SAD de dependencia. Preocupación por la pérdida de la función preventiva del SAD

El planteamiento inicial de la mayor parte de las entrevistas realizadas, a excepción de aquellas dirigidas a personas usuarias y familiares, se ha centrado en la evolución del SAD en el municipio de Vitoria-Gasteiz en los últimos años, desde el punto de vista de las personas informantes. Como es lógico, a la hora de valorar la evolución del SAD se hace alusión al marco normativo que afecta a este servicio en la CAPV: por un lado, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia y, por otro lado, el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

En primer lugar, es evidente la constatación por parte de todos los agentes de que el Servicio de Asistencia Domiciliaria en Vitoria-Gasteiz ha crecido de una forma clara en los últimos años**.** Efectivamente, tal y como se ha podido observar en el apartado cuantitativo, el número de personas usuarias atendidas en el SAD municipal, de 2015 a 2019, ha crecido en un 168%.

Este crecimiento –que algunos califican de exponencial− se achaca fundamentalmente al servicio de ayuda a domicilio dirigido a personas dependientes, que coincide con la aprobación del *Convenio Marco de Cooperación entre el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y la Diputación Foral de Álava para la*

reordenación de competencias en materia de Servicios Sociales[6]. También se recalca la influencia del envejecimiento de la población, en general, y el peso creciente de la población mayor en el municipio, en particular:

> *"Hubo una tendencia a la baja del servicio, del 2010 a 2015; bajón muy importante del servicio, no sé si porque no se cubrían las necesidades de la gente o porque políticamente se primaron más otras prestaciones, por el coste del servicio. Hubo un punto crítico en 2015, el servicio estaba medio muerto y considero que es un servicio clave de cara al apoyo a las personas. A partir del 2015, de lo que conozco, con Diputación compartíamos la necesidad de resucitarlo. Empezó a crecer de manera exponencial. Por lo menos, el SAD municipal. El número de horas y presupuesto, también han crecido. Coincide con que se empezó a atender los grados I en el Ayuntamiento. La evolución de las valoraciones de dependencia también refleja que los grados I van creciendo. En los últimos años habían crecido un 130%, mientras que los grados III-es habían disminuido en un 30%. El groso está ahí. Entre 2015 y 2016, costó un poco más que "despegara" el servicio, pero de 2017 a 2019, vamos subiendo en un ritmo de duplicar cada año el número de horas, sobre todo en el SAD dependencia".*
>
> *"La evolución ha sido muy potente en cuanto a la demanda de la ciudadanía, mucha más demanda en los últimos años".*
>
> *"Yo creo que es un servicio que ha crecido muchísimo; el crecimiento no ha sido progresivo sino exponencial. Se han diversificado bastante las necesidades y problemáticas, también con la incorporación en el Ayuntamiento de la dependencia. Antes era algo más homogéneo, ahora es más heterogéneo en cuanto a necesidades".*
>
> *"En los últimos años, el incremento del volumen ha sido desmesurado. A raíz de la dependencia, se ha notado muchísimo el volumen de la demanda. Luego, hay que tener en cuenta que en Vitoria hay un volumen de población muy elevado de 70, 80 y 90 años y va a haber problemas para asumir".*
>
> *"Cuando se inició hace 20 años, el SAD, era básicamente de acompañamiento y limpieza, un SAD menajero. En 2016 se empieza con 600 personas usuarias con SAD menajero, hoy en día, la actividad principal es la dependencia. Se ha convertido en un SAD de dependencia".*
>
> *"La Ley de Dependencia marca 'otra época'. Actualmente el SAD es más estructurado que antes, y tiene que serlo así para que se ofrezca mejor atención. El SAD ha crecido muchísimo por la demanda que ha habido".*

Junto al incremento de la demanda, se observan por parte de las personas consultadas algunos cambios negativos en el funcionamiento y los resultados del servicio, que se derivan tanto de los cambios en el marco legal y competencial, como del cambio en el perfil de la demanda atendida. Los principales elementos que se plantean en ese sentido son los siguientes:

- Una cierta alteración de la naturaleza del programa, en cuanto a que se detecta que ha perdido su base filosófica y se ha convertido en un servicio que no corresponde con lo que originalmente pretendía ser:

> *"Mi impresión personal es que el proceso ha sido el de pasar de un programa de ayuda a domicilio hacia una prestación. Ha habido un incremento tan exponencial de servicios, el derecho subjetivo, el PIA, los itinerarios, etc., que se ha vuelto como una negociación que ha perdido ese cariz de programa. Dentro del SAD había otros recursos, la comida a domicilio o el servicio de intervención socioeducativa, aunque luego se fue ordenando. Antes se tenía esa visión de lo que era el trabajo en el domicilio: las trabajadoras sociales podían tener un seguimiento más integral y las personas al ser más autónomas, eso permitía el trabajo*

[6] Convenio Marco de Cooperación entre el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz y la Diputación Foral de Álava para la reordenación de competencias en materia de Servicios Sociales [en línea].

comunitario. Ahora, se ha convertido en una presentación. Hay muchos casos en que al año se ve dos veces a las familias. O muchas veces, es el SAD mientras se pide otro recurso. Así lo trasladan las trabajadoras sociales, que se ha convertido en una tramitación. Es una prestación por derecho subjetivo".

"El SAD se está desvirtuando, porque hoy por hoy es "la chica que viene a limpiar".

"La evolución es que se le ha hecho una competencia desleal desde las prestaciones económicas de dependencia, amparadas por la Ley de Dependencia. En caso de Álava, son compatibles con el SAD pero con una minoración. Es decir, como recibes un servicio público, te minoramos la prestación económica de cuidados en el entorno familiar en un 25%. Notamos que esto daña al SAD, en cuanto a que la gente rechaza el SAD porque prefiere toda la prestación completa y no tiene copago".

"Antes era un servicio realmente a la carta de la familia y se le daba más o menos así. Ahora, con la atención personal, y con la prioridad que tienen las personas dependientes, no es así. Se ha asumido la dependencia, pero no se asume a nivel sociedad la corresponsabilidad del cuidado".

- La menor capacidad para el seguimiento y el acompañamiento individualizado de las personas atendidas y de sus familias y la reducción del contacto interpersonal:

  "Antes se hacían dos visitas a domicilio al año, ahora se hace una y si puedes. Realmente no haces el seguimiento de los casos, yo creo que se está desvirtuando".

  "Ternura, afecto y compasión, básicos en mi opinión, se ha perdido en el marco del SAD".

  "El SAD era muy buen servicio. Se hacía una intervención de la que he sido partícipe en la cual había una valoración y presentación del caso a la trabajadora familiar del servicio de ayuda a domicilio y una cualificación de la misma. Y un seguimiento. Creo que todo eso se ha ido deteriorando".

  "Estábamos acostumbrados a trabajar en unidades familiares y eran personas autónomas, para ese núcleo familiar. Cuando vino [el Decreto de Cartera] fue un cambio en cuanto a todo, en tramitación y el perfil de las personas usuarias. El SAD lo teníamos muy mimado, hacíamos visitas a domicilio, etc. Ahora, se siguen haciendo pero el volumen de personas no permite realizar el seguimiento que hacíamos.

- Todo ello habría venido acompañado, según la visión de algunas de las personas consultadas, de un cierto deterioro de la función preventiva del SAD.

  "Históricamente, siempre hemos mantenido la apuesta del servicio de una forma preventiva para situaciones de vulnerabilidad […]. El SAD respiro se ha mantenido, el SAD dependencia ha crecido y SAD de autónomos se apuesta por mantenerlo, pero el SAD dependencia nos come".

  "Se ha tendido a atender la dependencia, en gran detrimento de aspectos preventivos que hace años se trabajan con gente menos dependiente. El peso grande del SAD se lo lleva la dependencia. Las personas en riesgo de dependencia, en primer lugar, entran tarde como derecho dentro de la aplicación de la Ley, y también se atiende, pero menos. Antes, sin la Ley, teníamos ese margen porque no nos marcaba quienes sí y quienes no pueden acceder y se podía hacer una valoración profesional. Ahora se puede hacer por la vía excepcional. Con todo esto, el SAD ha ido en detrimento cuando en Araba consideramos que el SAD ha sido bastante bueno".

  "Otro de los temas, por normativa legal, desde el Ayuntamiento el SAD era un servicio desde la perspectiva de la prevención para que las personas se puedan mantener en su medio. Ahora se

tiene que ir encaminando a atender ya a personas con determinados problemas y que además, con el Decreto de Cartera, constituye un derecho. En estos momentos, el gran dilema es que se quiere mantener esa función de prevención con personas en situación de vulnerabilidad que aún no tiene esa situación de dependencia, pero por otra parte, se tienen que atender esas situaciones de deterioro. Detectamos que se está perdiendo el tema de la prevención".

"La idea del SAD también era un poco lo preventivo: detectar las situaciones de personas en soledad, con situaciones frágiles y a veces con pluripatologías sanitarias. Era entrar con el SAD y desde ahí intervenir en otros ámbitos. Todo esto, con el SAD de dependencia, riesgo y grados I, se vio aminorado. La función preventiva se vio afectada".

"Me parece importante que cuando se empiecen a detectar necesidades se pueda entrar con la labor que puede tener el SAD. Pero actualmente, no se consigue esta fase de detección de forma suficiente. La función del SAD, preventiva, en este sentido, creo que se está perdiendo un poco".

Otras personas, sin embargo, ponen de manifiesto que los cambios normativos y el mayor desarrollo técnico del SAD han tenido un impacto positivo en cuanto a su consolidación y profesionalización ("*la evolución ha sido a nivel técnico importante, porque se empezó casi sin experiencia. Cada vez se ha ido profesionalizando más en el marco del SAD"; "se ha consolidado como un recurso que la población conoce y en ese sentido es positivo, como recurso básico de la dependencia. El SAD de ahora no tiene nada que ver con lo que era*").

Pese a lo anterior, algunas de las personas consultadas consideran que el SAD ha tenido en estos años un escaso desarrollo desde el punto de vista de sus bases filosóficas y también en términos organizativos:

"Ha evolucionado poco, porque es un servicio que estructuralmente ha tenido muy pocos cambios. No solo en los últimos diez años, sino incluso en los últimos 30 años, que es hasta donde yo conozco. Se han ido incorporando detalles, en cuanto a la forma de gestión, en algunas características, más que de fondo".

"Creo que es un servicio en su filosofía muy bueno y que además, puede ayudar a la gente para mantenerse en su casa, pero creo que es un servicio que ha evolucionado bastante poco en los últimos años. Es un servicio que en su esencia, no ha sufrido grandes trasformaciones. Y creo que eso es un poco lastre y es una mochila que le acompaña. Algunas partes, cosas muy concretas, sí, pero no propiamente desde su propia filosofía. Hay un nuevo modelo, aprendiendo en casa, surgió a partir de un programa que había para familias cuidadoras y luego se integró dentro de lo que era el SAD. Ese tipo de innovaciones no ha sido muy frecuente. Ha evolucionado, porque lo tenía que hacer, pero es muy lento, no cambia tanto como cambia la necesidad en la población".

"[El SAD] *ha innovado muy poco, seguimos parecido: en cuanto a programas, tareas… estamos estancados".*

3.2.2. Características del SAD: servicio esencial y potente, pero rígido e insuficiente

En el marco de las entrevistas realizadas, y como primera aproximación al tema, se pidió a las personas entrevistadas que definieran en una o dos palabras la situación o la valoración del servicio, desde su punto de vista. Los adjetivos utilizados son los siguientes:

- Esencial, aunque no siempre se haya apoyado suficientemente, tanto desde el punto de vista técnico como, sobre todo, político.
- Polivalente técnicamente, aunque en la práctica no sea tan amplio como debiera.
- Ágil en la tramitación en el caso del SAD municipal, pero no en cambio en el SAD foral, debido a los procedimientos y requisitos de acceso para la valoración de la dependencia.

- Potente, en cuanto a que con un servicio mínimo los beneficios son muy positivos, con un impacto bastante alto en la población beneficiaria.

- Útil, a pesar de que podría serlo más.

- Necesario, pero que debiera tener otro enfoque más en sintonía con la realidad.

- Flexible y razonablemente personalizado. A pesar de que no es esta una afirmación generalizada, y puede caer incluso en contradicción con otras valoraciones, algunas personas destacan la flexibilidad del servicio, especialmente en lo que se refiere al SAD foral:

> "[El SAD foral] *es bastante flexible y personalizado. En cuanto a horarios de atención es amplio, hay posibilidad de elegir cómo y cuándo. Hay una gama de tareas. Cercano, y bastante bien valorado".*
>
> *"Yo creo que es flexible dentro de un orden (a la carta dentro de un orden). Nos adaptamos a los horarios de los centros de día, nos adaptamos a las rehabilitaciones, nos adaptamos a los horarios (…). Es importante que dentro de esa flexibilidad haya unos límites y orden en cuanto a facilitar un cierto equilibrio entre el horario del trabajador y sus condiciones laborales y que la persona usuaria esté satisfecha. No puede ser una flexibilidad completa si se quiere asegurar que los horarios de las trabajadoras sean compatibles con su vida. Hay que poner unos límites a la flexibilidad. Yo creo que cuanto más orden hay, mejor servicio se da".*

Frente a estas valoraciones positivas, son más habituales quizás las referencias a los aspectos del SAD que presentan un cierto margen de mejora. En ese sentido, una de las calificaciones negativas a las que mayormente se ha hecho alusión responde a la rigidez y falta de flexibilidad del servicio:

> *"El SAD está muy definido. Se prioriza a los que tienen reconocido el grado de dependencia, el derecho. Pero en estos casos de "autónomos", a veces hay situaciones muy vulnerables. Cuando estos casos se detectan, porque igual sale del hospital, o dan la señal, etc., tienes que aplicar la vía excepcional porque con las horas que están establecidas para los "autónomos", tú ves la necesidad y ese recurso que se puede ofertar, y dices, ¿a dónde puedo llegar?".*
>
> *"Muy rígido en cuanto a que el programa de atención es bastante cerrado. Pocas opciones a que la persona usuaria pueda aportar cuál es su visión respecto a organizar su vida en las franjas horarias en las que recibe el servicio. Dividir a los usuarios por grado de dependencia y diferente ventanilla es una gran limitación: trámites administrativos, derivaciones…".*
>
> *"Rígido, por tener la sensación de que el número de horas está tasado, también para que empresas puedan completar las jornadas de las trabajadoras, los horarios, el tiempo para el desarrollo de las tareas y los propios programas; todos estos aspectos están muy tasados".*
>
> *"El servicio es rígido. Entiendo que a la trabajadora familiar se le asignan las tareas, pero no se da suficiente información de la personas y de sus características".*
>
> *"Menos flexible de lo que debiera ser. Lo de la flexibilidad tiene su complejidad. En el foral, es más rígido. Por ejemplo, en lo foral no ponen en marcha servicios si no hay una valoración de dependencia previa hecha, aunque haya bastantes indicadores de que esa persona vaya a ser dependiente. De entrada, partes de una dificultad añadida".*
>
> "[El SAD] *creo que está muy encorsetado. Funciona más en función de los tramos y la estructura diseñada que en función de las necesidades de la gente. Luego es un servicio en que si necesito modificarlo y tengo alguien en mi casa, y mañana no necesito que venga nadie, casi lo tengo que hacer de forma inmediata. En un SAD tengo que avisar con antelación, se tiene que hacer una incidencia… es bastante más encorsetado. Para cambiar los calendarios tienes que*

pedir cita con tu trabajadora social… En cuanto a las incidencias urgentes, o cosas que te pasan, hay veces que las personas necesitan cosas inmediatas que les faciliten. Entonces, es mucho más difícil para la gente que entienda que tenga que esperar".

A la hora de describir las principales características del SAD, algunas de las personas consultadas también han destacado la insuficiente intensidad del servicio, fundamentalmente para atender de forma suficiente las necesidades de las personas que ya son receptoras del servicio o podrían requerir del mismo. El motivo principal al que se apunta de forma generalizada para argumentar dicha insuficiencia −a excepción de alguna profesional− hace referencia, principalmente, a la intensidad horaria. Son varios los argumentos utilizados para señalar la insuficiencia del servicio:

"Insuficiente para muchas situaciones de necesidad, que con un SAD lo único que haces es poner un parche. Tanto para el SAD municipal, como para el SAD foral".

"Se da cobertura, pero luego es insuficiente, en cuanto a la intensidad".

"Me parece que es un servicio sobresaturado de demanda, pero al mismo tiempo insuficiente en cuanto a la oferta, es escasa para atender a las necesidades de las personas y familiares en: ratios horarios por persona, poca cobertura en la modalidad de respiro… No se cubren las necesidades desde el SAD, las necesidades reales".

"Es un servicio que creo que no se utiliza demasiado porque no da respuesta a las necesidades de las familias. A nivel laboral no da buena respuesta, la propia cobertura se queda insuficiente en muchos casos para dar respuesta a las necesidades y tienen que recurrir a contratación privada".

"[El SAD] *es una ayuda, siempre viene bien, pero no es suficiente, porque la casuística de las personas usuarias pueden ser miles. Hay mucha gente que vive sola, y la soledad en este sentido no se cuida. E incluso, hay gente que quiere vivir sola. Se habla de la soledad desde un problema y aunque a veces lo sea, hay ocasiones en que la gente quiere vivir sola. Y, además, pensamos el SAD como un recurso dirigido a personas mayores, pero no nos damos cuenta que también está dirigido a personas con diversidad funcional y a veces quieren vivir solas, como personas con diversidad funcional, en lugar de vivir con algún familiar o en una residencia. Pero el SAD que se da a este tipo de perfiles es insuficiente. Hay que crear otros recursos que puedan ser más útiles".*

Las respuestas recibidas parecen apuntar que estos dos rasgos −rigidez e insuficiencia− caracterizan en gran medida al SAD actual en Vitoria-Gasteiz. Otras personas han considerado que el SAD es un servicio complejo, en tanto en cuanto supone grandes dificultades para su gestión y organización:

"[En el SAD,] la organización y la gestión es muy compleja. El poder mantener todo el servicio es muy complejo, requiere muchos profesionales que tampoco se les pide mucha formación y se les puede poner en situaciones complicadas. Las personas que requieren de una atención determinada, lo importante es ofrecérsela en un momento y tiempo determinado, pero contar con profesionales suficientes es muy complejo. Para las empresas también es complejo, equilibrar entre prestar el servicio, en las mejores condiciones posibles, la gestión de personal y mantenerse como empresas").

También se ha referencia, como antes se ha señalado, al escaso desarrollo del servicio y a su estancamiento:

"*No hemos invertido en la formación y especialización de las trabajadoras familias, que a mí me parece fundamental, en ayudar a las empresas porque solas no van a poder hacer esto. Incorporar toda la perspectiva de género, sostenibilidad, complementariedad de recursos, [etc.] hay que avanzar. Se ha estancado. Se ha impulsado el servicio a nivel de crecer el número de programas, económicamente y dando respuesta a la prestación de cartera, pero en cuanto al modelo y debate del contenido... Se avanza en el programa de tareas porque cada vez que se*

saca el pliego se revisa, pero en la aplicación informática está todo procedimentado, que ayuda, pero pierde".

Por último, aunque no sea propiamente una calificación del SAD en Vitoria-Gasteiz, muchas personas hacen referencia al hecho de que el SAD está muy supeditado al presupuesto económico disponible para su financiación, lo que condiciona y determina las características del servicio y limita sus posibilidades:

"El presupuesto es una limitación en realidad. Por ejemplo, en tareas, en la dependencia se contempla el acompañamiento para un paseo o charla, pero para las personas no dependientes solo se contemplan en situaciones excepcionales. El coste del servicio por hora para el Ayuntamiento, está alrededor de 25 euros. Desde el punto de vista de la gestión, es muy caro destinar ese dinero para una persona con cierta autonomía para que salga acompañada a dar un paseo. Desde el punto de vista profesional detectas que es lo que necesita. Entonces [el dinero] se destina para cubrir las necesidades básicas y de atención personal. El elemento del dinero es muy importante. Pero muchas veces la gente es lo que quiere, estar acompañado".

"Al final, el tiempo y, sobre todo, el dinero, es lo que limita. Con dinero, esa flexibilidad podría ser mayor. Porque luego al final puedes recomponer tareas y que sean más concretas, abrir el abanico. Con presupuestos ajustados, se tiene que ajustar a tiempos y al mismo tiempo como Administración Pública garantizar que haya unos mínimos que estén cubiertos: siempre van a ser la atención personal y la atención doméstica más inmediata".

"En el SAD, actualmente, desde el nivel técnico se tiene claro el tema de los cuidados, pero cuando llega la contratación, por parte de la sección de hacienda, se dice que no hay presupuesto suficiente".

"El SAD tiene que ser un servicio mucho más ajustado a las necesidades, a los deseos y a la demanda, más que responda a lo que los profesionales veamos como necesario. Lo que pasa es que, es verdad, los propios técnicos tienen el límite del presupuesto. Considero que el SAD está especialmente condicionado por el presupuesto. Hay veces que ves recortes que no son lógicos y todo se explica a que el presupuesto puede ser ajustado".

3.2.3. Principales necesidades atendidas por el SAD en Vitoria-Gasteiz

A la hora de detallar a qué necesidades da realmente respuesta el SAD, se hace referencia a las necesidad de apoyo en las tareas domésticas y mantenimiento de la vivienda, atención personal para las actividades de la vida diaria (aseo, alimentación y movilizaciones) y acompañamiento para necesidades puntuales, como acudir a servicios básicos del ámbito de la salud o para transporte, etc. También se hace referencia, en cualquier caso, a la creciente heterogeneidad de situaciones y necesidades atendidas por el SAD.

"Normalmente la demanda es para apoyo de atención personal y acompañamientos, o tareas menajeras. Levantarse de la cama o a la tarde ir a acostar, el aseo, acompañamiento al transporte porque van al centro de día o porque van a taller ocupacional. Más, ahora mismo, todo el tema de atención personal y acompañamientos".

"Lo que más se demanda, yo creo que son las tareas menajeras en el SAD municipal".

"Sobre todo tareas de atención personalizada, tanto levantar a las personas, aseo, alimentación, acompañar al transporte… Luego también es un servicio que para las familias tiene que ser esencial".

"La mayoría necesitan tareas de atención personal diarias, acompañamiento a transporte para atenciones diurnas…".

En relación a las necesidades y a las demandas a las que da el SAD respuesta, se advierte en alguna entrevista de que en muchas ocasiones es la familia quien solicita el SAD, en lugar de las propias personas usuarias. El servicio daría respuesta, por tanto, más a las necesidades y demandas de las personas cuidadoras que a las necesidades y demandas de las personas directamente atendidas, que pueden incluso se reticentes a utilizar el servicio:

> *"Normalmente las solicitudes las hacen las familias. Hay un porcentaje mayor de gente que es la familia quien solicita y luego hay que hacer un trabajo motivacional con las personas usuarias muy grande".*
>
> *"Habría que escuchar mucho más a las personas mayores. Esa escucha, la tiene que hacer la trabajadora social, quien es que hace la valoración y el programa para cada caso. Es una pelea que tienen, que ellas cuentan, para hacer los programas con las personas mayores porque muchas veces los familiares son los que dictan".*
>
> *"No se está dando lo que la ciudadanía necesita. Yo creo que lo que necesita la ciudadanía es lo que tienen que decir las personas y las familias y valorar cuáles son las necesidades reales".*

Entre los y las profesionales consultadas se señala también que hay otras necesidades importantes escasamente atendidas en el marco del SAD que deberían ser cubiertas en mayor medida y que −si realmente se garantizara una mayor capacidad de expresión de las necesidades por las personas que reciben el servicio− serían probablemente más visibles. Entre estas, se recalca, principalmente, la compañía o el acompañamiento entendido desde una aceptación amplia:

> *"Yo creo que falta la labor de escucha. Que la priorización de tareas no se hace. Si le preguntáramos más a las personas mayores qué quieren, dirían compañía, más que limpien los armario".*
>
> *"Hay mucha gente que está muy sola y no tiene a nadie quien les acompañe a pasear. Pero el acompañamiento del SAD es muy concreto. Y mucha gente lo que demanda es eso, compañía. Muchas veces la limpieza es secundaria".*
>
> *"En principio, cuando se solicita el servicio de ayuda a domicilio se solicita desde las necesidades menajeras, más bien. Es decir, personas que viven solas o con otra persona que no pueden atender estas necesidades: comida, mantenimiento adecuado del hogar, higiene, etc. Todas estas necesidades son las que más se ven y se aprecian y hacen que la demanda parta de estas necesidades, bien de las personas o familiares. Pero aun así, también es muy importante el tema del acompañamiento a las personas que viven con cierto aislamiento y cuenten con personas que puedan acompañarlas. Aunque no es la primera demanda, creo que sería la primera necesidad. Digamos que no demandan tanto, pero el acompañamiento acompaña a las otras tareas".*

También las personas usuarias y sus familiares han planteado este tipo de necesidades:

> [Persona usuaria adulta]: *"Yo creo que sí se necesitaría, quien lo solicite, que tuviese a alguien que le haga compañía y con quien poder hablar. Especialmente para personas mayores que viven solas".*
>
> [Persona usuaria mayor que vive sola]: *"algo más de entretenimiento agradecería mucho porque soy muy habladora".*

En estrecha relación con estos aspectos, una de las necesidades en las que se hace mayor énfasis durante las entrevistas es la soledad de las personas mayores, cada vez más evidente y, según las personas informantes, más desatendida.

3.2.4. Principales retos en torno al SAD: adecuación a las necesidades a través de diferentes vías y la sostenibilidad del servicio

Junto a la valoración general del servicio y la definición de sus principales características, se solicitó a las personas entrevistadas que indicaran cuáles son, a su juicio, los principales retos que tiene hoy planteados el SAD. Si bien la variedad de opiniones y prioridades es muy amplia, se puede decir que hay un amplio acuerdo a la hora de subrayar, al menos, tres grandes ámbitos de mejora, estrechamente ligados entre sí: la flexibilización del servicio, su diversificación y la posibilidad de compatibilizar sostenibilidad económica y calidad de la atención.

Se analizan a continuación los argumentos expresados en relación con cada uno de estos retos:

- Flexibilizar el servicio. La rigidez y la necesidad de mayor flexibilidad es uno de los argumentos más recurrentes en las entrevistas realizadas:

  "Que el programa de tareas no sea tan rígido. Enfocar el servicio a los intereses y vidas personales de las personas usuarias. Mayor flexibilidad".

  "El programa de tareas más flexible y de diferentes perfiles".

  "Uno de los retos es la flexibilidad. Los horarios y las tareas, poder flexibilizarlos".

  "[El SAD] es muy definido y no tiene esa flexibilidad para llegar a un domicilio y adaptarse".

  "Ser un servicio mucho más flexible. Ya sé que es imposible que no haya una estructura en la que no existen franjas, siempre tiene que haber un límite, un rango de grados, etc. Ese límite es un poco trampa. Porque si te mueves ahí, es muy difícil flexibilizar. Es difícil que la gente entienda que "yo estoy dentro de un cuadrante".

  "Conseguir que sea un servicio más a la carta, en cuanto a las necesidades y horarios. Más intensidad semanal. Más a criterio profesional y valoración técnica más que en función de lo que está normativamente estipulado".

  "El principal reto es que nadie se quede fuera y un mayor conocimiento de las necesidades con independencia de la puerta de entrada de la valoración de la dependencia. Que todo no se quede, en cuanto a los criterios de acceso, en riesgo o dependencia. Que la puerta de entrada no se limite a lo que marca la Ley. También es una cuestión económica".

- Complementar y diversificar el SAD. En directa relación con los primeros argumentos sobre la flexibilidad, algunas de las personas informantes insisten en que las funciones del servicio se tienen que diversificar para atender de forma más adecuada a las necesidades de la población beneficiaria. Bajo esta premisa, para algunas personas informantes es necesario que el SAD sea complementado con −o complemente a− otros recursos y programas.

  "Tenemos que ir a coordinar servicios. Lo veo como 'subprogramitas' del SAD. Se podrían agregar otras para completar. Este es uno de los retos del SAD".

  "Crear nuevos servicios en las viviendas y diversificar sus servicios. Necesita apoyar realmente a la gente que está en el domicilio creando nuevas modalidades: saber lo que exactamente necesitan las personas. Crear puentes de conexión con la comunidad y otros recursos de la zona para que las personas puedan salir de casa, sea autónomo o dependiente. Con dependientes que no pueden salir de su domicilio, posibilitar diferentes actividades en el domicilio".

  "En cuanto a tareas, incluir otras tareas y que vayan en la línea de la socialización y puedan disfrutar también de poder estar en la comunidad y en el entorno".

"Por otro lado, otro reto sería adecuar el servicio a las necesidades y no dar, digamos, un servicio único. Son servicios personales entonces depende mucho de las personas, de la situación particular y la trabajadora familiar. Tener servicios organizados y preparados para dicha diferenciación. El reto es la diversificación del servicio y cómo se gestiona el servicio".

- Garantizar la sostenibilidad del SAD, la financiación y la calidad del servicio. Una preocupación generalizada, expresada principalmente por parte de los técnicos y técnicas municipales, se refiere a la sostenibilidad económica del SAD:

  "Debería ser un servicio con mucho mayor presupuesto, es decir, que sea esencial dentro de los servicios básicos de la Administración. Esencial, que cuando se necesite se tenga y que la filosofía no esté tan vinculado a un presupuesto. Porque eso es peligroso, porque si el primero se tambalea se tambalea el servicio".

  "El principal reto ahora es la sostenibilidad del servicio. Porque la Administración o pone más recursos o busca otras formas para que dicho servicio se sostenga. No hacemos nada si hacemos algo que nos dure un año y se caiga al siguiente. Esto es fundamental".

  "Siendo este año clave, darse el margen de realizar una apuesta por abrir la mirada y ver otras posibilidades. Porque igual no es solo seguir creciendo de forma descontrolada económicamente y funcionar como estamos. Igual podemos tomar otras decisiones de quitar cosas del servicio, hacer cosas diferentes, de darle una vuelta para que sea más sostenible y al mismo tiempo poder mantener el servicio de situaciones de vulnerabilidad. Esa es mi apuesta clave".

Además de los tres aspectos anteriormente indicados, en las conversaciones también se ha hecho referencia a otros retos más específicos:

- Impulsar mayor profesionalización en torno al SAD y la formación de las trabajadoras familiares. La profesionalización del personal se ha identificado como un reto importante en dos sentidos diferentes. Por un lado, dirigida a un reconocimiento mayor del sector y la apuesta, en este sentido, de un nivel mayor de estabilidad en la profesión; y, por otro lado, la formación y capacitación de las personas que prestan el servicio:

  "Hay que trabajar muchísimo el tema de los profesionales que trabajan en SAD. No puede haber constantemente cambios, que es un trasiego […]. Eso es una dificultad importante. Primero porque cuesta, tiene que haber un tiempo de que empiezo, me ubico, conozco a la familia, y cuando la cosa está más o menos más estable, se cambia la trabajadora familiar. Tendría que ser personal más estable".

  "Mayor profesionalización; mejoras en las condiciones laborales […]. Considero que se necesita mayor valoración y reconocimiento en general al SAD. Se atiende a necesidades vitales pero luego no se valora, por lo que el reconocimiento se puede convertir en un reto importante en torno al SAD".

  "Una formación más especializada o destinar profesionales específicamente para casos concretos. Sustentar especializaciones en torno a diferentes situaciones personales de las personas que se atiende".

- Ofrecer un mayor protagonismo a las personas usuarias: valoración más integral de las necesidades experimentadas y mayor seguimiento de la situación personal de las personas beneficiarias. Se considera imprescindible poder adaptarse, como servicio esencial, a las necesidades reales de la población beneficiaria, desde su punto de vista y también desde una valoración más integral por parte de profesionales. Para ello, se considera fundamental que haya un mayor seguimiento en tanto en cuanto las necesidades son cambiantes:

"El dar más voz a la persona, ahora que hablamos y que trabajos hacia un modelo centrado en la persona, y no tanto desde la perspectiva del servicio y del profesional. Enfocar el servicio a los intereses y vidas personales de las personas usuarias";

"El MACP y la valoración integral de las necesidades";

"El reto principal es escuchar a las personas y las familias y adecuarse realmente a sus necesidades y de los familiares. Eso le conlleva muchos retos más: ampliar horas, mayor formación de las trabajadoras familias, mayor coordinación entre los diferentes agentes. Pero el principal creo que es adecuarse realmente a las necesidades".

- Atender a la soledad, cada vez mayor, que presentan las personas mayores y recuperar la función preventiva del servicio:

"Apoyo a personas en situación de soledad o con muy pocas relaciones significativas en su vida";

"Cada vez se ven muchas más personas solas y en este sentido esto va a ser un reto. Porque en torno al SAD se ve mucho una red familiar detrás, de apoyo, pero el hecho de que cada vez haya o se detectan más casos de personas solas en casa, probablemente suponga que se le tenga que dar una vuelta al SAD".

"Probablemente, retomar esa labor preventiva sea otro de los principales retos. Porque a veces llegan casos ya muy deteriorados. Sobre todo en personas que están más solas".

- Mejorar la coordinación sociosanitaria y fomentar las intervenciones a domicilio realizadas desde el sistema de salud. Tal y como se detallará en el apartado de coordinación sociosanitaria, se detectan demandas no cubiertas en torno a necesidades sociosanitarias, y por tanto, se coincide en que puede suponer un reto el hecho de ofrecer servicios públicos alrededor del SAD que cubran las mismas:

"Uno de los retos es que alrededor del SAD se apoye a todas aquellas necesidades más sociosanitarias. Esto cada vez es más complicado y las relaciones con el sistema de salud a veces son difíciles de cara a su gestión. Aquí hay que atender".

- Poner el cuidado en el centro y promocionar una filosofía diferente en relación a los cuidados. Tal y como ha sido planteado, este reto estaría dirigido a fomentar una mayor corresponsabilidad –por parte de todos los agentes sociales− en las labores reproductivas y de cuidado. Se sugiere en ese sentido que para garantizar unos cuidados de larga duración de mayor calidad es necesario promover la corresponsabilidad a nivel familiar, así como a nivel de sociedad:

"El reto es ese, llegar a un cuidado social, pero para eso hay que trabajar todos juntos. No solo dejar el cuidado para los recursos sociales, sino trabajar desde la Universidad, las ONG, etc. A nivel relacional, uno de los retos es el trato humano".

"Si se quiere poner el cuidado en el centro a todos los niveles en Vitoria-Gasteiz, en el marco del SAD, tiene que haber un gran compromiso político-técnico de creerse eso. Que en la práctica sea algo potente, como ha ocurrido con Green Capital. El día que tenga un presupuesto el SAD y el resto de servicios que permiten a las personas mayores y al resto a vivir en sus domicilios, realmente el modelo que queremos, se podrá hablar de la calidad en los cuidados. El día que haya un presupuesto dotado y que vaya a lo largo de los años, podremos estar hablando de la filosofía de cuidados. Mientras tanto van a ser servicios que existen en función del presupuesto. Y no solo hacia el SAD, sino todo lo que sea en apoyo al cuidado: viviendas comunitarias, PAC, centros socioculturales… No solo personas mayores sino a nivel de ciudad. Una inversión mayor en el SAD".

- Agilizar los procedimientos de acceso y la gestión del SAD. Entre los retos, se ha hecho hincapié en la necesidad que tiene el SAD en Vitoria-Gasteiz de agilizar su gestión en diferentes aspectos, con especial alusión a los procedimientos de acceso y la eficiencia de los sistemas de información:

  "Otra de las cuestiones que me parece importante en cuanto a necesidad que tiene el SAD para mejorar es la celeridad. Los itinerarios que se alargan mucho".

  En esa línea, hay quien realiza una puntualización más específica en materia de fórmulas de recogida de información y la agilidad en las mismas. Más concretamente, se ha indicado que el proceso de la puesta en marcha del SAD en los SSB lleva mucho tiempo y que es un obstáculo añadido a la carga de trabajo:

  "El proceso de la puesta en marcha del SAD, en los SSB lleva mucho tiempo. Por ejemplo, el programa GESIS: supuestamente desde el programa podemos acceder a un montón de historias, pero para el SAD, se tiene que ir a una carpeta, descargar las plantillas, guardar en nuestra carpeta y adjuntar a cada expediente. Si de alguna forma, en el propio recurso del SAD, se pudieran anexar las plantillas de los datos de identificación personal y de los expedientes de tal forma que se pudieran obtener automáticamente. Algo que facilitase a nivel informático. Y como se tratan de carpetas personales, a veces en las sustituciones en la plantilla, la gente no sabe dónde están o cuesta encontrar las plantillas. Si desde el propio sistema, cuando creas el recurso, pudiesen derivarse las propias plantillas, facilitaría".

3.3. Utilidad y adecuación del SAD. Calidad del servicio y calidad de vida

3.3.1. Valoración del SAD por parte de las personas usuarias y familiares

Tras plantear a las personas entrevistadas cuáles eran los principales retos del SAD y los elementos que mejor definen la situación del servicio, se preguntó a las personas usuarias y a sus familiares cuál es la valoración que hacen del servicio recibido. Las respuestas de los y las profesionales a esta misma pregunta coinciden con la visión aportada por las propias personas beneficiarias.

a) Las valoraciones negativas

Las tres dificultades que más negativamente valoran las personas atendidas son las siguientes:

- Inestabilidad y rotación de las trabajadoras familiares. Las personas entrevistadas señalan que la excesiva rotación de las trabajadoras familiares genera inestabilidad e inseguridad en las personas que reciben el servicio. Por un lado, estos cambios suponen una ruptura con el vínculo que mantienen con una trabajadora familiar anterior, a quien consideran una persona que les conoce y sabe adaptarse a sus características y condiciones del hogar. Por otro lado, el cambio constante les genera incertidumbres, en la medida en que implica la presencia de personas desconocidas en el domicilio:

  "*Cambios de trabajadoras familiares, unido a muchas necesidades de intervenciones puntuales. Es decir, si necesitan una trabajadora por la mañana y otra a media mañana, para cuadrar calendarios, igual te entran tres trabajadoras diferentes en casa por turnos o por sustituciones. Suelen vivir muy mal el cambio de profesionales pero también se detectan en estas circunstancias".*

  [Familiar] *"La empresa se puso en contacto conmigo para informarme que no le iban a renovar el contrato a esta persona. Nos enviaron a otra y duró cuatro días, porque al de cuatro días me llamaron y me dijeron que no iba a venir más porque se había tenido que*

marchar a su país. Envían a otra, una chica majísima, que también duró muy poco. Imagínate lo que supone para dos personas de 80 y pico años un cambio constante de trabajadora. En total, nos han cambiado como ocho o nueve veces. Ahora, desde enero está la misma. Pero me llaman y me dicen que le cambian de horario. Y no nos venía bien porque mi padre era diabético, y solicite que no cambiasen el horario y que ella llevaba ya tiempo con mis padres. Iba a hacer una reclamación en el Ayuntamiento. Y avisan sin antelación o el día de antes y no te dan explicaciones. Cuando te llaman te dicen 'cosas de la empresa'".

[Persona que recibe el servicio] *"Es importante que la atención sea más estable".*

[Familiar] "*Los cambios de personal sí que suponen cierta inestabilidad, porque avisan de hoy para mañana y en una hora rara, y yo a veces digo que para un día no vaya porque hay que explicarle todo. Por un día que se quede sin ir. Pero entiendo que son derechos de las trabajadoras familiares también".*

"[Lo que peor valoran son] *los cambios de personal. Hay mucha gente que ha renunciado por los constantes cambios. O suspensiones del servicio que al final se termina extinguiendo el mismo".*

- Escaso margen de elección de las franjas horarias y horarios no adaptados a las necesidades. En este aspecto se vislumbran dos tipos de carencias: por un lado, la poca posibilidad que tienen las propias familias de elegir el horario que más se adecúe a sus necesidades; y, por otro, el hecho de que en ocasiones el horario asignado no se ajuste realmente a su demandas y necesidades. Las propias profesionales indican que este hecho genera situaciones complicadas y que si muchas veces las propias personas no se quejan es porque realmente no tienen margen de elección:

  "Para las empresas es complicado gestionar las franjas horarias. A veces no hay tanta demanda porque saben que no se puede".

  "También el ajuste de horarios: por ejemplo, alguien que pida un servicio de atención personal y se le ponga a las 12 de la mañana y tenga que estar en la cama hasta esa hora. En estas cuestiones tenemos bastantes dificultades. Las menajeras da más igual, pero en atención personal hay que atinar y ajustar cuando se tiene la necesidad".

En consonancia, gran parte de las personas usuarias y familiares entrevistadas señalan que no han podido elegir el horario que mayormente se adapte a sus necesidades:

[Familiar; grupo de discusión] *"Nosotros tampoco hemos elegido el horario. Por ejemplo, cuando pusieron el sábado para que viniesen al domicilio, no queríamos en principio. Lo que pasa es que 'te amoldas a lo que hay'. Igualmente, el horario del martes también nos parecía un poco tarde porque mi padre suele salir a pasear. Pero es lo que nos pusieron y ya está. Si te dejarían elegir estaría muy bien pero hay que entender que hay mucha gente".*

[Persona que recibe el servicio; grupo de discusión] *"Baila un poco el horario. Es decir, no lo puedes elegir. Yo con mi horario tengo que hacer un esfuerzo especial porque me vienen por la tarde".*

[Persona que recibe el servicio; grupo de discusión] "*También me han cambiado los horarios. Una vez, tuve que decir que con el cambio de horario no me interesaba el servicio porque no me venía bien. En una ocasión, tampoco me avisó nadie de otro cambio de horario".*

- Escasa intensidad horaria**.** Uno de los aspectos que genera una mayor insatisfacción es el relativo a la escasa intensidad horaria de los servicios. Esta demanda, sobre todo, se manifiesta antes de contratar el servicio, puesto que muchas veces deriva en rechazar el mismo y contratarlo de forma privada, tal y como se detallará más adelante. También posteriormente, cuando constatan que el número de horas no llega a cubrir sus necesidades:

  "Lo que mayormente se demanda es mayor intensidad de horas".

> *"Encontré lo que buscaba en cierta manera pero me pareció poco tiempo. Me ofrecen otra hora solo, pero tampoco me solucionan mucho y sube de precio. A veces me planteo contratar de forma privada a alguien que me haga más horas porque actualmente me resulta un poco insuficiente".*
>
> *"Lo del tiempo. Tienen muy poco tiempo con ella. Si viviera solo habría más problemas añadidos, pero al vivir con nosotros pues bueno, algo es".*

Además de los tres elementos señalados, se ha hecho referencia a otros elementos mejorables. Uno de los que se ha podido constatar a través del grupo de discusión es el referido al conocimiento previo de la situación personal de cada caso, así como de sus preferencias y expectativas. Si bien una vez tienen una trabajadora familiar estable es algo que valoran positivamente, las personas consultadas indican que tienen que comunicar continuamente sus preferencias y que, antes de que las trabajadoras acudan al domicilio, detectan ciertas carencias en la presentación del caso y en la información relativa a su situación.

A partir de las entrevistas realizadas a los y las profesionales, se ha constatado que en el procedimiento para la puesta en marcha del servicio se recoge, y se realiza cuando las circunstancias lo permiten, la visita a domicilio para la presentación de la trabajadora familiar. No obstante, hay personas que consideran que dichas visitas a domicilio han ido reduciéndose y que en algunas ocasiones no se ha efectuado debido a la sobrecarga de las trabajadoras sociales de los SSB. Asimismo, hacen referencia a que en ocasiones las personas acuden al domicilio con unos objetivos y funciones que no siempre se corresponden con lo que las personas esperan del servicio y/o con sus intereses o necesidades:

> [Persona que recibe el servicio; grupo de discusión] *"La persona que viene a nuestro domicilio tiene que saber cómo es el que está en casa. Lo primero es conocer el carácter y saber más de mí. Antes de que vayan al domicilio llamar a algún familiar mío para preguntar sobre mí. Antes de que acudan al domicilio conozcan un poco más con quién tienen que tratar y cuál es la patología. Muchas veces te preguntan qué problemática tienes y creo que debieran preguntar antes".*
>
> [Familiar, en respuesta al comentario anterior] *"El problema es que cuando llegan a la casa [las trabajadoras familiares] van solas. Porque a nosotros la trabajadora social nos dijo que no podían venir con ellas porque están sobrecargadas. Entonces me dijo que como familiar intentase estar para que yo hiciese la presentación para que mis padres no estuviesen solos. Pero es ese el problema, que no siempre he podido estar en ese momento. Yo creo que tendría que ir alguien, la trabajadora social o alguien quien presente y hacer como una entrevista".*
>
> [SAD grado I, muchos años con el servicio] *"Antes se hacía una mejor presentación de la persona cuando acudía al domicilio una trabajadora familiar por primera vez. Ahora ya no se hace. Antes llamaban más y se hacía más. Ahora ya es diferente".*
>
> [Profesional] *"Negativamente valoran que se requiere más formación y conocimiento, en deterioro cognitivo y demencias. Sobre todo lo expresan en el municipal, en el foral no tanto".*
>
> [Profesional] *"Normalmente, antes de la puesta en marcha de un servicio se coordina, se hace la presentación del caso. Pero muchas veces las trabajadoras familiares rotan y hay cambios que la empresa no informa a veces. Cada vez que hay un cambio, que son muchos, no puedes hacer esa coordinación y entonces, hay mucha información de la persona que se pierde. Si tuviéramos personal más estable en el domicilio y se mantuvieran en el domicilio durante periodos más largos sería más fácil conocer mejor a la persona".*

En la línea de la última cita, las personas usuarias y familiares han señalado también en varias ocasiones los problemas que existen en cuanto a la coordinación y el seguimiento del servicio por parte de las empresas prestadoras del mismo:

> [Persona que recibe el servicio] *"La empresa no llama. Solo llama para comunicar las incidencias o los cambios. Nos llamó la trabajadora social, pero la empresa no"*.
>
> [Familiar] *"La empresa se debería poner en contacto y preguntar cómo estamos con las trabajadoras familiares, y más teniendo en cuenta todas las trabajadoras que envían"*.
>
> [Persona que recibe el servicio] *"De la empresa le llaman a mi hija, pero a mí no me llaman. La hija que está en Madrid"*.
>
> [Persona que recibe el servicio] *"Nunca me han llamado de la empresa para preguntarme qué tal. Yo pienso que si debieran llamar, en general a todas las personas que atienden para preguntar a ver qué tal. Habrá personas que no están a gusto e igual no dicen nada por miedo a que les quiten el servicio"*.

En cualquier caso, si bien es cierto que las personas consultadas generalmente se muestran satisfechas con la calidad del servicio recibido, en algunas ocasiones se ha indicado que prevalecen las normas pre-establecidas y que tienen poco margen de elección y valoración.

En todo caso, las empresas gestoras del SAD realizan periódicamente encuestas de satisfacción, según la información recibida, con el objetivo de recoger la valoración de las personas que reciben el servicio y detectar aspectos de mejora. A este respecto, cabe resaltar que si bien algunas personas apuntan a que sí les han preguntado por su valoración acerca del servicio a través de alguna encuesta, otras refieren que nunca han sido consultadas. Asimismo, una de las cuestiones que se ha reflejado en las entrevistas con bastante frecuencia ha sido que, por norma general, las personas usuarias tienden a no expresar sus quejas:

> [Familiar] "O*jalá llegará un papel para que pudieses hacer una valoración. No me han preguntado como familiar qué propuestas tendría o como lo veo. Yo como hija porque estoy pendiente, porque las personas mayores que están solas, yo creo que aunque haya cosas que vayan mal se lo tragan y no dicen nada. Y aguantan"*.
>
> *[*Persona que recibe el servicio] "Y*o no me quejo. También me han tocado cosas pero no me quejo"*.
>
> [Familiar] "*Desde hace cuatro años no me han preguntado nada acerca del servicio"*.
>
> [Familiar] "Y*o creo que sí, que de vez en cuando pasan encuestas de satisfacción"*.
>
> *[*Profesional] *"A las personas mayores les da miedo o vergüenza quejarse y lo van dejando. Creo que es más común de lo que me gustaría"*.

b) Las valoraciones positivas

Junto a las valoraciones negativas, también son lógicamente muy frecuentes las valoraciones positivas respecto a la calidad del servicio prestado. En ese sentido, de la información transmitida por parte de las personas usuarias y familiares se puede concluir que la satisfacción general con el servicio es alta. Al menos, las ocho personas participantes en las entrevistas y grupos de discusión con familiares / usuarios han afirmado, frente a la pregunta "¿estáis satisfechos y satisfechas con el servicio recibido?", que lo están. Esta valoración es compartida por la totalidad de los agentes implicados en el análisis cualitativo. Entre los aspectos que influyen positivamente en dicha satisfacción general, cabe destacar los siguientes:

- El trato relacional, el vínculo y el cuidado en sí mismo**.** Quizás el principal beneficio directo que las personas usuarias y sus familiares perciben es el cuidado en sí mismo, el trato que reciben de las trabajadoras familiares y el vínculo (en términos de confianza, seguridad y afecto) que se crea en torno al cuidado:

"*Con la que estoy ahora estoy feliz. Muy contento. El día que no me apetece hablar lo respeta y es autónoma*".

"Creo que he tenido buena experiencia entre las relaciones que he tenido con las diferentes trabajadoras familiares que han acudido al domicilio".

"Lo más importante me parece que respete muchísimo la dinámica del domicilio, un buen trato personal. Más o menos, siempre vienen las dos de siempre. Se nos mantiene una trabajadora familiar y cuando está no está, otra. Como mucho tres trabajadoras familiares, y muy bien con las tres. En este sentido, muy buena experiencia".

"La confianza para mí es fundamental y el trato personal con mi madre. Cómo le trate. Al final abres la puerta de tu casa y tratas con gente que no conoces de nada y es importante que sea competente la trabajadora familiar que viene y el trato relacional en sí mismo".

"Mi madre está muy contenta con la trabajadora familiar porque es atenta, cariñosa, respetuosa, etc. Estamos encantados. Lo que más valora mi madre es el cuidado en sí mismo".

"Yo creo que es el afecto y el cariño. El trato personal. Con la trabajadora familiar muy bien. Al ver a mi madre a gusto y contenta con ella, eso me da seguridad y tranquilidad".

- La responsabilidad y la garantía pública del servicio. Para las personas usuarias y sus familiares, el carácter público del servicio es, en sí mismo, una garantía de calidad. La contratación pública del servicio libera a las familias y a las personas usuarias de gestionar una contratación privada, que, a juicio de las personas informantes, implica un nivel de complejidad e incertidumbre alto. Además, recalcan que la respuesta que ofrece la Administración pública y la empresa ante cualquier incidencia es un punto fuerte frente a la contratación privada:

  [Familiar] "*Es cierto que sea público te da respaldo por si pasa algo, y esto te da mucha seguridad. En lo privado, es tener mucha suerte y escuchas cosas que te da miedo, la verdad, porque al final están entrando en tu casa. Lo público te da siempre más seguridad"*.

  [Familiar] "*Contratar de forma privada es muy difícil. Porque tú piensa que estás metiendo en el domicilio a gente que no conoces de nada con tu madre que igual vive sola. Al final, no sabes a quién dejas la responsabilidad de acudir al domicilio"*.

  [Familiar] *"Que yo no me tengo que preocupar de nada. Está todo asegurado. Si a las trabajadoras familiares les pasa algo, envían a otra. Me parece fabuloso que sea el Ayuntamiento o la empresa quien gestione eso*".

- El precio público del servicio. En consonancia con lo que opinan los diferentes agentes que han participado en las entrevistas, las personas usuarias y familiares también valoran positivamente el precio público del servicio y el régimen de copago establecido:

  [Persona que recibe el servicio] *"El precio está tirado. Las dos horas a la semana son once euros"*.

  [Persona que recibe el servicio] *"El coste del servicio me parece correcto"*.

  [Familiar] *"El precio del SAD está bien. Pero claro, como mi madre no cobra mal tampoco, en base a esto, en el centro de día le cobran, en el SAD le cobran. Al final, cada mes, mi madre se queda con poco dinero para sus propios gastos. Porque vive conmigo; si no, no llegaría. Pero bueno, el precio del SAD está bien, el problema es cuando vas sumando"*.

- Puerta de entrada al sistema de servicios sociales. Más allá del acceso a los servicios sociales de base –puerta de entrada "oficial" al sistema−, el SAD es a menudo la primera prestación de servicios sociales a la que acceden muchas personas y, desde ese punto de vista, la verdadera puerta

de acceso al sistema. Este aspecto, especialmente resaltado por las personas profesionales, también se ha destacado como una condición muy importante que aporta el SAD, en ocasiones, como desencadenante de la demanda de otros servicios de atención a la dependencia. En efecto, se alude a que ante la reticencia de algunas personas a aceptar el servicio, muchas veces terminan aceptándolo al ser conscientes de los beneficios que les puede aportar el hecho de enlazar el servicio actual con uno más intenso en un futuro o solicitar otro diferente ante las necesidades que puedan surgir.

> [Profesional] "*Me parece importante que cuando se empiecen a detectar necesidades se pueda entrar con la labor que puede tener el SAD. Es verdad que, sobre todo en las personas con grado I, son pocas horas y que, entonces, hay personas que no lo aceptan. En cualquier caso, es importante en cuanto a entrar en el sistema público de servicios sociales para los momentos en que se necesiten más horas. También por la persona y su adaptación a lo que es el servicio*".

c) Mejoras prioritarias para las personas usuarias y sus familiares

Al final del grupo de discusión y de las entrevistas mantenidas, a las personas usuarias y familiares se les planteó directamente qué aspectos cambiarían respecto al SAD de forma prioritaria. Como cabía esperar, las respuestas frente a esta pregunta van en la misma línea de lo que se ha mencionado a lo largo de este apartado. Si bien la mayoría de las personas muestran cierta comprensión hacia los cambios de las trabajadoras familiares *("los cambios de personal sí que suponen cierta inestabilidad (…), pero entiendo que son derechos de las trabajadoras familiares también"*), así como en lo que atañe a los horarios, parece que, entre las personas consultadas, la comunicación con la empresa y el tiempo para estar con la persona atendida son elementos de mejora importantes:

> [Persona que recibe el servicio] "*Para mí todo y nada. Lo que está pero mejorado. Ahora pondría un diez, y hace seis meses, un cero. También mejoraría el seguimiento. Yo creo que si se necesitaría, quien lo solicite, que tuviese a alguien que le haga compañía y con quien poder hablar. Especialmente para personas mayores que viven solas. Más estabilidad porque tantos cambios desestabiliza mucho*".
>
> [Persona que recibe el servicio] "*Algo más de entretenimiento agradecería mucho porque soy muy habladora*".
>
> [Familiar] "*Yo más seguimiento. Y que sean más profesionales*".
>
> [Familiar] "*Preguntar más sobre nuestra valoración me parece fundamental. A las personas que estamos aquí diariamente con las personas. [También mejoraría] la comunicación con la empresa. Es cierto que como tenemos la trabajadora social pues no supondría tampoco mucha diferencia, pero estaría bien*".
>
> [Familiar] "*Humanizar el servicio. Porque muchas veces la limitación del tiempo y las prisas hace que no nos pongamos del todo en el lugar de las personas mayores que reciben el servicio*".

3.3.2. Adecuación del servicio a las necesidades de las personas usuarias y familiares

Dejando de lado las valoraciones realizadas específicamente por las personas usuarias y sus familiares, en este epígrafe se analiza la adecuación del servicio a las necesidades de las personas y sus familiares, tanto desde el punto de vista de las personas usuarias como del resto de los agentes que han participado en las entrevistas.

a) Las necesidades mejor y peor atendidas de las personas usuarias del SAD

De acuerdo a la información recogida, una de las principales necesidades a las que desde el SAD no se da –o no se puede dar− una respuesta adecuada tiene que ver con la soledad de una parte de las personas atendidas. Si bien ha sido la emergencia de la COVID-19 la que ha llevado esta cuestión a la agenda pública, el problema de la falta de relaciones y apoyos sociales de una parte de las personas mayores se plantea como una necesidad desde hace ya tiempo, sin que desde el SAD se esté dando una respuesta adecuada a estas situaciones.

Otra de las esferas que ha considerado que puede estar desatendida hace referencia a necesidades sociosanitarias de las personas usuarias del SAD. En ese sentido, las situaciones que requieren de una intervención más interdisciplinar entre el ámbito sanitario y social es una cuestión que se plantea durante las entrevistas, especialmente en lo que se refiere a las altas hospitalarias. Si bien es cierto que existen algunas alternativas que dan cobertura a estas situaciones –en el SAD municipal existe el SAD de quiebra temporal, mientras que en el SAD foral, existe la opción de aplicar la "dependencia sobrevenida"−, existen necesidades relacionadas con los periodos de convalecencia y/o post-hospitalarios que no están adecuadamente atendidas desde el servicio de asistencia domiciliaria.

En términos más generales, se planteó a las personas informantes en qué perfiles de personas creían que el SAD podría ser suficiente o insuficiente. En el primer caso, y atendiendo en este caso principalmente al grado de dependencia, existe relativa unanimidad en asegurar que el actual SAD se adapta particularmente bien a las personas mayores que aún no tienen problemas de dependencia, ni física ni cognitiva, así como a las que están en riesgo de dependencia o con un grado I, pero empiezan a presentar dificultades físicas:

> *"El mejor perfil que se adecua el SAD es a la persona mayor que todavía no es dependiente y tiene un nivel de autonomía aceptable tanto físico como a nivel cognitivo. Pero que, por la edad, tiene pequeñas dificultades, que lo único que necesita es ese apoyo doméstico, que con las horas que se ofrecen le permite mantener[se] en el domicilio de una forma bastante digna".*
>
> "*El SAD para situaciones muy puntuales está muy bien. [Para personas con] grado I o gente con riesgo de dependencia, gente que más o menos sigue saliendo, tiene sus actividades, mantiene el hogar, que empieza a tener problemas de movilidad y le cuesta ducharse o con miedo de caídas, etc., es un servicio que está muy bien, siempre y cuando la gente tenga la capacidad para adaptarse. Pero ya cuando entramos en dependencia o con unas necesidades mayores, no sé si lo acabo de ver".*

En todo caso, algunas personas también señalan que estos perfiles necesitan servicios adicionales que no siempre reciben –comidas a domicilio, atención diurna, etc.− y que hay determinadas casuísticas que aun respondiendo al perfil general planteado anteriormente a los que no se llega a cubrir satisfactoriamente. En efecto, algunas personas consultadas aseguran que existen determinados "vacíos" debido a que no se contemplan lo suficiente factores que influyen directamente en el grado de cobertura que se ofrece: red familiar, deterioros cognitivos leves, características personales como la edad, dinámicas familiares, determinadas necesidades sanitarias, etc.:

> *"Se quedan sin atender [suficientemente] situaciones de personas que no tienen el riesgo o la dependencia reconocida pero sí necesitan esa ayuda, [cierto grado de cobertura], en el domicilio. [Me refiero a las] situaciones de las personas que necesitan más cobertura de las actuales; situaciones de sobrecarga familiar que se quedan sin atender y los ratios no son suficientes para el desahogo familiar".*
>
> *"Hay situaciones que se quedan en medio. Ese bloque intermedio entre grado I y grado II, debería ser un II pero no lo es, cinco horas es insuficiente. Aquí se están dando casos de gente que está dejando de trabajar para cuidar a sus mayores. El perfil más desatendido puede que esté aquí. No se cubre la demanda y no estamos preparados en absoluto para lo que nos viene".*
>
> *"El actual SAD se adecua a personas que no presentan grandes problemáticas de salud o autonomía: personas mayores que están en riesgo o grado I, pero únicamente en algunos casos.*

Pero creo que no tendría que ser así, y tener diferentes SAD para que se adaptara a las diferentes necesidades".

En el caso de las personas que tienen una mayor dependencia, grado II y III, la mayor parte de las personas consultadas también consideran que la intensidad horaria es insuficiente, sin que se hayan desarrollado suficientemente los recursos adicionales complementarios –ayudas técnicas, adaptaciones domiciliarias, atención diurna, etc.− que pudieran contribuir al mantenimiento de estas personas en su domicilio.

Algunas personas también ponen de manifiesto el escaso desarrollo –tanto desde el punto de vista de la cobertura, como desde el punto de vista de la adaptación y la adecuación de los servicios− del SAD orientado a grupos de población distintos de las personas mayores con dependencia (infancia, discapacidad, salud mental, etc.):

"La verdad es que en cuanto a perfiles, en SAD municipal, es bastante amplio, teóricamente. En el que se presta para personas no dependientes hay un abanico de perfiles bastante amplio. Pero sí que es verdad que la mayor atención está centrada en mayores de 65, la gran atención. En dependientes y no dependientes. Incluso en dependientes menores de 65 años hay pocos SAD asignados en otros perfiles".

"Yo creo que el SAD, en sus bases y características, está muy dirigido a las personas mayores porque tradicionalmente se ha atendido más a personas mayores. Las personas de otros perfiles nos están llegando ahora. Es una de las cosas que hay que modificar en torno al SAD, se da una prestación muy similar a diferentes necesidades. La necesidad de una persona mayor es diferente al de un chico joven con problemas de salud mental. Tendríamos que variar y contar con diferentes profesionales. Ahora tenemos el mismo tipo de profesionales que atienden una situación u otra. Se tendría que dar una diversificación para atender a diferentes perfiles y según la necesidad".

"El SAD, aunque también dirigido a otros perfiles, además de las personas mayores, no está "pensado en". Está claro que el SAD se comienza como un recurso para personas mayores, en el que luego se ha metido a otras personas con otras características, pero en su organización no se ha hecho esa adaptación de forma suficiente".

b) Diversificación de los perfiles de personas atendidas

Uno de los retos del SAD pasaría por tanto, de acuerdo a lo señalado anteriormente, por la ampliación de su atención a diversos perfiles poblacionales, más allá de las personas en situación o riesgo de dependencia.

Al margen de esta cuestión, en cualquier caso, se plantea el debate sobre la necesidad de focalizar o no la atención que se presta desde el SAD en unos colectivos concretos. En atención al volumen que se está atendiendo desde los servicios sociales de base y la preocupación hacia la sostenibilidad del servicio, así como de cara a reflexionar sobre las propias bases filosóficas y organizativas del mismo, se les planteó a los y las profesionales consultadas si consideraban que el SAD debiera centrarse en unos perfiles concretos. Dicho de otra manera, optar por un SAD más especializado o focalizado en determinados perfiles o, por contra, diversificar el perfil de usuarios a los que atiende. La mayor parte de las personas consultadas parecen optar por la idea de la diversificación, como medio –entre otras ventajas− de plantear una atención verdaderamente individualizada:

"Me inclino más por la segunda. Por diversificar el SAD y tener diferentes tipos de SAD para diferentes perfiles. Tener un servicio que sea capaz de diversificar y dar respuesta a las diferentes situaciones. Si se focaliza por un SAD exclusivamente de atención personal, pues a los que tienen reconocido el derecho subjetivo por valoración de dependencia, grado II y III, pero no me convence".

> *"El SAD presta cuidados a una persona que por diversos motivos no puede recibir esos cuidados para desarrollar su vida diaria. Partiendo de ahí, no creo que se tendría que centrar en ningún perfil en concreto. En cambio, se tendría que dar a las personas que precisan un cuidado para desarrollar su vida autónoma, independientemente de la edad, etc."*.

En relación a esta cuestión, parece haber también un consenso amplio en lo que se refiere a la necesidad de no asignar el SAD en función únicamente del grado de dependencia. Si bien es evidente que el SAD debe en todo caso atender a las personas con al menos riesgo de dependencia, en la medida en que tendrían derecho subjetivo a esta prestación en caso de que les sea prescrita por un profesional de los SSB y/o en el marco de su PIA, buena parte de las personas consultadas también consideran importante seguir extendiendo el SAD a otros perfiles y colectivos:

> *"Las personas que tienen dependencia reconocida son las que tienen que tener garantizado de alguna forma el apoyo, más con la idea de poder mantener a las personas en el domicilio y no institucionalizar, junto con centros de día o centros de atención diurna. Con las personas "autónomas", que uno se imagina que las personas son autónomas, hay casos que no tienen reconocida la dependencia pero que tienen vulnerabilidad y dependencia más que un grado I o II incluso, y creo que tenemos que dar respuesta también a esto. El ceñirse tanto a grado I, grado II o a las tareas determinadas, etc., hace que sea necesario gestionarlo bien, pero creo que todas estas personas que quedan ahí, tendríamos que dar respuesta"*.

En este sentido, algunas personas consideran que la denominación que en muchas ocasiones se utiliza del servicio municipal que se dirige a prestar el servicio a personas que no tienen reconocida la dependencia como −SAD Autónomos[7]− no se adapta a la realidad, ya que muchas de las personas que reciben estos servicios presentan situaciones de vulnerabilidad que comprometen su autonomía:

> *"Si no se saca SAD autónomos fuera y se le llama de otra manera cuanto antes, nos vamos a quedar sin el cualquier día. Se le da la vuelta y se le llama de otra manera para que el SAD sea lo que tiene que ser, o hay peligro si no se diversifica. Y dentro de la atención a la dependencia, no es lo mismo problemas cognitivos, o personas jóvenes dependientes, yo creo que ahí hay que especializar y diversificar"*.

c) El apoyo a las cuidadoras familiares

Más allá de atender las necesidades de las personas directamente beneficiarias del servicio, el SAD es también una herramienta de apoyo a las propias personas cuidadoras familiares, sin las cuales la permanencia en el domicilio no podría plantearse. Los principales recursos y servicios que en la actualidad existen en el municipio de Vitoria-Gasteiz para atender a las diferentes necesidades de las cuidadoras familiares, además de los servicios de atención diurna, son los siguientes:

- SAD respiro. Según el Decreto de Cartera, es una modalidad del SAD de Dependencia. En el municipio de Vitoria-Gasteiz, el SAD Respiro se contempla como una modalidad del SAD municipal, que ofrece hasta máximo 32 horas mensuales. Se dirige a personas cuidadoras de personas con dependencia reconocida (riesgo, grado I, II y III) o de personas mayores de 65 años sin dependencia reconocida pero con limitaciones en su autonomía funcional y/o en situación de vulnerabilidad.

- Programa de Apoyo a Familias Cuidadoras de Personas Mayores. En los servicios de respiro dirigidos a cuidadoras familiares se contemplan centros de día de fin de semana, la modalidad de SAD respiro y el Programa "Aprendiendo en Casa". Por otro lado, este programa cuenta con programas psicosociales que abarcan diferentes actividades: informativas y formativas, atención psicosocial individual y familiar, grupos de ayuda mutua y otros[8].

[7] Hasta el momento, para denominar al SAD que se presta desde el servicio municipal a personas no dependientes, no existe una nomenclatura oficial y consensuada. Sin embargo, en algunas ocasiones se le llama SAD Autónomos, y en otras, SAD Básico.

- Programa piloto Aprendiendo en Casa. Programa que se abre a toda la ciudadanía en 2018 y que consiste en ofrecer servicios en el domicilio a la red sociofamiliar de personas en riesgo o situación de dependencia para adquirir conocimiento, actitudes y habilidades de cuidado y autocuidado.

En este marco, si bien hay personas que opinan que actualmente en el municipio existen servicios y recursos suficientemente amplios para atender a las necesidades de los y las cuidadoras familiares, son también numerosas las personas que consideran que esos recursos son insuficientes, por ejemplo para garantizar un respiro real y efectivo de las personas cuidadoras, dadas las grandes dificultades y necesidades que tienen las familias. En cualquier caso, se considera una realidad muy compleja de atender y, en este aspecto, también se señala que desde los servicios dirigidos a cuidadoras familiares se llega a atender, prácticamente, toda la demanda que llega.

En general, las personas consultadas han valorado muy positivamente la modalidad del SAD respiro como un servicio de apoyo. Sin embargo, pese a una valoración generalmente positiva, también se subrayan con bastante frecuencia algunas de las dificultades y carencias que giran en torno a este servicio.

Las valoraciones positivas del SAD de respiro se centran en los siguientes elementos:

> *"El SAD de respiro igual es una de las cosas positivas que tenemos, creo. El SAD respiro, antes de esta reorganización, lo teníamos aparte y era mucho más flexible. Al integrarlo en el SAD, seguimos manteniendo la cobertura de horas que teníamos. El respiro lo podemos aplicar de forma flexible y hasta 32 horas".*
>
> *"Hay un número de horas importante, no está mal. En el Servicio de Mayores, dentro del programa de apoyo a cuidadores, complementa. Sí que puede haber programas de respiro que se pueden programar pero hay otras necesidades que se responderían o necesitarían inmediatez. Y eso para la gestión es muy complicado. El respiro se asegura, no en una gran medida, pero en un importante % sí. Se consigue en peticiones de horarios, concretando, pero en horas no. En situaciones concretas pero no en general".*
>
> *"Creo que el SAD respiro sí llega a cubrir las necesidades de las personas cuidadoras. En el SAD respiro se mantienen el mismo número de casos de hace tiempo. Puede ser que haya personas que no lo conozcan. Sí que se ha hecho publicidad de este servicio".*
>
> *"Me consta que el apoyo psicológico del programa de respiro funciona muy bien y que todas las familias que quieren acceder lo tienen accesible. Se ofrece a todo el mundo que lo demanda".*

No obstante, también se observan valoraciones que afirman que un SAD respiro no deja de ser un apoyo que, en la práctica, no cubre las necesidades de las cuidadoras familiares y que requeriría de una cobertura más amplia. También se apunta, para explicar la escasa demanda de este servicio, a que puede existir cierto desconocimiento de su existencia entre las personas potencialmente usuarias:

> *"No respiran todo lo que deberían. Hay familias muy desbordadas que se alargan los cuidados muchos años y a nivel emocional están muy desbordados. Necesitan también más cobertura".*
>
> *"No. Podría ser más eficaz con más horas de respiro, pero en la práctica, lo que libera es un centro de día o servicio de atención diurna".*
>
> *"El SAD de respiro no lo conozco mucho, pero no creo que sea efectivo. No hay recursos para los cuidadores: las horas de respiro, ¿una vez a la semana? El resto de la semana están descubiertas. El marco teórico y legal está bien, pero luego hay una realidad, que no están en el mismo nivel. El PAC durante un tiempo ha funcionado pero creo que hay que darle una vuelta".*

[8] Memoria 2019. Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Departamento de Políticas Sociales, Personas Mayores e Infancia. 2019, pág.128.

"Para que las familias descansen, contratan a una interna u otra trabajadora para que les cubra más horas y los fines de semana. Las familias demandan mucho esta necesidad".

[Familiar] "No *considero que estos servicios supongan un respiro para mí. Me supone cierta tranquilidad y seguridad, pero la atención es de 365 días y toda mi vida, la de mi marido, etc., está sujeta a las quincenas que me toca estar con mi madre. Esas fechas no puedo hacer nada, los fines de semana por ejemplo. Nos quita mucha vida social. Yo no tengo puentes ni nada, tengo una madre, y cuando toca, toca. No recibo ningún servicio como cuidadora familiar porque no estoy empadronada con mi madre, ni vivimos permanentemente con ella, no tenemos derecho a algunas ayudas en este sentido".*

Familiar] "Y*o pasé de tener un peso enorme, a tener un alivio. Pero, ¿en un mes te vas a recuperar de lo que llevas detrás?".*

Algunas personas consideran por otra parte que se debería delimitar en mayor medida la población beneficiaria del SAD respiro y definir mejor el servicio como tal:

"El respiro también es un servicio que hay que definirlo bien, para que realmente sea un servicio de respiro y no un complemento del SAD. Hay que definir bien la parte de respiro como complemento, que por ejemplo, por las tardes tiene que estar alguien y necesito una tarde para respirar, porque si no se cae en complementar el SAD, pero no es lo mismo. Si se cae en eso, las personas que no tienen red familiar están en clara desventaja en cuanto al número de horas. Debería limitarse y definir más la población beneficiaria del SAD respiro, y del cuidado que estas personas realizan. Poder discriminar bien lo que es un respiro y el servicio".

"El SAD de respiro, a mí parecer, se utiliza como unas cuantas horas más que se destinan al domicilio. No creo que se haga un respiro efectivo. Creo que por pura necesidad se utiliza para tener más horas para que cubra mejor la atención a la persona usuaria. Pero las familias lo necesitan, necesitan un respiro real. No se utiliza desde una situación donde una persona está totalmente cubierta y el o la familiar utiliza el SAD respiro para respirar efectivamente del cuidado. Se utiliza porque no hay otra opción. En las familias aún hay mucha sobrecarga".

En cuanto al Programa de Apoyo a Familias Cuidadoras de Personas Mayores, la valoración generalmente también es muy positiva debido a todos los servicios que ofrece, y a que, a juicio de las personas consultadas, funciona de forma muy adecuada. No obstante, se subraya que únicamente está dirigido a personas mayores, lo que supone una limitación para atender a un amplio abanico de situaciones personales y familiares:

"Las familias cuidadores tienen muchas necesidades de todo. El Programa de Apoyo a las Familias Cuidadoras (PAC) es muy amplio y tiene muchos recursos, y funcionan todos muy bien pero es limitado. Pero vemos que muchas familias no quieren nuestros recursos, porque necesitamos ser mucho más flexibles en este sentido. Además, actualmente el PAC lo tenemos dirigido a personas mayores de 65 años".

Por otro lado, no parece que la demanda del programa piloto Aprendiendo en Casa sea alta, lo que plantea la necesidad de reflexionar sobre su diseño y formas de acceso.

En consecuencia, las principales necesidades que se detectan entre las cuidadoras familiares son las siguientes: respiro efectivo, apoyo psicológico y mayor información y formación. Atendiendo estas necesidades, gran parte de las personas consultadas sugiere que deberían reinventarse recursos y servicios a disposición de las cuidadoras familiares, independientemente de la edad y de la persona a la que cuidan. Por ende, las líneas de mejora que mayormente se destacan entre las personas consultadas, se dirigen a proponer:

- Mayor impulso al SAD Respiro. Además de la posibilidad de ampliar la intensidad de horas ("*Desde el SAD respiro, hay familias que las 32 horas mensuales le sirva pero hay otras muchas familias que no, que quieren directamente un centro de día. Coberturas mucho más amplias"),*

se resalta que se podría potenciar en mayor medida, debido a que, a juicio de las personas consultadas, hay menor demanda en comparación con las personas que podrían acceder al mismo.

- Atender situaciones de urgencia. Si bien se resalta la complejidad de poder atender a las necesidades de las cuidadoras familiares de manera urgente, al mismo nivel, se valora que podría atender muchas necesidades del día a día. Para tramitar el SAD, se tiene que hacer a través de un programa y, en segundo lugar, la empresa no tiene la capacidad de contratar de un día para otro a una trabajadora familiar, tal y como está organizado actualmente. No obstante, se considera que dicha posibilidad sería idónea:

  > *"Esa capacidad de inmediatez, ni con SAD respiro, ni SAD se da respuesta a dichas necesidades. Hay una gestión obligatoria con un programa informático para tramitar el SAD, y luego la empresa no puede hacer una contratación de hoy para mañana. Eso sería lo ideal para las familias. Llamo y automáticamente para mañana o pasado tengo un servicio. La gestión es prácticamente imposible. La gestión del respiro es muy complicada".*

- Extender el Programa de Apoyo para Familias Cuidadoras de Personas Mayores. Tal y como se ha mencionado, al tratarse de un programa dirigido exclusivamente a familiares de personas mayores, se indica que se podría extender a otros perfiles:

  > *"Extender el programa a niños, adolescentes, adultos. Para eso hay que saber qué oferta hay en la ciudad desde el IFBS y entidades. Yo creo que el programa, tanto a nivel formativo como desde el SAD Respiro, tiene que ser complementario a esas situaciones. Podríamos tener otra visión en el apoyo a los cuidadores indistintamente de la edad y la persona que están cuidando. Sería mucho más integrador y flexible. Las personas que cuidan a una persona mayor que de la misma manera cuida a una persona más joven tiene otras necesidades y que el programa se pueda adecuar para cada situación diferente. El Programa, hoy por hoy, se corresponde más a las propias bases que actualmente caracterizan el SAD".*

- Mantenimiento, impulso y ampliación del servicio psicológico. Al igual que ocurre en el PAC, respecto a este servicio también se aconseja poder dirigirlo a otras familias que no cuiden a personas mayores. Asimismo, se subraya que hay mucha necesidad de apoyo psicológico, por lo que es fundamental continuar impulsado dicho servicio.

- Mayor orientación e información. A partir de las entrevistas se ha constatado que desde el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz se informa regularmente acerca de estos servicios, a través de folletos o la radio, entre otros. No obstante, al considerarse la reducida demanda que hay en algunos servicios y programas citados, la información facilitada a las familias también se identifica, aunque no de forma extendida, como un aspecto a mejorar:

  > *"Creo que no se cubren sus necesidades, no tienen formación y es más, no tienen información acerca del servicio. Detecto una necesidad muy importante y es que se difunda, a través de folletos y otros canales, de lo que realmente es el servicio para ajustar las expectativas y puedan contar con toda la información de los servicios existentes".*

3.3.3. Modalidades y funciones del SAD

a) Funciones del SAD básico municipal: el gran dilema

La mayor parte de las personas entrevistadas parecen ser partidarias de mantener y reforzar la función preventiva del llamado SAD básico y, por tanto, de seguir atendiendo a personas que no tengan reconocido el riesgo o un grado de dependencia.

No obstante, hay quienes cuestionan el SAD puramente menajero o de atención doméstica que se presta dentro de esta modalidad, argumentando motivos de sostenibilidad presupuestaria y carga de trabajo. En su opinión, sería necesario revisar el acceso al servicio puramente menajero a las personas que tienen autonomía y hay quienes plantean que esta función del SAD se podría suplir a través de otras formas de gestión, como el impulso a empresas homologadas o subvencionadas que presten el servicio y −en los casos donde haya suficiente capacidad económica− la contratación de forma privada, aunque sea mediante un acompañamiento de los servicios sociales para el procedimiento de contratación:

> *"El debate que tengo también es que igual no todo lo que se está cubriendo desde el SAD municipal se tiene que cubrir, pero no tanto desde seleccionar destinatarios o perfiles, sino por el tipo de tareas. Igual las tareas menajeras no se tienen que dar con SAD. Igual se pueden cubrir de otra manera con una prestación y que las familias se arreglen. Ahí, influiría autónomos porque mayormente son menajeras pero también podría cubrir necesidades de soledad; pero no limitaría a colectivos".*
>
> *"Alguien realmente autónomo que únicamente necesite las tareas menajeras, y tiene recursos económicos, [debería] valorar el que contraten a una persona y se ajuste a los intereses y necesidades. Porque también luego hay quejas de que no quieren que vayan a la tarde a limpiar la casa, por ejemplo. Pero necesitamos priorizar. Todo esto tenemos que ir cambiando y trabajando esta demanda concreta. Además, así pueden elegir el horario y la persona que acuda al domicilio".*
>
> *"Tradicionalmente, la forma de trabajar de la Diputación ha sido diferente de la forma que ha predominado en Vitoria. Tradicionalmente, ha tenido más equipos y personal más cualificado. Desde el Ayuntamiento, tradicionalmente, como ha sido de limpieza y acompañamiento, [el SAD] ha tenido otras características. Si alguien quiere que solo se le limpie el hogar, que lo puedan pagar de forma privada. El SAD menajero de una hora y media a la semana lo quitaría directamente. No es algo básico y a veces ese tiempo es para que les hagan 'todo'. El servicio de acompañamiento lo veo diferente. Para ayudar a unidades familiares".*
>
> *"SAD más preventivo o de tipo menajero se podría plantear [mediante] algún tipo de prestación. Más que darle el dinero y [que] pudiera buscárselo en el mercado privado, […] para garantizar que se preste con ciertas garantías, tener como empresas donde hubiera una homologación y hubiera inspección por parte de la Administración. Y que las personas tuvieran prestaciones para que pudiesen contratar en estas empresas, sin que desde los servicios sociales se tenga que gestionar demasiado, para que haya tiempo para otras situaciones más vulnerables. El funcionamiento de estas empresas homologadas sería más viable que mantener el propio SAD para este perfil de personas".*

b) Las funciones del SAD y el programa de tareas

En el Programa del Servicio de Ayuda a Domicilio municipal, las tareas que se han de desarrollar en los hogares se determinan con una ficha prestablecida para el conjunto del programa. A partir de ella, los y las trabajadoras sociales de los SSB marcan las prioridades en cada caso atendido. En el SAD foral, según la información recibida, las tareas a desempeñar por las trabajadoras familiares se valoran a la hora de establecer el programa para cada caso, para lo cual no se ha constatado la existencia de ninguna ficha de tareas prestablecida donde se marquen las prioridades para cada caso. De cualquier modo, tanto en el SAD municipal como en el SAD foral, se plantean ciertas normas de cara a las funciones que las trabajadoras familiares tienen encomendadas. En ambos niveles de atención, en sentido estricto, la prescripción profesional acerca de las funciones que se han de llevar a cabo en los hogares no se decide en las empresas gestoras. En esta línea, sin embargo, hay quien resalta diferencias entre el SAD municipal y el SAD foral (*"La ficha de tareas del SAD municipal tiene un grado de determinismo muy alto. Todo está determinado. La ficha de tareas se lleva a cada familia, a cada domicilio, para que sepan qué actividades se les ha marcado. Pero esto se hace en el SAD municipal. No en el SAD foral. En SAD municipal, mientras que hay una ficha de tareas, en SAD foral no lo hay, porque tradicionalmente se ha*

ido más hacia la teoría del cuidado”). En todo caso, cabe resaltar que la información recopilada para este apartado se refiere, fundamentalmente, al servicio municipal.

Algunas de las personas consultadas consideran que las funciones y tareas que se realizan en el marco del SAD municipal están planteadas de forma muy rígida y que apenas han cambiado en los últimos años. Si bien algunas personas señalan que la variedad de tareas que contempla la ficha recoge de forma adecuada las que son importantes en cuanto a la atención personal y apoyo doméstico, también se subraya que deben contemplarse otras tareas o, en su caso, dotar de mayor impulso a algunas de ellas. Las funciones y tareas que parecen contar con mayor margen de mejora, según las entrevistas, serían las siguientes:

- Mayor impulso de las tareas preventivas. La función de prevención y promoción está recogida en la ficha de tareas. Sin embargo, se ha señalado que en la práctica no se lleva a cabo de forma satisfactoria. Por un lado, se hace hincapié en la necesidad de impulsar en mayor medida la función preventiva de las situaciones personales, argumentando que es insuficiente en muchas ocasiones debido a la limitación horaria y a la falta de formación para atender determinadas casuísticas. Por otro lado, se subraya que es fundamental reforzar el enfoque preventivo a la hora de evaluar las condiciones del hogar:

  “Yo creo que la hoja de tareas es bastante concreta. No sé cómo se trasladará desde la empresa a las trabajadoras familiares, pero la hoja está bastante completa. Estas tareas las seleccionan en los SSB. Hay tareas que yo directamente quitaría: el manejo de electrodomésticos, etc. Sobre todo, se llevan a cabo las menajeras, limpieza o mantenimiento. Las tareas de detección me parecen imprescindibles, la función preventiva me parece importante, pero tampoco se hace mucho”.

  “Al final, una cosa es limpiar la casa y otra cosa es hacer adaptaciones adecuaciones del hogar, porque estas profesionales podrían hacer un chequeo de cómo es la casa a nivel de seguridad. En cuanto a medidas de mejora o de seguridad de condiciones del hogar, donde ellas podrían tener un gran papel, se contempla de forma residual dentro del marco teórico, pero luego, en la práctica, no se hace. Ese tipo de tareas sí que son importantes. Para esto, quien vaya necesita formación. Una información previa de qué puede ofertar”.

- Diversificar las funciones de acompañamiento. El acompañamiento también está contemplado en el programa de tareas, pero principalmente se centra en el acompañamiento al transporte o para otras necesidades puntuales. Cuando se considera la atención a las necesidades más emergentes o la idoneidad de contemplar otras tareas de acompañamiento, se señalan el acompañamiento en situaciones, en los paseos o en la actividad en la comunidad, así como acompañamiento en la parte más motivacional. En el SAD Básico, según la información recibida, la variedad de las tareas de acompañamiento es más reducida y/o hay más restricciones, si bien en el SAD de dependencia la función de acompañamiento, en toda su dimensión, se contempla en mayor medida.

  En este punto, sin embargo, cabe destacar la existencia de un Programa de Acompañamiento llevado a cabo por Cruz Roja, a través de un convenio con el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz. Se piensa que este programa podría ser utilizado en mayor medida y que, en efecto, se podría contemplar como un recurso más para realizar funciones de acompañamiento que en la actualidad no se están desarrollando en el marco del SAD. No obstante, hay quien asegura con cierta convicción de que este servicio es muy desconocido.

  En todo caso, entre las valoraciones que abogan por impulsar y diversificar la función de acompañamiento del SAD municipal, se pueden destacar:

  > *“Desde el SAC se tiene un servicio de acompañamiento con Cruz Roja a través de un convenio. Y creo que es un servicio que no está utilizado como se podría utilizar al máximo. Siempre es lo mismo: a la persona mayor que necesita ser acompañada para ir al médico, pero se podría utilizar para dar un paseo, etc., pero no se hace. El acompañamiento se utiliza para necesidades puntuales y nos encontramos con las*

mismas personas que utilizan dicho servicio. Puede que haya personas que no lo conocen, pero también los mismos profesionales no se colocan en este servicio".

"Todo lo que es tareas domésticas o de atención personal creo que están bien recogidas, prácticamente están todas. Pero por ejemplo, en acompañamientos, solo se recoge a médicos, gestiones bancarias o servicios de transporte, pero también se debería incluir paseos en el entorno, acompañamiento a realización de actividades…, otro tipo de actividades de socialización y no tanto de atención, y tareas de compañía. En efecto, las propias personas lo demandan, pero como no es una tarea que se tenga contemplada, pues no hay opciones. A veces hacen contrataciones privadas solo para eso".

"El programa de tareas es muy definido y no tiene esa flexibilidad de llegar a un domicilio y adaptarse. La tabla de tareas: hay un área de más prevención y detección intrínseca al SAD. Tareas atención personal, domésticas y acompañamiento. Pero falta la posibilidad de poder 'sentarte con la persona y hacer más partícipe a la persona usuaria'".

[Familiar] *"Me parece muy importante que le pueda ofrecer compañía la trabajadora familiar, pero el tiempo no le da; o hace una cosa u otra. Mi madre la compañía la agradece muchísimo. No es lo mismo que estemos en casa cada uno en sus cosas, o que alguien le acompañe realmente. Creo que necesita que haya una persona que esté con ella".*

"Se necesita hacer compañía, y para eso se necesita una serie de cualidades y formación. Facilitar a la persona que siga haciendo cosas de su interés, la parte motivacional hacia las personas".

- Intervención comunitaria y actividades de ocio. En relación con el punto anterior, gran parte de las personas consultadas considera necesario ampliar las funciones del SAD, más allá de las tareas de prevención, menajeras, de atención personal o de acompañamiento. Se subraya que la parte dinamizadora y de ocupación del tiempo en actividades de interés de las personas son fundamentales:

"Las tareas que aparecen pueden ser necesarias, todas […] las tareas, en diferentes situaciones. Pero a la tabla de tareas, quizá le falta esa parte dinamizadora y [que] no sean tareas tan asistenciales. Enlazar más con la comunidad de alguna manera. Impulsar el añadido de servicios comunitarios y la parte socioeducativa. Luego depende mucho de cómo es la trabajadora familiar. Hay gente que lo hace y hay gente que se ciñe a la propia tabla".

"¿Por qué no vas a acompañar a centros socioculturales o para estar con amistades, familiares? Que no solo sean tareas de la batería que se tengan actualmente, sino que se puedan abrir estas a otras tareas que pueda requerir y quiera la persona".

"Las tareas que en mayor medida se llevan son las de atención personal vinculadas a dependientes que están muy bien, pero puede haber otras necesidades de acompañamiento a personas en situación de soledad o hacia recursos sociocomunitarios donde se vinculen a hacer actividades o grupos de relación. Esta tarea como tal o [como] función del SAD no existe: el de buscar alternativas en función de la historia personal de cada cual, que alguien me pueda acompañar a un lugar donde yo lo pueda hacer y que la persona sea el canal para ello, eso no existe como modalidad. Siempre se piensa más la persona en casa, apoyo en casa, pero para que una persona se mantenga en casa, necesita estar conectada con el resto de la comunidad; si no, no funciona. Y hay mucha gente que está sola. Entonces, por ejemplo, las tareas de acompañamiento para la soledad no se ven como necesidades

"tan imperiosas", pero el acompañamiento a la soledad, para mí, es igual de necesario que levantar a una persona de la cama y [que le] hagan la higiene".

Por otro lado, algunas personas consideran necesario atender a las necesidades de otros colectivos que no sean personas mayores y, en consecuencia, diversificar las tareas y funciones que actualmente caracterizan al SAD.

"El SAD está pensando fundamentalmente para las personas mayores. El gran perfil de personas dependientes son las personas mayores, y eso es objetivo en cuanto a datos, pero creo que tendría que haber SAD diferentes. No es lo mismo una persona adulta de 40 años o un niño. Las tareas tienen que ser diferentes, de psicoestimulación, más tareas psicosociales para diferentes perfiles, así como la estimulación de la autonomía".

"Luego también hay demanda con menores, con una parte más pedagógica. Se ha ido quitando en el SAD tradicional. Estaban contempladas tareas de apoyo, de sustitución y tipo pedagógico... Finalmente, lo hacían las trabajadoras familiares, pero tampoco las trabajadoras familiares tenían dicha formación. También necesidades que se detectan en menores dependientes, que el SAD no es el perfil y que tampoco requieran una intervención socioeducativa. Por ejemplo, problemas de autismo. Pero requieren de un perfil que sepa manejar este tipo de situaciones en las profesionales. Aquí tenemos vacío. Cuando se ha intentado hacer tareas de SAD, o para dar un paseo, no se consigue atender de forma adecuada, porque no contamos con el perfil profesional. Otro reto".

"Creo que en el SAD tienen que entrar otro tipo de labores, que también se trabaje la dinámica familiar. Es decir, una madre con discapacidad, por ejemplo, pueda sentirse partícipe de la crianza de su hijo o hija. Creo que los perfiles son tan variados que nos adecuamos a los diferentes perfiles, quitándonos de las etiquetas de las tareas: esta actividad sí, y estas, no, o no se adecua. Nos encorsetamos en las funciones que sí y [en] las que no. Y creo que el SAD es un recurso muy básico para que la persona pueda sentir que puede vivir en el domicilio sin entrar en la residencia, sea el perfil que sea. Y las necesidades van cambiando. Las funciones no pueden ser tan encorsetadas y adaptarlas a las necesidades y a los momentos. Pero los momentos pueden ser en una misma semana".

"Hay una vertiente del SAD, que es poquito y sí creo que se tendría que ampliar más [la] atención a familias que, por las razones que sean, los padres no pueden cuidar bien a los menores, ponerles un SAD y que sean los padres los que sigan cuidando a menores. Hay otro servicio de intervención socioeducativa, que son educadores, [con el] que se trata de poner una figura educativa que ayuda a los padres a ejercer bien el cuidado, pero hay situaciones en que 'no se les puede educar' y lo que necesitan es un complemento de apoyo, por diversos factores. Entonces, un SAD podría cumplir dicha función".

3.3.4. El SAD y modelo de Atención Centrado en la Persona: una idea simple en un sistema complejo

El modelo de Atención Centrado en la Persona (ACP), concepto acuñado por Tom Kitwood en el ámbito de la demencia, responde a la necesidad de repensar modelos de atención tradicionalmente utilizados en el ámbito de los servicios sociales para responder mejor a las necesidades de las personas usuarias, otorgándoles el protagonismo de su proyecto de vida. En este contexto, el Plan Estratégico de Políticas Sociales 2016-2020 del actual Departamento de Políticas Sociales, Personas Mayores e Infancia del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, aboga por la globalidad e integralidad:

"*El considerar la globalidad del individuo y de su entorno, nos lleva a un enfoque de Atención Integral y Centrada en la Persona, desde el establecimiento de una relación de ayuda basada en el respeto a la dignidad intrínseca de las personas, a sus deseos y a sus proyectos de vida, implementando una intervención consensuada en la que se informa, se orienta y se ofrecen*

*apoyos pertinentes para que las personas y grupos aumenten su autonomía y contro*l" (Departamento de Políticas Sociales y Salud Pública, 2016).

Dado este marco, se consideró pertinente incluir en el guion utilizado para las entrevistas un apartado en relación con la ACP, que otorgase un margen de diagnóstico para analizar en qué medida este modelo se estaba implementando en el marco del SAD en el municipio. En rasgos generales, la información obtenida a partir de la metodología cualitativa permite concluir que el desarrollo de la ACP en el contexto del SAD en Vitoria-Gasteiz ha sido escaso y que no se han dado las condiciones óptimas para su implementación efectiva.

Más allá de las razones que están detrás del escaso avance, las opiniones de los agentes implicados se dividen básicamente entre quienes plantean una valoración ambivalente o matizada de las posibilidades de implementación −a juicio de estas personas, pese a la insuficiencia de implementación de este modelo, es factible llevarlo a cabo en la actualidad− y quienes sostienen una valoración más consistentemente negativa, explicando que no se dan en torno al SAD actual las condiciones óptimas para su puesta en marcha.

Entre las valoraciones ambivalentes o matizadas que ven factible implementar la ACP o, dicho de otra manera, que consideran que se pueden darse las condiciones para avanzar hacia este modelo, se pueden destacar las siguientes:

> *"Yo creo que el modelo en sí mismo es muy simple. El modelo es tener en cuenta las necesidades, intereses y preferencias de las personas e intentar acompañar, también en la historia y evolución de la persona. Es decir, no inventarte nada nuevo para alguien que no quiere, ni forzar a hacer nada que no se quiera, ni ofrecerle algo que para nada va con su propia historia. Es estar con las personas en el proceso que dure el SAD. En los dependientes, mucho más, ahí sí que va a requerir que te diga la familia cómo le gusta que le traten. Es tan fácil como respetar sus propios deseos. Es uno de los servicios que, al ser en el domicilio, es más fácil, porque enseguida te expresan lo que quieren y lo que no. O se tiene que preguntar muchas veces antes de hacer. Y también se requiere formación. A nivel de trato, es muy simple. A nivel de gestión es donde es más difícil".*

> *"Yo quiero pensar que se dan las condiciones. Se sabe lo que las personas necesitan. Pero muchas veces hay que tener la familia en cuenta. Tener en cuenta el modelo sistémico. Para sustentar un MACP, por lo que he visto, lo que más ha costado es hacer un cambio de mentalidad en las propias profesionales. Una vez que se trabaja todo, creo que es un modelo muy fácil. En los procesos formativos, que se introduzca el modelo es básico y el reciclaje, también. Pero también sensibilización".*

> *"Se podría llevar a cabo, aunque no en su totalidad. En las formaciones en este sentido, creo que se centran más para los centros de día y las residencias. Hasta que salga algo oficial, se está intentando adaptar al modelo en el día a día, por ejemplo, haciendo historias de vida. Se intenta conocer las características de las personas, saberlas, para luego poder responder a estas necesidades. Se intenta hacer lo más personalizado posible. Yo creo que hasta ahora se ha adaptado a las residencias. Es importante conocer realmente a la persona. Pero en el impulso hacia este modelo, no se ha centrado en el SAD. No hay un impulso institucional para ser más eficaces en ese sentido: en el tiempo, sobre todo. No hay una voluntad técnica institucional real en torno al SAD".*

Sin embargo, quizás es más habitual la percepción de que, en la actualidad, no se dan las condiciones óptimas para desarrollar un modelo de ACP:

> *"Tal y como está planteado y las posibilidades y recursos, no es viable la atención centrada en la persona, y lo veo difícil, que se pueda centrar. Otra cosa es en la atención personal: cuando ya conoces la persona y hay estabilidad, te intentas adaptar a ella. Si entendemos de forma estricta el modelo de atención centrado en la persona, en el que supuestamente la persona tiene*

capacidad para elegir, decidir y determinar cómo quiere el servicio, donde imponemos tanto la trabajadora familiar, los horarios, etc., se parte de una base que no se adecua a nadie".

"El modelo de atención centrado en la persona, sobre el papel está muy bien, pero la realidad no es así".

"Creo que no se dan las condiciones del modelo de atención centrado en la persona, pero por las intensidades, que no son muy amplias. Un SAD para una persona con grado I el máximo son cinco horas semanales y, si queremos trabajar un modelo centrado en la persona, no te da tiempo a estar con esa persona. Una hora al día y las trabajadoras tienen que hacer muchas cosas. Cuando no son dependientes, estándar, cuatro horas, personal y menajera, no llegas para poder hacer un trabajo de conocer el caso, qué es lo que necesita, qué es lo que quiere, etc.".

"Es complicado. Ahí habría que hacer un cambio radical en la forma de la puesta en marcha y del funcionamiento del servicio. Si la persona no puede elegir el horario que prefiere tener el servicio, pues ya vamos mal. Ese programa de tareas tiene que ser consensuado con la persona. Con dinero, lo veo todo factible. Con una capacidad presupuestaria potente, se puede; actualmente, se hace lo que se puede. Se va a la tarea, en lugar de ir a conocer y a atender. Yo creo que las personas sí echan de menos que se les conozca más, de cómo les gusta que se hagan las cosas, cómo quieren ser tratadas, su personalidad, etc.".

"Yo creo que no se dan las condiciones óptimas por varias razones. Digamos que ahora se les está prestando una atención más dirigida a las necesidades, cuando antes o te quedabas solo y no tenías nada, y cuando no se podía más, se ofrecía una residencia. En este sentido, está más centrado en la personas. Pero [para] la atención centrada en la persona, estaría mejor si pudiéramos contar con un mayor margen de horas, más independientemente del grado de la dependencia; si pudiéramos adaptar los horarios; y toda persona necesita un referente que no se le cambie cada cierto tiempo. Pero son cuestiones difíciles de gestionar.

En conclusión, de las entrevistas se infiere un cierto consenso en torno a la existencia de algunos obstáculos para llevar a la práctica el modelo de ACP en el SAD, que tienen que ver, principalmente, con cuestiones organizativas y de gestión. Frente a estos obstáculos, se perfilan un puñado de condiciones o mejoras que se juzgan necesarias para sustentar este modelo:

- La intensidad en la atención. Debido fundamentalmente al tiempo que tienen las trabajadoras familiares para realizar el resto de tareas asignadas, les resulta imposible estar con la persona y conocer realmente sus preferencias, deseos o intereses.

- La ausencia de capacidad de elección de las personas usuarias y familiares en diferentes aspectos del servicio, como el programa de tareas, la figura de la trabajadora familiar o el horario que mejor se adecua a su proyecto de vida. Asimismo, debería tenerse más en cuenta, sobre todo en casos de dependencia, la visión de las familias desde un modelo sistémico.

- Las reticencias profesionales. Existen inercias profesionales y reticencias que dificultan un cambio de enfoque y de modelo.

- La elevada carga de trabajo en los SSB y las dificultades para realizar un seguimiento integral *("los servicios sociales y este servicio estaría mejor en un MACP si los trabajadores sociales no tuvieran tanta carga de trabajo como tienen ahora. Es difícil hacer un seguimiento estrecho y continuado con tantos expedientes. En estos momentos, los servicios sociales están muy saturados"*).

- La escasa apuesta institucional por la ACP en el SAD. Algunas personas señalan que en el SAD no se han impulsado este tipo de enfoques en comparación con otros recursos y servicios *("yo creo que hasta ahora se ha adaptado a las residencias, pero el impulso hacia este modelo, no se ha centrado en el SAD"*).

- La insuficiente presencia de la ACP en los planes o los programas formativos. Algunas personas consultadas consideran que, con una formación de las trabajadoras familiares en este sentido, sería factible impulsar el modelo, pese a otras condiciones que lo dificultan. Además, en las entrevistas se ha hecho hincapié en que no hay, hoy por hoy, una apuesta formativa para impulsarlo *("a las trabajadoras familiares no les llega la formación de atención centrada en la persona, porque no se paga. Creo que lo que impide organizativamente que sea realmente un modelo centrado en la persona son los recursos económicos y un tema de prestigio laboral o rango laboral, porque no se valora la labor"; "en los procesos formativos que se introduzca el modelo es básico y el reciclaje también"*).

3.3.5. El SAD y la permanencia en el domicilio: el gran objetivo convertido en reto

Según establece el Decreto de Cartera 185/2015, el SAD está destinado a garantizar la permanencia en el domicilio de las personas que reciben el servicio, a través de la prestación de diferentes niveles y funciones de atención. Por ello, aunque es un aspecto ligado a la adecuación del servicio en respuesta a las necesidades de las personas usuarias y familiares, se ha juzgado oportuno preguntar directamente en qué medida se asegura este "gran objetivo" del servicio de ayuda a domicilio: contribuir a la permanencia en el domicilio "el mayor tiempo posible, con una calidad de vida aceptable, retrasando o evitando el ingreso en un servicio de alojamiento o centro residencial".

A este respecto, hay quienes sostienen que el SAD actual no garantiza la permanencia en el domicilio −o, al menos, con una calidad de vida estable− y quienes trasladan que solo lo hace en determinadas situaciones y condiciones. Si bien en las respuestas inmediatas se observa cierta disparidad al respecto, el análisis de los discursos apunta hacia una visión compartida de que el SAD, si no se complementa con otros servicios y apoyos, resulta insuficiente para garantizar que las personas sigan viviendo en sus domicilios de una forma adecuada.

A fin de concretar en qué situaciones se puede garantizar la permanencia en el domicilio, las personas consultadas en las entrevistas aluden a las características o "perfiles" de las personas que reciben el servicio. En sintonía con lo que se ha señalado en el apartado referente a las necesidades que en mayor y menor medida se atienden por tipo de perfiles, y sin entrar en mayor detalle, se considera que las personas con las que mayormente se asegura la permanencia en el domicilio aunque no tengan una red familiar o significativa son aquellas que gozan todavía de un alto nivel de autonomía, personas mayores que no tienen dependencia reconocida y no presentan deterioros cognitivos.

Así, en lo que concierne a las personas en riesgo de dependencia y con grado I, hay quien opina que se puede conseguir la permanencia en el domicilio, aunque en este punto se alude a la complementariedad con otros servicios, como la comida a domicilio:

> *"Para las personas que tienen un grado I, con una comida a domicilio o la asistencia a un comedor, yo creo que sí. Para una persona con un grado II, aunque la casuística es variable, en algunos casos muy justo. Para el grado I, yo creo que sí".*
>
> *"La permanencia en el domicilio, con las personas que atendemos, con grado I, riesgo de dependencia, y autónomos, sí. Yo diría que sí que se consigue. Pero ampliaría la comida a domicilio. Es otro apoyo más para mantener en el domicilio, como algo complementario que es necesario impulsarlo en mayor medida".*

Sin embargo, gran parte de las personas consultadas ponen de manifiesto que respecto a este grupo de usuarios, hay que tomar en consideración situaciones particulares y el objetivo de la permanencia en el domicilio es insuficiente —o no se consigue o se hace en condiciones no del todo adecuadas—. Entre estas casuísticas, se señala a las personas con deterioros cognitivos, que requieren de una atención mucho más intensiva que la que el SAD puede ofrecerles.

> *"Si aún tienes buena autonomía, sí, pero si ya empieza con deterioros cognitivos leves, un sector que genera mucha inseguridad a la hora de trabajar, porque no se les reconoce aún la*

dependencia y no acceden a otros recursos y dependiendo de su capacidad económica, se complica. Entre los grados I y II, hay una gran dificultad. Sobre todo por deterioros cognitivos. Incipientes, que se les da en mejor de los casos un grado I, si no hay una red familiar potente muy difícilmente. Y con red familiar, de una forma muy sobrecargada, aunque sean incipientes. Porque los deterioros cognitivos la persona necesita una 'vigilancia' de prácticamente 24 horas al día. Con red familiar, sujeta, pero si no lo hay, es muy complicado. La gente se mantiene en el domicilio, pero no sabemos ni cómo, la verdad: aquí, el SAD es claramente insuficiente".

"Con cinco horas a la semana, no te sostiene en el domicilio, o tiene red de apoyo familiar u otros recursos o no se sostiene (…). O se mantienen, pero no en las condiciones ideales, que igual quieren salir a la calle, pero no pueden. A veces, el que estén en el domicilio no asegura que estén bien".

Parece también que existe un consenso generalizado al señalar que el SAD no garantiza la permanencia en el domicilio de las personas con mayor grado de dependencia. Estas personas requieren de un apoyo familiar intenso y de la existencia de recursos adicionales para poder mantenerse en su domicilio:

"Si una persona está sola, no tiene familia y apoyos, claramente el SAD no es capaz [de asegurar la permanencia en el domicilio]".

"Ahora no se están dando las condiciones, en muchos casos porque está fallando la familia. Las familias quiebran mucho antes y hay muchas situaciones de sobrecarga, y en concreto, en mujeres. El apoyo familiar y la red comunitaria, salvo situaciones concretas donde hay esa calidad de barrio; sin eso, el SAD no puede".

"Con red familiar, sujeta; pero si no lo hay, es muy complicado".

"El SAD en sí mismo no mantiene a nadie en casa. Lo hacen las familias. Entonces en función de la red, dependerá la prolongación de la vida de la persona en el domicilio. Entonces, lo que hay que hacer es apoyar a familiares. Las familias necesitan muchos recursos en sus casas y la gente se quema. Y existe un problema de perfil único de cuidador: mujer, de más de 60 años y es una mujer mayor quien cuida y es problema para la propia mujer y para el sistema. Por tanto, hay que apoyar a las familias, porque si no las personas mayores no van a poderse mantenerse en sus casas. Hay que apoyar y tener servicios mucho más flexibles y mucho más cobertura de horarios de servicios de respiro para las familias; reinventar apoyos diferentes a los que existen actualmente".

"En personas autónomas sirve, pero con apoyo familiar. Aun así, es insuficiente".

"Mientras que tengan un grado I, incluso II y III con familia, creo que sí se puede garantizar. Pero sin familia, es muy difícil garantizar esta permanencia en las condiciones de horas que hay ahora".

"En personas más dependientes no se asegura. La gente que necesita mucha ayuda, además de tener el SAD, la gente termina contratando de forma privada. O hay un cuidado familiar muy completo u otro cuidador, o se termina contratando de forma privada. Si no contratasen un servicio externo o una familia que haga el resto, no se asegura la permanencia en el domicilio".

A partir de esas reflexiones, algunas de las personas entrevistadas plantean posibles fórmulas que podrían mejorar las posibilidades de que determinados perfiles puedan seguir viviendo en sus domicilios:

- Destinar más recursos a las familias cuidadoras. En sintonía con el diagnóstico que realizan las personas consultadas acerca de que la familia es el principal recurso que sostiene a las personas en sus domicilios, se destaca la necesidad de que se destinen más recursos a las propias cuidadoras familiares o crear apoyos más efectivos.

- Hacer uso de determinados avances tecnológicos como vía de apoyo, tal y como se señala posteriormente en mayor detalle.

- Invertir más en la permanencia en el domicilio, al igual que en otros recursos. Hay quien ha invitado a reflexionar sobre que, si realmente con el SAD se quieren evitar los ingresos en recursos residenciales, se debería invertir lo mismo que en una plaza residencial. Es decir, se sugiere que es necesario repensar los costes del servicio, planteando que un SAD en tres horas al día para una persona con una gran dependencia no tiene el mismo coste que una plaza en una residencia a tiempo completo:

  "En cuanto a costes, una residencia está en 3.000 euros; se podría gastar también eso para la permanencia en el domicilio. La ayuda que se recibe para la residencia es mucho mayor que la que se recibe para la permanencia en el domicilio. Si la Administración gastara lo mismo que en una plaza de residencia en el SAD, se aseguraría en mucha mayor medida, porque se pondrían bastantes horas más. Habría mucha menos gente en residencias. Creo que la PECEF, son 480 euros; si va a una residencia, 1.000 euros y pico. Se deberían igualar las cuantías".

  "Es que a lo mejor se pueden dar más horas al día para prevenir [ingresos] en otros recursos mucho más caros. Si hablamos de una persona con gran dependencia con tres horas al día y si pensamos que esto va a permitir la ayuda en domicilio o que pueda ser autónoma, igual es que no conocemos lo que es la dependencia".

3.3.6. Servicios adicionales complementarios al SAD

En estrecha relación con el punto anterior, pues se constata que para la permanencia en el domicilio es necesaria la existencia de una complementariedad entre el SAD y otros recursos y servicios más allá del apoyo familiar, los servicios adicionales de apoyo que reciben las personas usuarias del SAD se convierten en un aspecto clave.

a) Atención diurna y centros de día: los principales aliados para la permanencia en el domicilio

No cabe duda, de acuerdo a las opiniones recogidas, de que la complementariedad entre los centros de atención diurna de atención primaria y los centros de día de atención secundaria y el SAD es una de las mejores opciones para prestar una atención de mayor calidad, así como para asegurar en mayor medida la permanencia en el domicilio, a la vez que contribuye a un mayor respiro de las familias cuidadoras:

> *"El servicio de atención diurna y el SAD me parece una alternativa ideal para evitar el ingreso residencial. Creo que, ordenando los recursos, creo que se puede garantizar la permanencia en el domicilio".*
>
> *"En Vitoria, creo que entre la red pública y privada, hay una red importante de atención diurna, y el SAD es muy buen complemento para estos recursos".*
>
> *"Si tú complementas una atención diurna y un SAD, consigues que una persona esté muy bien atendida".*
>
> [Familiar] *"La verdad es que con la atención diurna sí descanso más. Con el centro de día, sí. Aunque aun así me veo sobrecargada". [La misma persona en otro momento de la entrevista] "Yo creo que mi madre sí, está satisfecha con el servicio. Ahora, con el centro de día está encantada. Ahora está contenta".*

Sin embargo, algunas de las personas entrevistadas plantean valoraciones relativamente matizadas que, reconociendo las ventajas de la atención diurna en general en Vitoria-Gasteiz, apuntan a la necesidad de diferenciar entre la atención diurna del SAD municipal y el SAD foral. En Vitoria-Gasteiz, para las personas más dependientes usuarias del SAD foral, los centros de día tienen una cobertura de atención de lunes a viernes, de nueve de la mañana a cinco de la tarde. En los centros de atención diurna en el marco

del SAD municipal (grado I), en cambio, la atención se ofrece durante todos los días de la semana, de nueve de la mañana a ocho de la tarde. En consecuencia, gran parte de las personas informantes señalan que este hecho supone, en cierta manera, una contradicción, pues las personas atendidas en el SAD foral (grado II y III) generalmente son más dependientes y pueden, en principio, necesitar mayor cobertura diurna.

En las valoraciones acerca de los servicios de atención diurna, la mayor parte de las personas consultadas han hecho referencia a los centros de atención diurna municipales y, por el contrario, no se han podido recabar, de una manera proporcional, opiniones respecto a los centros de día forales. En lo referente a los centros municipales se señala como un punto fuerte, junto con la cobertura, la oferta de actividades de diversa índole y su contribución no solo a la atención personal, sino también a la socialización y actividades de ocupación positiva del tiempo:

> *"Para asegurar la permanencia en el domicilio, los mejores servicios de apoyo son los centros de atención diurna, porque se cubren un montón de necesidades relacionales, de psicoestimulación, etc. Los centros de día de Ayuntamiento cumplen esa doble función: los cuidados básicos a cada persona y, a la vez, de socialización, y es un perfil mucho menos deteriorado. Los centros de día en secundaria, ahora, para mí básicamente se han convertido en centros de guardería y son más de apoyo a la familia cuidadora, y no tanto para la persona dependiente. No están pensados tanto en el beneficio de la persona. Para muchas personas de grado III puede ser un trasiego. En cambio, la atención diurna de primaria es una maravilla".*
>
> *"Cuando pasan de un grado I a grado II, las personas no quieren demandar la atención diurna de Diputación. La atención diurna de secundaria tiene que ser más flexible y de respiro, tenemos que generar espacios".*
>
> *"El servicio de atención diurna, del Ayuntamiento, hoy por hoy, creo que es lo mejor que hay. Porque, lo primero, no desarraigas a la gente y la gente sabe que va a volver a su casa. La cobertura es superamplia; no solo es un servicio asistencial, todo el tema de los talleres ocupacionales, trabajar por mantener las capacidades de las personas; y luego, uno de los aspectos más importantes es el aspecto relacional, socializar, el hecho de que salgan de casa. Y hay flexibilidad en el servicio de atención diurna de Ayuntamiento; no pasa lo mismo con el foral. Y al final, son personas que requieren más atención y tienen menos servicios al final. Económicamente hablando, a mí me parece que es un servicio relativamente barato, asumible, asequible, e incluso se puede equilibrar con la puesta en marcha de otro recurso público o privado. Este servicio sí cubre realmente. Otra cosa es que la gente acepte, pero sería un tema a trabajar o un tema de promocionar e informar".*
>
> *"Servicios de atención diurna del Ayuntamiento son muy potentes y son los que permiten que se mantengan en el domicilio. Con un SAD con atención diurna hay personas que se mantienen muchos años en casa y bien. Se complementan muy bien".*
>
> *"Cuando la dependencia es mayor, las atenciones diurnas yo creo que al final son muy buenos servicios para que haya una cobertura bastante extensa de lo que es el día. La persona todavía se mantiene en su casa, en su barrio, con sus vecinos y más o menos su red, etc. En este sentido, la atención diurna. Precisamente, los centros de día deberían tener más cobertura que una atención diurna, por lo que en este sentido es bastante contradictorio. Las plazas son insuficientes, pero creo que son buen recurso".*

No obstante, más allá de que algunas familias tengan cubierto el horario diurno y, a juicio de algunas personas, esta cobertura suponga un gran apoyo, también se ponen de manifiesto las dificultades que conlleva la ausencia de cobertura durante la noche:

> *"Otra cosa que me ha sorprendido, cuando empezamos con el despliegue del decreto de cartera, la expectativa era que iba haber mucha demanda del servicio de atención diurna frente a las*

viviendas o alojamientos, en los grados I de dependencia. Y hay mucha más lista de espera de vivienda comunitaria que en atención diurna".

"La noche, en el grado I, se hace complicada para las personas que están solas. A veces, la atención diurna no les resulta suficiente. Luego, sin embargo, cuando van a atención diurna, se olvidan de querer alojamiento y son muchas horas".

"Para la noche, los servicios adicionales que se están poniendo son privados. En el tema de la noche, hay gente que detectamos que tiene temor a la noche y a la soledad".

Otro de los aspectos que la mayoría de las personas resaltan como una dificultad patente en torno a la atención diurna, como reflejo de que no se están atendiendo las necesidades existentes de forma suficiente, es el problema de las listas de espera *("Ahora porque mi madre tiene el grado II, porque hasta cuando ha tenido grado I, no había nada, y me parece horroroso. Los servicios eran insuficientes. Solo tenía a la trabajadora familiar que venía en el SAD. Con grado I, estaba en lista de espera para atención diurna, pero nunca llegaba. Hasta que le han valorado con grado II, es cuando ha tenido el centro de día").* Es por ello por lo que se señala la insuficiencia de plazas en atención diurna y la necesidad de crear más para evitar, en mayor medida, esta carencia.

En términos de flexibilidad, las personas consultadas también han hecho referencia a que los centros de atención diurna se podrían flexibilizar o han valorado su complementariedad con el SAD a la hora de atender situaciones particulares de las personas y las familias −para que también contribuyan al respiro−. Estas alternativas no se proponen de forma generalizada, pero resulta pertinente recogerlas en tanto en cuanto que las propias profesionales valoran que puede haber otras vías para mejorar la atención que presta el SAD junto con otros servicios. Entre estos planteamientos, se alude a la posibilidad de crear servicios mixtos entre atención diurna y SAD, equiparando en este sentido los recursos en un mismo nivel y, cuando pueda ser necesario, ofrecer las horas que las familias necesiten de la atención diurna:

"Se puede plantear algo híbrido, pocas horas de atención diurna y el SAD en el domicilio, por ejemplo".

"Si se pudiera tomar en cuenta la situación de cada persona, seguramente se podrían complementar mejor los servicios, dentro de un programa, con todas las prestaciones en un mismo nivel. Si hay atención diurna, el SAD es acompañamiento al autobús".

"Creo que los centros de atención diurna tienen que ser superflexibles. No digo que no sea una dificultad, pero por eso [señalo] el ejemplo de los centros de atención diurna rurales. [Se trata de intervenir] en base a necesidades, y no solo de lunes a viernes a tal horario [refiriéndose a los centros de día forales]. Sino adaptarse a las situaciones. ¿Que solo necesitan el baño geriátrico? Pues solo eso, porque en casa tienes barreras arquitectónicas. Y también [puedes] atender a más gente. Es decir, si se tienen 15 plazas pero si de mañana solo tienes 3, pues puedes cubrir u ofrecer eso. Para dar mayor cobertura y de mayor calidad, vamos a dejar a la gente que se cubran las necesidades".

"Por ejemplo, con el centro de psicoestimulación para personas con demencia. La cobertura horaria no es la de un centro de día. Aquí está el tema de la coordinación. Independientemente [de que hablemos de servicios] público[s], privados o [del] tercer sector. En general, creo que la atención diurna complementa bien, pero siempre hay que tener en cuenta las características del contexto".

b) Comida a domicilio: un servicio esencial

La comida a domicilio o los comedores para personas mayores son otro de los servicios que las personas consultadas en las entrevistadas evalúan positivamente en cuanto a su funcionamiento, cobertura y a su capacidad de complementar al SAD. Algunas subrayan su carácter esencial en la atención de las necesidades de las personas usuarias y familiares, puesto que a muchas personas que no tienen atención diurna o que prefieren mantenerse en sus domicilios, sobre todo a aquellas que viven solas, les supone un

gran apoyo. Fundamentalmente, este servicio supone evitar que algunas personas con ciertas situaciones de vulnerabilidad eviten tener que gestionar, por ejemplo, las compras, y al mismo tiempo, garantiza una buena alimentación.

> *"Mi madre tiene comida a domicilio junto con el SAD. Igual ya hará diez años que recibe ambos servicios. La comida a domicilio es una maravilla. Tanto en la comida como en la cena las cantidades están muy bien, está bueno, sano, y te evitas que mi madre tenga que ir a hacer compras y [eso] es súper importante. O yo como hija podría ir a hacerle la comida y llevárselo, pero me supondría mucho trabajo".*

No obstante, al igual que sucede con los centros de atención diurna, el servicio de comedores y de alimentación a domicilio también presenta algunas limitaciones, desde el punto de vista de las personas consultadas:

- Listas de espera y pocas plazas. Según la información recogida, en el servicio de comida a domicilio existe una lista de espera casi permanente lo que reduce la efectividad del servicio en un contexto de demanda creciente.

> *"En el servicio de comida a domicilio hay plazas limitadas y no llegamos a todos. Hay mucha gente que ya no se puede trasladar a los comedores. El tema de la comida yo creo que, a la larga, va a ser un problema. Sí que hay empresas de* catering*, pero no todo el mundo puede permitírselo, hay mucha gente viuda con pensiones muy bajitas".*
>
> *"Pasamos de tramitar el SAD y la comida a domicilio sin ningún límite a ajustarnos a los criterios que se han establecido, con esas limitaciones. En comida a domicilio, hay lista de espera prácticamente de forma permanente".*
>
> *"Ampliaría la comida a domicilio. Es otro apoyo más para mantener en el domicilio, como algo complementario que es necesario impulsarlo en mayor medida. La comida a domicilio me parece una buena alternativa, porque garantizas una alimentación equilibrada y evitas todo el tema de las compras. Las trabajadoras familiares tienen en sus tareas la compra y realización de la comida; si eso se cubre, ese tiempo se puede destinar a atención personal o acompañamiento. Pero siempre hay lista de espera. Las 'plazas' no son suficientes y tendría que haber mucho más. Es verdad que hay catering-s privados que no se diferencia el precio del servicio municipal de una forma significativa y que puede cubrir, pero gestionar algo privado a algunas familias les supone un imposible".*

- Limitación del servicio a las personas usuarias del SAD municipal y régimen de incompatibilidades. Algunas personas consideran negativo que el SAD foral no contemple, como el municipal, un servicio de comidas a domicilio. Además, se destacan las dificultades que suponen ciertos requisitos de acceso al servicio, como la incompatibilidad con la PECEF o tener un SAD foral:

> *"El servicio de comida a domicilio, por ejemplo, solo se da desde el Ayuntamiento y este tiene lista de espera, por lo que no damos a todas las personas que lo necesitan. Y se lo estamos dando a personas que el Ayuntamiento ya atiende. Pero personas con grado II y III que atiende Diputación, no se les puede dar, porque no hay plazas. La comida a domicilio es un recurso muy bueno para las personas, pero necesitaríamos mayor cobertura, aunque luego haya comedores para las personas mayores".*
>
> *"El foral, si decide poner de una forma excepcional a una persona sin una valoración de la dependencia, no se puede poner la comida a domicilio. Si el foral presta la PECEF, tampoco. Y para mí, la comida a domicilio es imprescindible".*
>
> *"Los usuarios de Diputación no lo tienen [la comida a domicilio] en la batería de sus servicios. Si tienes SAD foral o recibes una PECEF, no tienes derecho a recibir la*

comida a domicilio municipal, y Diputación tampoco ha puesto en marcha ese servicio complementario".

c) Otros servicios o recursos de apoyo para la permanencia en el domicilio

A tenor del grupo de discusión y las entrevistas realizadas, se puede concluir que el servicio que, en su conjunto, más positivamente valoran las personas beneficiarias del SAD es el de teleasistencia. Asimismo, la totalidad de los y las profesionales informantes han asegurado que el servicio de teleasistencia es un gran apoyo, en términos de prevención y seguridad.

> [Persona mayor que vive sola y recibe SAD] *"Me da seguridad y estoy contenta con la telealarma. Antes, en este sentido, había peores condiciones que ahora. También me llaman y [lo] agradezco mucho".*
>
> [Familiar] *"Con la teleasistencia, mis padres están encantados y nos ha servido muy bien. A mi madre, le da mucha seguridad, por mi padre. Llaman desde la telealarma y viene una ambulancia. Supone una tranquilidad. Aunque mi padre nunca la suele llevar puesta, no hay manera. A mis padres les llaman una o dos veces al mes. A mis padres, a cuenta del Covid-19, es cuando le están haciendo mucho seguimiento y no lo habían hecho nunca. Y este mayor seguimiento desde Osakidetza lo han recibido muy bien, porque les ha dado más tranquilidad".*
>
> [Familiar de persona usuaria del SAD con dependencia en grado II] *"[La falta] de seguimiento sanitario [en el domicilio], por la teleasistencia creo que esa parte se cubre de alguna forma. Este servicio me da seguridad y tranquilidad".*

Por otra parte, se han señalado otros recursos municipales que pueden servir de gran apoyo al servicio de ayuda a domicilio, como son los centros socioculturales para personas mayores con cierto nivel de autonomía, que se consideran muy favorablemente *("Desde el Ayuntamiento, tenemos la opción de que personas mayores puedan acceder sin sorteo a los centros socioculturales de mayores para que hagan la actividad que más les guste. Funciona muy bien y hay una respuesta muy grande y quieren acudir a los centros"*). No obstante, tal y como indica su denominación, se dirigen únicamente a personas mayores con cierto nivel de autonomía, personas mayores que tienen mayor dependencia o personas de otras franjas de edad quedan excluidas del servicio.

Por otro lado, el Programa de Acompañamiento Social que Cruz Roja ofrece a personas mayores, conveniado con el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, podría compensar, en cierta medida, la necesidad de mayor acompañamiento a las personas usuarias para diferentes necesidades, si bien parece que no se conoce lo suficiente o que no se utiliza tanto como podría hacerse.

d) Líneas de mejora en la gestión de los recursos y propuestas de otros servicios adicionales de apoyo

Además de las líneas de mejora anteriormente citadas −como la creación de nuevas plazas, o un mayor impulso de opciones mixtas o híbridas entre los servicios ya existentes−, la información transmitida por los diferentes agentes ha permitido detectar otras mejoras en servicios y recursos que pueden complementar o ser complementados por el SAD.

- Mejorar la gestión del caso para realizar itinerarios y diseñar los paquetes de atención adecuados en cada caso. *"Me parece importante que exista una buena gestión del caso, es decir: que una persona que tenga necesidades tenga una profesional que le pueda dedicar el tiempo necesario para que le pueda hacer un itinerario de recursos lo más integrado y adecuado posible. Esta profesional era una trabajadora social de los SSB. Contar con referentes con tiempo necesario que pudiera hacer un buen diseño y seguimiento de recursos complementarios".*

- Reforzar e impulsar servicios de apoyo psicológico, dirigidos tanto a personas mayores como a las familias. *"Apoyo psicológico para las familias, la formación y creo que también apoyo psicológico para las personas mayores, porque lo pasan fatal. Y eso haría reducir muchos niveles de estrés, ansiedad y de soledad"*.

- Promover una red comunitaria bien equipada. Gran parte de las personas informantes abogan por fomentar las actividades comunitarias para las personas dependientes o crear recursos de este tipo de intervención:

  "Tendríamos que buscar fórmulas para que puedan tener la posibilidad de hacer actividades en algún centro, pero no que tengas que ir a un centro de día, sino para hacer una actividad diferente con otros en un centro, para personas dependientes. Porque los centros socioculturales están diseñados para personas más autónomas. Tendríamos que diseñar parte del programa para gente que pueda tener limitaciones o dependencias".

- Dar más protagonismo a las familias y a las propias personas usuarias en lo que se refiere a la definición de los planes de intervención:

  "Creo que tienen que ser las personas y las familias las que tienen que determinar qué servicios quieren tener, en base a la información que se les dé. Pero tampoco veo oportuno que sean las profesionales quienes determinen. Echo de menos, a nivel institucional, que se pregunte a la familia qué es lo que le interesaría tener, en lugar de solo ofrecer los servicios que se tienen. En este sentido, se podría abaratar algunos costes. Es decir, por qué se les pone a todos servicios de transporte, u ocho horas de centro de día. Hay familias que han manifestado que con cuatro horas tendrían suficiente. No solo ofrecemos, sino preguntamos, porque si no recojo lo que demandan, no podré crear nuevos recursos o repensar en aquellos que mejor se podrían adaptar a las necesidades de las personas. Esto permitiría crear nuevos recursos y rentabilizar los ya existentes. Que fuese más eficiente".

- Ampliar la oferta de cortas estancias residenciales en plazas públicas. "*Creo que sería necesario más posibilidad de cortas estancias residenciales, por ejemplo, en plazas públicas. Una familia que necesite quince días de descanso y si hubiese plazas disponibles, pero no las hay. Hay ayudas para la contratación privada, pero estaría bien ofertas desde lo público"*.

3.3.7. El SAD y las nuevas tecnologías

Más allá de la apuesta genérica por un mayor desarrollo en las nuevas tecnologías, en las entrevistas se preguntó si el desarrollo de la tecnología se valoraba como algo lejano que no termina de concretarse o, por el contrario, como un campo que tiene un margen real de mejora a corto plazo. En primer lugar, la información transmitida refleja que en el municipio se han dado pocos avances en este sentido:

> *"Hay margen de mejora. Hace unos años se le dio un impulso grande a la teleasistencia a partir de la creación de BetiOn: detección de humos, de caídas en los sensores… En este ámbito, todavía hay mucho recorrido para mejorar el entorno. Las nuevas tecnologías permitirían abordar otros aspectos de los que se abordan desde los servicios sociales y desde el sistema sanitario tampoco se han desarrollado"*.
>
> *"Lo vemos como algo que nos gustaría poder empezar, a corto y medio plazo, a aplicar cambios. Como algo positivo"*.

En todo caso, tal y como se ha mencionado, la práctica totalidad de las personas informantes observan beneficios en la aplicación de las nuevas tecnologías en cuanto a atender y cubrir necesidades que se pueden presentar en los domicilios. Las aportaciones de este campo se han identificado como una oportunidad a la luz también de las consecuencias de la Covid-19, porque pueden facilitar la comunicación de las personas que vivan solas con su red familiar o con personas con las que tienen relaciones significativas. La capacidad de reducir la brecha digital de personas mayores o con

dependencia respecto a actividades o trámites básicos es otra de las ventajas que se atribuyen a estas tecnologías.

> *"Teniendo en cuenta el desarrollo de las TICs en la sociedad, tiene sentido modernizarse en ese sentido, porque están en el mercado (en cuanto a monitorizar persianas, controlar desde el móvil el uso de la calefacción, comunicación con la familia con un sistema para ello, etc.). Eso hay que intentar introducir en los domicilios".*
>
> *"Las ayudas técnicas, tal y como se han ido integrando, pues, las nuevas tecnologías, creo que se podrían ir implementando. Podrían ser una forma complementaria para dar continuidad a la atención y el trato personal".*
>
> *"Es muy importante el desarrollo de las nuevas tecnologías. Quisiera que la tecnología sirviese para mejorar la vida de las personas y la atención prestada desde el SAD. [Que] se pudieran hacer compras* online *(ahora se ha visto con el Covid-19 muchas dificultades en este sentido); las* tablet *para estar en contacto con las personas familiares (se ha hecho en residencias, pero no en el marco del SAD), aparte de las ayudas técnicas. Luego, todo el tema de la relación con los crónicos, porque tienen posibilidades para enviar datos telemáticamente. Hay que innovar".*
>
> *"Creo que todo lo que pueda ser para ayudar a la persona a mantenerse en el domicilio me parece fenomenal. Las tecnologías como las ayudas técnicas como apoyo son importantes, como dispositivos de apoyo".*

Hay quien ve la aplicación de las nuevas tecnologías como un recurso más que puede tener la red de servicios sociales, sin que necesariamente esté vinculado al SAD. Asimismo, en términos de viabilidad económica, se plantea la eficiencia que pueden aportar:

> *"Creo que todo suma. La robotización de un domicilio es muy interesante, porque nos encontramos con personas dependientes y con muchas dificultades físicas. En general, toda la robotización me parece que hay que explorarlo y se puede aplicar con muchísima gente. Sería una inversión muy importante. Yo lo pondría como otro recurso más. A lo mejor se puede complementar con SAD, pero a lo mejor no. Que sea otro recurso más. Hay mucho desconocimiento acerca de los avances en este sentido, que a veces son cosas pequeñitas que puedan ayudar más. Trabajar el tema con las propias personas. Yo lo veo factible. No sé lo que tiene la Administración para avanzar en este sentido. No obstante, invertir en la prevención de caídas supone ahorrar costes en consecuencias derivadas a medio-largo plazo. Esto en sentido económico. En otros aspectos, es una inversión en la atención".*

También se inquirió a las personas informantes sobre cómo creían que las nuevas tecnologías deberían afectar al SAD o, dicho de otra manera, si las funciones del actual SAD cambiarían de forma considerable con su aplicación. Frente a esta pregunta, emerge un diagnóstico en gran medida compartido: una preocupación o convicción generalizada de que las nuevas tecnologías no pueden limitarse a la mera monitorización de las personas. Por ello, se juzgan positivamente en términos de complemento, y no como sustitutivo de las funciones esenciales del SAD y del trato relacional:

> *"Necesitamos ayuda, por desconocimiento. Y que no se convierta en una monitorización de las personas que atendemos".*
>
> *"No cambiaría mucho el SAD, pero como complemento y apoyo importante, sí".*
>
> *"Es un camino que se debe explorar. Hay muchas reticencias también, porque la población mayor es muy reticente a utilizar. Pero sí que creo que la tecnología es un camino y sí que poco a poco se tiene que ir incorporando como complemento. Al final, todas las personas necesitamos el trato humano. Además, con el avance de la tecnología también se puede caer en la brecha digital. El vigilar a una persona desde una pantalla, no. Precisamente una de las quejas que*

tienen las personas mayores es con las entidades bancarias, o centralitas: quieren alguien, una persona, que les conteste. Sustitutivo, no, en general (en excepción de algún caso)".

"Estas mejoras deberían estar como un servicio más, y estaría muy bien. Hay cosas que, si no las conoces, se te escapan y te pueden apoyar. Como apoyo, y no como sustitutivo".

"Se tendría que darle un impulso. No creo que las tecnologías tengan que sustituir al acompañamiento personal, pero si entre los días de atención personal se podría hacer uso de las tecnologías, podría ser positivo. Da miedo, porque pensamos que van a sustituir el trato personal. Pero creo que se tendrían que compatibilizar ambas cosas. Yo creo que es factible; lo único, que tendremos que ir cambiando todos, tanto las personas usuarias como profesionales. Tiene que ser algo a largo plazo y complementario y no sustitutivo".

"La cámara no te quita la responsabilidad de cuidar a la persona. La robótica es maravillosa, es para mejorar la calidad de la persona, sobre todo, con personas que cognitivamente están bien. Pero sin la base, la teoría del cuidado, no sirve para nada. Nuevas tecnologías, sí, pero manteniendo dicha responsabilidad del cuidado".

Más allá del recorrido de las nuevas tecnologías en Vitoria-Gasteiz, las opiniones se dividen entre quienes plantean una visión más positiva en cuanto a la factibilidad de la implementación de estos avances a corto-medio plazo en general –es decir, que pese a las dificultades, se puede avanzar significativamente en este terreno − y quienes focalizan su reflexión más a largo plazo, incidiendo sobre todo en la dificultad de las personas mayores para adaptarse a aquellas. También se observan algunas reticencias en los y las profesionales a la incorporación de nuevos sistemas tecnológicos. En este sentido, las personas consultadas se muestran más proclives a sistemas simples y tecnologías blandas que puedan ser utilizados con facilidad por las personas usuarias. Con todo, para algunas personas informantes la incorporación de nuevas tecnologías alrededor del SAD, más allá de sistemas simples y complementarios, fundamentalmente, de monitorización del hogar, no se juzga prioritaria o, al menos, se observa cierta ambivalencia hacia una apuesta clara en este campo y a corto plazo:

Que puede haber más cosas, sí, pero siempre adaptadas a las personas mayores, pero que le requiera entender cómo funciona la informática no funcionaría, es decir, sistemas complejos. Tienen que ser simples. Teniendo en cuenta el desarrollo de las TICs en la sociedad, esa oferta tiene que estar, aunque para las personas mayores ahora mismo puede ser muy difícil. Entre [personas de] 50-60 [años], sí, pero más mayores… Estas mejoras deberían estar como un servicio más, y estaría muy bien.

Tienen que ser sistemas simples, teniendo en cuenta el perfil de las personas mayores. No creo que sea una prioridad ahora mismo.

En sintonía con las cuestiones señaladas, la práctica totalidad de las personas consultadas han hecho referencia a los beneficios de la teleasistencia para las personas usuarias de este servicio. Algunas personas han ido más allá, destacando el potencial que supondría un mayor impulso a la teleasistencia avanzada en el municipio de Vitoria-Gasteiz y señalando el gran valor añadido que aportaría en términos de seguridad, prevención y apoyo en los domicilios. En efecto, algunas de las personas informantes creen que los avances de este tipo de teleasistencia no han llegado de forma suficiente a los domicilios y que, en este sentido, existe margen de mejora:

"Lo que hemos visto de los sensores nuevos, pero que tampoco los tienen muchas personas. El tema de los tablet, *sensores de humedad, de cama, etc., no sabemos si se han materializado. Creemos que se han puesto con personas puntuales, que ya se han caído. Estas cuestiones tienen mucho potencial. Funcionan muy bien con el tema de las caídas. Desconocemos en qué proporción de domicilios están aplicados estos avances, no es lo habitual que [lo] escuchemos".*

"Los avances que querían hacer con la teleasistencia tienen mucho potencial. Se pueden ir incorporando mejoras tecnológicas con ese sistema".

"Que una teleasistencia pueda detectar que una persona encamada esté mojada… Está el ejemplo del proyecto piloto de Bizkaia. Creo que la teleasistencia, el SAD y la atención diurna deberían ir en un pack *interesante. Porque al final, el objetivo es mantener a las personas en el domicilio y en unas condiciones adecuadas".*

"La teleasistencia avanzada sería una maravilla para mantener a las personas en el domicilio. Hay mucha gente sola, con situaciones de dependencia alta y las visitas de la red, si tienen, son puntuales. Y la teleasistencia actual da a lo que da. En cierta manera, es más de observar 'y mantenerte vigilado', pero es una manera de mantenerse en casa y no correr el riesgo de que te encuentren fallecido".

Al margen de los avances más innovadores en este sentido, se ha intentado recabar información sobre la aplicación práctica de las ayudas técnicas más tradicionales o sistemas de adaptación de los hogares para la atención personal. En este sentido, no hay un punto de vista claro y común. Por una parte, se traslada que se desconoce el avance y el sustento real de las ayudas técnicas en los domicilios. También se destaca que la información que a veces llega hace referencia a que los domicilios no tienen a veces las condiciones adecuadas para residir y para la atención personal *("Se desconoce pero no se escucha habitualmente. Lo que si recibimos, sobre todo en domicilios de personas mayores, es que los domicilios no están bien para el cuidado. Los centros de salud, con enfermedades comunitarias, con prevención de caídas de los mismos y del Ayuntamiento, etc., pero se dice que no son domicilios cómodos para la atención o se adaptan tardíamente").* En alguna ocasión, a su vez, se alude a que hoy por hoy aún tiene que haber mayor apuesta institucional por parte de la Diputación Foral para facilitar el uso de las ayudas técnicas.

"*Otro de los temas que incluiría son las ayudas técnicas, que no entran por Osakidetza y que desembolsan las familias, que para facilitar la atención domiciliaria, tendrían que ser a través de copago y estar subvencionadas: camas articuladas, grúas, elevadores de inodoro, empapadores de cama, colchones antiescaras, etc., [Al fin y al cabo], hay otras familias que no pueden permitírselas. Necesitan más aporte económico por parte de la institución. Se detecta mucha necesidad en cuanto a ayudas técnicas que son muy caras".*

No obstante, también se recalca por parte de otras personas ciertos avances en relación con las ayudas técnicas y una apuesta para mejorar la calidad del servicio a partir de estas. En concreto, se destaca la mayor utilización de grúas y se recalca la importancia de las movilizaciones. Asimismo, se traslada que se están dando ciertas facilidades para que las unidades familiares accedan a tener grúas, existiendo un servicio de alquiler, tanto en empresas municipales como forales. Se ha destacado que en este sentido se ha mejorado desde el punto de vista de las personas usuarias, así como de las trabajadoras familiares a la hora de evitar ciertas lesiones. Específicamente, en los pliegos de los contratos públicos para la prestación del SAD se puntúa positivamente la incorporación de estos apoyos por parte de las empresas:

"Desde SAD foral cada vez más también se introducen ayudas técnicas, que son cambios pequeños muy importantes. Por ejemplo, en cuanto a las movilizaciones, en lugar de movilizar entre dos personas ahora se introduce una grúa. Esto ya es indiscutible, salvo excepciones. Por ejemplo, con personas con sobrepeso que además de la grúa se puede necesitar a dos trabajadoras familiares. O en casos de demencia que una grúa le altera mucho. O camas articuladas, elevadores de cama, o para transferencia, etc. En el último concurso se puntuaba como mejoras si la empresa ponía estos apoyos. Pero no van a cambiar fundamentalmente el SAD, como complemento, indispensables y todo esto puede ayudar a mejorar la calidad del servicio".

"El tema de las movilizaciones es importante porque ha costado mucho llegar a ese punto. Hay que tener al menos ayudas mínimas pero que son importantes para realizar las movilizaciones. Con los grados II y III se hacen muchísimas movilizaciones y es una situación que hay que compartir con la familia y dejar claro las expectativas en cuanto a este tema también. A veces, solamente es necesario que la cama tenga una altura determinada. Hay que asegurar las medidas para las movilizaciones para cuidar y evitar bajas laborales y para ofrecer una mejor atención. Esto sí que ha sido una evolución que se ha dado en los últimos años. Incorporar

ayudas técnicas al trabajo es muy importante. Es por ello que tenemos grúas que alquilamos a un precio muy bajo, para las personas usuarias y para que las trabajadoras familiares tengan un apoyo técnico. Se ha evolucionado en cuanto a que las trabajadoras no tengan tantas lesiones".

3.3.8. Impacto de la pandemia del COVID-19 en las necesidades de las personas usuarias y en el funcionamiento del SAD

Describir las consecuencias de la emergencia sanitaria ocasionada por la Covid-19 no es uno de los objetivos del presente estudio. Sin embargo, resulta pertinente recoger, en sus rasgos más generales, cómo ha afectado la pandemia al servicio de ayuda a domicilio. En este marco, interesaba detectar las limitaciones y fortalezas del SAD que se han puesto de manifiesto en esta situación extraordinaria. En consecuencia, la pregunta planteada fue la siguiente: "¿qué crees que ha podido evidenciar la Covid-19 en torno al SAD y que es importante tener en cuenta de cara a un replanteamiento del servicio"?

Las respuestas se refieren a dos grandes esferas: las necesidades de personas usuarias y familiares, por un lado; y la organización del servicio, por otro.

En primer lugar, se ha observado una preocupación por las situaciones de soledad que afectan principalmente a personas mayores, y que en muchos casos han aflorado ante los Servicios Sociales durante el confinamiento. Junto con la soledad, se han detectado también numerosos casos de deterioro cognitivo y físico provocados por ese periodo de aislamiento obligatorio. Yendo más allá, la vulnerabilidad de las personas en general y la importancia del trato humano han quedado patentes *("lo que ha hecho ver el Covid es la vulnerabilidad de las personas, jóvenes o mayores, dependientes o no. Y que tenemos muchísimos miedos. Hay mucha gente que ha fallecido sola y familias que saben eso y es muy difícil asumir esto. Se vuelve a lo que supone el trato humano").* Por último, algunas personas consultadas han destacado la importancia que la brecha digital ha tenido en las personas mayores durante el confinamiento, pues al contar −en la mayor parte de los casos− con medios y herramientas tecnológicas insuficientes, muchas necesidades básicas de la vida diaria −como sacar dinero, realizar compras o relacionarse con su red más cercana− se han convertido en necesidades patentes.

La pandemia, por tanto, ha vuelto a poner de relieve el carácter esencial del servicio de ayuda a domicilio y el hecho de que la familia sigue siendo quien sostiene gran parte de las situaciones de vulnerabilidad que se dan en el seno de los domicilios *("mucha gente ha suspendido el servicio por miedo a… Se ha evidenciado que el SAD hay muchas personas que lo necesita, porque ha habido mucha gente que ha tenido que ir a vivir con sus familiares. Todos los recursos en atención a la dependencia los valoro de forma muy positiva, pero desde luego el recurso que mejor tiene la sociedad es la familia. Viene un gran problema cuando no hay red familiar. Es la familia quien sostiene").* En este sentido, se ha destacado especialmente la suspensión del servicio por parte de muchas familias.

En el plano organizativo y de recursos, las personas informantes han recalcado ciertas carencias del servicio que sería apropiado tomar en cuenta. Entre la variedad de aportaciones que se han trasladado durante las entrevistas, ha habido un amplio consenso en las siguientes:

- Itinerarios y procedimientos administrativos. En esta cuestión, las opiniones se dividen entre quienes afirman que la situación de la Covid-19 ha evidenciado que el SAD puede ser más flexible de lo que parecía, como fortaleza, y quienes afirman que esta situación ha reflejado, nuevamente, la rigidez y la lentitud de los itinerarios administrativos y la burocracia. Las personas que son más proclives a valorar más negativamente, señalan, además, que el SAD no está realmente preparado para atender de manera inmediata ante deterioros repentinos:

  "Se ha evidenciado lo que ya sabíamos: cuando una persona se deteriora para que tu hagas un ajuste con la situación actual, hay que pasar por todo el itinerario administrativo y este es muy largo. Ha evidenciado que al SAD le cuesta atender urgencia[s]. En general, cuando la situación de una persona cambia, si tienes que

tramitar la solicitud de valoración de dependencia, ese proceso es muy largo y en esos momentos no se ajusta a las necesidades de las personas".

"Con el Covid, se ha sido muy flexible. En cuanto a reforzar los servicios, sin límite de horas, etc.".

"Cuando se hacían los seguimientos telefónicos, decían que necesitaban estar con alguien. Esto ha evidenciado la necesidad de reinventar, la capacidad del SAD propiamente de reaccionar ante algo imprevisto. Pero las instituciones tienen que hacer para que esos servicios sean flexibles y se tienen que reinventar para que sigan apoyando. ¿Se les ha vuelto a llamar de nuevo a las familias posteriormente a unos meses? El confinamiento han sido tres meses y la gente ha estado en muy malas condiciones. ¿Qué se ha hecho para reactivar? ¿Qué ha ocurrido con personas sin red familiar?".

- (Auto) percepción profesional de las trabajadoras familiares. *"Y, en ocasiones, el propio tema, formativo, de las trabajadoras familiares. ¿Qué concepto de ellas mismas y el resto sobre ellas? ¿[Son] personal sanitario o no? ¿Dónde encajamos a la trabajadora familiar? ¿Qué tipo de profesional es? Porque depende de eso, tendremos que facilitarle unos EPIs u otros".*

- Escasa valoración profesional y apoyo al SAD. Algunas de las personas consultadas señalan que la pandemia ha evidenciado el escaso aprecio político y técnico existente hacia el SAD. Además, cuestionan en qué medida se considera el SAD, en general, un servicio esencial desde la esfera política. La provisión tardía del material necesario para acudir a los domicilios en algunos casos ha sido referenciado como un aspecto significativo en esta línea:

  "El SAD debería ir en aumento y tiene que ser reconocido como esencial".

  "Con el Covid-19, la gente que ha continuado con el servicio ha estado bien. Las personas que lo han suspendido sobre todo lo han hecho por miedo y porque se ha tardado en responder y cubrir el SAD con las condiciones necesarias para atender con condiciones laborales adecuadas. Y es un recurso esencial".

  "En el momento en que hay que suspender un SAD porque no ha llegado material, no funciona".

  "Ha evidenciado, oficialmente, desde el Gobierno y de la Administración en general, no se ha hablado directamente del servicio de ayuda a domicilio. Incluso el material ha llegado más tarde. Y es un servicio, que en ese momento, se podía haber reforzado mucho".

  "Con el Covid-19, la gente que ha continuado con el servicio ha estado bien. Sobre todo se han suspendido por miedo y porque se ha tardado en responder y en cubrir el SAD con las condiciones necesarias para atender con condiciones laborales adecuadas. Y es un recurso esencial".

- La necesidad de potenciar los recursos sociosanitarios. A pesar de que las cuestiones referentes al ámbito sociosanitario se detallarán en el apartado correspondiente, es uno de los aspectos que también ha sido bastante recurrente en este punto y cabe mencionarlo. Fundamentalmente, se ha señalado que la Covid-19 ha evidenciado la conveniencia de aplicar en torno al SAD equipos y alojamientos sociosanitarios *("por mucho SAD que pongas, sobre todo [lo] que ha evidenciado [es la necesidad de que] que haya recursos sociosanitarios de alojamiento, donde haya también esa atención sanitaria que se requería en domicilios. [Ahí es] donde más ha flojeado […]. Para conseguir una plaza en un servicio residencial fue muy costoso. La URSS, aquí el recurso sociosanitario, es de por sí complicado de acceder. En lo que era la Clínica Álava se habilitaron algunas plazas, pero al principio hubo mucho caos. Las plazas sociosanitarias son necesarias, también hoy por hoy, y esa parte está muy coja"*).

Aun así, algunas de las personas consultadas afirman que, desde un punto de vista positivo, y esperanzador en cierta manera, la Covid-19 ha confirmado el papel fundamental desempañado por el SAD, puesto que finalmente se ha mantenido como servicio y ha dado, en general, una respuesta adecuada a las necesidades que se han ido detectando, adaptándose a muchas situaciones particulares:

> *"El COVID-19 ha puesto de relieve, más que limitaciones, la fortaleza del servicio, porque este servicio se ha mantenido. Hubo una demanda por parte de las empresas y trabajadoras familiares de no prestar el servicio, pero finalmente se mantuvo, porque fue esencial. Y creo que la verdad es que ha sido la 'salvación' de muchas personas mayores, aunque se han suspendido muchos casos también".*

3.4. Acceso, gestión y financiación del servicio

3.4.1. Los criterios de acceso

a) Requisitos de acceso

En lo que se refiere a los requisitos de acceso, es necesario hacer una distinción clara entre el acceso a través del Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD) para personas en riesgo o situación de dependencia y, por otro lado, el acceso al SAD básico que tradicionalmente ha gestionado el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, y que no requiere de esa certificación.

Los requisitos de la valoración de la dependencia han sido considerados por las personas informantes como un obstáculo para acceder a la atención domiciliaria de forma universal, si bien hay personas que reconocen que en el acceso a los servicios tiene que haber unos criterios (*"en cuanto a los requisitos de la dependencia son muy rígidos y a veces no llegas a todos. Hay mucha gente que no le ha dado un grado y no recibe el servicio. Son un obstáculo para acceder al servicio"*). En el municipio de Vitoria-Gasteiz, a través del SAD básico se cubre la demanda de las personas que no tienen o no se les ha reconocido un grado de dependencia. Pese a ello, hay quienes valoran que los requisitos del BVD en ocasiones generan que, por un lado, haya personas que no reciban finalmente un SAD (optando, quizá, por la contratación privada), y por otro lado, que el SAD que se les preste resulte insuficiente.

En ese sentido, algunas de las personas consultadas subrayan que hay situaciones de gran vulnerabilidad de personas y familias que no se cubren suficientemente, debido a que la intensidad de horas se calcula según los resultados del BVD. Ello limitaría, señalan, la adecuación efectiva a las necesidades de las personas usuarias y, sobre todo, el abordaje de diversas situaciones que van más allá del grado y nivel de dependencia. Por ello, hay quienes opinan que la valoración debe considerar cada caso personal o familiar, y su contexto, para determinar la necesidad de un SAD y su intensidad. Es decir, que debe contemplarse, en mayor medida, una valoración integral de las situaciones como criterio general de acceso:

> *"Los criterios de acceso debiera ser a través de una valoración integral de las necesidades, con rapidez y eficacia".*

> *"Yo valoraría el caso y la necesidad, independientemente de si la persona es o no dependiente. Que tengan necesidades en las actividades diarias, aunque no sean dependientes o que no puedan ser valoradas de dependencia, las personas extranjeras, por ejemplo (por no llevar 5 años en territorio español), pero que sus necesidades pueden estar ahí".*

En todo caso, más allá de estos debates −en cierto modo especulativos, en la medida en que se colocan al margen de la normativa vigente−, sí parece necesario reflexionar sobre los criterios de acceso en el marco de un sistema determinado por el derecho subjetivo de las personas en riesgo o dependencia y que, por definición, reduce el margen de actuación discrecional de las administraciones encargadas de la provisión del SAD. En consecuencia, algunas personas abogan en ese sentido por aplicar criterios menos

restrictivos de acceso al programa y por recuperar y mantener la función preventiva del SAD, para seguir promocionando una atención más universal al margen de la normativa:

> *"El hecho de la valoración de la dependencia puede condicionar el acceso. Sería importante y un posible reto no restringir el acceso a la dependencia o al riesgo, sino abrirlo o ampliarlo más a situaciones sociales y sociosanitarias, incluso situaciones temporales".*
>
> *"Los criterios de acceso adecuados, pero ampliaría a las personas mayores en general con ese carácter preventivo. Si las personas no tienen grado I o riesgo reconocido, se quedan fuera. Diversificaría y ampliaría en este sentido".*
>
> *"Con una valoración de dependencia, entras sea cual sea. El problema es que hay gente que no llega a grado I, pero a nivel preventivo puede ser muy bueno que tengan un SAD. Pero esta función preventiva, en el Ayuntamiento cada vez hay menos. Y es muy necesaria esta prevención".*

En todo caso, no parece existir una preocupación generalizada por la falta de cobertura del servicio. En general, se subraya que la demanda manifiesta o explícita que llega para la atención domiciliaria se consigue cubrir y que, en el caso del servicio de ayuda a domicilio, no hay listas de espera. Otra cosa es que la demanda se llegue a cubrir de forma suficiente. Hay excepciones y casos concretos donde la demanda, según algunas de las personas consultadas, se queda sin cubrir o se hace insatisfactoriamente, como las altas hospitalarias. En el municipio de Vitoria-Gasteiz, se informa de que hay algunas vías para poder atender la demanda que, en un momento determinado, no cumple aún los requisitos y también hacen referencia a situaciones de urgencia como las altas hospitalarias: SAD municipal de quiebra temporal, la aplicación de vías excepcionales y la opción de atender casos de dependencia sobrevenida en el marco del SAD foral (en este último caso, se asigna un SAD hasta que se les haga una valoración de la dependencia):

> *"En el SAD, no hay lista de espera, así como lo puede haber en otros servicios. Quien lo pida y cumpla los requisitos, se le asigna un servicio de SAD. Todo el mundo lo tiene, incluso, se contempla la dependencia sobrevenida, personas fuera de derecho, que es este vacío que se da. Las situaciones de que, por ejemplo, a una persona le da un ictus, hasta que es valorado de dependencia y llega a la Diputación. Porque con la dependencia, la puerta de entrada a la atención secundaria es la dependencia, se ha perdido mucho conocimiento previo. Es cierto que, al menos en dependencias sobrevenidas inmediatas, se puede intervenir en ictus, accidentes…, independientemente de que todavía no estén valorados. Se les hace un SAD durante el periodo hasta que sean valorados".*
>
> *Entre los que no entran [en dependencia sobrevenida], están las personas que pueden salir del hospital en muy mal estado, pero [para las que] no se prevé una dependencia. Para la previsión de la dependencia o no, se utiliza únicamente el informe médico. Los casos claros en la dependencia sobrevenida son amputaciones, ictus, infartos, etc. [en] todo lo demás, [en casos] de posthospitalización que dejan secuelas fuertes en personas mayores sobre todo, y sobre todo ahora que las altas se hacen bastante rápido, no se entra con el SAD. Esta sí que es otra demanda".*

En cualquier caso, el acceso al SAD en Vitoria-Gasteiz se considera relativamente flexible ante el obstáculo de la valoración de la dependencia, sobre todo, para el SAD básico municipal. En concreto, los criterios de acceso se basan, fundamentalmente, en la valoración profesional de los y las trabajadoras sociales de los SSB y el Programa Individual de Atención (PIA), además de los requisitos relacionados con el padrón.

> *"Los plazos desde el Ayuntamiento son bastantes agiles y el acceso es muy fácil".*
>
> *"El acceso es fácil y es ágil, otra cosa es que luego se cubran las necesidades".*

> *"Tampoco hay limitación económica, por lo que no hay obstáculos como tal[es] en los criterios de acceso. En el SAD municipal, al atender tanto perfil de dependientes como no dependientes (no reconocida), creo que se accede fácil. Otra cosa sería si atendiésemos solo a dependientes: ahí sí que creo que se darían dificultades en los criterios de acceso".*

También se observa en cualquier caso una cierta ambivalencia respecto a esta facilidad de acceso. Por un lado, se señala como un aspecto positivo en términos de cobertura, pero por otro, hay quienes consideran que habría que revisar estos criterios municipales al objeto de ordenar el acceso al SAD. No obstante, cabe destacar que estas valoraciones tendentes a replantearse los criterios de acceso no se encaminan a restringir el acceso al SAD a personas no dependientes, sino a valorar algunas funciones o modalidades que actualmente se prestan en el servicio. Es cierto que esto lleva, necesariamente, a repensar si en una determinada situación de las personas, tenga que ser el SAD quien preste el servicio: es el caso de las personas autónomas que no presentan una situación de vulnerabilidad, que única y exclusivamente requieren de un apoyo doméstico. Detrás de estas reflexiones, no cabe duda, a tenor de las entrevistas mantenidas, que late la preocupación generalizada por la sostenibilidad del servicio y la carga de trabajo, principalmente, de algunos SSB.

Entre las opiniones más ambivalentes que replantean la sostenibilidad de esta función muy concreta del SAD, por un lado, las hay que se muestran proclives a mantener la atención a todo tipo de situaciones, pero, al mismo tiempo, se replantea la necesidad de crear unos baremos entre las personas que no tienen riesgo o dependencia: delimitar más el acceso al SAD básico o menajero dependiendo de la vulnerabilidad económica y la situación personal, plantearse si esta modalidad del servicio tiene que ser un servicio público, o crear y consolidar herramientas de valoración que permitan homogeneizar el acceso al servicio:

> *"En Vitoria, se accede fácilmente al SAD. En Vitoria, no hay demanda no cubierta. No hay bolsas de gente que podría necesitar SAD y no [lo] tienen; lo contrario, habría que excluir la atención menajera de hora y media de no dependientes. No puede ser un servicio público de ayuda menajera. En cambio, sí hay bolsas de gente que necesita más horas".*

> *"Quitando lo de la dependencia, que es muy claro, en autónomos [en el SAD Básico], todo el mundo entra. En este sentido, a veces, todas las responsabilidades caen en los SSB y las trabajadoras sociales. A tal efecto, a lo mejor se debería marcar unos criterios, o a la contra, que luego no recaiga la responsabilidad en las profesionales de los SSB. Si cumples los requisitos administrativos de padrón, entra todo el mundo. Creo que ahí sí que hay que hacer unos baremos y delimitar un poco más. Igual hay personas que se pueden permitir un servicio privado, y podemos apoyar a la gente que no se lo puede pagar. En cuanto a SAD menajero [me refiero]".*

> *"En el caso de personas más autónomos, habría que valorar realmente qué servicios tienen y si son necesarios o no. Habría que valorar si eso realmente se necesita o no".*

> *"Con el SAD, me preocupa con los criterios de acceso, lo siguiente: los casos que no llegan a tener dependencia se entiende que tienen que seguir atendidos. Pero para estas personas son criterios muy generales y muy poco específicos y dejados a la valoración del profesional. Esto es importante, pero necesitaríamos instrumentos para que facilitaran esa valoración. Creo que sí tendríamos que atenderles, pero deberíamos tener más herramientas para una valoración más homogénea y más equitativa. Se aplican algunas escalas para estas personas, pero muy vinculadas a dependencia y no dependencia. Es decir, te sale o dependiente o no dependiente. Pero ahí, hay diferentes grados que presentan diferentes necesidades. [Necesitamos] instrumentos de valoración que permitan detectar y realizar dicha valoración".*

Por el contrario, algunas de las valoraciones más claras en cuanto a que el servicio sea totalmente universal apuntan a que los criterios de acceso, al margen de la Ley de Dependencia, tienen que estar sustentados por la valoración integral de cada situación personal, sin cuestionar las funcionalidades que el SAD pueda asumir para dar cobertura si el caso concreto lo requiere:

"En cuanto a SAD menajero, puede haber una persona cuidadora que no pueda realizar las tareas y la ayuda menajera lo necesite y no se pueda permitir económicamente contratar de forma privada. Yo no diría no, porque creo que se debería valorar el caso. Habrá otros casos en los que se podrá prescindir. Personas con grado II o III, tenemos casos, con familiares cuidadoras con una dependencia con grado I. Cognitivamente está bien, pero a lo mejor tiene una lesión y tiene valoración de dependencia y por qué no apoyar a esta persona en el domicilio. A nivel general, me parece arriesgado decir que se debería prescindir del SAD menajero, porque luego hay especificidades".

"En las personas que reciben un SAD puramente menajero, creo que es necesario que se gestione desde el SAD, porque nos va a servir de 'ojos' para cuando haya problemas más allá de los menajeros y mantener la función preventiva. Va a servir para una posterior adaptación hacia otro tipo de SAD. Me parece importante para la función preventiva".

b) Los precios públicos y el copago

Aunque se observan valoraciones en cierta medida dispares, se puede decir que existe un cierto consenso a la hora de valorar positivamente el actual modelo de copago. La mayor parte de las personas consultadas consideran que el copago tiene que existir por normativa y de cara a valorar adecuadamente el servicio y que su actual cuantía es razonable, dado el importante porcentaje del coste real que financia el Ayuntamiento. En la actualidad, el precio público se estipula por tramos de renta y según la información facilitada por las personas consultadas, las familias con rentas más bajas tienen una cuota reducida, y en los casos en que la trabajadora social valora la gratuidad del servicio, se aplican exenciones de cuota. En el caso de las familias con rentas más altas, asimismo, se considera que el copago no es un aspecto que retraiga la demanda y, más aún, hay quien asegura que quizá habría que subir el precio a estas familias.

En general, por tanto, la mayor parte de las personas consultadas manifiestan una valoración positiva hacia el copago y consideran que no disuade a la hora de solicitar y acceder al SAD, independientemente de las rentas de las unidades familiares. De hecho, algunas personas consideran que puede ser un motivo para que la gente se incline más hacia un SAD frente a la contratación privada:

"Se acaba de hacer otra propuesta en relación con el copago. Ahora, se ha hecho otra propuesta: poner algo más caro a las rentas más altas y bajar un poco a las rentas más bajas. Según los datos de atención que tenemos, mucho SAD municipal que estamos destinando va dirigido a personas que tienen cierta capacidad económica. La gente que tiene rentas más altas puede pagarlo sin problema. Estamos llegando menos a los tramos que tienen rentas más bajas. Se calcula pensando qué se podría pagar como máximo".

"Yo creo que tal y como está regulado actualmente, el tema de precios está bien ajustado. Cuando únicamente se tenía el SAD de menajeros, pagaban muchísimo más. Ahora mismo, autónomos y SAD dependencia municipal pagan lo mismo. No obstante, siempre tenemos la posibilidad de que, si hay situaciones que tienen dificultades para hacer ese pago, se ajusta".

"El copago se establece por la ordenanza de precios públicos. En esta ordenanza se valora la capacidad económica de la unidad familiar. En ese sentido, me parece bastante justo: la cota máxima, 5,37 euros".

"El copago me parece fundamental, la total gratuidad no la veo, además de que viene establecido en la ley. Los tramos están muy marcados. El precio máximo, para algunas personas que tienen mayor poder adquisitivo, se podría plantear la subida de precio. Tiene que existir y que cada persona tenga que pagar en función de sus ingresos. Aunque sea mínimo, algo hay que pagar y la gente le quita valor. Están las exenciones de cuota, aquí la gratuidad está contemplada. La gente realmente debería saber que a la Administración le cuesta una hora de SAD aproximadamente 24 euros. Que la gente sepa lo que cuesta. El copago, de hecho, puede ser un motivo para que la gente prefiera lo público al privado".

> *"El copago no retrae la demanda. Y en circunstancias de gran vulnerabilidad económica, se han hecho hasta excepcionalidades para reducir el precio. La mayoría lo paga. Si a la Administración le sale la hora a 25-26 euros/hora y la media que se factura está en 4 euros, paga mucho la Administración".*

> *"Me parece adecuado que haya un copago, y tal y como está regulado, me parece bien. No realizaría ningún cambio en concreto en el copago. Y se valora más cuando se paga. Y creo que da acceso a todo tipo de personas y no obstaculiza a la hora de acceder o no demandar".*

Sin embargo, hay quien sugiere que el problema no es el precio público de un servicio de forma aislada, sino que las mayores dificultades vienen cuando se disfrutan varios servicios, pues los gastos se acumulan:

> [Familiar] *"El precio del SAD está bien. Pero claro, como mi madre no cobra mal tampoco, en base a esto, en el centro de día le cobran, en el SAD le cobran. Al final, cada mes, mi madre se queda con poco dinero para sus propios gastos. Porque vive conmigo; si no, no llegaría. Pero bueno, el precio del SAD está bien, el problema es cuando vas sumando".*

> [Familiar] *"Además, nuestra situación económica hay que tenerla en cuenta también: claro, en nuestra familia se le quita 500 euros y pico al mes al sueldo de mi marido. No podemos afrontar mucho más".*

Frente a los juicios positivos −que quizá son más frecuentes−, hay también, sin embargo, personas que opinan que el precio establecido puede resultar disuasorio para las rentas más altas y que una subida del SAD básico puede retraer la demanda. Se señala en ese sentido que si bien en los casos de pensiones muy bajas el copago se ajusta más a la realidad, hay personas con rentas medias que a veces tienen dificultades con el pago de los servicios, debido a los criterios de progresividad aplicados.

Otras personas consultadas, en cambio, consideran que el servicio de atención domiciliaria tiene que ser gratuito y que, al menos, se tendrían que tener en cuenta en mayor medida los gastos a los que tiene que hacer frente una familia o una persona con el objetivo de su permanencia en el domicilio:

> *"Es verdad que para la gente con pensiones muy bajas está muy bien, pero hay un colectivo de personas que está ahí, que no está del todo bien ni del todo mal y 5,37 euros hay gente que no llega. Creo [que] se debería revisar los baremos. Porque lo que no se paga no se valora".*

> *"Yo creo que tiene que ser un servicio gratuito para las personas que están en vulnerabilidad económica y que se tengan en cuenta los gastos que tienen los familiares cuidadoras que sean objeto de cuidado. Por ejemplo, una persona cuidadora mayor, con una pensión de 1.200 euros: está pagando un centro de día 500 euros y pico al mes, además ha tenido que comprar una grúa y otros gastos. Creo que no debiera quedar nadie sin servicio por falta de capacidad económica. Considerar qué gastos se están teniendo derivados del cuidado. Ya no hay tantos ingresos como los que se habían estimulado en la normativa del copago. No es real la capacidad económica que tiene".*

> *"¿Por qué en los servicios sociales se permite que se pague? ¿Los servicios sociales no son igual de básicos que los servicios sanitarios? 6 euros no es caro, pero depende de las horas que necesites. Pueden suponer casi 400 euros al mes. En el sistema sanitario, nunca se ha tenido que pagar 400 euros por un servicio básico".*

c) Elementos principales que retraen la demanda del SAD

En lo que existe unanimidad absoluta es en resaltar que, a pesar de que se cubra, más o menos, la demanda que llega, existe una demanda no manifestada, que no llega a plantearse como demanda explícita ante los Servicios Sociales y que corresponde a personas o familias que podrían beneficiarse del

SAD. Se trata de personas y familias para las que la cobertura ofrecida o los itinerarios establecidos representan un obstáculo de cara a solicitar o aceptar el servicio. Muchas de ellas terminan contratándolo en el mercado privado, ya sea como alternativa al servicio público, ya como complemento a este. Las personas consultadas señalan varios motivos por lo que esta demanda potencial no llega a materializarse:

- Los procedimientos para solicitar el SAD. Las dificultades recabadas a este respecto apuntan en dos direcciones: por un lado, a las demoras y el proceso burocrático de las valoraciones de la dependencia; y, por otro, a la complejidad percibida de los procesos administrativos.

- Intensidad horaria. La escasa intensidad horaria del servicio podría ser una de las causas que retrae la demanda de algunas personas.

- Inflexibilidad horaria. La imposibilidad de elegir los horarios por parte de personas usuarias y familiares es uno de los argumentos que en mayor medida impide la aceptación del servicio e impulsa la contratación privada, la cual ofrece un servicio que se adapta a sus demandas específicas.

- Falta de conocimiento. Alrededor de este aspecto se ha observado cierta ambivalencia: aunque hay quienes aseguran que se han hecho campañas informativas y que actualmente el SAD es sobradamente conocido por la población, otras personas señalan el desconocimiento como un elemento que puede hacer que las personas no demanden el SAD, o en su caso, ciertas modalidades del SAD, como la de la quiebra temporal. En este sentido, las aportaciones recogidas hacen hincapié en que deben darse a conocer las posibilidades reales y completas alrededor del SAD y sustentar así un conocimiento más ajustado de lo que realmente el servicio puede ofrecer, en aras de equilibrar y compaginar las expectativas con la oferta del servicio.

- Prestaciones económicas. Aunque no de forma extendida, algunas personas señalan que la opción de recibir la Prestación Económica por Cuidados en el Entorno Familiar (PECEF) puede retraer la demanda del SAD, pese a, o debido a, los sistemas de minoración establecidos.

- Reticencias personales a aceptar la atención domiciliaria. Algunas personas indican que una proporción elevada de personas no demandan el servicio por pudor, por el rechazo que les genera que una persona ajena entre en el domicilio o por las dificultades para asumir la pérdida de autonomía.

- Procedencia de las trabajadoras familiares. Si bien no se menciona de forma extendida durante las entrevistas, algunas personas consultadas aluden a que la procedencia de las trabajadoras familiares retrae a una parte de las personas usuarias a la hora de aceptar el servicio. También se hace referencia, en esa línea, a las dificultades lingüísticas y de comunicación que pueden existir con una parte de los/as profesionales.

3.4.2. Los efectos de la distribución competencial sobre el funcionamiento del SAD

La actual distribución competencial del SAD en la ciudad de Vitoria−Gasteiz es uno de los factores que en mayor medida distorsiona su funcionamiento. Para la mayor parte de las personas consultadas, el actual modelo de gestión competencial parece presentar más desventajas que ventajas, si bien la unificación de competencias suscita también algunas dudas.

Algunas personas muestran cierta indeterminación respecto al tipo de gestión competencial más adecuado. Entre ellas, hay quien defiende optar por el modelo de gestión que mayor calidad de atención asegure, al margen de lo que establece la normativa. Una manera de hacerlo sería valorar el nivel de atención en el marco del SAD por unidad familiar y por recursos del Decreto de Cartera, con el objetivo de asegurar una “ventanilla única”:

> *“Me parece complejo. Dices una Administración y ya está. Que en una familia no haya varias administraciones y que atienda de forma global. El Decreto de Cartera va por recursos y no por*

atención y caso. Entonces, claro, todo el SAD lo tiene que asumir el Ayuntamiento, pero luego resulta que tenemos grados II con SAD municipal y centros de día forales. Por otra parte, este acuerdo marco estableció que los grados II y III [son competencia] foral, [lo cual está] bien, porque los centros de día y residencias son forales. Y [el] grado I [es] nuestra ventanilla [la de los servicios sociales municipales]. Pero claro, cuando en una unidad convivencial hay más de un miembro dependiente, o uno sí y otro no, ahí ya entramos con problemas. O una persona ha empezado en el Ayuntamiento, pero deviene en un grado II, se [le] mantiene [el] SAD municipal, pero con recursos forales. Pensando en la ventanilla única en una familia, II y III en foral me parece adecuado, porque el Decreto de Cartera va por recursos. Pero creo que también desde Ayuntamiento, en el momento en que una persona pasa de un grado I a II, hay que derivarlo para que tenga toda la atención en lo foral. No sabría decir si unificaría o no".

En cualquier caso, es necesario unificar criterios en cuanto a la cobertura y que lo que marque si la atención tiene que ser foral o municipal puedan ser, en ese sentido, los otros recursos. Es decir, si una persona tiene un centro de día y un servicio residencial foral, pues en ese sentido, que el caso lo lleve el foral. Y también el cónyuge. Poder hacer la intervención por unidad familiar, y no por casuística personal exclusivamente".

Aunque algunas personas defienden que el SAD debería ser gestionado por una sola administración, la diversidad de opiniones, y las dudas, es palpable. Algunas personas sostienen, en coherencia con el Decreto de Cartera, que la atención primaria debe asumir toda la gestión del servicio, por su carácter descentralizado y de proximidad. Otras, en cambio, no lo tienen claro y consideran difícil que el Ayuntamiento pueda asumir a corto-medio plazo la gestión del SAD:

"Todo lo que conlleve a que una familia esté atendida por dos administraciones siempre tiene desventajas. Creo que acabamos mareando a la gente. Creo que es necesario definir competencias y que una única administración asuma el servicio. El SAD está dando lugar a problemas. Una entidad, no tengo claro si el Ayuntamiento o la Diputación. No sé cómo se podría hacer. A lo mejor habría que crear una oficina desde el base, una oficina especializada en el Ayuntamiento que se dedicara a eso".

"Con los itinerarios que tenemos volvemos locas a las familias. Todo lo que conlleve a que una familia esté atendida por dos administraciones, siempre tiene desventajas. Creo que acabamos mareando a la gente. Creo que es necesario definir competencias y que una única administración asuma el servicio. El SAD está dando lugar a problemas".

"Pensando en la ventanilla única en una familia, [grados] II y III en foral me parece adecuado porque el Decreto de Cartera va por recursos. Pero creo que también desde Ayuntamiento, en el momento en que una persona pasa de un grado I a II, habría que derivarla. Para que tenga toda la atención en lo foral".

"*Este trasvase es complicado, incluso para las empresas. A las empresas les genera distorsión. Para lo que es para la continuidad de atención de las familias y para la gestión para las empresas es un hándicap (…). Ha sucedido que Aztertzen ha ido creciendo y necesita más personas y las otras, algunas forales, con dificultades para completar jornadas para garantía salarial. [Hace falta] homogeneidad, para decidir y gestionar".*

"*No sé decirte qué sería mejor* [si unificar o no]. *Yo creo que deberíamos hacer más esfuerzo de coordinación entre ambas instituciones y tener la misma empresa de SAD, Diputación y Ayuntamiento. Por ejemplo, una persona que tenga grado I, llega a tener grado II, pase la gestión a Diputación, pero que la empresa sea la misma, porque al fin y al cabo va a ser la trabajadora familiar la que acuda al domicilio. Pero es muy difícil llegar a esos niveles de coordinación. Y también es muy difícil la coordinación entre dos instituciones".*

3.4.3. Municipalización o publificación del SAD

La municipalización del servicio de ayuda a domicilio es, sin duda alguna, uno de los asuntos que mayor debate suscita tanto entre los diferentes agentes implicados en los servicios sociales como en el ámbito político. El planteamiento de una gestión directa del servicio por parte de la Administración Pública –publificación−, y más concretamente, por parte del Ayuntamiento –municipalización−, ocasiona bastante disparidad entre las personas consultadas. La municipalización y/o la publificación del SAD en Vitoria-Gasteiz no se han abordado sistemáticamente en todas las entrevistas mantenidas, pero en algunas de ellas la conversación ha derivado hacia este tema.

Aunque algunas de las personas entrevistadas se muestran partidarias de la municipalización del SAD en la medida en que consideraran que supondría una mejora de la calidad del servicio, son más quienes se muestran en contra de esa publificación. Quienes no consideran necesario este cambio señalan que la gestión del personal sería muy compleja, siendo quizá la dificultad más señalada. En segundo, también se menciona la propia organización de la Administración Pública y la estructura funcionarial como elementos que podrían frenar los avances en materia de calidad, fundamentalmente porque la gestión pública resulta menos flexible. En tercer lugar, se ha considerado que las empresas que prestan el servicio suelen hacerlo con un nivel de calidad bastante alto y cuentan ya con experiencia en el sector. Por último, se subraya de nuevo el gran obstáculo de la sostenibilidad económica como una limitación que afecta a todos los aspectos del SAD:

> *"No creo que tenga mejoras en el SAD la publificación. Veo más adecuada una gestión indirecta. La rigidez que puede tener la Administración hay que contemplarla. […] No lo veo, aunque sea impopular. Porque luego, desde el funcionariado mover algo que no funciona ¡es tan complicado!".*
>
> *"La municipalización del SAD se defiende en cuanto que se puede dar un servicio de mayor calidad. En este caso, creo que en los SAD las empresas dan una calidad muy buena. No siempre a nivel de instituciones se da una calidad tan buena. No creo que le aporte mayor calidad que sea de la Administración Pública: más sustituciones, más incidencias…; unas condiciones mejoras para las trabajadoras familiares sí, pero a la hora de la calidad del servicio, no creo que aporte mucho más. Y [las empresas] ya tienen una trayectoria y una evolución en el sector. Y luego, es un trabajo que actualmente la gente no quiere ejercitar, muchas de ellas son inmigrantes y conlleva muchas dificultades. Esto en una institución podría ser una gestión bastante más difícil".*
>
> *"Al Ayuntamiento le saldría un servicio carísimo y dudo mucho de que esa sea la clave para innovar y mejorar el servicio. Más bien, pienso lo contrario. Porque la estructura funcionarial es un marco que da garantía de mejores condiciones laborales para la persona empleada, ni comparación, pero en cuanto a la organización y flexibilidad que requiere un servicio como este, hay que tener en cuenta todo lo que conlleva el estar trabajando en una Administración Pública".*

Por su parte, las personas favorables a la municipalización del SAD, además de coincidir en que mejoraría las condiciones laborales de las trabajadoras familiares, subrayan que aumentaría la calidad del servicio.

En todo caso, estas personas se muestran conscientes de las dificultades de sostenibilidad (partidas presupuestarias) y de organización que le supondría al Ayuntamiento gestionar directamente el SAD *("todo lo que sea gestión pública directa siempre va a ser mucho mejor. Pero dudo que desde el Ayuntamiento asumir la gestión directa pública, económicamente, sea posible").* En este sentido, siempre que se mantenga una gestión indirecta, abogan por reforzar la responsabilidad pública de la gestión del SAD, de la valoración de los casos y del seguimiento, a través de mayor supervisión a las empresas que prestan el servicio *("creo que si el SAD se re-municipalizase, nos iría un poquito mejor, pero siendo un tanto irreal, creo que tiene que haber mucho mayor control de las empresas, porque al final la última responsabilidad es de la Administración Pública. Y hay que exigir mucho más"*).

3.4.4. Otros modelos de gestión: el papel de la prestación económica de asistencia personal (PEAP)

Como en muchos de los restantes aspectos analizados, la posibilidad de extender el uso de la Prestación Económica de Asistencia Personal como alternativa al SAD −debido a la incompatibilidad establecida entre ambos en el Decreto de Cartera− plantea divergencias relativamente importantes entre las personas consultadas, con argumentos que se posicionan tanto a favor como en contra de este cambio.

Algunas personas consideran positiva la extensión de la PEAP, debido a la capacidad de elección que otorga a personas usuarias y familiares para contratar a quien quieran y en el horario que mejor se ajuste a sus necesidades. En todo caso, estas personas insisten en que la PEAP sería una buena opción frente al SAD actual siempre y cuando se cumplieran ciertas garantías en cuanto a la supervisión pública del servicio y en cuanto al apoyo en la gestión y contratación, puesto que a muchas familias les resulta complejo el procedimiento:

> *"Me parece que puede ser una buena opción, porque a las familias les da más flexibilidad en cuanto a que contratan en base a sus intereses y necesidades. Pero sí que creo que detrás de la PEAP tiene que haber un seguimiento importante. Ahora, con PEAP o PECEF, desde el desconocimiento, la percepción es que desde el IFBS […] no hay un seguimiento real y efectivo de que el cuidado se haga de forma adecuada (no tanto el destino a la contratación). Esa persona está cuidada, atendida, responde a lo que quiere y necesita, etc. Que no sea pura tramitación y lo único que se valore es si se ha dado realmente una contratación. Supervisar ese cuidado y seguir asegurando esa responsabilidad pública".*

> *"Tal y como está ahora establecido el SAD, creo que sería mejor opción la PEAP. Yo, en mi opinión. Aunque esto podría ser un problema para las personas que no tienen esa capacidad de gestionar una contratación de forma privada: alta [en la] Seguridad Social, contratación… Requeriría apoyo para ir por esa línea. Con la PEAP, tiene que haber unas garantías y un acompañamiento por parte de la institución, y garantizar una responsabilidad pública".*

Otra de las garantías que se han mencionado es que hay que asegurar la formación de la trabajadora familiar para garantizar que los cuidados se realizan de manera profesional. Por último, una persona favorable a la PEAP ha reclamado que se debería igualar su cuantía con la prestación económica vinculada al servicio (PEVS):

> *"La PEAP, sí, igualada en cuantía a la prestación vinculada al servicio. ¿Por qué tiene que ser diferente? Así parece que se sustenta más que esté en una residencia. Están los gastos de contratación, Seguridad Social, dejo de percibir la PECEF, aunque las familiares sigan cuidando. El modelo de PEAP puede ser una opción, pero siempre con un seguimiento y que se encaminen a estar formadas de MACP; si no, no sirve. También en estas personas".*

Quienes se inclinan por reforzar el SAD destacan que este servicio asegura un mayor seguimiento y supervisión del cuidado, así como una mayor profesionalización. También se subraya el valor social o añadido que el SAD puede aportar a la atención personal. En estos casos, se señalan un par de replanteamientos, como son: para las tareas menajeras, en caso de ser necesario, valorar otros modelos, por ejemplo, dar cheques o bonos para contratarlo de forma privada. Por otro lado, se subraya que sería buena opción sustentar la compatibilidad de esta prestación con el SAD. En este sentido, una de las personas entrevistadas realiza un exhaustivo análisis sobre la PEAP que resulta pertinente citar:

> *"Apuesto más por un servicio público, por ese valor social y añadido que podemos aportar. Por ejemplo, para tareas menajeras no vería inconveniente en complementar con otros modelos. En este caso, no tendría que ver con la PEAP, porque no tiene que ver con la dependencia, pero sería un cheque. La PEAP se ha distorsionado mucho [respecto a] lo que la Ley decía que era, no tiene nada que ver. [Uno de los aspectos negativos es] qué tipo de economía se está favoreciendo. Por una parte, visibiliza las contrataciones, pero fomenta mucho el empleo precario a inmigrantes: están contratadas como empleadas del hogar y no como asistentes*

personales; el régimen interno que se da en muchos casos es absolutamente anacrónico. [Soy] muy contraria a este desarrollo. La PEAP surge para la vida independiente del mundo de la discapacidad y no se ha desarrollado de forma adecuada. Para ello, se deberían destinar ayudas mucho más potentes. Esto es reflejo […] de que sigue habiendo muchas familias [que] se pueden permitir estas contrataciones, porque igual el o la propia dependiente no. Cuanto menos, es cuestionable el desarrollo de la PEAP. Todas mujeres, inmigrantes… Hay pocas todavía, pero va en incremento. Cuando nos va bien, contratamos; cuando no nos va bien, nos das y contratamos. Aquí, la gente se pude permitir contratar y dar de alta, pero en otras comunidades autónomas igual no.

Yo no lo veo, porque se da mucho dinero para muchas situaciones que no se pueden controlar. El hecho de pagar contrataciones privadas desde los servicios públicos no me parece bien. Es una manera de mantener en el domicilio [a la persona con dependencia] cubriéndole muchísimo más barato que un SAD, residencia o centro de día. Desde el punto de vista político, podría ser una buena opción, pero desde el punto de vista técnico no me parece ético. Desde los poderes públicos, creo que deberíamos potenciar el SAD. Que esté la PEAP, que siga desarrollándose, pero nunca en detrimento del SAD. No creo que lleguemos a los niveles de Gipuzkoa. En la PEAP, también había unos requisitos de formación que se han ido flexibilizando muchísimo. Entonces ahora hay mucha más gente disponible para trabajar. Y no creo que tampoco haya mucha gente que cuente con 1.500 euros todos los meses para pagar a alguien que te cuide. De PEAP, el máximo para la contratación a jornada completa para un grado III, 830 euros y pico. Pero como tengas a dos personas, y es un grado II, o propiedad, etc., se va aminorando.

Entre las personas usuarias y familiares, las aportaciones giran, principalmente, en torno al mal uso de las prestaciones:

[Familiar] *"Recibir una prestación económica desde la Administración pública no lo veo del todo: puesta la ley, puesta la trampa. El dinero es fácil de dar, pero luego muy difícil hacer un seguimiento. Yo creo que tiene que ser un servicio público de la Administración. Y luego igual a la persona se le deja abandonada. Pero las horas tendrían que ser más ajustadas a las necesidades".*

[Usuario SAD] *"Creo que habría chanchullos. A mí me convence más como ahora".*

Por su parte, una de las personas que no se ha inclinado ni hacia la PEAP, ni hacia el SAD, concluye lo siguiente:

"Son dos recursos que la gente tiene que elegir cuál prefiere. No sustituiría uno por otro. Cada recurso tiene sus lados positivos y negativos. Lo que tiene que asegurarse es que la persona usuaria pueda tener toda la información posible y que pueda elegir. Están en total libertad de poder elegir. Que haya las dos opciones, pero las prestaciones, y los recursos, debieran tener un desarrollo mucho mayor. Aquí, en Álava, no es lógico que para una residencia sean 1.000 euros y 798 euros para contratar a alguien. No es lógico que hace tres años se diese la misma cantidad de PEAP con un salario mínimo interprofesional inferior y que, con su subida, se siga manteniendo la cuantía. Que todas las prestaciones estén más igualadas con el SMI. Porque mientras que este ha subido, no han subido las prestaciones económicas vinculadas a la atención de la dependencia".

3.4.5. La gestión indirecta del servicio: reflexiones respecto al sistema de contratación del SAD

Durante las entrevistas realizadas también se han planteado algunas cuestiones en relación a la gestión indirecta del servicio, y a las fórmulas utilizadas para la contratación del mismo[9]. Se resumen a continuación algunas de las cuestiones que han surgido en relación a este tema:

- Un precio excesivamente bajo frente a las condiciones exigidas. Según algunas de las personas informantes, en la licitación del Ayuntamiento el presupuesto para la prestación del servicio es muy bajo, en comparación con las exigencias administrativas y técnicas. Este hecho afecta tanto a las condiciones laborales de las trabajadoras familiares, como al tipo de empresa que se sustenta (“e*l precio no corresponde muchas veces son los pliegos. Y esto afecta directamente en la calidad del servicio. La institución tiene que tener control sobre las condiciones laborales que suponen las licitaciones. Influye muchísimo en la calidad del servicio. No se dan ventajas para cierto tipo de empresas”*).

- Excesivo peso del precio a la hora de adjudicar las empresas que vayan a prestar el servicio. Parte de las personas consultadas aseguran que, a la hora de puntuar y adjudicar la prestación del SAD, el precio que presentan las empresas es el aspecto que tiene más peso, frente al proyecto técnico o la trayectoria de la empresa.

  “También se valora el proyecto técnico, pero también se valora el precio. Por ejemplo, frente a un proyecto muy bueno técnicamente, si hay otro que tiene un precio a la baja, el tema económico pesa mucho en eso. En las ponderaciones de los proyectos, la parte económica tendría que pesar menos”.

  “A nivel de valorar los pliegos, aparte [de] que ha ido evolucionando la Ley de Contratos, es cierto que el SAD, a nivel filosófico, ya está suficientemente trillado para valorar un proyecto frente a otro. Al final es el precio el que tiene el mayor peso”.

- Problemas para la supervisión de las actividades. Una vez se ha adjudicado el contrato a una determinada empresa, existe un amplio consenso en torno a que uno de los grandes problemas relativo a los pliegos de condiciones es la falta de supervisión de la aplicación práctica de los contratos por parte de la Administración Pública. Existe por parte de algunas personas la percepción de que lo que se propone y aprueba no siempre se cumple en la práctica, debido a diversas dificultades:

  “Para mí, lo que falla aquí es que el “papel lo soporta todo”. Se presentan unos proyectos maravillosos pero en el día a día tengo sensación de que no son así”.

  “Cuando encima del papel se ve un proyecto muy bueno, porque tiene una gran infraestructura, porque el papel lo soporta todo, luego, en la realidad, no se da así. Luego se observa que una vez se hace un lote, o dos, o cuatro, en esos pequeños matices, es muy difícil luego trabajar la calidad”.

  “Muchas veces las condiciones que figuran en los pliegos y las mejoras que se establecen no se efectúan realmente en la práctica”.

- Falta de espacios de coordinación. Otra de las carencias que se mencionan en relación con la prestación del servicio del SAD por parte de las empresas y el papel de la Administración Pública se refiere a la falta de espacios y margen para que las empresas puedan hacer propuestas sobre los propios pliegos o sobre el proyecto técnico, con el objetivo de aplicar mejoras y sustentar una mayor calidad en el servicio:

[9] Tanto el Ayuntamiento como la Diputación Foral recurren a la gestión indirecta del servicio de asistencia domiciliaria. No obstante, mientras que en el SAD municipal es una única empresa la que presta el servicio (Aztertzen), desde el IFBS se realizan lotes y estos se adjudican entre diferentes empresas. Desde abril de 2019, hay nueve lotes distribuidos entre Arabako Laguntza, Aztertzen, Sacyr Social y Zaintzen. Así pues, una única empresa, Aztertzen, es adjudicataria de todo el SAD municipal y de un lote del SAD foral en el municipio de Vitoria-Gasteiz (zonas de Abetxuko, Arriaga y El Pilar).

> *"Muchas veces no se incorporan [en] esos pliegos propuestas de mejora cada año, es decir, la posibilidad de que la empresa haga propuestas, y eso no se suele incorporar, y está muy bien. Porque puedes ir ajustando las cosas que se detecten que no funcionan bien: organizativas, de atención, de formación, de tareas, horarios… Y muchas veces las empresas no hacen esa propuesta porque no se les pide".*

Además de esas cuestiones genéricas, durante las entrevistas se han planteado dos cuestiones más específicas, relativas a las características de las empresas adjudicatarias del servicio y respecto a la zonificación del servicio.

a) Dimensión y naturaleza de las empresas adjudicatarias

Para algunas de las personas informantes, las carencias que se han detectado en la licitación del contrato del SAD necesariamente benefician a un tipo de empresas frente a otras. Más concretamente, hay un cierto consenso al afirmar que en el municipio de Vitoria-Gasteiz cada vez se da más margen a que las empresas que prestan el servicio sean de gran tamaño, sin el suficiente arraigo en el territorio. Si bien alguna persona consultada opina que el tamaño no tiene por qué influir si las condiciones están bien limitadas y que lo que mayormente afecta son las condiciones laborales de las trabajadoras familiares en función de la política de empresa, la mayor parte de las aportaciones sugieren que la calidad del servicio se va a asegurar en mucho mayor medida con empresas locales y más pequeñas.

En esta línea, el cuestionamiento hacia la tendencia a primar los criterios económicos en los pliegos administrativos, que favorece la irrupción en el mercado de entidades mercantiles de gran tamaño, se ha considerado contrario a la filosofía del SAD y el modelo comunitario y de proximidad. Asimismo, se subraya que no se trata solamente de que haya empresas sin trayectoria laboral en el municipio, sino de que el tamaño de las empresas influye en las políticas de estas, pues generalmente, a juicio de las personas consultadas, van en detrimento de las condiciones laborales de las trabajadoras familiares. Son varias las reflexiones que sustentan estos puntos de vista:

> *"Es verdad, hay mucha empresa a nivel nacional que está metiendo el morro en servicios sociales en Vitoria. Siempre que haya una empresa grande, la calidad del servicio va a ir a peor. Y más pequeña, se va adaptar mejor".*

> *"El tamaño de las empresas influye en la calidad del servicio. Cuando son grandes grupos, igual hacen más políticas de personal que una pequeña empresa no hace. Por ejemplo, contratos de seis meses en la contratación de personal nuevo. Claro, eso, desde el punto de vista de la persona usuaria y Ayuntamiento, cada seis meses supone un cambio de trabajadora familiar. Desde el punto de vista empresarial, no pueden hacerse con mucho personal, porque luego también es personal que se subroga. Tampoco quieren tener que subrogar tanto personal. Es complejo. Pero igual en las pequeñas eso se cuida un poco más".*

> *"Hay empresas que cuidan mucho unos aspectos y hay otras, que son más macroempresas, que tienen un ámbito de trabajo mucho más amplio, llevan la gestión con menos cercanía respecto a la filosofía del SAD. Se intenta hacer que las empresas comulguen con la filosofía del servicio de la Administración [Diputación], pero con todo y con ello se nota. Estas llevan la gestión más mirando su beneficio económico y rendimiento empresarial que otras más pequeñas. Estas últimas cuidan mucho más estos aspectos y son más cercanas. Por ende, las quejas de las personas también son reflejo dependiendo de la empresa".*

> *"Creo que se trabaja con niveles básico[s] de calidad, pero la excelencia o el plus lo pone la empresa, cercana, que lleva toda la vida trabajando en eso. Es probable que desaparezcan, porque no pueden competir. Se ha visto que hay empresas que incluso tiran el precio por meter la pata en Álava, y esto va en detrimento a la calidad, porque se nota. Ya han desaparecido dos o tres empresas locales, porque lo de las grandes empresas es otra liga. Se aboga a que haya más empresas y no tanto monopolio".*

"Creo que muchas veces, desde las empresas y entidades, se hace mucho esfuerzo pero luego solo cuenta el proyecto, lo que se presenta en el papel en el concurso. Lo que importa no es lo que haces, sino lo que escribes. Eso es lo que cuenta. Y es mucho esfuerzo. El tema económico es crucial, porque se compite con empresas más grandes. En algunos concursos, desde algunas empresas no se ha podido ni presentar. El precio del Ayuntamiento es limitado para las empresas pequeñas. El del Instituto Foral, el precio es más alto. El presupuesto marca mucho. Luego viene una empresa más grande de Madrid, y si se presentan a menos precio, eso es lo que marca".

En relación con estas cuestiones, se enfatiza que estas entidades mercantiles de gran tamaño, además, no están especializadas, generalmente, en servicios de ayuda a domicilio o en servicios sociales y de cuidados. A ello se suman las dificultades derivadas de su escasa implantación real en la ciudad.

"No conozco mucho las licitaciones. Pero es verdad que en Vitoria se ha fomentado que hubiera empresas y asociaciones muy locales que gestionaban el SAD. En cambio, ahora detectas que grandes empresas entran cada vez más. 'Empresas que son mercenarias con los servicios sociales'. Son empresas que se han creado para ganar dinero, y no para generar bienestar. ¿Qué ha pasado con las residencias con el covid-19? ¿Por qué ha habido problemas? Las residencias privadas también se han creado desde el negocio. Hay que sustentar más que se localicen también las empresas que realmente conozcan la localidad y el servicio prestado. Que haya empresas o entidades pequeñas que gestionen por barrios sería interesante. Creo que hay que crear ciudad, y para eso, es importante que haya empresas más pequeñas, de Vitoria, que también gestionen los recursos y sean más cercanos. No solo por tamaño, sino que Clece ha nacido de la construcción y Eulen, del vino. Entonces, una empresa que haga actividades tan diversas no se especializa tanto. Este tipo de empresas…, para la Administración puede ser más cómodo trabajar con una empresa, y con aquellas que económicamente no den problemas, pero no es solamente eso".

"Se nota mucho la forma de trabajar de una empresa más grande. Sobre todo, se nota mucho cuando no hay presencia en el territorio de responsables; no pisan tierra. En momentos de necesidades, están en lejanía. Atienden lo mismo Segovia que Álava y atienden desde Burgos. Aunque luego están las coordinadoras, que están en mano de las empresas que saben del tema. Pero se necesita una presencia y ponen oficina en Vitoria, pero digamos que los responsables no están. A veces, la transmisión también a las personas que están llevando el servicio no es lo mismo que cuando la empresa está de lleno".

b) Distribución territorial y zonificación del servicio

El tercer gran ámbito de mejora hace referencia a la distribución de las empresas en la ciudad de Vitoria-Gasteiz y a la prioridad, detectada por las personas consultadas, de asegurar una mejor zonificación de la prestación del servicio. Tal y como se ha mencionado, a pesar de que el IFBS divide el SAD en diferentes lotes, el SAD municipal es prestado por una única empresa. Según la información recogida, la prestación del servicio municipal en la ciudad está distribuida por zonas a través de la asignación por zonas de las coordinadoras y las trabajadoras familiares, con el objetivo de garantizar unas mejores condiciones laborales y la calidad del servicio. Sin embargo, para algunas personas, al no estar organizado y contemplado en el contrato de dicha manera, en la práctica hay muchas dificultades para ello, debido a la combinación de diversos factores: el ajuste de horarios, la gestión de casos, las jornadas de las trabajadoras familiares o el hecho de que en el municipio de Vitoria-Gasteiz haya muchas diferencias entre los barrios o SSB −tal y como se ha podido comprobar en el capítulo cuantitativo del presente informe−.

Durante las entrevistas, se han señalado varias limitaciones de no zonificar lo suficiente por barrios la prestación del SAD: las peores condiciones laborales de las trabajadoras familiares en términos de desplazamientos y limitación horaria, el menor conocimiento del barrio y de la comunidad para una intervención comunitaria más integrada, o la dificultad de organizar equipos multidisciplinares que intervengan por zonas, entre otras. Estos aspectos afectan obligatoriamente a la calidad del servicio y dificultan la gestión del SAD municipal en toda la ciudad. En efecto, gran parte de las personas

consultadas tienen la sensación de que Aztertzen ha estado sobrecargada por la gestión del servicio, lo que ha afectado la intervención más directa y técnica. Asimismo, ponen de manifiesto que el hecho de zonificar y distribuir diferentes empresas por barrios, que agrupen tanto SAD municipal como SAD foral, generaría beneficios en todos estos aspectos:

> *"Se podrían mejorar los horarios si una empresa, una misma empresa, trabajara en un barrio. Y no como ahora, que en un mismo barrio pueden estar la empresa municipal y empresas forales. Creo que sería mejor si una empresa llevase todo el barrio, con todos los perfiles y grados de las personas usuarias. No solo porque facilitaría la gestión, sino también la organización del servicio, como por ejemplo la organización de horarios".*

> *"El Ayuntamiento creo que podría apostar por lotes, porque los problemas que les puede suponer un servicio con semejantes dimensiones con una sola empresa [son patentes]. Por ejemplo, Aztertzen, ahora que tiene tanta gestión […], hay momentos que lo ha tenido que pasar muy mal. Tiene muchas ventajas a la hora de gestionar varias empresas y te da otras garantías".*

> *"En cuanto a las empresas, creo que están desbordadas en cuanto a que tienen un montón de trabajadores y un montón de servicios. Muchas veces nos llega la información de bajas y sustituciones tarde; en el momento, no nos enteramos. A veces se le avisa a la persona mayor; otras veces, no. Tendría que estar más repartido o si habría varias empresas gestionando en la ciudad, como había antes, igual se podría gestionar con más tranquilidad. Buena disposición [hay], pero es un tema de sobrecarga de trabajo. La calidad del servicio puede verse mejorada si se zonificase por empresas el SAD en la ciudad. Que solo una empresa lleve todo el SAD municipal es una situación de desbordamiento. Hecho el servicio por lotes y que cada zona lo lleve una empresa, probablemente todo sería más controlable. Al final, la gestión es muy complicada".*

3.5. Profesionalización, formación y condiciones laborales

3.5.1. Profesionalización y formación

A la hora de valorar la profesionalización y la formación de las trabajadoras familiares que prestan el servicio directamente en los domicilios, hay un consenso generalizado en resaltar que en los últimos años ha habido una evolución positiva, en comparación con la desprofesionalización o *amateurismo* que existía años atrás. Principalmente, estos avances se achacan a la obligatoriedad que se estableció por ley para que los y las profesionales que acudían a los domicilios tuviesen un certificado de profesionalidad de atención sociosanitaria. A pesar de que dicha exigencia en ocasiones se ha podido diluir, esta formación básica se juzga muy positiva:

> *"Hay un antes y un después. Hay una época en la que el SAD se despliega y desarrolla enormemente y se les formaba a través de las profesionales de los SSB y una formación amplia. Luego hubo un despliegue y se cogía a trabajar a personas incluso sin formación, porque se necesitaba. Y después, se pidió el perfil profesional que requería la ley, que [es] algo [que] se ha ido flexibilizando a nivel estatal, pero en el País Vasco se consiguió casi al 100%. La mayoría tienen una formación profesional y adecuada".*

> *"La formación ha mejorado mucho, en cuanto al certificado de profesionalidad. Es algo bueno. No vale cualquier persona para trabajar en el SAD. Antes parecía que no se requería ninguna formación, ahora tienen algo básico".*

En este marco, en los propios pliegos para el contrato del SAD se establece una formación básica para las trabajadoras familiares. En concreto, en el contrato de 2018 del SAD municipal se exige que al menos el 75% del personal propuesto para este servicio deberá haber realizado algún curso de asistencia domiciliaria de entre 175/200 horas y el resto, algún tipo de formación en la misma materia, que en el caso de no estar homologada, quedará sujeta a la acreditación de la experiencia en los servicios de ayuda a domicilio, servicios de proximidad orientados a colectivos en situación de vulnerabilidad social, riesgo de dependencia, dependencia, riesgo de desprotección, desprotección leve y moderada en niños/niñas y adolescentes, riesgo de exclusión y exclusión". Asimismo, se recoge que obligatoriamente tendrán que disponer del carné de manipulación de alimentos.

A partir de estas exigencias, las empresas prestadoras del SAD afirman que la formación básica de las trabajadoras familiares es algo indiscutible hoy en día y que, en efecto, esto ha supuesto una mejora en la profesionalidad *("siempre se ha hecho formación desde las empresas, pero fue muy importante cuando se incluyó el certificado de profesionalidad. Fue un antes y un después. Fue mucho trabajo en cuanto a gestión del personal, pero se ha notado que el nivel de las trabajadoras familiares ha mejorado").* Sin embargo, también se señala que en la práctica las condiciones para dicha formación presentan ciertas carencias, ya sea porque a veces Lanbide paraliza estos cursos, ya porque el desempeño diario les requiere realizar más funciones de las que esa formación contempla. Por otro lado, a pesar de que se intenta asegurar que todas las personas que se contraten cuenten con el certificado sociosanitario, a veces debe contratarse a auxiliares de clínica, dentro del margen establecido:

> *"Hay un convenio específico y solo se les exige el título sociosanitario que ofrece Lanbide, pero en la práctica se les exige más. A veces, Lanbide, paraliza estos cursos y ya no da más. A veces se contratan a auxiliares de clínica, pero se le dejan claras sus funciones, en cuanto a la labor sociosanitaria".*

Cabe resaltar que las empresas consultadas informan de que se llevan a cabo cursos formativos en el seno de su organización, cursos que responden más a la política de la empresa que a la obligación del contrato.

> "*Se imparte formación desde la empresa, aparte de lo obligatorio hasta el momento. Se ha elaborado un manual y cada coordinadora imparte a sus 40 trabajadoras la formación en habilidades de trato relacional y de cuidado. Pero luego llega el día a día, y puedes hacerlo en los meses que no hay demasiada demanda. Si se incluyese en el pliego, sería obligatorio, pero si se hace esto, contabiliza y cuesta más dinero. Tiene que ser una decisión política que ahora no se asegura lo suficiente".*

Se recogen a continuación las propuestas recogidas para la mejora de la formación de las trabajadoras familiares:

- Reciclaje en la formación. Puesto que las necesidades son cambiantes, y estas van requiriendo una atención adaptada a las nuevas realidades, se detecta que en este sentido no se realiza un seguimiento ni una supervisión adecuada.

- Especialización para atender a la diversidad de situaciones en los domicilios y en las personas usuarias. Quizá una de las premisas que mayor consenso ha contado a la hora de analizar la formación de las trabajadoras familiares es su ausencia de especialización. En coherencia con lo que se viene detallando a lo largo del informe, gran parte de las personas entrevistadas afirman que la formación que reciben está más orientada al cuidado de personas mayores, pero que hay situaciones de salud mental o diversidad funcional más diversas y específicas que requieren una atención especializada y modelos de intervención diferentes a los actuales. Es por ello por lo que impulsar una mayor especialización, respaldada por la Administración Pública, aparece como una prioridad en la esfera formativa del servicio de ayuda a domicilio.

¿Cómo mejorar este aspecto? Hay quienes plantean que la mayor especialización se puede ofertar en el conjunto de las trabajadoras familiares, incluyendo módulos en los certificados de profesionalidad. Pero quizá en mayor medida, se sugiere que sería más fácil y/o adecuado promocionar que haya trabajadoras familiares de diferentes perfiles especializadas que atiendan por zonas, a través de una organización por equipos:

> *"Tienen que tener una formación básica y especializada. También es verdad que quizás sea sencillo que haya trabajadoras familiares para distintas situaciones más especializadas. O por zonas: en Vitoria hay 'supermanzanas'. Equipos multidisciplinares que en esa supermanzana pueden atender a toda la gente de la zona e incorporar nuevas figuras profesionales para determinadas situaciones. Además, evitas los desplazamientos y conoces mucho más un entorno. En ese entorno, sabes lo que hay a nivel comunitario, es más fácil saber a dónde llevar a las personas. La formación básica como son las personas mayores, personas con dependencia, demencia, hay muchos temas que se podrían tratar como pequeñas píldoras para saber cómo se podrían afrontar. Casos prácticos. Mejoraría la calidad de la atención y se realizaría con mayor seguridad".*

> *"Se tendría que diversificar más el SAD y, entonces, tener diferentes perfiles de trabajadoras familiares: personas con demencia, salud mental, movilización física, etc. Especialización de la formación, porque cuando no tienes esa especialización, tiendes a lo bajo".*

> *"La formación tiene que ir a otros sectores de población o colectivos que entran o pueden entrar dentro del SAD. Creo que si la formación actual se adecuase a las necesidades que se detectan, no se darían muchas dificultades que hoy en día se observan".*

En este sentido, hay quien afirma que se debería contemplar la especialización con la que cuentan las entidades del tercer sector, por su trayectoria y experiencia en atender a colectivos específicos o necesidades determinadas y, en este sentido, valorar que puedan impartir cursos de especialización:

> *"Creemos que es muy necesario que haya entidades del tercer sector que puedan incluir dicha formación. Al final, depende de la empresa, ofertan cursos de formación porque está incluido en la licitación y tienen que cumplir con las condiciones, para que las trabajadoras tengan la formación básica. Pero si las entidades del tercer sector empezasen a impartir cursos de formación, que están especializadas, pueden trasmitir filosofías de trabajo que se coordinen a las trabajadoras familiares. Sustentar en mayor medida que las entidades puedan impartir cursos de formación más especializados o que las empresas también puedan recurrir a dichas entidades. Por ejemplo, todo lo que tenga que ver con demencia, que lo pueda impartir Afaraba, porque van a dar una visión más global y completa. Además, esta formación se va a impartir por parte de personas implicadas en la intervención. [Habría que] crear lazos en este sentido".*

- Habilidades relacionales y Modelo de Atención Centrado en la Persona. Tal y como se ha explicado anteriormente, la formación en este modelo de intervención es otra de las líneas de mejora que con bastante frecuencia se ha planteado durante las entrevistas. Asimismo, en trazos generales, gran parte de las personas consultadas focalizan en que las trabajadoras familiares necesitan conocer en mayor medida las habilidades relacionales para diferentes situaciones.

- Formación lingüística. Si bien no se ha aludido a este tipo de formación de manera expresa y generalizada, hay quienes sugieren que es un aspecto que se ha de tener en cuenta, en tanto en cuanto gran parte de las trabajadoras familiares es extranjera. En este sentido, se ha detectado el idioma como uno de los obstáculos que a veces se detectan en los domicilios, ya que las limitaciones en el manejo del castellano a veces dificultan la adaptación a la persona usuaria y la atención prestada.

3.5.2. Condiciones laborales del personal del SAD

De igual modo que en lo referente a la licitación del contrato público, se ha observado un desconocimiento bastante generalizado respecto a las condiciones laborales que actualmente tienen las trabajadoras familiares en el municipio de Vitoria-Gasteiz. A partir de este nivel de conocimiento, sin embargo, se ha valorado que estas han recibido un impulso con la aprobación del convenio provincial del Servicio de Ayuda a Domicilio de Álava, que ha introducido ciertas mejoras. Con todo, la mayor parte de las personas consultadas coinciden en que las condiciones laborales de las trabajadoras familiares presentan un gran margen de mejora, que el sector del servicio de ayuda a domicilio sigue estando muy precarizado y que, en el día a día, encuentran muchas dificultades para un correcto desempeño laboral.

Según la información recibida en las entrevistas, los principales problemas que tienen las empresas hacen referencia a completar las jornadas que dan derecho a la garantía salarial y a sustentar la estabilidad de las plantillas con contratos fijos.

> *"Para las empresas es complejo. Ha sucedido que Aztertzen ha ido creciendo y necesita más personas y las otras con dificultades para completar jornadas para garantía salarial. Se necesita homogeneidad, para gestionar y decidir".*
>
> *"Por lo que nos trasladan, tienen dificultades con el convenio del sector, respecto a la garantía salarial, por ejemplo. Cubrir y completar jornadas para la garantía salarial. Tienen que completar jornadas, pero como muchas tareas se hacen en las mismas franjas horarias, tienen dificultades para organizar las jornadas. Sobre todo ahora, con la distribución competencial actual. Desde los últimos años, con el desdoble de los perfiles, están desbordados. Que no hubiese dos administraciones permitiría optimizar las jornadas de las trabajadoras".*
>
> *"El tema salarial ha evolucionado por la exigencia de los sindicatos. Antes, la inmensa mayoría eran con garantía. Ahora, el 60% de las trabajadoras tienen garantía, porque son trabajadoras que se han ido subrogando. Eso significa que, hagan o no hagan, 130 horas se les paga. Pero a partir de una fecha era inasumible para las empresas. Porque el porcentaje de absentismo en el SAD es de un 12 a un 14%, nada comparado con lo que viene. Además, hay muchas bajas. Hay una serie de problemas que pasan".*

Por consiguiente, la estabilidad de las trabajadoras familiares, tal y como se ha mencionado, es otro de los grandes problemas que las empresas presentan, según las personas informantes —al menos, refiriéndose a la empresa que presta el SAD municipal—. Gran parte de las entrevistas en este sentido han girado en torno a la no renovación de los contratos de las trabajadoras familiares a los seis meses de contrato, lo que afecta directamente a la calidad de la atención y en al conocimiento y seguimiento de los casos:

> *"Los pliegos son cada dos años. Es muy complicado para una empresa que esté invirtiendo incluso en sus empleados y empleadas cuando los cambios son cada dos años. Al principio, hace años, los pliegos eran para 5 o 10 años. El pliego del Ayuntamiento exige que al menos haya un 70% de personal fijo. Actualmente, se llega casi al 80%, pero al resto no se llega. Además, a veces para un solo puesto, que el dinero proviene de la Administración, se tienen cuatro trabajadoras familiares, debido a las bajas".*
>
> *"Hay empresas que hacen contratos de seis meses, pero así no consigues profesionalidad. Y la institución lo permite. No ayuda a consolidar el servicio. Y además, se da una mala imagen del servicio y no ayuda a la valoración y reconocimiento".*
>
> *"Para una buena calidad del servicio, también es importante conocer bien los casos y, para eso, tiene que haber estabilidad de las personas trabajadoras. Si no hay estabilidad en los profesionales, los objetivos y las funciones del SAD se van perdiendo, se está desvirtuando. Ahí entramos en confrontación con los temas de contratación laboral. La propia Ley de Contratación Laboral, a través de ETTs, establece que, si el contrato dura dos años, tienes que*

hacer fija a la trabajadora, pero claro, en una empresa de SAD, en un día tienes cien casos y en otro momento, cincuenta. Las empresas creo que no se quieren arriesgar a tener tantas personas fijas en ese sentido. Pero al mismo tiempo, si no tenemos gente fija, no hay estabilidad y no hay estabilidad en el profesional, todo el tema de la detección y prevención tiene muchas limitaciones".

Otra de las dificultades que las empresas −al menos en el SAD municipal− presentan con mayor frecuencia y que afectan directamente a las limitaciones ya señaladas son el absentismo laboral y las bajas. En ese sentido, algunas de las personas consultadas señalan que los accidentes laborales son una de las principales causas de baja, tal y como se detallará a continuación, por los desplazamientos que tienen que realizar.

Por otra parte, son varias las dificultades detectadas para el correcto desempeño profesional de las trabajadoras familiares, dificultades que incluso afectan a unas buenas condiciones salariales. Para resolverlas, existe la convicción de que deberían revisarse y aplicar mejoras en los pliegos:

- Jornadas laborales excesivas. El convenio contempla 1.680 horas anuales, cifra que se ha considerado excesiva en algún caso ("*las condiciones son esclavistas, por la cantidad de horas que trabajan*"). A pesar de que incluyen los desplazamientos, las personas consultadas aseguran que, dadas las dimensiones de la ciudad, hay un porcentaje de horas que no se les paga. En consecuencia, se informa de que gran parte de las trabajadoras familiares, cuando son fijas, solicitan muchas reducciones por la intensidad de horas que realizan a jornada completa.

- Ratios de atención. Algunas voces coinciden en afirmar que las condiciones laborales de una trabajadora familiar se ven muy influenciadas por el número de casos que tengan. Según alguna persona entrevistada, en el SAD municipal una trabajadora familiar a jornada completa puede atender de 6 a 7 casos:

  "En [el] SAD municipal, hay más de 1.600 usuarios, y hay 312 trabajadoras. En la jornada completa, tienen de 6 a 7 casos para la inmensa mayoría. Es muchísimo el número de horas que tienen que hacer y van de punta a punta [de la ciudad]. El SAD municipal y el foral creo que la hora la pagan igual, pero en el foral las condiciones son mejores, porque en las jornadas laborales cada trabajadora familiar tiene menos casos".

- Desplazamientos. Uno de los problemas que con mayor frecuencia se expresa en las entrevistas es el referido a los desplazamientos, sobre todo, en el SAD municipal, que tal y como se ha detallado, es prestado por una única empresa, a diferencia del SAD foral. Si bien la prestación del SAD municipal está distribuida por zonas por parte de la empresa gestora, se manifiesta un amplio consenso a la hora de sugerir que en el municipio se debería zonificar la atención en mayor medida, aspecto que aparece como una de las prioridades en este campo. Las consecuencias principales de los desplazamientos, además de la limitación temporal y la impuntualidad, son los accidentes laborales *("los problemas de bajas, muchas veces, son de accidentes de bicicleta").*

- Limitación del tiempo en los domicilios. Las personas informantes alertan que la limitación del tiempo que tienen las trabajadoras familiares en los domicilios para su desempeño laboral afecta, además de a sus condiciones laborales, a la calidad del servicio. Además, hay quien asegura que el tema de los desplazamientos a veces genera que las trabajadoras no lleguen puntuales a un hogar o a un determinado lugar —aunque la impuntualidad no es un aspecto que se señala de forma extendida durante las entrevistas—.

- Condiciones de los hogares y las ayudas técnicas. A pesar de que esta limitación no se ha expresado de forma extendida, hay algunas personas consultadas que hacen hincapié en que en muchos hogares donde no se han facilitado las ayudas técnicas necesarias, en familias donde económicamente no se las pueden permitir, las trabajadoras familiares a veces tienen que afrontar levantamientos físicos arriesgados que afectan a su salud laboral *("las condiciones de la vivienda son importantes también para el desempeño, porque hay en hogares que no entra una grúa o*

directamente hay familias que no se lo pueden permitir"). Sin señalarse como un problema principal, se apunta como un aspecto que se ha de tener en cuenta.

3.6. Coordinación interinstitucional en torno al SAD

3.6.1. Administración Pública y empresas y entidades

Al analizar la coordinación que se realiza en torno al SAD, es fundamental, en primer lugar, examinar la comunicación entre las dos administraciones implicadas en su gestión. Considerando la estructura competencial que hoy por hoy se mantiene en el municipio, se preguntó a las personas informantes si entre ambos niveles de atención se daban las condiciones óptimas de coordinación para asegurar una mayor calidad del SAD. Esta cuestión, como es lógico, ha podido ser respondida únicamente por una parte de los agentes implicados y no se ha podido recabar mucha información.

La información transmitida por las personas consultadas permite concluir que, mientras que la coordinación entre ambas administraciones en el plano más macro se considera muy compleja y, por ende, se detectan márgenes de mejora, en el marco más técnico, la sensación general parecer ser más positiva. Además, hay quienes afirman que, a pesar de dicha complejidad y del contexto de la distribución competencial, en torno al SAD, en concreto, ha habido buenas experiencias de coordinación:

> *"Teniendo en cuenta el hándicap de la estructura del servicio, en los últimos años creo que ha habido bastante buena coordinación y se ha avanzado en el tema de los precios públicos, el convenio del sector, etc. Nos sentamos las instituciones con las empresas y trabajadores. Creo que fue una buena experiencia la coordinación entre Ayuntamiento y Diputación*".

No obstante, se observan quizás en mayor frecuencia opiniones que apuntan a que la coordinación estructural entre ambas instituciones es complicada, que debería darse con mayor regularidad o que la rigidez organizativa de ambas administraciones dificulta en muchas ocasiones una coordinación eficaz. Es por ello por lo que alguna persona consultada afirma que, entre ambos niveles de atención, sería necesario aunar criterios en torno al programa global del servicio de ayuda a domicilio:

> *"La sensación que tengo es que la Diputación es muy rígida en sus planteamientos. Llevan muchos años con este tema y casi seguimos en el punto de partida. La relación con Diputación a veces es complicada a nivel técnico, que no se sale de lo que está escrito. Falta un poco de caminar juntos, aunar criterios".*

> *"Entre Ayuntamiento y Diputación creo que en estos momentos en el SAD es con el que menos problemas se tienen. Pero las dificultades de coordinaciones son más estructurales; de la forma que establece, la ley es difícil mantener esa coordinación con un margen".*

> *"Entre Ayuntamiento y Diputación hay muy poca coordinación, como administraciones, muy poca, de la globalidad del programa. A nivel técnico, con profesionales, bien. [Hay] buena disposición. A nivel macro, a lo mejor se debería definir mejor el programa global del SAD".*

La coordinación debe garantizar la comunicación y la puesta en común de criterios, para así asegurar tanto una gestión más fluida como una atención de mayor calidad, en varios niveles y direcciones. Así pues, en las entrevistas, las preguntas relativas a la coordinación partieron de esta premisa, y es por ello por lo que también se planteó la calidad de la coordinación entre la Administración Pública (Ayuntamiento, Diputación y SSB) y las empresas que prestan el servicio. Al abordarse esta cuestión, surge un sentimiento aparentemente generalizado de satisfacción medio-alta, tanto en el SAD foral como en el SAD municipal. Se señala que, a través de lo que se establece en el contrato, la coordinación de los casos se realiza y que esta es bastante fluida:

> *"[La relación de] las coordinadoras de la empresa con la Diputación [es] muy fluida. En el contrato, hay esa exigencia. Diaria para la gestión de casos y, después, entre la responsable del*

servicio con las empresas periódicamente […]. La coordinación es buena, [tanto la] del día a día como [la] del seguimiento de contrato".

"La [relación de la] empresa con el Ayuntamiento es fluida. Hay coordinaciones establecidas a través de informes de seguimiento. La coordinación de caso individual es de teléfono diario. Con la empresa, se establecen unas coordinaciones de seguimiento por contrato".

No obstante, hay quienes señalan que la gestión con el Ayuntamiento es más complicada o presenta algunas dificultades, aludiendo principalmente a su carácter más burocrático y a la organización respecto al personal. Si bien en la empresa gestora del SAD municipal existe la figura de la coordinadora general, quien tiene funciones de aunar las pautas y los criterios para la prestación del servicio, así como de coordinar la globalidad del programa con el Ayuntamiento, hay quien valora que la existencia de múltiples coordinadoras puede dificultar la aplicación de un criterio coordinado y común respecto al servicio:

"El Ayuntamiento es mucho más burócrata que Diputación, y en el pliego se pone un único administrativo […]. El Ayuntamiento creo que, en este sentido, es más rígido".

"La organización [del personal] que se marca en los pliegos del Ayuntamiento, en cuanto al SAD, creo que se podría mejorar. Lo hace de una manera que creo que es poco eficaz. Esta coordinadora [a mí parecer] hace de todo: trabajadora social, administrativa, de todo. Desde el foral, creo que se asegura más un criterio coordinado y común. Desde el Ayuntamiento, se fomentan unidades diferentes. El sistema de trabajar del Ayuntamiento, las coordinadoras, cada una es como si fuera independiente. Creo que es importante que no dependa tanto del criterio de cada coordinadora. Si se divide, afecta en la calidad del servicio".

Directamente relacionado con los procesos burocráticos que se han mencionado, prácticamente la totalidad de las personas informantes ha asegurado que la coordinación diaria mantenida, en este caso, entre el Ayuntamiento y la empresa, se concreta, fundamentalmente, en la gestión de las incidencias (altas, bajas, sustituciones o contratos, entre otras). Dado su volumen, parece que hay información que se pierde por el camino. Asimismo, hay quien identifica esta gestión como una de las causas que impiden mantener una coordinación más técnica en cuanto al modelo más filosófico de intervención. Es decir, frente a la pregunta "¿hay comunicación con las empresas, de tal forma que llegan a las trabajadoras familiares, por parte de la Administración, herramientas para el modelo más filosófico de intervención?", las respuestas apuntan a que es mejorable:

"[Es preciso] compartir espacios de reflexión más técnica, [pues] no [los] hay.

"La coordinación que se mantiene con las empresas es de gestión: altas, bajas, contratos, incidencias, etc. Yo creo que la dimensión y el volumen del programa han limitado el poder hacer esa coordinación. Gestionar problemas e incidencias, sobre todo, porque yo creo que en los últimos años ha estado muy mediatizado el conflicto de los convenios colectivos, los pliegos y licitaciones. Cuando una empresa está continuamente como en 'quiebra', pues ocupa mucho tiempo".

Más concretamente, el contrato público del servicio de ayuda a domicilio también establece un seguimiento, al menos, trimestral, entre los SSB y las empresas. La coordinación en esta dirección se lleva a cabo a través de los y las trabajadoras sociales de base con las coordinadoras de la empresa del SAD municipal −asignadas por zonas− y, en el caso del SAD foral, al menos con la empresa entrevistada, por medio de su directora técnica. En el SAD municipal, este seguimiento se lleva a cabo a través de unas fichas que cumplimentan las empresas para cada caso y estas son enviadas a los y las trabajadoras sociales referentes. Nuevamente, aquí se hace referencia a la sobrecarga de trabajo burocrático que supone este sistema de coordinación, así como a su escasa eficacia y operatividad:

"A nosotros nos manda la empresa unos informes de todas las personas que tienen SAD. […] ten en cuenta todas las que nos pueden entrar si tenemos 276 servicios. Viene una ficha por cada usuario por correo electrónico. 'Nos peta el ordenador y no sirve para nada'. En el pliego,

se establece que se va a realizar un seguimiento y que se enviarán [las fichas] cada periodo trimestral. Son unas fichas que se marcan las cruces y aunque de los SSB se ha aportado qué sería importante recoger, [no es operativo]: guarda en el expediente la ficha, lee lo que pone, etc. Es muchísimo tiempo y creo que todo eso se puede simplificar. No es nada operativo".

"Las fichas de seguimiento que envían desde las empresas no aportan gran cosa. Cada tres o cuatro meses se envía. Sería buena herramienta si las trabajadoras familiares pudieran detectar cambios y desde los SSB tuviéramos tiempo para hacer el seguimiento, que no tenemos. Antes, se hacían dos visitas a domicilio al año; ahora, se hace una y si puedes. Realmente no haces el seguimiento de los casos, yo creo que se está desvirtuando".

Tal y como se está analizando a lo largo del informe, la valoración técnica en cuanto a cómo prestar el servicio en los domicilios se hace, fundamentalmente, bajo criterio de los y las trabajadoras sociales de los SSB. En la esfera de la coordinación, hay quienes plantean algunos aspectos de mejora, sugiriendo que sería necesario un papel más activo por parte de las empresas—si bien juzgan adecuada la coordinación—. Por un lado, se señala que el seguimiento debería realizarse conjuntamente entre los SSB y las empresas; y por otro, se sugiere que las trabajadoras familiares deberían tener un papel más activo en las coordinaciones, como personas que intervienen directamente en los domicilios —en sintonía de lo que se ha mencionado en el apartado anterior—:

"*La coordinación debería ser más conjuntamente entre SSB y empresa. Actualmente, la valoración y los criterios los marcan en su totalidad las trabajadoras sociales de los bases. En Álava, ha habido tendencia de centralizarlo, aunque actualmente se trabaja más conjuntamente. En otros territorios, en Bizkaia, por ejemplo, las trabajadoras sociales y coordinadoras de las empresas entran en los domicilios y proponen para cada caso la intensidad de horas, están con la familia y realizan un estudio. En Álava, esto no se hace, ni en Ayuntamiento ni en Diputación. Lo hacen las propias trabajadoras sociales de la Institución y ellas marcan. Cada tres meses se envía un seguimiento desde las empresas con las necesidades que se detectan, pero son las trabajadoras sociales de los SSB las que proponen".*

"Las trabajadoras familiares tendrían que estar en las reuniones de los servicios sociales y que sean mucho más parte activa de las coordinaciones, porque son los ojos de lo que ocurre en los domicilios y las que saben realmente la dinámica familiar y de la persona".

No obstante, en líneas generales las personas entrevistadas evalúan positivamente las coordinaciones que se establecen entre los y las profesionales y que son mantenidas a diario. Más allá del seguimiento trimestral más o menos protocolizado, se subraya que la calidad de la coordinación y, por ende, del servicio, depende en gran medida de la voluntad técnica de los y las profesionales que están en el caso, "de profesional a profesional". En cualquier caso, la coordinación se considera generalmente buena y personas usuarias y familiares opinan que existe dicha coordinación.

Para terminar, conviene señalar dos últimas aportaciones en torno a la coordinación. La primero hace referencia a que, actualmente, todas las coordinaciones y seguimientos se realizan telemáticamente, vía telefónica o correo electrónico. Sin embargo, se hace hincapié en que sería idóneo poder llevarlas a cabo de forma presencial y, así, recuperar el contacto entre diferentes agentes implicados en el programa del SAD. La sobrecarga de trabajo se menciona, en este sentido, como uno de los principales obstáculos para dicha estrategia.

La segunda es la importancia de no duplicar en la transferencia de la información. Se alerta de que las valoraciones que se realizan en los diferentes niveles de atención, en su conjunto, no se utilizan de forma eficaz y eficiente y que cuidar este aspecto serviría para agilizar los procesos de valoración del caso y los itinerarios administrativos que las personas usuarias y familiares tienen que recorrer para la gestión de diferentes servicios:

"La coordinación creo que ha mejorado y ha evolucionado positivamente durante los años. Al menos, entre las instituciones con las empresas y entidades. No obstante, mejoraría la coordinación en cuanto al traspaso de información. Es decir, que la información que se recoja

en Diputación a la hora de valorar la dependencia, por ejemplo, no se pierda; si el caso va a ser atendido desde el Ayuntamiento, que se pueda conocer lo recogido, siempre con la autorización de las familias y de las personas. Que se pueda acceder directamente a la información; igual que desde las residencias se puede acceder directamente. Y que tengamos también buena coordinación con los centros de salud, que también tienen datos. Agilizar el proceso y que, al final, se pierde mucha información. Una ventanilla que aglutine un poco toda la información. Si por ejemplo, una persona tiene teleasistencia, que sepamos que la tiene y coordinar con el Gobierno Vasco. Si se va a empezar a hacer seguimiento con personas con deterioro cognitivo, coordinarse y aprovechar, porque me parece que en lugar de duplicar, hay que coordinar".

3.6.2. Coordinación sociosanitaria

Además de la coordinación entre los servicios sociales de atención secundaria y los de atención primaria, la Administración Pública y las empresas y entidades, en las entrevistas también se abordó la coordinación con el sistema de salud dentro del sistema de protección social, a nivel macro, meso y micro. Si bien se han detectado algunos avances, fruto de las mejoras técnicas y políticas introducidas en la esfera sociosanitaria en los últimos años, existe unanimidad al afirmar que queda mucho por hacer en la coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sistema sanitario en el marco del SAD en Vitoria-Gasteiz. En efecto, según la información trasmitida en las entrevistas, se están detectando algunas necesidades que afectan directamente al SAD y que requieren de la puerta en marcha de recursos de ambos sistemas. Desde esta perspectiva, se juzga que el desarrollo de la esfera sociosanitaria ha sido más teórico que práctico:

"A nivel macro, es en papel, una propuesta o una idea, filosofía que no se ha llevado a la práctica".

"La coordinación sociosanitaria es insuficiente y es superimportante. Poner conjuntamente recursos a situaciones o casos".

"Con Osakidetza, relacionado con el SAD, hay menos coordinación. Da cierto miedo que sanidad meta competencias que no corresponden a servicios sociales".

"Cuesta abajo y sin frenos. Falta muchísimo por hacer. Hay un gran problema".

Una de las limitaciones fundamentales para el desarrollo de espacios de coordinación bilateral, en el marco del SAD, entre el sistema de servicios sociales y el sistema de salud, viene dada por la jerarquía existente entre ambas, tanto en el plano presupuestario como organizativo. No cabe duda que la mayor fragmentación del Sistema Vasco de Servicios Sociales frente a Osakidetza es una de las claves del problema. Asimismo, la ausencia de limitación de competencias entre ambos sistemas en el marco del SAD, en el interior de un sistema de protección social, es patente. En consecuencia, existe la preocupación generalizada de que el sistema sanitario, a nivel macro, sigue desconociendo el funcionamiento de los servicios sociales y que, desde dicha jerarquía, ciertas competencias que, según las personas informantes, deberían ser asumidas de este sistema, se vuelcan en los servicios sociales, cuando estos no disponen de los recursos necesarios para asumirlas:

"En la atención sociosanitaria, lo sanitario no acaba de asumir que es una base importante para generar un problema social y todos los problemas son sociales. Si una persona tiene un problema de salud mental, evidentemente va a tener problemas sociales. Pero si desde el ámbito sanitario no son capaces de reconocer sus propias competencias…".

"Es muy difícil que dos sistemas diferentes se pongan de acuerdo. Y, después, son dos sistemas que jerárquicamente están situados en una posición diferente. Entonces, salud es la que marca las directrices de lo que tienen que hacer los demás, y eso nunca sienta bien. Todo lo que no sea salud, se vuelca en los servicios sociales. Hay un problema en la coordinación en cuanto que son dos sistemas diferentes: presupuestariamente son diferentes; salud es un ente único estés donde estés; etc. Siempre tiene que haber un marco que facilite la coordinación. Ahora mismo,

la población que necesita un SAD, la gran mayoría presenta problemas sociosanitarios y, en este sentido, se tendría que contar con un SAD más integral y con un abordaje que pueda cubrir estas necesidades".

"Al sistema sanitario le cuesta entender las limitaciones que se tienen desde los servicios sociales para darle respuesta a las necesidades".

En la práctica totalidad de las entrevistas, se ha resaltado que estas carencias estructurales afectan directamente a nivel más meso. Se alerta de que, entre las personas que el SAD actualmente está atendiendo en el municipio de Vitoria-Gasteiz, cada vez hay más necesidades sociosanitarias en las que la parte sanitaria se queda menos cubierta y que, por ende, son necesarios recursos más sanitarios. A este respecto, se les planteó a las personas informantes en qué situaciones detectaban que esta ausencia de recursos sanitarios estaba afectando especialmente. Una de las situaciones fundamentales que mayormente preocupa a las personas consultadas es la generada tras las altas hospitalarias, como ya se ha mencionado. En este sentido, hay quien valora que hay demandas que se están quedando sin cobertura o atendidas insuficientemente[10]:

"El problema de las altas hospitalarias. Si doy el alta, ya es cuestión de los servicios sociales, pero claro, estos no te pueden dar ni un servicio de salud ni una vivienda. Entonces, no hay una visión global que tendríamos que mantener entre diferentes sistemas".

"Uno de los retos que el SAD tiene es atender a ciertas necesidades, como por ejemplo [a las necesidades surgidas en] los casos de las posthospitalizaciones. Actualmente, hay algunos casos a los que se les dice que no, pero la demanda llega. [La gestión de las posthospitalizaciones] cada vez es más complicada y las relaciones con el sistema de salud a veces son difíciles de cara a su gestión. Aquí hay que atender".

En las entrevistas, se destacan como fortalezas el Acuerdo de Colaboración entre Osakidetza y el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, entre las Unidades de Atención Primaria de Salud y los Servicios Sociales de Base firmado en 2013, así como un protocolo entre los SSB, la Diputación y las OSI. Sin embargo, también se informa de que las urgencias hospitalarias no están incluidas ("*Teníamos un protocolo de atención primaria con centros de salud y SSB. Pero hay lagunas. Ayuntamiento, SSB y Centros de Salud Atención Primaria y Diputación el suyo aparte, y están fuera los casos de urgencia hospitalaria. Nos revierten muchos casos. Se inició hace dos o tres años, para unificar protocolo entre instituciones y contemplar urgencias en el ámbito de salud").*

En esta línea, las personas que mayormente conocen estos protocolos de colaboración afirman que, en la práctica, a la hora de intervenir en casos concretos, no están permitiendo una coordinación fluida, y se apunta a la necesidad de operativizar estos canales. Además, de forma generalizada se asegura que estas relaciones bajo el paraguas del protocolo siguen supeditadas a la iniciativa profesional y que la calidad de aquellas varía de una zona a otra del municipio de Vitoria-Gasteiz, en función de los centros. A pesar de que la carga de trabajo de ambos sistemas de atención primaria se indica como uno de los obstáculos para explicar el escaso desarrollo sociosanitario a nivel de municipio, también se considera fundamental avanzar a nivel más micro:

"A través del protocolo entre SSB, Diputación y las OSI, se acordó que iba a ver que unos cauces de coordinación, pero en el día a día se complica. A nivel práctico, de trabajo conjunto con los casos, sí, pero no está muy fluido. Está protocolizado, pero no es fluido".

"[La coordinación de] los SSB con los centros de salud depende de los centros y zonas, y [de] la persona, pero existe coordinación. Antes, llamabas al centro de salud y solicitabas hablar con X profesional. Ahora, hay que solicitar dicha coordinación a través de, hay que comunicarlo a la responsable del SSB, un email al responsable del centro de salud, e igual ha pasado una

[10] A pesar de estas valoraciones, cabe recordar que para atender en caso de altas hospitalarias, existen varias vías que actualmente se aplican: el servicio de quiebra temporal en el SAD municipal, la dependencia sobrevenida en el SAD foral, así como la aplicación de vías excepcionales.

semana. Estamos protocolizando todo y lo que es sencillo, se complica. En el ámbito sociosanitario, está todo por hacer. A nivel de calle, no se está materializando".

"Depende del director del centro de salud, sí hacen reuniones con las entidades de la comunidad. En algunos centros de salud, está protocolizado, pero depende de las jefaturas y depende de los SSB. Pero eso no se ha extendido, porque surge de la iniciativa personal".

No obstante, las respuestas también se encaminan, como fortaleza, a rescatar que dicho protocolo ha permitido, en cierta manera, la existencia de una mayor coordinación entre los centros de atención primaria de ambos sistemas. En la misma línea, se informa de iniciativas positivas a nivel de intervención de caso, como son las visitas conjuntas a domicilios o avances en cuanto al control de la medicación a través de trabajo conjunto con los centros de salud y algunas farmacias de la comunidad. En este sentido, hay quien evalúa muy positivamente la aprobación de dicho protocolo:

"Existe un protocolo de colaboración entre servicios sociales municipales, base y específicos, con el sistema sanitario de atención primaria y otro con psiquiatría, de salud mental. Se establecen los canales y las vías. Se firmó en 2013 y abrió mucho camino. Depende de la zona, pero hay relación. Ante el desconocimiento del sistema sanitario sobre la gestión de los servicios sociales, no entendían muchas cosas y generaba enfados. El protocolo ha permitido cierta coordinación y explicación del funcionamiento. En este sentido, ha habido una evolución buena. Este protocolo abrió camino para trabajar de forma conjunta".

Por otro lado, a nivel micro, en los domicilios, las trabajadoras familiares encuentran muchas dificultades para realizar un seguimiento sanitario, a pesar del apoyo de los servicios de enfermería, que es puntual y no está integrado dentro del SAD. Más aún, según la información transmitida durante las entrevistas, las empresas, que al fin y al cabo son las prestadoras de SAD, no mantienen apenas coordinación con los centros de salud, labor que principalmente se materializa desde los SSB:

[Empresa] *"Desde las empresas no se coordina con centros de salud directamente, porque no tenemos ese margen de actuación".*

[Empresa] *"No se tiene apenas relación con la red sanitaria, excepto con salud mental. No hay mucha relación con los ambulatorios, no la necesaria y, sobre todo, no organizada y no institucionalizada. Lo que existe es por iniciativa profesional".*

Con todo, las personas informantes han identificado varias líneas de mejora en la esfera sociosanitaria, algunas más generales y otras más concretas:

- Protocolos o planes sociosanitarios. En el intento de evitar que las coordinaciones sociosanitarias queden supeditadas a la iniciativa profesional, se considera imprescindible crear protocolos para delimitar las competencias ante diferentes situaciones de necesidad, así como planes más operativos que abarquen e incorporen necesidades más concretas, como las altas hospitalarias o situaciones de urgencia:

  "De alguna forma, a través del establecimiento de planes conjuntos. Los protocolos de coordinación se tienen con Osakidetza y los centros de salud, pero falla una valoración conjunta de lo que se necesita o falta desde lo social y desde lo sanitario y hacer un plan conjunto. También a nivel de caso".

  "Sería ideal un SAD más sanitario. Aquí hay una vía muy interesante de abrir. Un protocolo conjunto e ir incorporando urgencias".

- SAD más sanitario. Indudablemente, se diagnóstica que ante las necesidades sociosanitarias cada vez más patentes entre las personas que se atienden en el marco del SAD, el actual servicio no cuenta con los recursos necesarios para cubrir estas demandas. Por ende, se plantea la posibilidad

de crear un SAD entre las hospitalizaciones a domicilio y el SAD actual para atender problemas más crónicos de salud:

"*Igual un SAD sociosanitario entre la hospitalización domiciliaria y un SAD. Teniendo en cuenta que el SAD es un servicio de apoyo, habría que ampliar, ser más flexibles en la atención y retomar este SAD también como un servicio público. Flexible tanto en qué gente entra, que está en riesgo, altas hospitalarias y respecto al contenido de la atención*".

- Formación sociosanitaria. Se identifica como una vía para avanzar hacia un SAD aún más sanitario, detectando los certificados de profesionalidad, así como las homologaciones insuficientes para tal fin.

- Equipos sociosanitarios con especial relevancia de la enfermería a domicilio. Otra de las vías hacia un SAD más sanitario, frecuentemente aludida durante las entrevistas, es la creación de equipos multidisciplinares dentro del SAD que cubran las necesidades tanto de salud mental como físicas. Para ello, se plantean figuras como médicos de atención primaria (MAP), psiquiatras, enfermeras, así como geriatras en caso de las personas mayores. En este sentido, se subraya que no se trata de que los servicios sociales establezcan estas figuras, sino de que el sistema sanitario asuma estas realidades y ponga los medios necesarios para cubrir las necesidades que también le competen como sistema:

  "Tendría que haber en el SAD un equipo de un médico, y sanitarios específicos para ir a los domicilios y hacer una valoración de determinadas situaciones, en coordinación con los médicos que atienden a las familias. En los servicios, la trabajadora familiar no puede valorar ciertas situaciones, solo comunicar lo que se observa. Esto sería muy importante".

  "Yo creo que el papel de todos los perfiles profesionales, MAP, psiquiatra, enfermeras, serían importantes, pero se echan en falta estas figuras, […] también otras, como geriatra. A lo mejor, resulta imprescindible que el sistema sanitario amplíe estas figuras para el SAD. No sería tanto que el Ayuntamiento contrate enfermeras, sino que, desde el sistema sanitario, se haga una apuesta por ello y que desde enfermería se hiciese una valoración de las actividades de la vida diaria. Que el SAD pueda integrar la figura de enfermería o geriatría, pero entiendo que no es competencia de los servicios sociales. Aun así, me parece imprescindible que haya equipos multidisciplinares de ambos sistemas, sanitario y de servicios sociales, que hagan una apuesta por ello. Y resaltando el papel que tiene la enfermería en cuanto a la valoración de las actividades de la vida diaria e instrumentales, para que se puedan conocer".

- Historias o sistemas de información sociosanitarias. En la línea de lo que se ha mencionado en la coordinación entre la Administración Pública y empresas y entidades, también se pone de manifiesto que el sistema sanitario debe participar compartiendo la información que tiene. Más concretamente, se resalta el papel de la enfermería para garantizar una valoración más integral de las necesidades:

  "*Creemos que la enfermería puede conocer muchas necesidades en las actuales problemáticas que se dan en las actividades de la vida diaria. Hay que hacer un seguimiento también a nivel sanitario. Y luego, también recabar esta información a la hora de hacer la valoración de la dependencia. Establecer procedimientos en la recogida de información que asegure una sistematización de la información, que no duplique, sino que cumplimente y agilice los procesos"*.

  [Familiar] "*Respecto a la valoración de la dependencia, siempre te piden el informe médico y le falta la mitad. Y me parece que los informes médicos son flojos. No están hechos en conciencia. Por ejemplo, mi madre tiene un brazo que apenas mueve, que casi no puede levantar la cuchara, y eso prácticamente no lo ponen en el informe médico. Entonces, cuando viene la de Diputación para hacerle la revisión, resulta que*

mi madre está en el salón y no pueden valorar el aspecto más físico y la valoración sanitaria. El informe médico que solicitan, o el/la MACP hacerlo mejor o tener más coordinación. Hacer hincapié en lo que verdaderamente falta".

- Intervención sociosanitaria comunitaria. Más allá de la intervención sociosanitaria en los domicilios, se ha rescatado la salud comunitaria como una parte fundamental de la intervención, debido al escaso desarrollo de esta en el municipio:

  "La salud comunitaria en esta ciudad *tiene muy poco desarrollo y no es algo que se impulse. Es una pena, porque el desarrollo comunitario a nivel preventivo y promocional es potente. Se debería promocionar más lo comunitario desde la Administración Pública. Lo comunitario es esencial, porque los centros no pueden ser meros contenedores de recursos y servicios, donde consumir una actividad y servicio. No somos una entidad privada, lo público tiene que crear canales de lo comunitario, que dos entidades o instituciones o sistemas preocupados por el mismo tema ponerlos en conexión y puedan hacer propuestas conjuntas de solución. Para eso, los centros se tendrían que convertir en facilitadores de, y no en prestadores de".*

- Creación de nuevos recursos sociosanitarios como alojamientos o centros residenciales sociosanitarios, tal y como se ha podido señalar en apartados anteriores. En Vitoria-Gasteiz existe la Unidad Residencial Sociosanitaria (URSS), sobre la cual hay quienes aseguran que desconocen hasta qué punto se hace una intervención social, que permanentemente tiene lista de espera y es de difícil acceso.

4. La asistencia domiciliaria en Europa: fórmulas organizativas, tendencias y buenas prácticas

4.1. Introducción

Como complemento al análisis de la situación del SAD en Vitoria-Gasteiz, este capítulo describe el funcionamiento y las tendencias de cambio del servicio de asistencia domiciliaria en el contexto internacional y, particularmente, en Europa. El objetivo de este análisis es el de conocer experiencias, innovaciones o buenas prácticas que puedan resultar útiles para la reorientación del SAD en Vitoria-Gasteiz.

Para ello, el capítulo se estructura en dos epígrafes principales.

- El primero describe el funcionamiento del SAD en cinco países de Europa: Francia, Escocia, Suecia, Holanda y Alemania. Se trata de países que representan modelos diferentes en lo que se refiere a la organización y la provisión de los Servicios Sociales y que permiten ofrecer una imagen global de las fórmulas existentes para la prestación del servicio. Para cada uno de esos países se ofrece un esquema similar de información: el marco general en el que se inserta el servicio, el funcionamiento y la financiación de la atención domiciliaria, los datos disponibles sobre la cobertura, la intensidad y el gasto destinado a este servicio, los requisitos establecidos para el personal que trabaja en los servicios de ayuda domiciliaria y los sistemas que se aplican en cada país para la autorización, acreditación y/o habilitación de las empresas proveedoras de servicios.

- El segundo epígrafe tiene un carácter algo más teórico, y recoge las tendencias, innovaciones y buenas prácticas que se pueden identificar en torno al SAD en los países de nuestro entorno. Dentro de ese epígrafe se diferencian las tendencias generales –tanto las que se consideran positivas como las que pueden ser más problemáticas− de lo que se puede entender como innovaciones o buenas prácticas, que en algunos casos no son sino una aplicación de las tendencias señaladas en el apartado anterior. Tanto unas como otras se han recogido de una revisión de la literatura publicada en relación al SAD en los últimos años (informes oficiales, artículos académicos, diseño y evaluación de proyectos de innovación…), así como del análisis realizado en el epígrafe anterior.

4.2. Organización de la atención domiciliaria en otros países de Europa

4.2.1. La atención domiciliaria en Francia

a) Marco general

El modelo francés de atención a la dependencia se articula desde hace casi 20 años a través fundamentalmente de una prestación económica denominada *Allocation Personnalisée d'Autonomie* (APA). Esta prestación presenta una doble modalidad, en función del lugar en el que se prestan los cuidados:

- Por un lado, la prestación dirigida a la atención en el domicilio, que constituye la opción predominante, con el 60% de los casos atendidos. La APA, en su modalidad a domicilio, financia las ayudas necesarias para facilitar el mantenimiento de la persona dependiente en el domicilio. Para ello, en función de la situación personal y las preferencias de cada persona beneficiaria, pueden financiarse mediante esta prestación tanto horas de asistencia domiciliaria como servicios de comida a domicilio, teleasistencia, trabajos de adaptación de la vivienda o adquisición de productos de apoyo y ayudas técnicas, etc.

- Por otro, la prestación dirigida al cuidado en centros residenciales, mediante la cual se cubre una parte del gasto que supone la estancia en un centro residencial.

La APA es una prestación no contributiva, financiada principalmente vía impuestos, de ámbito nacional y cuyas condiciones están por tanto definidas de manera idéntica en todo el territorio. Se trata además de una prestación de carácter universal, puesto que toda persona de edad avanzada residente legal en Francia puede acceder a la misma, sin que su percepción esté condicionada al nivel de recursos económicos de la persona beneficiaria. Ese carácter universal no impide en cualquier caso que los recursos económicos de la persona atendida se tengan en cuenta a la hora de establecer la cuantía de la prestación y, por tanto, la participación económica de la persona usuaria en la financiación de los servicios que recibe. Se trata además de una prestación dirigida únicamente a las personas mayores de 60 años[11].

Como se ha explicado, la APA se configura como una prestación personalizada, adaptada a las necesidades propias de la persona y a sus preferencias. Desde ese punto de vista, la libertad de elección de los servicios financiados mediante esta prestación y del tipo de proveedor del servicio de atención constituye un principio clave del sistema de atención a la dependencia francés, tanto en lo que se refiere a los servicios residenciales como a los servicios que se prestan a domicilio. El equipo sociosanitario que evalúa las necesidades de la persona solicitante y prescribe un plan individualizado con las prestaciones a las que tiene derecho la persona con dependencia beneficiaria de la APA no puede imponer el tipo de agente que prestará dichos servicios. Esta decisión recae en última instancia en la persona usuaria.

Desde el punto de vista competencial, el modelo de la APA tiene dos características básicas:

- Aunque la regulación general del sistema se realiza de forma centralizada por parte del Gobierno francés, la elaboración del plan de atención y el abono de la prestación es competencia de los Consejos Generales de los respectivos Departamentos o provincias.

- La prestación directa de los servicios de atención a domicilio, como se explica más adelante, puede realizarse tanto por parte de centros públicos municipales de servicios sociales, de empresas privadas o de entidades sin fin de lucro contratadas de forma directa o indirecta por la persona usuaria. Es la persona usuaria la que elige la entidad que quiere que le preste el servicio, en función de sus preferencias y de la oferta disponible en su zona. Esa oferta puede ser tanto pública como privada.

Es importante destacar también, en cualquier caso, que junto a la APA existen otras dos vías de acceso a los servicios de asistencia domiciliaria, especialmente para personas autónomas o con niveles de dependencia reducidos:

[11] El sistema francés organiza de manera separada la protección de las personas mayores dependientes, de modo que las personas jóvenes y adultas con discapacidad aceden a otra prestación especial para compensar la pérdida de autonomía (PCH *prestation de compensation du hándicap*, con condiciones de acceso más exigentes pero con servicios y cuantías más favorables que la APA).

- Las cajas del seguro de jubilación ofrecen a las personas aseguradas algunos servicios de asistencia domiciliaria, dependiendo de los recursos económicos y el grado de dependencia de la persona asegurada.

- Los ayuntamientos y centros comunales de acción social ofrecen a las personas autónomas o con niveles de dependencia reducidos que no se benefician de la APA y tienen ingresos bajos[12] servicios de atención domiciliaria básicamente orientados a las tareas domésticas o menajeras. La prestación puede abonarse tanto directamente a la entidad prestadora del servicio –que debe estar habilitada o acreditada por el Departamento− como a la persona usuaria, para que a su vez contrate el servicio requerido, y se establece en algunos casos un cierto nivel de copago, dependiendo de los departamentos[13].

Finalmente, es necesario también hacer referencia a la existencia de los servicios de asistencia de enfermería a domicilio (SSIAD), que atienden necesidades eminentemente sociosanitarias.

b) Funcionamiento y financiación de la APA a domicilio

El funcionamiento de la APA a domicilio se deriva de dos elementos relativamente independientes:

- Por una parte, la elaboración de un plan de atención individualizado, en el que se establecen, en función del grado de dependencia y de las necesidades y preferencias individuales de la persona atendida, una serie de prestaciones específicas y su cuantificación. En el caso del SAD, en ese plan se establece el número máximo de horas de atención subvencionadas.

- Por otra parte, la determinación de la cuantía de la prestación o, expresado a la inversa, la parte del coste total del paquete de atención que debe ser financiado por la persona usuaria. Como antes se ha señalado, el acceso a la prestación no está condicionado por el nivel de recursos económicos, aunque sí lo está la cuantía de la prestación. La cantidad percibida se modula en función del grado de dependencia y de los recursos económicos de la persona, de modo que la aportación de la persona usuaria oscila entre el 0% −en el caso de contar con ingresos inferiores a 803 euros mensuales− y el 90% −para personas con una renta mensual superior a 2.995 euros− del coste total del paquete. Las personas con ingresos entre 803 y 2.995 abonan una parte que oscila entre el 0% y el 90% del coste del paquete de servicios. Es importante señalar que el coste del paquete se refiere al coste del paquete subvencionado a partir de la tarifa fijada por el Departamento[14]. Si la persona usuaria accede a un servicio que aplica una tarifa superior, o consume más horas de atención de las establecidas en el paquete de atención, la diferencia será abonada directamente por la persona usuaria.

  Por otra parte, la cuantía máxima de la APA tiene unos límites determinados, en función del grado de dependencia, que oscilan entre los 674 euros mensuales en el caso de las personas con un grado menos severo de dependencia (GIR 4) y los 1.742 para las personas con dependencia más severa (GIR 1).

La prestación puede ser abonada directamente a la entidad que presta el servicio de asistencia domiciliaria o bien a la persona usuaria mediante los denominados cheques de empleo (CESU) que la persona usuaria utiliza a su vez para abonar el servicio a la empresa proveedora.

[12] El umbral se sitúa en los 903 euros en el caso de una persona sola y 1.402 en el caso de una pareja.

[13] Se establece también en estos casos un sistema de reconocimiento de deuda cuando los bienes dejados en herencia al fallecimiento superan los 46.000 euros.

[14] Según un estudio realizado en 2018 por la Federación Francesa de Servicios a la Persona y de Proximidad (FEDESAP), el importe medio de la subvención abonada por los departamentos era de 19,3 euros por hora de atención. El coste medio facturado por las empresas ascendía a cerca de 25 euros. Las estadísticas oficiales recogen una cuantía media subvencionada muy similar, aunque algo menor (18,3 euros hora).

En lo que se refiere a la prestación de los servicios de atención domiciliaria en el marco de la APA, la persona beneficiaria puede, en principio, elegir entre:

- Un servicio público o privado autorizado por el Departamento, que interviene bien como prestatario del servicio (*prestataire*) o bien como intermediario *(mandataire*).
    - En el primer caso, la entidad presta directamente el servicio mediante su personal. La entidad ha de establecer unas tarifas previamente aprobadas por el Departamento y estar habilitada para la prestación del servicio, así como cumplir con el marco de evaluación de la calidad establecido (ver último epígrafe).
    - En el segundo caso, la persona perceptora de la APA es quien emplea a la persona enviada por el servicio de atención a domicilio, que se limita a desempeñar un papel de intermediación entre ambas partes (selección, seguimiento, gestiones administrativas, etc.).
- Contratar libremente a una persona profesional o incluso a un familiar, excepto esposo/a o persona con la que convive.

El plazo legal entre la solicitud y la decisión de atribución de la APA es de 2 meses, lo que implica una gestión muy ágil. Transcurrido este plazo, el *Conseil Dépàrtamental* tiene que atribuir una cuantía fija, con carácter temporal, así que no resulta legalmente posible que haya listas de espera de solicitudes no satisfechas durante meses.

Los denominados *services à la personne* (una veintena de servicios a domicilio categorizados por el gobierno central y destinados a personas mayores, personas con discapacidad y menores de 3 años, entre los que se incluye el SAD), permiten además una reducción o crédito fiscal del 50% para las personas usuarias. En el caso de las personas beneficiarias de la APA, el crédito fiscal se calcula a partir de los gastos realizados en servicios a la persona, tras la deducción de la propia prestación APA. Se pretende con ello hacer aflorar el trabajo doméstico sumergido.

c) Datos generales sobre cobertura, gasto e intensidad de la APA a domicilio

De acuerdo a los datos publicados por el Ministerio francés de las Solidaridades y la Salud, con cerca de 777.000 personas usuarias, la cobertura de la APA a domicilio equivale al 5,8% de la población mayor de 65 años. El gasto público destinado a esta prestación supera los 3.500 millones de euros, que suponen 264 eros por cada persona mayor de 65 años y 4.549 por cada persona usuaria de la prestación. La APA a domicilio supone el 58% del gasto y de las personas beneficiarias de la APA en su conjunto (sumadas la prestación a domicilio y en residencias)[15].

Tabla 6. Cobertura y gasto relativo a la APA a domicilio

	Personas usuarias	Cobertura (% mayores de 65)	Gasto (en miles de euros)	Gasto por persona beneficiaria
Total APA	1.325.632	9,93	6.023.028	4.544
APA domicilio	777.629	5,82	3.537.510	4.549
APA residencias	548.003	4,10	2.451.604	4.474

Fuente: Elaboración propia a partir de datos DREES.

Del coste total de la prestación a domicilio, un 92% se orienta al pago de los servicios de asistencia domiciliaria y un 75% al pago de los servicios prestados por una entidad proveedora externa (prestataria). Sólo el 13% del gasto se destina al pago de servicios por parte de personas directamente contratadas por la persona usuaria.

[15] El gasto por persona usuaria es prácticamente el mismo, si bien debe tenerse en cuenta que el gasto público en residencias incluye en Francia otras fuentes de financiación, como las prestaciones de vivienda o garantía de ingresos que reciben una parte de las personas usuarias para la financiación del gasto de alojamiento y manutención y el gasto que financia el Seguro de Salud para la cobertura de los gastos sanitarios que se realizan en los centros residenciales.

En lo que se refiere al perfil de las personas usuarias, el 58% tienen el nivel menos severo de dependencia de los cuatro que dan derecho a la prestación[16] y el 86% tienen más de 75 años.

Tabla 7. Beneficiarios de la APA a domicilio por grado de dependencia y edad

	Personas usuarias	Distribución (%)
GIR 1	18.000	2,3
GIR 2	128.000	16,8
GIR 3	172.000	22,5
GIR 4	448.000	58,5
Total	766.000	100,0
60-74 años	107.000	14,0
75-89 años	467.000	60,9
Más de 90 años	192.000	25,1
Total	766.000	100,0

Fuente: Elaboración propia a partir de datos DREES.

Finalmente, en lo que se refiere a la cuantía del paquete de atención establecido y la participación económica de la persona usuaria, el paquete medio se cuantifica en 551 euros mensuales, de los que un 21% son financiados por la persona usuaria[17]. La práctica totalidad de la prestación se destina al pago de horas de atención, si bien un 10% se destina a otros servicios o actividades, como ayudas técnicas o comidas a domicilio. El coste medio del paquete difiere en cualquier caso de forma notable en función del grado de dependencia, puesto que oscila entre los 370 de las personas con GIR4 y los 1.270 euros de las personas con GIR1.

A partir de los datos publicados por la DREES, la intensidad media del servicio puede estimarse en unas 29 horas mensuales, que ascienden hasta 68 en el caso de las personas con dependencia más severa.

Tabla 8. Indicadores económicos relativos al APA a domicilio por grado de dependencia (2017)

	Coste medio	Aportación persona usuaria (%)	% del plan destinado a la ayuda a domicilio	Intensidad media (horas mensuales)	Tarifa subvencionada
Total	560	21,0	90,0	29	18,3
GIR 1	1.270	16,0	89,0	68	17,7
GIR 2	960	19,4	89,0	50	18,1
GIR 3	670	20,0	90,0	34	18,3
GIR 4	370	21,8	91,0	19	18,5

Fuente: Elaboración propia a partir de datos DREES.

d) Contenidos del servicio

Las actividades o tareas que se desarrollan en el marco de la asistencia domiciliaria financiada a través de la APA son las siguientes:

- limpieza y lavandería,
- ayuda para levantarse y acostarse
- ayuda con el baño,

[16] El sistema francés de valoración de la dependencia establece otros dos niveles aún menos severos de dependencia, que no tienen sin embargo acceso a esta prestación.

[17] Ese porcentaje depende en gran medida de los recursos de la persona. En el caso de las personas con ingresos de entre 2.000 y 2.500 euros el porcentaje es del 55% y por encima de esa cantidad del 75%.

- ayuda con las compras,
- preparación y ayuda en la ingesta de alimentos,
- acompañamiento en actividades de ocio.

La APA a domicilio puede ser utilizada además para la contratación de servicios de teleasistencia, distribución de comida a domicilio, adquisición de ayudas técnicas o realización de reparaciones en el hogar.

e) Requisitos establecidos para el personal que trabaja en los servicios de ayuda domiciliaria

Todas las personas que prestan servicios de asistencia domiciliaria mediante entidades, ya sean públicas o privadas, deben disponer de una titulación específica, que no se exige sin embargo a las personas contratadas directamente para la prestación del servicio. El título de referencia para ejercer esta profesión es Diploma de Acompañante Educativo y Social (*Diplôme d'État d'accompagnant éducatif et social - DEAES)*, especialidad "acompañamiento de la vida en domicilio", regulado por el Decreto nº 2016-74 de 29 de enero 2016. El Decreto nº 2016-74 señala que el diploma de Acompañante Educativo y Social certifica las competencias necesarias para realizar un acompañamiento social a diario, con el objeto de compensar las consecuencias de una discapacidad –independientemente de su origen o naturaleza–, o las dificultades vinculadas a la edad, a la enfermedad, o al modo de vida, o las consecuencias de una situación social de vulnerabilidad, para permitir a la persona definir y llevar a cabo su proyecto de vida.

Existen otras titulaciones que permiten ejercer esta profesión, siempre y cuando estén inscritas en el repertorio nacional de certificados profesionales y acrediten disponer de competencias en el ámbito sanitario, médico-social o social. Entre estas titulaciones se encuentran las siguientes:

- Certificado de Agente de Acompañamiento de las Personas Mayores y de las Personas Dependientes (Agent d'accompagnement auprès des personnes âgées et des personnes dépendantes - AAPAPD) regulado por la Orden de 12 de julio 2010.
- Título profesional de Asistente de Vida en las Familias (Assistant/e de vie aux familles - ADVF) establecido por la Orden de 16 de marzo 2011.
- Asistente de vida/dependencia (*Assistant(e) de vie dépendance*) regulado por *Arrêté du 8 juillet 2009 publié au Journal Officiel du 21 juillet 2009 portant enregistrement au répertoire national des certifications professionnelles. Enregistrement pour quatre ans, au niveau V, sous l'intitulé Assistant(e) de vie dépendance avec effet au 21 juillet 2009 jusqu'au 21 juillet 2013*.
- Certificado de Auxiliar de Gerontología (*Auxiliaire de gérontologie*), regulado por la Orden de 8 de julio 2009.
- Diploma de Ayuda a Domicilio (*Mention Complémentaire Aide à domicile*), regulado por la Orden de 10 de septiembre 2004.
- Formación profesional Acompañamiento, Cuidados y Servicios a la persona (*Brevet d'études professionnelles Accompagnement, soins et services à la personne*), regulada por la Orden de 18 de agosto 2011.
- Diploma de Técnico en Intervención Social y Familiar (*Diplôme d'Etat de technicien de l'intervention sociale et familiale*), regulado por el Decreto nº 2006-250 de 1 de marzo 2006.

En cualquier caso, los y las profesionales que no cuenten con un certificado pueden ejercer como acompañantes educativos y sociales si se da alguna de las siguientes condiciones**:**

- Disponer de una experiencia profesional de un año en el ámbito sanitario, médico-social o social. A toda persona, independientemente de su edad, su nacionalidad y su nivel formativo, que justifique como mínimo un año de experiencia se le otorgará un certificado de Validación de Experiencia Adquirida (VAE).

- Cursar una formación que da derecho a un diploma (*formation diplômante*) o, como mínimo, una formación de adaptación al empleo, en los seis meses posteriores a la contratación.

- Cursar o haber cursado una formación en alternancia (dispositivo que permite alternar la formación teórica con la experiencia práctica) en el ámbito sanitario médico-social o social.

f) Autorización, acreditación y/o habilitación de las empresas proveedoras de servicios

La acreditación para la prestación de los servicios de asistencia domiciliaria se articula en Francia mediante, fundamentalmente, dos procesos: la autorización y la habilitación.

Las entidades que prestan servicios de atención a domicilio deben en primer lugar someterse a un proceso de autorización. Los Consejos Departamentales son los responsables de la autorización de las entidades que prestan servicios en modo prestatario –es decir, mediante personal propio−, mientras que recae en el prefecto o delegado del Gobierno central la autorización (*agrément*) de los servicios a domicilio destinados a personas con dependencia, en la modalidad mandatoria[18].

La autorización supone en realidad tres autorizaciones diferentes: la autorización para la realización de las actividades de asistencia domiciliaria en un territorio determinado, la autorización para poder prestar servicios a las personas beneficiarias de la APA (en caso de no haberse realizado un proceso de habilitación) y la autorización para intervenir con beneficiarios de las ayudas sociales departamentales, que se traduce en las distintas tarifas que estas entidades pueden aplicar.

Habitualmente, la autorización de nuevas entidades se realiza como resultado de una convocatoria abierta de la administración competente, especialmente en el caso de que desee ampliar el número de entidades prestadoras de los servicios. Sin embargo, al menos hasta 2022, en el caso de las entidades que prestan servicios de ayuda a domicilio la demanda de autorización puede partir de las propias entidades, sin necesidad de depender de convocatorias o licitaciones específicas. En todo caso, la autorización se concede si el proyecto es compatible con los objetivos y necesidades sociosanitarias definidas en la planificación departamental, que se elabora cada cinco años, y si su presupuesto se enmarca en las previsiones presupuestarias del Departamento.

Además, al objeto de regular esa autorización, la Orden del 26 de diciembre de 2011 establece las condiciones técnicas mínimas de organización y funcionamiento que las entidades deben cumplir:

- Marco general de intervención (respeto a la intimidad y elecciones de la persona, respeto al ejercicio de derechos y libertades, conocimiento del contexto local, garantía de una prestación de calidad, mantenida en el tiempo y justificar su efectividad en el marco de los controles y procedimiento previstos a tal efecto, etc.).

- Acompañamiento (acogida de la persona acompañada, análisis de la demanda y propuesta de una intervención, consentimiento de la persona acompañada…).

- Seguimiento (designación de una persona interlocutora de referencia dentro del servicio, evaluación periódica de la situación individual, tratamiento de quejas, detección de situaciones de maltrato…)

- Selección y cualificación de personal, tal y como se señala en el punto anterior.

[18] Como antes se ha explicado, en la modalidad mandatoria la persona usuaria contrata directamente al profesional que realiza la prestación en domicilio, de entre aquellas candidaturas que el organismo mandatario selecciona y presenta.

- Mejora continua de la prestación. La entidad responsable debe:
    - Mantener al día un histórico de las intervenciones llevadas a cabo,
    - Disponer de una Carta de Calidad y/o adherirse a la Carta Nacional de Calidad de servicios a la persona (*Charte nationale de qualité des services à la personne)*,
    - Realizar, al menos una vez al año, una encuesta de satisfacción entre las personas usuarias,
    - Realizar, al menos una vez al año, un seguimiento interno del cumplimiento de los términos establecidos en el *Cahier des Charges* y de la Carta de Calidad.
    - Tomar en cuenta las Recomendaciones de buena práctica de la *Haute Autorité Santé* (antes ANESM) sobre la atención a personas mayores o con discapacidad.

Como se ha señalado, el proceso de autorización es diferente del proceso de habilitación. La habilitación implica la posibilidad de prestar servicios a personas beneficiarias de las ayudas sociales del departamento, aplicando una tarifa máxima fijada por el Departamento. Las organizaciones sujetas a habilitación deben someterse a una evaluación externa. Los resultados de esta evaluación se transmiten a la autoridad regional competente, al menos seis meses antes de la fecha de renovación, dado que la renovación de la habilitación está supeditada a los resultados de la evaluación externa.

g) Otras fórmulas de atención domiciliaria en Francia

Previamente se ha señalado que las tareas domésticas pueden esta cubiertas en Francia, para determinados tipos de usuarios, por los Departamentos, en el ejercicio de sus competencias en el marco de la acción social. Ademas, cabe también hacer referencia dos modalidades de SAD sociosanitario relativamente extendidas en Francia:

- Los Servicios de Cuidados de Enfermería a Domicilio (SIIAD) son financiados por el Seguro de Salud y ofrecen, tras la correspondiente prescripción médica, servicios de enfermería domiciliaria a personas dependientes y/o con discapacidad. Sus intervenciones tienen los siguientes objetivos:
    - evitar la pérdida de autonomía,
    - evitar la hospitalización,
    - facilitar el regreso a casa después de la hospitalización,
    - retrasar la entrada a una institución residencial.

    Estas intervenciones pueden ser a corto, medio o largo plazo, dependiendo del estado de salud y las necesidades del paciente. La SSIAD puede intervenir 7 días a la semana si es necesario.

- Los Servicios Polivalentes de Ayuda y Cuidados a Domicilio (SPASAD) constituyen una mezcla de SAD convencional y SAD de enfermería. En el marco de ese sistema, los cuidados de enfermería son gratuitos y se prestan bajo prescripción médica , mientras que los cuidados no correspondientes al ámbito médico pueden ser financiados por la APA, las cajas del seguro de jubilación o por la propia persona usuaria.

4.2.2. La atención domiciliaria en Escocia

a) Marco general

El modelo de prestación del servicio de atención domiciliaria en Escocia se caracteriza por cuatro elementos principales:

- Desde el punto de vista competencial, Escocia goza de un amplio margen de maniobra para la articulación de sus políticas sociales y sociosanitarias. En ese marco, los servicios para las personas mayores dependientes son prestados y financiados por los ayuntamientos o *local authorities* (que tienen un tamaño medio muy superior a los ayuntamientos españoles), en coordinación con el Servicio Nacional de Salud (NHS). La gestión de los servicios se realiza, por otra parte, mediante los denominados *Health and Social Care Partnerships*, diseñados para facilitar una mejor coordinación de la atención social y sanitaria. La autonomía de los municipios, por otra parte, es elevada, tanto en lo que se refiere a los criterios de acceso a las diversas prestaciones como en lo que se refiere al contenido de las prestaciones o al establecimiento de las tarifas a las personas usuarias, dentro del marco general establecido por la administración regional y por la administración central.

- Otro de los elementos esenciales en el marco escocés es la importancia concedida a la autonomía y autodeterminación de las personas usuarias, que se materializa mediante la introducción en 2014 del sistema de *Self Directed Support* o Apoyo Autodirigido. Como se explica más adelante, en Escocia el grueso de los servicios sociales para personas adultas y mayores se presta mediante este sistema, según el cual las autoridades locales están obligadas a ofrecer a las personas con derecho a la recepción de servicios sociales cuatro opciones diferentes: una prestación económica (*direct payment*) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa; un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria; un servicio de atención directa gestionado (aunque no necesariamente prestado) por la autoridad local; o una combinación de las tres opciones anteriores.

- El tercer elemento es el marco de regulación, inspección, evaluación y estandarización de la atención que desarrolla una agencia específica −llamada *Care Inspectorate*− a partir, entre otros elementos, de los estándares de calidad establecidos en 2018.

- Por último, es necesario destacar la gratuidad de los servicios de cuidado personal establecidos en el marco de los servicios de asistencia domiciliaria. Así, mediante el llamado *free personal care* las personas mayores de 65 años reciben cuidados personales de forma gratuita en el marco de los servicios de asistencia domiciliaria, estableciéndose un pago –en función de la renta− únicamente para los servicios de atención doméstica o menajera.

b) Funcionamiento y financiación de la asistencia domiciliaria

Como se ha señalado previamente, los servicios para las personas adultas y mayores dependientes se gestionan desde los municipios escoceses, que trabajan de forma conjunta con las autoridades sanitarias en los denominados *Health and Social Care Partnerships*[19]. No existe un baremo único de acceso al sistema, y cada municipio o partenariado sociosanitario establece los requisitos de acceso y los criterios para la asignación de los servicios, así como el contenido de la valoración. En todo caso, el proceso de valoración tiene en cuenta tanto las necesidades específicas de la persona y sus limitaciones funcionales, como la disponibilidad de redes de apoyo y los deseos o expectativas de la persona usuaria en relación a los servicios que desea recibir.

Como se ha señalado previamente, una vez se realiza la valoración, la persona usuaria puede ejercer su derecho a recibir los apoyos que desea de cuatro formas diferentes, en el marco del *Self Directed Support* antes señalado:

- mediante una prestación económica (*direct payment*) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para la contratación y el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa;

[19] Existen 31 organismos de este tipo en Escocia y cada uno de ellos agrupa al Servicio Nacional de Salud y la autoridad local correspondiente para la gestión de los servicios sociosanitarios. Las formas de integración de los servicios sociales y sanitarios son diferentes en cada uno de ellos, con funciones, competencias y tareas diferentes, en función de la realidad de cada zona o comarca.

- mediante un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria. En esa opción, el municipio establece el presupuesto destinado a cada persona, la persona usuaria elige a la entidad proveedora de los servicios y el municipio contrata la gestión de los mismos.

- mediante un servicio de atención directa gestionado (aunque no necesariamente prestado) por la autoridad local. En ese caso, la autoridad local responsable puede recurrir tanto a una empresas privada, una entidad sin fin de lucro, como a la prestación directa de los servicios con sus propios recursos.

- mediante una combinación de las tres opciones anteriores.

En el ejercicio de 2018/2019 un total de 105.2805 personas accedieron a este sistema de apoyo autodirigido, de las cuales más de 70.000 eran personas mayores de 75 años. De las cuatro opciones planteadas, la mayoritaria fue la opción por los servicios de atención directa contratados por la administración, que entre las personas mayores fue elegida por cerca del 90% de las personas afectadas. Entre los menores de 18 años, por el contrario, el 54% optó por la prestación económica y entre las personas de entre 18 y 64 años, el 71% lo hicieron por el servicio de atención directa.

La opción por uno de estas modalidades en cierto modo independiente del tipo de servicio utilizado, ya que además de atención domiciliaria pueden utilizarse otros servicios como estancias de respiro o ayudas técnicas. De todos los servicios elegidos mediante estas opciones, cerca del 10% estaban orientados a la atención doméstica y cerca del 50% a los cuidados personales. El resto se refieren a equipamientos y ayudas técnicas, apoyo socioeducativo y recreativo, respiro, comidas a domicilio y apoyo para la vida independiente.

Las 105.000 personas usuarias del modelo de *Self Directed Support* representan, en cualquier caso, en torno al 40% de las 205.000 personas usuarias de servicios sociales a lo largo del año en Escocia, de forma que cabe pensar que un número considerable de personas acceden a los servicios de cuidado de forma directa, sin posibilidad de realizar las opciones previamente señaladas.

Al margen de la vía de acceso al sistema de cuidados, como antes se ha señalado, el componente de cuidados personales es gratuito en los servicios de asistencia domiciliaria para toda la población mayor de 65 años con necesidades de atención, independientemente de su renta. Por el contrario, la atención doméstica está sujeta a copago, con criterios y normas diferentes en función del municipio, al igual que el uso de los servicios de atención diurna. En todo caso, la atención doméstica es también gratuita para las personas mayores con ingresos inferiores a un umbral determinado (16.250 libras, en 2018).

c) Datos generales sobre cobertura, intensidad y gasto destinado a los servicios de asistencia domiciliaria

En el ejercicio de 2018/2019, recibieron servicios de atención domiciliaria en cerca de 60.000 personas, frente a 66.000 en 2010. Se trata del número de personas de cualquier edad usuarias de servicios de atención domiciliaria en un momento dado del año. En lo que se refiere a la intensidad media del servicio, ha pasado de 40 horas mensuales en 2010 a 47 en 2015. En 2019, 93% de esas horas se destinan a atención personal y el resto a atención doméstica.

Tabla 9. Evolución del número de personas usuarias y cobertura de los servicios de atención domiciliaria en Escocia (2010-2019)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019
Usuarios	66.225	63.460	62.830	61.070	61.735	61.500	59.775	59.640	59.810	59.885
Cobertura (% población)	1,26	1,20	1,18	1,15	1,15	1,14	1,11	1,10	1,10	1,10
Número de horas*	632,2	607,4	627,4	631,1	678,9	700,3	676,5	696,6	704,8	734,2
Intensidad media (mes)	40,9	39,3	40,6	40,8	43,9	45,3	43,8	45,1	45,6	47,5

Tabla 9. Evolución del número de personas usuarias y cobertura de los servicios de atención domiciliaria en Escocia (2010-2019)

	2010	2011	2012	2013	2014	2015	2016	2017	2018	2019

Fuente: Public Health Scotland. Social Care Insights Dashboard. *En miles

Los datos de la tabla siguiente se refieren a la población mayor de 65 años en el año 2019, último de los años para los que existen datos. De acuerdo a los datos de la tabla, la cobertura entre las personas de 65 y más años equivale al 4,7% de la población, con tasas que oscilan entre el 1,6% en el caso de los que tienen entre 65 y 74 años y 15,8% entre los mayores de 85 años. La intensidad media es de 8,8 horas semanales, lo que equivale a 38 horas mensuales. Además, de acuerdo a los datos recabados, el 31% de las personas usuarias recibe más de 10 horas de atención a la semana y entre el 55% y el 69%, dependiendo del tramo de edad, reciben junto a la asistencia domiciliaria servicios de teleasistencia.

Tabla 10. Indicadores sobre cobertura y titularidad del SAD para personas mayores de 65 años en Escocia (2019)

	65-74	75-84	Más de 85	Total
Número	9.310	19.270	20.035	48.615
Cobertura (%)	1,6	5,7	15,8	4,7
Intensidad (media de horas mensuales)*	–	–	–	38,1
Menos de 2 horas de atención semanal	15,0	16,1	14,8	15,4
Entre 2 y 4 horas de atención semanal	19,6	19,7	16,9	18,5
Entre 4 y 10 horas de atención semanal	32,1	35,1	35,8	34,8
Más de 10 horas de atención semanal	33,3	29,1	32,6	31,4
% de atención personal	94,5	97,3	97,4	–
% con teleasistencia	55,3	62,9	69,4	–

Fuente: Public Health Scotland. Social Care Insights Dashboard. *El dato se refiere al ejercicio 2017/2018.

En lo que se refiere al gasto destinado a los servicios de atención domiciliaria, se estima que en el ejercicio 2017/2018 se destinaron un total de 381 millones de libras (421 millones de euros) para los cuidados personales de personas que residen en sus domicilios, lo que representa un gasto de 8.944 euros por persona usuaria y 421 euros por persona mayor de 65 años[20]. El coste hora asciende a 19,5 euros. Al coste señalado deben añadirse otros 69 millones de libras destinados al pago de los servicios de atención doméstica, con lo que el gasto total se sitúa en los 450 millones de libras.

Finalmente, en lo que se refiere al tipo de proveedores de los servicios, el 42% de las personas atendidas lo están por un proveedor de servicios de titularidad pública (ya sea un ayuntamiento, el servicio de salud o uno de los partenariados sociosanitarios antes señalados), y el 45% por una empresa privada. Sólo el 3,5% de las personas atendidas reciben servicios de entidades del tercer sector.

Tabla 11. Distribución de las personas usuarias de SAD mayores de 65 años por tipo de proveedor del servicio en Escocia (2019)

	65-74	75-84	Más de 85	Total
Entidad pública y empresa privada	6,9	7,5	8,1	7,6
Entidad pública y tercer sector	0,8	0,7	0,7	0,7
Entidad pública	40,1	43,4	41,6	42,0
Empresa privada	44,6	44,7	46,3	45,3
Tercer sector	6,4	2,9	2,6	3,5
Otras combinaciones	1,2	0,7	0,7	0,8

Fuente: Public Health Scotland. Social Care Insights Dashboard

20 Free personal and nursing care in Scotland 2017-2018: figures

d) Contenidos del servicio

Los servicios de asistencia domiciliaria cubiertos por el sistema *de Free personal care* (es decir, gratuitos para las personas mayores de 65 años con dependencia) son los siguientes.

- Higiene personal (baño, afeitado, higiene oral y cuidado de las uñas).
- Asistencia personal (ayuda para acostarse y levantarse, vestirse y desvestirse, ayuda para el uso correcto de los dispositivos médicos y ayudas técnicas, ayuda para la movilidad).
- Gestión de la incontinencia (limpieza, cuidado de catéter y estoma, cuidado de la piel, lavado de ropa y cambio de cama).
- Preparación de alimentos y servicios dietéticos (asistencia en la preparación de comidas y atención a las necesidades dietéticas especiales).
- Apoyo en el uso de ayudas técnicas y productos de apoyo (suministro de equipos y adaptación del hogar del cliente para ayudar con la inmovilidad y para facilitar tareas como bañarse, subir y bajar escaleras y la movilidad general en el hogar del receptor de los cuidados).
- Tratamientos médicos básicos (administración de medicamentos, aplicación de cremas y lociones, cambio de vendajes simples, oxigenoterapia, etc.).
- Apoyo psicológico, terapias conductuales básicas y gestión del comportamiento.

Como se ha señalado previamente, dentro de la categoría de la asistencia domiciliaria se incluyen también otras actividades o tareas que pueden ser contempladas en el paquete de atención, como equipamientos y ayudas técnicas, apoyo socioeducativo y recreativo, servicios de respiro, comidas a domicilio y apoyo para la vida independiente.

e) Dotación de personal y requisitos establecidos para el personal que trabaja en los servicios de ayuda domiciliaria

De acuerdo a los datos del *Scotish Social Services Council*, en septiembre de 2020 el número de profesionales registrados en el ámbito de los servicios sociales en Escocia ascendía a 166.258 personas, en un total de 7.613 servicios diferentes. Los puestos u ocupaciones totales ascienden a 225.000, en la medida en que una misma persona puede estar registrada en más de una ocupación diferente.

Tabla 12. Número y distribución del personal en los servicios sociales en Escocia (2020)

	Número	% distribución	% con cualificación
Personal de servicios de atención domiciliaria	62.871	27,8	65,5
Directores/as de servicios de asistencia domiciliaria	1.465	0,6	48,2
Supervisores/as de servicios de atención domiciliaria	4.217	1,9	60,5
Trabajadores/as de servicios de asistencia domiciliaria	57.189	25,3	66,3
Personal de servicios residenciales	44.933	19,9	57,5
Personal de otros servicios	118.171	52,3	42,9

Fuente: Scotland Social Services Council

De acuerdo a los datos de la misma entidad, si se suma el número total de personas empleadas en las entidades que ofrecen (exclusivamente o en combinación con otros servicios de asistencia personal) servicios de asistencia domiciliaria, el total de personas empleadas asciende a cerca de 59.000, de las que el 25% dependen de entidades públicas, el 28% de entidades privadas y el 48% de entidades del Tercer Sector. En torno al 40% de esa población trabaja a jornada completa y el 74% tiene un contrato de trabajo permanente.

En lo que se refiere al marco que regula a los/as profesionales del sector, la principal figura es la denominada *care worker* o cuidador/a, que incluye otras denominaciones *como care assistant, support worker, nursing home assistant*, etc. Aunque el puesto no requiere necesariamente una formación específica, se requiere habitualmente contar con un certificado de formación profesional (*Diploma in Health and Social Care*, nivel 2 o 3). El nivel 2 de esta formación contempla 46 créditos y una duración de entre 4 y 6 meses, y está abierto a personas sin experiencia previa en la materia, mientras que en el caso del nivel tres se debe contar con experiencia previa, al menos como voluntario/a, en el sector de los cuidados. Se trata en ambos casos de modelos de formación en alternancia, ya que tanto la formación como los exámenes se realizan en un centro de trabajo.

f) Autorización, acreditación y evaluación de los servicios

Los procesos de autorización, acreditación y evaluación de los servicios de asistencia domiciliaria –al igual que los del resto de los servicios sociales− son competencia del *Care Inspectorate*, un organismo autónomo responsable de registrar e inspeccionar las más de 14.000 entidades de servicios sociales registradas en Escocia. El Care Inspectorate tiene 14 oficinas desplegadas en todo el territorio escocés y en el trabajan unas 600 personas.

El marco de autorización, acreditación y evaluación de los servicios que establece esta entidad se articula a través de tres elementos básicos: el registro de las entidades y de las personas profesionales, las inspecciones o evaluaciones de servicios, la publicación de estos resultados y los estándares de calidad sobre las que se basan estas evaluaciones.

El registro de las entidades y de las personas profesionales

Todas las entidades que prestan servicios sociales y sanitarios deben registrarse en el *Care Inspectorate* de cara a poder prestar sus servicios, ya sea como proveedores de la administración ya sea como proveedores de servicios privados. Una vez realizada la solicitud del registro, el Care Inspectorate analiza la solicitud, determina si se cumple con los requisitos para la prestación del servicio (tanto físicos, en los centros de atención directa, como respecto al contenido del servicio o la viabilidad económica del mismo. El registro equivale a la autorización del servicio, pero no a la acreditación o concertación, en la medida en que las autoridades públicas pueden utilizar otros mecanismos para la contratación de la provisión de los servicios respecto a las cuales son responsables.

El proceso de registro requiere:

- Describir las características básicas del servicio (objetivos, servicios, tarifas, sistema de quejas…).
- Describir el sistema de gestión del personal y su cualificación, así como los sistemas de control respecto al historial del personal contratado.
- Describir los sistemas existentes para la elaboración de los planes personales de atención y la definición del servicio mediante un contrato individualizado.
- Garantizar la disponibilidad de un entorno limpio, accesible y seguro.
- Garantizar la posibilidad de proporcionar un servicio que se pueda adaptar a las preferencias personales y sociales de cada individuo.

- Garantizar las competencias necesarias en el uso de las ayudas técnicas y los equipamientos profesionales.

- Garantizar la existencia de sistemas para proteger a los usuarios, como evaluaciones de riesgo y protección contra el acoso o la intimidación.

- Demostrar respeto por las creencias sociales, culturales, religiosas y la vida privada de los usuarios.

Además del registro de los centros, los profesionales de la atención que tienen la cualificación necesaria también deben acreditarse ante el *Scotland Social Services Council*. Se trata de un registro público, consultable *on line*, en el que actualmente están registrados más de 100.000 profesionales. La inscripción en el registro puede ser revocada en caso de que se detecten y acrediten casos de mala práctica en el ejercicio de las tareas profesionales. Las suspensiones se publican con carácter cautelar en la propia página del Council, indicándose el nombre de la persona suspendida y la duración de la suspensión.
Las inspecciones o evaluaciones de los servicios

Una vez registrado el servicio, debe someterse a una inspección anual por parte del *Care Inspectorate*, diseñada a partir de los estándares de calidad a los que se hace referencia en el siguiente punto. Es importante señalar que el *Care Inspectorate* ha ido diseñando un marco de inspección específico para diversos servicios, como la atención residencial, no ha desarrollado aún un protocolo específico para los servicios de atención a domicilio. En todo caso, el modelo de inspección se basa en cinco grandes ámbitos o preguntas[21]:

- ¿Cómo apoyamos el bienestar de las personas?

- ¿Cómo es nuestro liderazgo?

- ¿Cómo es nuestro personal?

- ¿Cómo son nuestras instalaciones?

- ¿Cómo están planificados nuestros servicios?

Bajo cada pregunta clave, hay tres o cuatro indicadores de calidad, que cubren áreas específicas de la práctica de los cuidados. Cada indicador de calidad tiene ilustraciones de cómo sería una calidad "muy buena" y cómo sería una calidad "débil". Estas ilustraciones están tomadas de los Estándares de Calidad previamente señalados, pero no son listas de verificación o descripciones definitivas, sino herramientas para ilustrar el nivel de calidad que se persigue. Cada indicador de calidad incluye una caja de herramientas de escrutinio y mejora, que incluye ejemplos respecto a cómo evidenciar la calidad de la atención prestada. También contiene enlaces a documentos de práctica que ayudarán a los servicios de atención en su propio proceso de mejora.

La inspección realizada da pie a una calificación general de seis puntos que va del nivel “insatisfactorio” al nivel “excelente”. Concretamente, la escala utilizada es la siguiente:

- Excelente (6). Sobresaliente o líder del sector.

- Muy bien (5). Grandes fortalezas.

- Bien (4). Fortalezas importantes, con áreas de mejora.

[21] Una sexta pregunta −*Cuál es nuestra capacidad general de mejora*− se incluye en el marco para ayudar a los servicios de atención en la planificación de su proceso de mejora, pero no se utilizará en las inspecciones en este momento.

- Adecuado (3). Algunas fortalezas, superadas por las debilidades.
- Débil (2). Debilidades importantes. Se requieren acciones correctoras.
- Insatisfactorio (1). Grandes debilidades. Se requieren acciones correctoras urgentes.

La publicación de los resultados

Como ocurre en el caso de Alemania, el resultado de las evaluaciones de cada centro se publica en la web del *Care Inspectorate*, de forma que todas las personas interesadas pueden acceder a la información relativa a cada servicio. Para ello, el *Care Inspectorate* ofrece un buscador de centros y servicios en el que, además de ofrecer la información básica del servicio, se indica su calificación general y los informes de evaluación realizados a lo largo de los años, así como las quejas recibidas y, en su caso, las suspensiones o intervenciones realizadas en el servicio.

De acuerdo a los datos del *Care Inspectorate*, en 2019 fueron evaluados u total de 1037 servicios de atención a domicilio, de los cuales 48% dependían de entidades sin fin de lucro, 38% de entidades privadas y 12% de autoridades locales.

Tabla 13. Resultados de las inspecciones realizadas en los servicios de asistencia domiciliaria en Escocia (2019)

	Insatisfactorio	Débil	Adecuado	Bien	Muy bien	Excelente
Bienestar	0,2%	1,4%	7,5%	26,3%	55,7%	8,9%
Liderazgo	0,2%	1,4%	7,5%	26,3%	55,7%	8,9%
Personal	0,0%	4,3%	4,3%	39,1%	30,4%	21,7%
Instalaciones	0,0%	1,0%	8,5%	32,7%	50,9%	7,0%
Planificación	0,3%	2,5%	11,8%	32,1%	47,7%	5,6%

Fuente: Care Inspectorate

Los estándares de calidad

En 2002, el Gobierno de Escocia aprobó los primeros Estándares Nacionales de Cuidados (*National Care Standards*) con el objetivo de mejorar la inspección y evaluación de los Servicios Sociales en el país. En 2018, el Gobierno aprobó un nuevo marco de estándares de calidad, que se diferencia del anterior fundamentalmente en su carácter integral: mientras el marco original establecía criterios o estándares diferentes para los diferentes servicios sociales y sanitarios, el marca actual ofrece una serie de estándares comunes al conjunto de los servicios sociales y sanitarios que son regulados por la administración escocesa. Además de renovar el contenido de los estándares, el nuevo marco busca también facilitar la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios y, fundamentalmente, impulsar un nuevo modelo de evaluación e inspección, más orientado a los resultados que a los procesos, y más orientado a la calidad de vida que a la calidad de la atención. Desde ese punto de vista, el modelo de inspección y evaluación escocés apuesta por un cambio de enfoque que va de la comprobación de los requisitos a la evaluación de los resultados (from *checking inputs to assessing outcomes*).

Los estándares se sustentan en cinco principios −dignidad y respeto, compasión, inclusión, atención y apoyo sensibles, y bienestar− y en cinco resultados principales, planteados en primera persona del singular:

- Recibo una atención y un apoyo de alta calidad que es adecuada para mí.
- Participo plenamente en todas las decisiones relativas a mi atención y apoyo.
- Tengo confianza en las personas que me apoyan y cuidan.
- Tengo confianza en la organización que me proporciona los cuidados y el apoyo.

- El servicio se presta en un entorno de alta calidad, en el caso de que el servicio se preste en instalaciones propias de la entidad proveedora.

Cada uno de los resultados principales se analiza desde la perspectiva de los principios señalados, planteándose en total en torno a 140 criterios o estándares a partir de los cuales se plantea la evaluación del conjunto de los centros y servicios.

El cambio que se deriva de la aprobación del nuevo marco de estándares de calidad no se aplica aún plenamente al ámbito de la asistencia domiciliaria, y está previsto que se publique en 2020 el documento marco para adaptar las inspecciones de los servicios de asistencia domiciliaria a este nuevo marco.

4.2.3. La asistencia domiciliaria en Alemania

a) Marco general

Los servicios de asistencia domiciliaria a las personas en situación de dependencia se prestan en Alemania en el marco del Seguro de Dependencia, se accede a ellos mediante una prestación económica que oscila entre los 689 y los 1.995 euros mensuales y se prestan fundamentalmente por parte de entidades privadas con y sin fin de lucro. Otra de las características básicas del sistema alemán es la posibilidad de combinar el servicio de asistencia domiciliaria con otras prestaciones (ayudas técnicas, servicios de respiro, prestaciones económicas para personas cuidadoras…) y el estricto sistema de evaluación impuesto a las entidades prestadoras de servicios.

Las principales características del sistema alemán de atención a las personas con dependencia son los siguientes:

- **Modelo de aseguramiento.** En la lógica del conjunto del modelo de protección social alemán, la atención a la dependencia se articula en Alemania mediante un sistema de aseguramiento social. El Seguro de Cuidados o de Dependencia es un pilar independiente de la Seguridad Social junto a lo seguros de enfermedad, pensiones y desempleo y accidentes de trabajo, y está funcionalmente adscrito a los seguros de enfermedad (*Krankenkassen*). Además de un sistema de financiación específico –articulado en torno a una cotización de las empresas y los trabajadores que asciende actualmente al 2,55% del salario−, este modelo implica el protagonismo de las cajas o entidades gestoras del seguro de dependencia (*Pflegekassen*) en la gestión del sistema. En la actualidad, existen 161 seguros públicos y 43 seguros privados. La cobertura de estos seguros es universal y alcanza a toda la población alemana.

- **Autorregulación.** La segunda característica importante del modelo alemán se relaciona con el concepto de autorregulación. El sistema alemán delega en los principales actores la configuración del sistema de cuidados, y la normativa básica de ámbito federal sólo establece las bases generales del contenido de los servicios y prestaciones. Partiendo de la base del derecho a la libre elección del usuario, las federaciones de seguros de dependencia regionales negocian con las organizaciones regionales de proveedores los precios de los servicios y firman los convenios o acuerdos que detallan las condiciones de prestación del servicio –ya sea residencial o domiciliario− y los elementos relacionados con la calidad de la atención, así como el funcionamiento del sistema de evaluación establecido. El sistema de atención a la dependencia está en ese sentido regulado en Alemania mediante el poder compartido de la administración central, la regional y los agentes sociales encargados de la gestión y la provisión de los servicios.

- **Competencia entre proveedores**. La tercera característica básica del modelo alemán de atención a la dependencia se relaciona con el papel que se asigna al funcionamiento del mercado y a la competencia entre los diversos operadores, desde una lógica mercantil en la que se considera que el consumidor –suficientemente informado− elige el proveedor de servicios que presta un servicio de mejor calidad y/o a mejor precio. Esta lógica tiene como consecuencia la importancia que se da a la publicación de los resultados de las evaluaciones que se realizan de

forma periódica en todos los centros residenciales, así como en las empresas proveedoras de servicios a domicilio.

- **Autonomía regional y diversidad territorial**. La regulación del modelo residencial gira en Alemania en torno a dos polos: la atención prestada es regulada en el marco del Seguro de Dependencia, de forma común para el conjunto del país y mediante la concertación entre las entidades aseguradoras y las empresas proveedoras. La regulación de los requisitos funcionales, materiales y personales de los centros diurnos o residenciales, así como la planificación de la oferta de plazas, corresponde por el contrario a los Estados, que han establecido regulaciones muy diferentes en relación a esas cuestiones. Todo ello tiene como consecuencia la existencia de diferencias territoriales muy marcadas en cuanto a la cobertura de los servicios, las regulaciones aplicadas o los costes asumidos por cada agente.

- **Prioridad a la atención en el domicilio**. Aunque existen en el marco del seguro de dependencia diversas prestaciones y servicios (asesoramiento, ayudas técnicas, subvenciones para la adaptación de la vivienda, servicios de respiro, etc.), la distinción clave es la existente entre atención domiciliaria y la atención residencial. En cualquier caso, la atención domiciliaria, las prestaciones de atención residencial a tiempo parcial y de atención de corta duración tienen prioridad sobre las prestaciones de atención residencial a tiempo completo, al objeto de priorizar la permanencia en el domicilio frente a la atención institucional.

- **Prestaciones económicas**. Como en la mayor parte de los países analizados, la administración pública no presta o gestiona directamente los servicios de atención a la dependencia, aunque puede ser titular de servicios de atención directa, sino que se limita a regularlos e inspeccionarlos, así como a cofinanciarlos mediante las prestaciones económicas contempladas en el Seguro de Dependencia. La administración no se responsabiliza por tanto de la provisión del servicio, y su función se centra en la cofinanciación del mismo y las labores de regulación, inspección y evaluación.

Es importante señalar, por otra parte, que al margen de los servicios de atención domiciliaria previstos y financiados en el marco de la Ley de Dependencia existen también en Alemania servicios de atención domiciliaria prestados en el marco del sistema de salud y financiados por el Seguro de Enfermedad. Este servicio incluye exclusivamente los servicios médicos proporcionados por enfermeras tituladas a un paciente que necesita atención a domicilio sobre la base de una prescripción médica.

b) Funcionamiento del servicio de asistencia domiciliaria en Alemania

Si bien el Seguro de Dependencia contempla hasta quince prestaciones diferentes, las prestaciones fundamentales están orientadas a cofinanciar el acceso a los servicios de apoyo en el domicilio y a los de atención residencial, mediante prestaciones económicas determinadas por el nivel de dependencia (desde 2017 se distinguen cinco niveles o grados de dependencia). A diferencia de lo que ocurre en otros países, como por ejemplo en Francia, el nivel de renta no se tiene en cuenta a la hora de establecer la cuantía de la prestación.

Las personas que no desean acceder a un centro residencial pueden optar entre la prestación para cuidados no profesionales (*pflegeld*, similar a la Prestación Económica para Cuidados en el Entorno Familiar española) o la prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales (*pflegesachleistung*, equiparable a la Prestación Vinculada al Servicios en España, aunque sólo se puede destinar a servicios de atención domiciliaria, centros de día y de noche, estancias de respiro, ayudas técnicas, etc.).

Como se observa en la tabla siguiente, la prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales oscila entre los 689 euros mensuales en el grado II de dependencia y los 1.995 euros en el grado V. La tabla pone también de manifiesto que la prestación para el acceso a los cuidados profesionales es para cualquiera de los niveles de dependencia muy superior a la prestación económica para atención por cuidadores no profesionales y muy similar a la prestación que se concede para el acceso

a los servicios residenciales[22]. Las personas con el grado de necesidad más bajo no tienen acceso a esta prestación, y tampoco a la prestación para cuidados no profesionales.

Tabla 14. Cuantías mensuales en euros de las principales prestaciones del Seguro de Dependencia alemán en 2020

Prestación	Grados				
	Grado I	Grado II	Grado III	Grado IV	Grado V
Prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores no profesionales (*pflegeld*)	–	316	545	728	901
Prestación económica para atención en el domicilio por cuidadores profesionales (*pflegesachleistung*)	–	689	1.298	1.612	1.995
Servicio de día o de noche	125	689	1.298	1.612	1.995
Servicio de atención residencial	125	770	1.262	1.775	2.005

Fuente: MISSOC

Existe por otra parte la posibilidad de combinar la prestación para cuidados profesionales a domicilio con la prestación para cuidados no profesionales. En ese caso, se calcula el porcentaje de la prestación de cuidados profesionales no utilizada y se aplica el porcentaje restante a la cuantía correspondiente a la prestación por cuidados no profesionales. Es decir, si se ha utilizado el 50% de la prestación para cuidados profesionales (*pflegesachleistung)*, se percibirá el 50% del importe de la prestación familiar (*pflegeld).*

Existe también la posibilidad de utilizar una parte de la prestación económica para el pago de la atención domiciliaria para el pago de servicios complementario, como el uso de plazas residenciales de respiro, por ejemplo. Además, las personas usuarias de los servicios de asistencia domiciliaria tienen derecho a una serie de prestaciones complementarias. Entre ellas cabe destacar:

- Prestación de hasta 1.612 euros para abonar los costes de un/a cuidador/a sustituto en caso de ausencia del cuidador/a habitual durante un máximo de seis semanas al año.

- Prestación de hasta 1.612 euros para abonar los costes de una estancia de respiro en un centro residencial, que se pueden extender hasta en un 50% en caso de que la prestación para la contratación de un cuidador/a sustituto no haya sido íntegramente utilizada.

Uno de los elementos básicos del modelo de dependencia alemán se refiere a la libertad de elección de las personas usuarias en lo que se refiere a la contratación de los servicios (tanto residenciales, como domiciliarios o de atención diurna). En ese contexto, las personas usuarias pueden elegir entre entidades privadas con y sin fin de lucro, siendo el papel de las entidades públicas muy minoritario. De acuerdo a los datos del Instituto Alemán de Estadística (DESTATIS), los servicios de atención domiciliaria son prestados por un total de 14.050 centros o empresas, que atienden por término medio a 60 personas usuarias. Como se observa en la siguiente tabla, el 65% de los centros y el 51% de las personas usuarias corresponden a los centros privados con fin de lucro. Los centros dependientes de entidades sin fin de lucro atienden al 46% de las personas usuarias[23].

[22] Debe tenerse en cuenta en cualquier caso que, en el caso de la atención residencial, la prestación no cubre los gastos de alojamiento y manutención que se prestan en los centros residenciales.

[23] Es importante señalar que las estadísticas en relación a esta prestación incluyen también a las personas usuarias de centros de día y de noche. El conjunto de los servicios domiciliarios, de atención diurna y nocturna se engloban en la categoría de atención ambulante, frente a la atención residencial.

Tabla 15. Usuarios y centros de los servicios de atención domiciliaria, diurna o nocturna (2017)

Titularidad	Centros	Personas usuarias	Tamaño medio
Total	14.050	829.958	59,1
Privado con fin de lucro	9.243	428.159	46,3
Privado sin fin de lucro	4.615	387.423	83,9
Público	192	14.376	74,9

Fuente: DESTATIS

c) Alcance y cobertura del servicio

De acuerdo a los datos de DESTATIS, el 24,3% de las personas usuarias del Seguro de Dependencia recurren a la prestación para cuidadores profesionales, con cerca de 830.000 personas usuarias en un momento determinado del año. La cobertura en relación a la población mayor de 65 años es de 4,6% personas usuarias por cada 100 personas mayores de 65 años, similar a la correspondiente a los centros residenciales y muy inferior a la correspondiente a la prestación para cuidados familiares, que reciben 1,7 millones de personas.

Tabla 16. Datos básicos sobre los servicios de atención a la dependencia en Alemania (2017)

	Número de personas usuarias	Distribución (%)	Cobertura (% mayores de 65)	% de mujeres	% usuarios niveles 4 y 5
Total	3.414.378	100	19,0	62,9	22,7
Personas con necesidad de apoyo domiciliarios	2.594.862	76,0	14,4	60,5	15,4
• Atendidas por cuidadores familiares	1.764.904	51,7	9,8	57,7	14,1
• Atendidas por cuidadores profesionales	829.958	24,3	4,6	66,5	18,2
Personas con necesidad de servicios residenciales	818.289	24,0	4,5	70,4	45,9

Elaboración propia a partir de DESTATIS.

En lo que se refiere al coste y la financiación de los servicios de atención domiciliaria, el gasto destinado a la prestación de atención domiciliaria ascendió en 2019 a 4.900 millones de euros, lo que representa un gasto cercano a los 6.000 euros por persona usuaria, y cerca de 300 euros por persona mayor de 65 años. A los 4.900 millones de euros señalados, una cantidad similar destinada a otros servicios a prestados a personas que residen en sus propios domicilios (centros de día y de noche, servicios de respiro, etc.).

Tabla 17. Gastos realizados en el marco del Seguro de Dependencia, por tipo de gasto

Titularidad	Millones de euros	Distribución (%)
Prestación para cuidados familiares	11.740	31,2
Prestación cuidados profesionales	4.980	13,2
Otros servicios a domicilio	4.320	11,5
Seguridad Social de las personas cuidadoras no profesionales	2.380	6,3
Ayudas técnicas	1.190	3,2
Atención residencial	12.980	34,5
Total	37.590	100,0

Fuente: DESTATIS

d) Contenidos del servicio

Los servicios que se financian mediante esta prestación pueden cubrir tanto las actividades básicas de la vida diaria como las actividades domésticas o menajeras, así como otras actividades de acompañamiento en actividades de ocio.

La atención básica consiste en servicios de atención regulares, que no deben confundirse con servicios o tratamientos médicos e incluyen la higiene personal, la eliminación de las heces y la orina (micción, evacuación intestinal), la nutrición, la movilidad, la prevención (profilaxis) y la promoción de las habilidades y la comunicación cotidianas. Además de la atención básica, el servicio incluye otras actividades domésticas, como la preparación de comidas, la limpieza de la vivienda, el lavado y planchado de ropa, la realización de comprar o el acompañamiento fuera de la vivienda.

Como se explica en el apartado siguiente, existen en Alemania diversos buscadores electrónicos de servicios de asistencia domiciliaria que permiten no sólo conocer los resultados de la evaluación realizada a cada entidad prestadora de servicios, sino conocer los servicios que cada entidad presta y su coste, de manera que las personas puedan realizar un presupuesto de las posibles actividades previstas, su coste y el porcentaje cubierto por el Seguro de Dependencia. La tabla siguiente recoge los costes de los servicios ofrecidos a las personas con el nivel 2 de dependencia –las más numerosas entre las personas usuarias de la prestación− de una entidad sin fin de lucro elegida al azar.

Tabla 18. Servicios ofertados y coste presupuestado del SAD (2020, Berlín)

Tipo de atención	Prestación	Descripción	Precio unitario
Atención personal	Aseo básico	Ayuda para vestirse y aseo básico	11,72
	Aseo básico avanzado	Ayuda para levantarse, vestirse, aseo básico	17,5
	Aseo integral	Ayuda para levantarse, vestirse, bañarse o ducharse	26,3
	Hacer las camas	Ayuda para hacer la cama, movilizar o acostar	5,8
	Alimentación	Ayuda y supervisión durante las comidas	14,68
	Ayuda básica con las deposiciones	Ayuda para las deposiciones y eliminación de excreciones	4,6
	Ayuda integral con las deposiciones	Ayuda para las deposiciones y eliminación de excreciones, vestirse y desvestirse, higiene íntima	11,72
	Acompañamiento	Acompañamiento en salidas fuera de casa	35,0
Atención doméstica	Limpieza básica	Limpieza básica de la vivienda	5,12
	Limpieza integral	Limpieza integral de la vivienda	68,2
	Lavandería	Cambio y lavado de ropa	27,3
	Comida	Preparación de una comida caliente	15,36
	Compra	Planificación y realización de las compras	13,65

Fuente: https://www.pflege-navigator.de/

A estos costes se añaden los costes de desplazamiento del personal, que ascienden a 3,7 euros por cada desplazamiento durante el día y 7,9 durante la noche. A partir de los precios establecidos en la tabla, cabe calcular que una atención domiciliaria de cierta intensidad[24] puede alcanzar un coste cercano a los 2.500 euros mensuales, de los cuales el Seguro de Dependencia cubre para este nivel de dependencia en torno al 25% del coste total.

En lo que se refiere al contenido del servicio, las entidades que prestan el servicio de asistencia domiciliaria pueden también ofrecer servicios de atención a personas que residen en apartamentos tutelados, viviendas comunitarias y similares.

e) Dotación de personal y requisitos establecidos para el personal que trabaja en los servicios de ayuda domiciliaria

[24] Ayuda para levantarse, ordenar la vivienda, hacer las camas, comer y preparar la comida una vez al día durante seis días, así como una limpieza integral de la vivienda, una compra, un aseo integral y dos paseos a la semana.

El Libro XI del Código de la Seguridad Social, en su artículo 71, establece algunas disposiciones sobre la cualificación de los profesionales de los centros y servicios de atención a las personas con dependencia, que deben ser o enfermeras/os (*Krankenschwester*) o cuidadoras/es de personas mayores (*Altenpfleger*). En los dos casos se trata de títulos profesionales obtenidos tras haber cursado estudios superiores durante tres años. Para ocupar un puesto de responsabilidad en los servicios autorizados de ayuda a domicilio es necesario, además, cumplir con otros dos requisitos:

- haber ejercido su profesión durante al menos dos años (en el curso de los últimos cinco años) de los cuales deben haber dedicado un año a la atención comunitaria.

- haber participado en un curso de formación continua (de una duración mínima de 460h) de liderazgo (organización y gestión).

En el servicio autorizado de ayuda a domicilio trabajan también auxiliares de enfermera/cuidadores de personas mayores (*Pflegeassistent* o *Altenpflegeherhelfer*) que han cursado estudios de formación profesional durante uno o dos años. Por último se encuentran los asistentes de atención domiciliaria (*Betreeungskraft*) que normalmente han hecho un curso de formación que tiene una duración de entre 3 meses y un año. También es posible encontrar a profesionales de menor cualificación profesional entre el personal de los servicios autorizados de ayuda a domicilio.

En cuanto al personal que presta sus servicios en estos centros, de acuerdo a los datos de DESTATIS asciende a más de 390.000 personas, si bien sólo el 28% de estas personas trabaja a jornada completa y el 33% lo hace con una dedicación inferior al 50% de la jornada laboral.

Tabla 19. Personal de las entidades que prestan atención domiciliaria por tipo de jornada

Tipo de jornada	Número de personas	Distribución (%)
Total	390.322	100
Jornada completa	109.657	28,1
Jornada parcial	267.586	68,6
Superior al 50%	143.050	36,6
Inferior al 50% pero no marginal	56.028	14,4
Jornada marginal	68.508	17,6
Otros	13.079	3,4

Fuente: DESTATIS

La prestación de cuidados profesionales sólo puede ser abonada a las personas que acceden a servicios prestados por parte de entidades acreditadas, que se someten a los procedimientos de evaluación del Seguro de Dependencia (ver apartado siguiente) y que cuentan con personal cualificado[25].

Por otra parte, en 2020 se ha establecido un salario mínimo de 11,35 euros brutos por hora en Alemania occidental y 10,85 euros brutos por hora en Alemania oriental para el personal que trabaja en el sector de los cuidados a las personas mayores, incluyendo tanto el personal de atención directa de los centros residenciales, las auxiliares a domicilio cubiertas por la prestación de cuidados profesionales y las *cuidadoras polacas* contratadas mediante la prestación de cuidados no profesionales.

[25] Muchas personas dependientes contratan servicios de asistencia de 24 horas mediante personas internas que residen en el domicilio junto a la persona dependiente. Dado que las personas que realizan estas tareas son por lo general mujeres provenientes de países del Este de Europa, coloquialmente se conoce esta figura como *cuidadora polaca*. Esta forma de atención no puede ser financiada mediante la prestación para cuidados profesionales a domicilio, en la medida en que ni estas mujeres cuentan con la cualificación profesional requerida ni las entidades que realizan la intermediación entre ellas y las personas usuarias están acreditadas como entidades prestadoras de servicios de asistencia domiciliaria. Este tipo de servicio sí puede ser sin embargo financiado mediante la prestación para el cuidado no profesional (*pflegeld*). La contratación de este tipo de servicios da también derecho a una desgravación fiscal de hasta 4.000 euros.

f) Autorización, acreditación y evaluación de los servicios

El sistema de atención a la dependencia alemán se basa en buena medida en la competencia entre los diversos proveedores, y en la libertad de elección de las personas usuarias. En ese contexto, establece escasas barreras de entrada para los proveedores de servicios –es decir, unos mecanismos laxos de acreditación o habilitación−, pero impone por el contrario un sistema de evaluación muy exhaustivo, que se define de forma pactada entre los seguros de dependencia y las entidades proveedoras de los servicios. Como se explica más adelante, ese marco de evaluación incluye la publicación de los informes de evaluación realizados a todas las agencias prestadoras de servicios y la existencia de un sistema de calificaciones, que cada entidad está obligada a mostrar públicamente. Aunque la mayor parte de los requisitos de calidad se refieren a los centros residenciales, el modelo de calidad alemán presta también una atención importante, y creciente, a los servicios profesionales que se prestan a domicilio.

Las evaluaciones o auditorías externas de calidad son realizadas por los Consejos Médicos del Seguro de Enfermedad (MDK) a partir de los criterios acordados entre la federación de seguros de dependencia y las agencias proveedoras. El procedimiento de inspección / evaluación se basa fundamentalmente en dos tipos de documentos: las directrices de calidad y los acuerdos de transparencia.

- Las directrices de calidad detallan el procedimiento para la realización de las inspecciones, tanto en los servicios de atención a domicilio, como los centros de atención diurna y en los centros residenciales e incluyen, además de un preámbulo en el que se explican los elementos básicos de las inspecciones, tres tipos de contenidos: el contenido de la inspección que ha de realizarse para verificar la calidad del servicio, que sirve como base vinculante para el desarrollo de las mismas; las instrucciones que se han de tener en cuenta por parte de los inspectores para la realización de la evaluación; la estructura y el contenido del informe de publicación de los resultados de las inspecciones.

- La propia publicación que recoge las directrices de calidad incluye además los acuerdos de transparencia, que en cualquier caso se publican también de forma autónoma por el MSD desde su introducción en 2009. Los acuerdos de transparencia se publican de forma separada para los servicios de atención domiciliaria y atención residencial, y desarrollan todos los aspectos relativos a la publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones.

A partir de estas dos referencias, todos los servicios y centros de atención deben ser inspeccionados al menos una vez al año, a través de visitas que no son previamente anunciadas, realizada por un equipo de profesionales especializados adscrito a cada consejo médico del Seguro de Salud regional (MDK). En 2018 se inspeccionaron más de 12.000 centros de atención ambulatoria (atención diurna, nocturna y domiciliaria). El análisis del cumplimiento de los criterios de calidad se basa en general en el análisis de la situación de una muestra (entre 5 y 15 personas) de las personas usuarias del centro o servicio, no analizándose por tanto la situación del conjunto de las personas usuarias, así como en una encuesta específica realizada a las personas usuarias o a sus familiares. Es también importante señalar que los criterios que se toman en cuenta no recogen en general las cuestiones estructurales o de personal (ratios, cualificaciones, etc.) sino que se centran en los procesos y resultados de las tareas de atención.

El procedimiento de inspección se traduce en una puntuación específica para cada área y criterio o indicador –que, como se explica en detalle más adelante, se publica de forma individualizada− y en un informe de resultados interno –no publicable− en el que se recogen una serie de recomendaciones de mejora y los elementos que, en su caso, deben ser modificados de cara a la posterior visita de inspección. En lo fundamental, los dos documentos señalados recogen los criterios que se van a utilizar para la realización de las evaluaciones, y que constituyen la base del informe de evaluación individual publicado en internet, así como la forma de cálculo de cada criterio y las normas básicas que rigen la publicación de los informes.

En el caso de la asistencia domiciliaria se tienen en cuenta 46 indicadores de calidad, articulados en cuatro ámbitos temáticos:

- cuidados personales y de enfermería (17 elementos);

- actividades prescritas por un médico (8);
- calidad de la organización y nivel de atención (9);
- encuesta a personas usuarias (12).

Tabla 20. Criterios contemplados en el marco de los acuerdos de transparencia para los servicios de atención a domicilio

Artículo	Disposiciones
Enfermería y asistencia médica	▪ ¿Se tienen en cuenta las preferencias individuales de los usuarios a la hora de llevar a cabo los cuidados personales? ▪ ¿Es la higiene adecuada teniendo en cuenta las posibilidades de las instalaciones? ▪ ¿Se tienen en cuenta las preferencias individuales de los usuarios a la hora de servir comida y bebida? ▪ ¿Se sirven las suficientes (según instrucciones) bebidas a los usuarios? ▪ ¿Se tienen en cuenta las necesidades y riesgos individuales a la hora de proporcionar bebidas? ▪ ¿Se le informa al usuario y/o a sus familiares cuando se detecta una falta de hidratación? ▪ ¿Se proporciona una nutrición adecuada (según instrucciones) al usuario? ▪ ¿Se tienen en cuenta las necesidades y riesgos individuales a la hora de servir comida? ▪ ¿Se le informa al usuario y/o a sus familiares cuando se detecta una falta en la nutrición? ▪ ¿Se tienen en cuenta las necesidades y riesgos individuales a la hora de prestar ayuda para la eliminación? ▪ ¿Se presta la ayuda necesaria (según instrucciones) para eliminación/ incontinencia? ▪ ¿Se toman las medidas preventivas necesarias para prevenir las escaras? ▪ ¿Se tienen en cuenta eventuales riesgos individuales de contraer contracturas a la hora de prestar la atención? ▪ ¿Se toman las medidas necesarias (según instrucciones) para promover la movilidad? ▪ A la hora de atender a personas con demencia, ¿se tienen en cuenta sus características biográficas? ▪ ¿Se les informa a los familiares de las personas con demencia sobre la atención que reciben? ▪ En los casos cuando sea necesario aplicar restricciones físicas, ¿se cuentan con los permisos y consentimientos necesarios?
Actividades prescritas por un médico	• ¿Está el tratamiento de las escaras basado en evidencia empírica? • ¿El medicamento corresponde a la prescripción médica? ▪ ¿La prescripción de fármacos se ajusta al reglamento médico? ▪ ¿Se toma la tensión con regularidad (según instrucciones)? ¿En los casos cuando sea necesario se toman medidas para compensar hipertensión/ hipotensión? ▪ ¿Se analiza el nivel de glucosa sanguínea con regularidad (según instrucciones)? ▪ A la hora de dar inyecciones, ¿se llevan a cabo y se documentan de manera adecuada (según instrucciones)? ¿Se le avisa al médico si hay alguna complicación? ▪ ¿Se utilizan los calcetines de compresión de una manera adecuada (según instrucciones)? ▪ ¿Existe una comunicación fluida con el médico durante los cuidados?
Calidad de la organización y nivel de atención	▪ ¿Se presentó un presupuesto aproximado antes de firmar el contrato de atención? ▪ ¿Se aplica un reglamento que respeta la normativa de protección de datos personales? ▪ ¿Hay instrucciones escritas sobre cómo actuar en caso de emergencia? ▪ ¿El personal participa, de manera regular, en cursos de formación continua en materia de primeros auxilios? ▪ ¿Hay instrucciones escritas de cómo manejar quejas? ▪ ¿Existe un plan de formación que asegura que todos los empleados participan en las actividades de formación continua? ▪ ¿Hay descripciones de los puestos de trabajo (responsabilidades y actividades profesionales) de los cuidadores? ▪ ¿Hay descripciones de los puestos de trabajo (responsabilidades y actividades profesionales) de los profesionales de asistencia doméstica? ▪ ¿Está asegurado la disponibilidad y accesibilidad de los profesionales?
Encuesta a personas usuarias	▪ ¿Ha firmado por escrito un contrato de asistencia? ▪ ¿Se le informó sobre las tarifas antes de firmar el contrato? ▪ ¿Se le consulta a la hora de fijar las horas/ el horario de atención? ▪ ¿Se le preguntan los cuidadores qué ropa quiere llevar? ▪ ¿El número de cuidadores que le atiende es razonablemente pequeño)? ▪ ¿En los casos cuando se presenta alguna necesidad (fuera de lo normal) le ha resultado fácil localizar al personal y recibir la ayuda que precisaba? ▪ ¿Los cuidadores suelen animarle a lavarse solo parcialmente o todo el cuerpo? ▪ ¿Los cuidadores le ayudan con consejos para su cuidado? ▪ ¿Ha notado alguna mejora después de quejarse? ▪ ¿Le parece que los cuidadores respetan su esfera privada? ▪ ¿Los cuidadores que a atienden son educados y amables? ▪ ¿Está contento con la realización de las tareas domésticas?

Fuente: Elaboración propia.

La puntuación que se asigna a cada uno de los ámbitos previamente señalados −enfermería y asistencia médica; actividades prescritas por un médico; calidad de la organización y nivel de atención; y encuesta a usuarios− se basa en una escala que va de 5 a 1, donde el 5 es la peor puntuación y el 1 la mejor. Se obtiene a partir de ahí una puntuación parcial por cada ámbito que se traduce en una calificación −muy bien, bien, satisfactorio, suficiente, deficiente− y una puntuación general, basada en las mismas calificaciones.

El modelo alemán de gestión de la calidad está muy enfocado a la publicación y difusión de los resultados de las evaluaciones, y tanto las directrices de calidad como los acuerdos de transparencia están muy enfocados a la manera en la que debe recogerse y difundirse esa información. En ese sentido, los acuerdos de transparencia establecen la necesidad de que los informes individuales estén disponibles en lugares visibles en los propios centros, además de estar individualmente accesibles en Internet. De esta forma, las personas interesadas en la elección de un centro –además de cualquier otra persona o entidad, incluyendo las empresas de la competencia, las entidades contratantes, etc.− pueden acceder a los informes de evaluación realizados a cada centro, mediante la web del centro o servicio o mediante diversos buscadores regionales y nacionales, que ofrecen además información sobre los servicios adicionales, precios, características o acreditaciones de calidad de las que dispone cada centro, etc.[26].

Cabe añadir, en relación al sistema de publicación de resultados, que el informe público se complementa con un informe interno en el que se recogen las recomendaciones del equipo evaluador en relación a los aspectos que deben mejorarse y los aspectos que deben modificarse de cara a la siguiente evaluación. Es también importante destacar que el resultado de estas evaluaciones puede tener consecuencias significativas, como la rescisión del contrato entre el seguro y el proveedor del servicio, o el cierra del mismo, si el resultado de las evaluaciones determina el incumplimiento de los requisitos básicos establecidos en la normativa.

La evaluación de los centros y servicios descrita genera por lo general calificaciones positivas: es difícil encontrar centros o servicios con calificaciones globales inferiores al 2, siendo la media tanto en el caso de los centros residenciales como de los servicios de atención ambulatoria de 1,2 puntos sobre 5. En ese sentido, el resumen de datos que mensualmente publica la entidad responsable del tratamiento de datos referidos al sistema de evaluación, recoge las siguientes puntuaciones medias para los servicios de asistencia domiciliaria:

Tabla 21. Puntuaciones medias, por ámbitos, de los servicios de atención domiciliaria en Alemania (2017)

Ámbito	Puntuación
Cuidados personales y de enfermería	1,5
Actividades prescritas por un médico	1,6
Calidad de la organización y nivel de atención	1,2
Encuesta a residentes	1,1
Resultado global	1,3

Fuente: AOK, 2019.

4.2.4. La atención domiciliaria en los Países Bajos

a) Marco general

Los principales elementos que definen el sistema holandés de atención a las personas con dependencia son los siguientes:

- Universalidad. El modelo de atención a la dependencia se define en los Países Bajos por su carácter universal, en la medida en el que el derecho a los servicios (residenciales o domiciliarios) está abierto al conjunto de la población que acredita un nivel determinado de necesidad. Además de por su carácter universal, el modelo neerlandés se caracteriza por el elevado gasto público que se destina a los servicios sociales de atención a las personas mayores.

- Desinstitucionalización y apuesta por la atención domiciliaria. El Estado holandés fomenta políticas de prevención y promueve que los ciudadanos vivan de forma independiente durante más tiempo en la propia vivienda, lo que se traduce en la prioridad que el Gobierno otorga a los servi-

[26] Puede consultarse, por ejemplo, www.pflegenoten.de; www.bkk-pflegefinder.de; o www.aok-pflegeheimnavigator.de

cios de atención domiciliaria frente a la institucional. Existen, además, subvenciones para la adaptación funcional de las viviendas, así como ventajas fiscales para las nuevas promociones de alojamientos por parte de asociaciones de vivienda.

- Modelo de aseguramiento. Como en Alemania, la atención a la dependencia en Holanda se financia a través de un seguro obligatorio para todos los trabajadores y las empresas del país. La prima que se paga por el seguro de cuidados de larga duración es del 9,65% del impuesto sobre la renta, con un límite máximo de 33.589 euros en 2020. Esta prima se destina a financiar el Fondo de Atención a la Dependencia (*Fonds Langdurige Zorg* o FLZ), mediante el que se ofrece una cobertura universal a toda la población holandesa en materia de atención a la dependencia.

El actual sistema holandés de atención a la dependencia es el resultado de diversas reformas acontecidas en los últimos años. Desde 1968, todos los ciudadanos holandeses estaban cubiertos por un seguro público en virtud de la Ley de gastos médicos excepcionales (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten* - AWBZ). Consistía en un sistema de carácter universal e intensivo en prestación de servicios, a través de un amplio elenco de servicios comunitarios, gestionados por entidades no lucrativas, en el que las prestaciones eran ofertadas sin tener en cuenta el nivel de ingresos, pero sí las necesidades de las personas destinatarias. La cobertura a la que tenía que hacer frente el seguro había sufrido tal incremento a lo largo de los años, que el sistema estaba a punto de convertirse en insostenible, desde el punto de vista financiero[27].

En 2015, la AWBZ fue deconstruida y las principales disposiciones de la misma que afectaban a la atención domiciliaria fueron reestructuradas para ser aplicadas en virtud de tres leyes:

- la ley de Atención Social (*Wet maatschappelijke ondersteuning* - *Wmo*), que abarca la ayuda doméstica en el hogar para las personas que no requieren de atención o supervisión de manera permanente,

- la ley del Seguro de Salud (*Zorgverzekeringswet* -*Zvw*), que regula la atención de enfermería en el hogar y el cuidado personal financiado por el seguro de salud que todas las personas que residen y/o pagan impuestos sobre la renta en los Países Bajos están obligadas a contratar, y

- por último, la ley de Atención a la Dependencia (*Wet Langdurige Zorg* – *Wlz*), que regula la atención residencial y domiciliaria destinada a las personas con necesidades de atención intensas y supervisión permanente las 24 horas al día.

El énfasis de las reformas estuvo dirigido a la contención del gasto público, a la promoción de la desinstitucionalización y a la separación del sistema sanitario y social en lo referente a financiación y gestión. A pesar de la magnitud de la reforma, la atención a la dependencia sigue estando financiada, en su mayoría, con fondos públicos y mantiene su universalidad. Además, la oferta de servicios sigue siendo una de las más generosas del panorama europeo [2].

La atención a domicilio se configura en Holanda como un servicio personalizado, adaptado a las necesidades propias de la persona y a sus preferencias. La libertad de elección de la naturaleza de la atención –prestación o atención directa−, así como del proveedor de servicios, constituye un elemento clave del sistema de atención a la dependencia holandés, tanto en la atención residencial como en la que se presta a domicilio. Los centros responsables de la valoración de las necesidades de la persona solicitante no pueden imponer el proveedor que prestará los servicios prescritos, ya que esta decisión recae, en última instancia, en la persona usuaria.

Finalmente, cabe señalar que la prestación de servicios ha estado tradicionalmente en manos de asociaciones sin ánimo de lucro que concertaban dichos servicios con el Gobierno. En los últimos años, y con el objetivo de aumentar la competitividad, se ha fomentado sin embargo la inclusión del sector privado con ánimo de lucro.

[27] Directorate-General for Economic and Financial Affairs, *Joint report on health care and long-term care systems & fiscal sustainability. The Netherlands, Health Care & Long-Term Care Systems*. Serie: European Economy Institutional Papers n. 105, Luxemburgo, Publications Office of the European Union, 2019, 21 p.

b) Funcionamiento y financiación de la atención a domicilio

Tal y como se ha señalado, la atención a domicilio se articula a través de tres leyes: la *Wmo*, la *Zvw* y la *Wlz*. A continuación, se describe el funcionamiento y la financiación de la atención a domicilio en base a cada una de las leyes.

La atención a domicilio a través de la Ley de Atención Social (Wmo)

Esta atención está destinada a las personas mayores que no son lo suficientemente autónomas o no pueden participar de forma adecuada en la sociedad y carecen de una red familiar de atención que puedan prestarles los cuidados necesarios.

Si se dan ambas situaciones, la ley *Wmo* establece que los municipios están obligados a brindar apoyo. La ley establece que las competencias de la atención social a domicilio a personas que no requieren de supervisión permanente recaen en el municipio, pero no determina qué servicios se tienen que prestar. Cada municipio organiza la atención y su intensidad en función de las necesidades de las personas usuarias. Más adelante se detallan los contenidos del servicio, pero cabe señalar que mediante la ley *Wmo* quedan cubiertos los servicios de tipo social, no los sanitarios.

La solicitud del servicio se tiene que realizar en las denominadas ventanillas Wmo (*Wmo-loket*), un servicio de información y orientación de los servicios sociales existentes en cada municipio. Desde este servicio se concierta una cita con un/a trabajador/a social para que, mediante una entrevista con la persona solicitante y su entorno, valore su elegibilidad. En el caso de que se determine que la persona solicitante es elegible, el/la trabajador/a social establece las horas y el tipo de atención, en función de las necesidades y preferencias individuales de la persona atendida.

La persona usuaria puede elegir entre servicios en especie o prestaciones económicas:

- Si la persona usuaria opta por los servicios en especie, el municipio se ocupa de contratarlos a las entidades proveedoras de servicios con las que opera habitualmente. Los ayuntamientos se encargan asimismo de financiar los servicios.

- La opción de recibir una suma en metálico equivalente a las horas de apoyo que le han sido reconocidas, en forma de prestación económica, permite a la persona usuaria utilizar ese dinero para adquirir los servicios de cuidadores autónomos o para compensar o retribuir a un familiar. Esta fórmula, denominada presupuestos personales (*Persoonsgebonden budget* - pgb) obliga a la persona usuaria a pagar a la persona cuidadora, como mínimo, 25 euros/hora.

En cuanto a la financiación, la atención proporcionada a través de la *Wmo* se financia mediante impuestos y contribuciones de las personas usuarias. El Gobierno calcula y distribuye a cada municipio –en base a su número de habitantes, el número de personas mayores, número de solicitantes de ayudas, etc. –el presupuesto anual destinado a esta partida. En cuanto a la contribución personal de la persona usuaria, ésta es de un máximo de 19 euros/mes, quedando exentas del copago las personas que viven con una pareja menor de 66 años.

La atención a domicilio a través de la Ley del Seguro de Salud (Zvw):

Cuando la persona mayor presenta problemas de salud puede recurrir a los servicios de enfermería vecinales o enfermería de distrito (*wijkverpleging*). Los/as enfermeros/as de distrito, a menudo, suelen trabajar para un proveedor de servicios a domicilio, de manera que la persona usuaria, en caso de estar recibiendo ayuda domiciliaria a través de la *Wmo*, puede solicitar esta ayuda directamente a su proveedor de servicios. Otras vías de acceso son los servicios sociales municipales y el/la médico/a de cabecera.

Una vez hecha la solicitud de ayuda, un/a enfermero/a realizará una valoración de las necesidades de la persona usuaria y establecerá el plan de atención.

En cuanto a la financiación, esta atención forma parte del paquete de atención básico cubierto por el Seguro de Salud obligatorio para todos/as los/as ciudadanos/as de los Países Bajos, de manera que no está sujeta a copago.

La atención a domicilio a través de la ley de Atención a la Dependencia (Wlz)

La Wlz cubre la atención de las personas mayores con necesidades de atención intensas y supervisión permanente las 24 horas al día que prefieren permanecer en su vivienda, siempre y cuando se garantice la seguridad de la persona usuaria y el coste no supere el 75% del gasto de permanencia en un centro residencial.

El Centro de Valoración de Cuidados de Atención (*Centrum Indicatiestelling Zorg* – CiZ) determina la elegibilidad de las personas para recibir la cobertura sociosanitaria del seguro de atención a la dependencia. Una vez determinada la elegibilidad, las oficinas regionales de atención sanitaria (*Zorgverzekeraars*) establecen con la persona usuaria el tipo de atención en función de sus necesidades e intereses, a saber:

- Paquete completo en casa (*Volledig pakket thuis*) en el que un proveedor de servicios sociosanitarios brinda en la vivienda toda la atención que requiere la persona solicitante. La persona usuaria recibe la misma atención que en un centro residencial, pero debe seguir costeando los gastos derivados de la propia vivienda (alquiler, hipoteca, facturas, etc.).

- Paquete modular en casa (*Modulair pakket thuis*), con el que la persona usuaria decide qué paquetes de cuidados recibe, por uno o más proveedores. Para ciertos tipos de cuidados, la persona usuaria tiene la opción de adquirirlos directamente mediante un presupuesto "presupuesto personal" (PGB).

- Por último, están los presupuestos personales (*Persoonsgebonden budget* - pgb) que consisten en prestaciones económicas para la contratación de los proveedores de servicios directamente por la persona usuaria. Para este tipo de ayuda, la oficina regional de atención sanitaria se asegura de que la persona solicitante está capacitada para realizar los trámites administrativos necesarios para gestionar por sí misma la ayuda. El presupuesto personal se gestiona a través del Banco de Previsión Social (*Sociale Verzekeringsbank* - SVB), mediante el que la persona usuaria recibe el importe y tiene que efectuar los pagos. La prestación en efectivo equivale al 75% del coste de la atención en especie.

En lo que a la financiación se refiere, la atención a las personas con necesidad de apoyo permanente se financia a través de la ley de atención a la dependencia (*Wet langdurige zorg* - Wlz) de 2015, un plan de seguro social obligatorio. Para financiar el seguro de cuidados a la dependencia, los contribuyentes pagan una prima ajustada anualmente por el Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deporte, que en 2020 equivale al 9,65% de sus ingresos imponibles, hasta 34.712 euros. Esta prima se destina al Fondo de Atención a la Dependencia (*Het Fonds langdurige zorg* - Flz), que es administrado por el Instituto de Atención Holandés (*Zorginstituut Nederland*). La Oficina de Administración Central (*Centraal Administratie Kantoor* - CAK) recibe la parte correspondiente a los gastos de atención en especie y paga a los proveedores de atención en nombre de las oficinas de atención.

Además, el fondo de atención a la dependencia se complementa con impuestos y copagos. Las personas mayores que hacen uso de los servicios financiados a través del seguro Wlz contribuyen, mediante copago, en el coste del servicio. La CAK calcula esta contribución en base a los ingresos, los bienes y la naturaleza de los cuidados[28]. Los primeros cuatro meses de uso del servicio, la persona usuaria paga la denominada contribución baja –desde 168 euros hasta 881,60 euros al mes– para, a continuación, pasar a abonar la alta contribución personal –de un máximo de 2.419,40 euros–. En determinadas circunstancias

[28]Herramienta para calcular la contribución personal: https://www.hetcak.nl/regelingen/zorg-vanuit-de-wlz/berekening-van-de-eigen-bijdrage-wlz/lage-of-hoge-eigen-bijdrage

(como tener hijos a cargo, por ejemplo), se amplía a más de cuatro meses el pago de la contribución baja[29].

En el siguiente cuadro se resumen las principales características de las tres leyes que regulan la atención a domicilio:

Tabla 22. Principales elementos de las leyes que regulan la atención a domicilio en los Países Bajos

	Wmo	Zvw	Wlz
Tipo de atención:	Servicios de atención al hogar.	Atención médica y servicios de atención personal.	Paquete integral de atención sociosanitaria.
Requisitos personas beneficiarias:	No ser del todo independiente y no disponer de apoyo por parte del entorno.	Presentar necesidades sanitarias.	Requerir de atención y supervisión permanente.
Financiación:	- A través de impuestos. - Copago máximo de 19 euros/mes.	- Seguro obligatorio. - No sujeto a copago.	- Seguro obligatorio. - Sujeto a copago.
Responsable gestionar la provisión de servicios:	Los 380 municipios del país.	25 aseguradoras de salud.	31 oficinas regionales de atención sanitaria.
Derecho a:	La ley no fija servicios ni prestaciones, los ayuntamientos los organizan en función de las necesidades de las personas solicitantes.	Derecho al paquete de atención sanitaria básico.	Derecho a atención sociosanitaria permanente.
Naturaleza	- En especie. - Presupuesto personal.	En especie.	- En especie. - Presupuesto personal.

Fuente: elaboración propia.

c) Datos generales sobre cobertura y gasto del servicio a domicilio

De acuerdo con los datos del portal estadístico *Statistics Netherlands - StatLine*, las personas de 65 años o más recurren, principalmente, a la atención a domicilio proporcionada a través de la ley de atención social (*Wmo*), así como a los servicios de enfermería de distrito (*Zvw*). Si bien los cuidados derivados de la ley de dependencia son minoritarios en relación con el resto, se observa un crecimiento en los últimos años, lo que denota una inclinación por la atención comunitaria frente a la residencial en las personas que requieren de supervisión permanente.

Tabla 23. Número de personas usuarias de la atención a domicilio en los Países Bajos

	2015	2016	2017	2018
Wmo – atención a domicilio	800.240	711.140	708.300	723.615
Wmo - Presupuestos personales	42.895	34.415	30.820	28.200
Zvw – Enfermería de distrito	421 795	445 385	458 355	477 395
Zvw – Atención personal	342.485	294.760	63.425	28.790
Wlz - Paquete completo en casa - vpt	7.765	8.935	10.490	12.060
Wlz - Paquete modular en casa -mpt	31.355	29.555	30.550	35.590
Wlz- Presupuestos personales	6.900	8.715	9.565	10.660

Elaboración propia a partir de STATLINE

A partir de los datos de 2018 – el año más reciente para el que se dispone información para todos los servicios–, se observa que la cobertura en relación a la población mayor de 65 años es de 40,6% personas usuarias por cada 100 personas mayores de 65 años, muy superior a la cobertura de 5,8% correspondiente

[29] https://www.zorgwijzer.nl/faq/wlz

a la atención residencial[30] y muy superior a la registrada en cualquiera de los demás países analizados en este informe. Aún si no se tiene en cuenta la cobertura ofrecida en el marco de los servicios de salud, la cobertura de la asistencia domiciliaria contemplada en el marco de la ley de dependencia y la ley de servicios sociales (WMO y WLZ) asciende al 25% de la población mayor de 65 años.

Tabla 24. Cobertura de los servicios y prestaciones de la atención a domicilio en los Países Bajos

	2018	Distribución (%)	Cobertura (% mayores de 65)
Wmo – atención a domicilio	723.615	55	22,0
Wmo - Presupuestos personales	28.200	2,1	0,9
Zvw – Enfermería de distrito	477.395	36	15
Zvw – Atención personal	28.790	2,3	0,9
Wlz - Paquete completo en casa - vpt	12.060	0,9	0,4
Wlz - Paquete modular en casa -mpt	35.590	2,8	1,1
Wlz- Presupuestos personales	10.660	0,9	0,3
Total	1.316.310	100	40,6

Elaboración propia a partir de STATLINE

En lo que se refiere al volumen de gasto en la atención a domicilio, se observa que el gasto medio por persona más elevado corresponde a la atención de las personas mayores que requieren supervisión permanente:

Tabla 25. Gasto relativo a la atención a domicilio en los Países Bajos (en miles de euros) y gasto medio por persona usuaria, 2018

Servicio/prestación	Gasto (en miles de euros)	Gasto medio por persona usuaria
Wmo – atención a domicilio y presupuestos personales	2.180.265	2.900
Zvw – Enfermería de distrito	2.970.352	6.222
Zvw – Atención personal	253.208	8.795
Wlz - Paquete completo en casa - vpt	469.072	38.895
Wlz - Paquete modular en casa -mpt	456.540	12.830
Wlz- Presupuestos personales	450.685	42.278

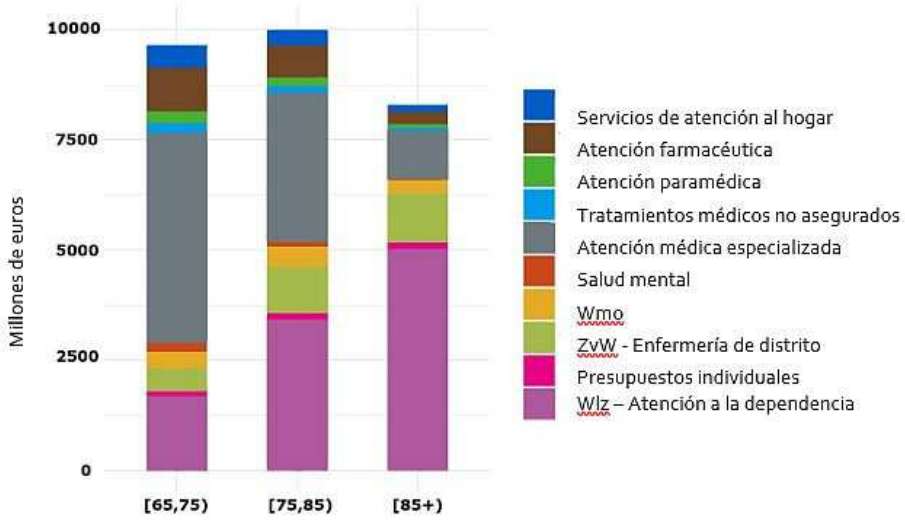
Fuente: Elaboración propia a partir de STATLINE. No se dispone del dato del gasto de presupuesto personal a través del *Wmo*.

Esta tendencia se confirma, asimismo, en el análisis realizado por la Autoridad Sanitaria Neerlandesa (*Nederlandse Zorgautoriteit* – Nza)[31] en 2019, en el que se analiza el conjunto de gastos de atención sociosanitaria para el conjunto de la población mayor de 65 años. Tal y como se muestra en el siguiente gráfico, los gastos en atención médica especializada son particularmente elevados en el grupo de edad más joven (alrededor del 50%), mientras que los gastos en enfermería de distrito y en atención a largo plazo son particularmente elevados en el grupo de más edad:

Gráfico 22. Gasto en atención sociosanitaria a personas mayores de 65 años, 2016

[30] Según los datos del informe *Monitor Zorg voor ouderen 2018* de la Autoridad Sanitaria Neerlandesa.

[31] *Monitor Zorg voor ouderen 2018* (Monitorización de la atención a las personas mayores), Nederlandse Zorgautoriteit, 2019, 40 p.



Fuente: *Monitor Zorg voor ouderen 2018*

Siguiendo con los datos de la misma agencia, el gasto medio aumenta con la edad en prácticamente todas las formas de atención:

Tabla 26. Gasto medio en euros por persona usuaria en 2016

Tipo de atención	65-75	75-85	85+
Zvw - Enfermería de distrito	4.716	5.502	7.865
Wmo – atención a domicilio	4.716	2.906	2.757
Wlz – Presupuestos personales	39.163	33.537	33.438
Wlz – atención a la dependencia a domicilio	48.442	41.165	42.655

Fuente: *Monitor Zorg voor ouderen 2018*

d) Contenidos del servicio

Las actividades o tareas que se prestan a domiciliaria varían en función del marco a través del cual se financien, como se recoge en la siguiente tabla.

Tabla 27. Contenidos del servicio de atención a domicilio en Holanda

Vía de financiación	Servicios cubiertos
Wmo	- Servicios generales: o Ayuda para hacer la compra. o Entrega de comestibles. o Ayuda para cocinar. o Ayuda para organizar actividades sociales. - Servicios personalizados: o Orientación individual.

Tabla 27. Contenidos del servicio de atención a domicilio en Holanda

Vía de financiación		Servicios cubiertos
		o Apoyo a cuidadores informales. o Actividades diurnas personalizadas. o Servicios de atención al hogar: ordenar y limpiar. o Ajustes/adaptaciones en la vivienda. - Ayudas para el transporte: o Silla de ruedas. o Adaptación del coche. o Scooter de movilidad. o Reembolso por transporte.
Zvw		- Atención sanitaria: inserción de una vía intravenosa, administración de medicamentos por vía intravenosa, administración de oxígeno, succión de la tráquea / garganta, cura de heridas, etc. - Servicios de atención personal como ayuda para el aseo personal, ayuda al vestir o ayuda físico-motriz.
Wlz	Vpt	- Cuidado personal y enfermería. - Acompañamiento. - Ayuda doméstica. - Atención médica o paramédica necesaria. - Transporte al tratamiento y orientación. - Proporcionar comidas y bebidas. - Limpieza de la casa del cliente. - Alojamiento.
	Mpt	- Cuidado personal y enfermería. - Ayuda doméstica. - Acompañamiento. - Atención médica o paramédica necesaria. - Transporte al tratamiento y orientación. - Alojamiento.
	Pgb	- Cuidado personal y enfermería. - Acompañamiento. - Ayuda doméstica. - Alojamiento.

e) Requisitos establecidos para el personal que trabaja en los servicios de ayuda domiciliaria

Las personas que prestan servicios de atención al hogar bajo la *Wmo*, ya sea mediante entidades privadas o de forma directa, no están obligadas a disponer de una titulación específica.

Cuando las personas mayores contratan, a través de los presupuestos personales, los servicios de una persona para que se ocupe del cuidado del hogar durante un máximo de tres días a la semana, el contrato está sujeto al reglamento de trabajo doméstico de 2007 (*Regeling schoonmaakdiensten particulieren*). Esta ley exime a las personas empleadoras del pago de determinadas cotizaciones, al mismo tiempo que establece que el sueldo no puede ser inferior al salario mínimo.

En relación a la atención a la dependencia, la normativa holandesa tampoco determina cualificaciones específicas en lo que se refiere al personal cuidador que ofrece atención a las personas mayores en el marco de la ley de atención a la dependencia *Wlz*.

Cabe señalar que el hecho de que la normativa de ámbito nacional sólo establezca las bases generales del contenido de los servicios y las prestaciones, tiene como consecuencia la importancia que se da en los Países Bajos a los elementos relacionados con la calidad de la atención, así como a la publicación de los resultados de las inspecciones y evaluaciones, tal y como se describe en el siguiente apartado. En este sentido, todas las empresas proveedoras de servicios en el marco de las leyes *Zvw* y *Wlz* están sujetas a la ley de calidad, quejas y disputas de la atención médica (*Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg* - WKKGZ). En ella, en relación al personal, se establece lo siguiente:

- Para la provisión de la atención sanitaria derivada del seguro Zvw, las empresas prestatarias tienen que contar con personal de enfermería registrado en *BIG-register* (*Wet BIG*), un registro nacional gestionado por el del Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte.

- Las empresas proveedoras de servicios deben comprobar que el personal contratado no tenga ninguna denuncia por mala *praxis* profesional. Esta comprobación se puede realizar mediante diferentes vías:

    - Consulta del registro de quejas en los cuidados y el bienestar (*Waarschuwingsregister Zorg & Welzijn*).
    - Solicitud de un certificado de buena conducta (*VOGnp*) a la Agencia Empresaria de los Países Bajos.
    - Búsqueda en el registro BIG de medidas disciplinarias impuestas a profesionales.

Finalmente, en relación al personal que trabaja en los servicios de atención domiciliaria, es importante señalar que el Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes holandés puso en marcha en la última década del siglo anterior el programa Mercado de Trabajo de la Atención y el Bienestar (*Arbeidsmarkt Zorg en Welzijn* - *AZW*) con el objetivo de que los diferentes agentes implicados en la atención tuvieran información actualizada y fiable sobre el mercado laboral del sector. En 2018, el Ministerio impulsó el programa, renovando la información disponible y encargando la realización de una serie de encuestas periódicas que contribuyeran a ampliar el campo de investigación. Este impulso se debe, principalmente, al reto que supone el crecimiento de la demanda en el ámbito de la atención, así como a los desafíos a los que se enfrente el sector de los cuidados, a saber[32]:

- el desajuste cualitativo entre la oferta y la demanda de personal,

- el elevado índice de rotación del personal, la presión laboral a las que están sometidos y el absentismo en las organizaciones, y

- la integración de la tecnología y la domótica para mejorar la atención y las condiciones laborales.

f) Autorización, acreditación y/o habilitación de las empresas proveedoras de servicios

Todas las organizaciones proveedoras de servicios sociosanitarios en Holanda deben estar acreditadas por el Ministerio de Salud, Bienestar y Deporte. Para ello, deben cumplir con una serie de requisitos obligatorios como, por ejemplo:

- Brindar una atención responsable que cumpla con los estándares de calidad establecidos por las asociaciones médicas y profesionales pertinentes.

- Las empresas proveedoras de servicios tienen la obligación de elaborar un plan de atención junto con la persona usuaria, en el que se acuerda la atención y el apoyo que se brindará. El proveedor de servicios debe revisar este plan con la persona usuaria, como mínimo, una vez al año.

- Contar con un sistema para que las personas usuarias hagan llegar sus quejas.

Estas obligaciones quedan recogidas en las siguientes leyes:

- Ley de calidad, quejas y disputas de la atención médica (*Wet kwaliteit, klachten en geschillen zorg* - WKKGZ).

[32] *Arbeidsmarktproblematiek in de sector Zorg en Welzijn* (Informe sobre los problemas del mercado laboral en el sector de la atención y el bienestar), noviembre 2019.

- Ley de profesiones sanitarias (*Wet BIG*).

- Ley de participación de las personas usuarias en las entidades sanitarias (*Wet medezeggenschap cliënten zorginstellingen*).

- Ley de proveedores de atención (*Wet toelating zorginstellingen*).

La agencia de Inspección de Salud y Juventud (*Inspectie voor de Gezondheidszorg en Jeugd* - IGJ) supervisa la calidad y seguridad de la atención brindada por los proveedores de servicios. Las inspecciones toman como referencia los estándares del marco de calidad de la atención a domicilio (*Toezicht op de Zorg Thuis*). En concreto, el marco se vertebra en torno a las siguientes cuestiones:

- Atención centrada en la persona.

- Atención integral.

- Cuidado seguro en casa.

- Enfermera/o de distrito con autonomía profesional.

- Enfoque en la calidad.

Por otro lado, el marco de calidad establece que los proveedores de servicios deben proporcionar, anualmente, una serie de indicadores al Instituto de Salud de los Países Bajos (*Zorginstituut Nederland*) para la valoración de la calidad en la organización. Para ello, cuentan con una serie de documentos de apoyo elaborados por el propio Instituto.

Desde 2017, tanto los informes de inspección como los indicadores de evaluación facilitados por los propios proveedores de servicios están disponibles para su consulta. En el caso de las inspecciones, se puede acceder a los informes bien desde un mapa georreferenciado o bien desde un buscador, ubicados ambos en el portal de la agencia de Inspección de Salud y Juventud (IGJ). En cuando a las evaluaciones internas, los indicadores facilitados por las propias instituciones están disponibles para su consulta en el Instituto de Salud.

Cabe mencionar también el directorio alimentado por *ZorgkaartNederland*, un portal, de ámbito nacional, dedicado a la atención sociosanitaria. Desde su web se ofrece acceso a un directorio de centros sociosanitarios –entre ellos, las entidades prestadoras de servicios a domicilio– en el que, además de la información básica del centro, se ofrece una puntuación a partir de las valoraciones de las personas usuarias y sus familiares. A pesar de tratarse de una herramienta más informal que las inspecciones o las evaluaciones obligatorias, desde el Gobierno holandés lo incluyen como un recurso a considerar a la hora de elegir una empresa prestadora de atención.

g) Proceso de reflexión sobre el sistema

Ninguno de los servicios y de las prestaciones de atención a domicilio son específicos para las personas mayores, lo que tiene como resultado que algunos de los datos disponibles en el portal estadístico *Statline* no se desagreguen por tipo de persona usuaria. Además, dada la estructura organizativa del sistema, en el que intervienen agentes de ámbitos y niveles competenciales diferentes, no resulta evidente disponer de una panorámica con información y datos unificados. Por ello, en noviembre de 2018, el Ministerio de Salud, Bienestar y Deportes creó la Comisión sobre el futuro de la atención a las personas mayores que viven en casa (*Commissie Toekomst zorg thuiswonende ouderen*), con los siguientes objetivos:

- analizar cómo es el sistema de atención a domicilio para las personas mayores y el uso que de ellos hacen las personas usuarias, y

- asesorar al Ministerio sobre la dirección que tienen que adoptar las políticas de atención a domicilio para permitir a las personas mayores vivir en comunidad, teniendo en cuenta las tendencias demográficas, sociales y tecnológicas, así como la sostenibilidad del sistema.

Del primero de los objetivos deriva el informe "Cuidar de las personas mayores que viven en casa" (*Zorgen voor thuiswonende ouderen*) de 2019, en el que se analiza la atención a domicilio destinada a las personas mayores de 75 años que viven en casa. En relación a la segunda de las líneas de actuación, en junio de este año la Comisión publicó el informe titulado "Mayor e independiente en 2030. Consejos de viaje" (*Oud en zelfstandig in 2030. Aangepast REISadvies*). Las recomendaciones que ofrece el informe para el futuro de la atención de las personas mayores que viven en casa giran en torno a los siguientes ejes:

- Promover la construcción de viviendas adaptadas que faciliten la permanencia de las personas mayores en su entorno físico, de manera independiente.

- Tanto los proveedores de servicios como las personas usuarias deben incorporar la tecnología digital, lo que garantizaría mayor calidad de la atención y un uso más eficiente de los recursos.

- Además de promover la vida independiente en el entorno, con el apoyo de la tecnología, los autores del informe abogan por la necesaria coordinación entre los diferentes agentes implicados en la atención de las personas.

4.2.5. La atención domiciliaria en Suecia

a) Marco general

Los principales elementos que definen el modelo de atención a las personas con dependencia en Suecia son los siguientes:

- **Universalidad**. El modelo de atención a las personas mayores dependientes se define en Suecia por su carácter universal, en la medida en que el derecho a los servicios (residenciales o domiciliarios) no está determinado por el nivel de renta de las personas usuarias y está abierto al conjunto de la población que acredita un nivel determinado de necesidad. Como se señala más adelante, además del carácter universal, el modelo sueco se caracteriza por el elevado gasto público que se destina a los servicios sociales de atención a las personas mayores y por los reducidos niveles de copago establecidos.

- **Provisión pública de los servicios**. La segunda de las características del modelo de atención a las personas mayores en Suecia se relaciona con el papel de la administración pública –en este caso, municipal−, no sólo como regulador, evaluador o financiador de los servicios, sino también como proveedor directo de los mismos. Como se señala más adelante, pese a que en los últimos años se ha producido un proceso relativamente intenso de mercantilización de los servicios con la irrupción de operadores privados, la provisión directa de los servicios por parte de la administración municipal sigue siendo generalizada, tanto en lo que se refiere a la atención residencial como a la atención domiciliaria.

- **Autonomía local y descentralización**. El modelo sueco de Servicios Sociales se caracteriza también por la descentralización y el amplio margen de autonomía local en la prestación de los servicios. Los ayuntamientos son los responsables de la gestión de los servicios sociales en un marco normativo relativamente laxo, que deja un amplio margen para la autonomía local. En ese sentido, las herramientas para la definición del modelo de atención en Suecia se caracterizan por su simplicidad: a diferencia del caso francés o alemán, no existe una normativa que regule en detalle la prestación de los servicios, ni existe tampoco un marco estricto para garantizar la calidad de la atención mediante inspecciones y evaluaciones –ya sean internas o externas−, como

existe en Francia, Alemania o Reino Unido. En ese contexto, ni las instalaciones, ni las dotaciones de personal, ni los procedimientos de atención están explícitamente regulados en una norma de carácter estatal y se definen por los municipios, que marcan las características de los centros o servicios cuya titularidad ostentan.

- **Desinstitucionalización**. Otra de las características básicas del modelo sueco de atención a las personas mayores se refiere al concepto de desinstitucionalización, que se traduce en la prioridad que se da a los servicios de atención domiciliaria, por una parte, y a las características de los centros residenciales, tanto en lo que se refiere a su tamaño como a su diseño ambiental y arquitectónico, por otra.

b) Funcionamiento y financiación de la asistencia domiciliaria

Como se ha señalado previamente, los municipios suecos son responsables de la prestación del conjunto de los servicios a las personas mayores dependientes, incluyendo tanto los servicios domiciliarios como los servicios residenciales. No existe una escala o baremo de acceso a los servicios que se utilice a escala nacional, y cada municipio utiliza sus propios criterios para determinar qué personas pueden recibir servicios de atención a la dependencia y qué tipo de servicios (residenciales, domiciliarios, etc.) pueden corresponder a cada persona, así como, en el caso de optarse por la asistencia domiciliaria, el número de horas y las tareas a realizar.

En todo caso, las solicitudes de servicio son analizadas por un gestor/a de casos que, tras una entrevista individual, una visita a domicilio y una valoración de la situación y las necesidades de cada persona, establece un plan de atención en el que se establecen los servicios correspondientes a cada persona. Algunos de los elementos que se tienen en cuenta en la entrevista son:

- Condiciones de la vivienda y del entorno físico de residencia.
- Condiciones físicas y psíquicas.
- Actividades y hábitos cotidianos.
- Autonomía para la realización de las actividades de la vida diaria.
- Intereses personales.

En el caso de optarse por la asistencia domiciliaria, una vez establecido el número de horas y las tareas a realizar, las personas usuarias tienen la posibilidad de seleccionar la empresa o entidad que prestará el servicio[33]. Estas entidades pueden ser bien de titularidad pública, bien de titularidad privada, correspondiendo a la persona usuaria la selección del proveedor (que, además, puede ser sustituido en caso de que la persona usuaria no esté satisfecha con el servicio). En caso de que la persona no elija una entidad específica, el Ayuntamiento le asigna una de las empresas o entidades que operan en el municipio.

De acuerdo a los datos del Consejo Nacional de Salud y Servicios Sociales (*Socialtyrelsen*), existen en la actualidad en Suecia un total de 1.895 entidades prestadoras de servicios de atención domiciliaria, de las que 1.449 (el 74%) son de titularidad pública y 446 (el 26%) de titularidad privada[34]. Esta distribución no

[33] La posibilidad de elegir la entidad proveedora se deriva de la Ley de Libertad de Elección en los Servicios Públicos (*Lagen om valfrihetssystem*) de 2009, mediante la cual se fomenta la posibilidad de que las personas usuarias pueden elegir libremente los servicios a los que pueden acceder en el ámbito de la salud y los servicios sociales. El sistema de libertad de elección significa que el individuo tiene la oportunidad de elegir un proveedor de un determinado servicio entre los proveedores que han sido aprobados y con los que la autoridad contratante ha firmado un contrato.

[34] La distribución de las horas de atención prestada es similar. Diversos estudios señalan que en torno al 40% de las horas de atención correspondientes a los proveedores privados se concentran en cuatro grandes empresas.

es sin embargo homogénea en los diversos municipios y, por ejemplo, en el caso de Estocolmo la distribución es la inversa, con cerca de un 75% de entidades proveedoras privadas.

Cada ayuntamiento determina el nivel de copago al que debe hacer frente la persona, de acuerdo a las horas de servicio prestadas, la renta de la persona usuaria y los límites establecidos al respecto por la normativa nacional. En ese sentido, la administración central establece cada año −tanto para la atención domiciliaria como para la atención residencial− un copago mensual máximo, independientemente de la titularidad del centro elegido y del municipio de residencia (Socialstyrelsen, 2020). En 2020, el copago máximo asciende a de 2.183 coronas mensuales (en torno a 210 euros). Así, por ejemplo, en el municipio de Estocolmo, los precios máximos del SAD oscilan entre los 50 euros y los 208 euros mensuales, correspondientes a más de 56 horas mensuales de atención. Los paquetes de atención ofrecidos por el Ayuntamiento de Estocolmo ofrecen también combinaciones de asistencia domiciliaria, atención diurna y servicios de respiro en el domicilio[35].

Además de los servicios señalados, buena parte de los ayuntamientos ofrecen a las personas con dependencia servicios gratuitos de acompañamiento o asistencia personal, si bien este servicio no se ofrece en el marco de la Ley de Servicios Sociales sino en el marco de la Ley de Discapacidad, lo que implica requisitos de acceso diferentes.

c) Datos generales sobre cobertura, intensidad y gasto de la asistencia domiciliaria en Suecia

De acuerdo a los datos ofrecidos por el Consejo Nacional de Salud y Servicios Sociales (*Socialtyrelsen*), el número de personas usuarias de los servicios de asistencia domiciliaria (a 15 de octubre de cada año) ascendía en 2019 a algo más de 172.000 personas, más del doble del número de personas usuarias de centros residenciales y viviendas comunitarias. En 2019, las personas usuarias del SAD representan el 55% del total de personas usuarias de servicios de atención a la dependencia, si bien, dado que algunas personas pueden usar más de un servicio, cabría señalar que se trata del 55% de los servicios o prestaciones ofrecidas.

Tabla 28. Evolución del número de personas atendidas en centros residenciales y por el SAD en Suecia (a 15 de octubre)

Prestación	2015	2016	2017	2018	2019
SAD	164.831	166.186	164.220	170.006	172.790
Centros residenciales	81.517	83.618	82.203	82.536	82.217
Otros	66.070	63.942	69.790	60.472	58.510
Total	312.418	313.746	316.213	313.014	313.517
% SAD respecto al total	52,8	53,0	51,9	54,3	55,1

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.*

Desde el punto de vista de la cobertura, el SAD atiende en un día concreto del año al 8,49% de la población mayor de 65 años en Suecia, frente al 4,0% de las viviendas comunitarias y centros residenciales. La cobertura de ambos servicios se ha mantenido estable en torno al 12% de la población mayor desde al menos 2015, si bien se observa una cierta reducción cuando las comparaciones se realizan teniendo en cuenta un periodo más amplio.

Tabla 29. Evolución del número de personas atendidas en centros residenciales y por el SAD en Suecia (a 15 de octubre)

Prestación	2015	2016	2017	2018	2019
SAD	8,62	8,53	8,31	8,47	8,49
Centros residenciales	4,26	4,29	4,16	4,11	4,04
Total	12,88	12,83	12,47	12,59	12,53

[35] El respiro a domicilio o cuidador/a sustituto/a (*avlösning*) se considera una actividad diferente de la asistencia domiciliara, con 16 horas de servicios garantizadas de forma gratuita.

Tabla 29. Evolución del número de personas atendidas en centros residenciales y por el SAD en Suecia (a 15 de octubre)

Prestación	2015	2016	2017	2018	2019

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.*

Por otra parte, si se tiene en cuenta la existencia, como antes se ha señalado, de 1.895 empresas prestadoras de servicios, el número medio de personas atendidas por cada empresa asciende a 91.

En lo que se refiere al número de horas prestadas en el marco del SAD en Suecia, no existen datos sobre la intensidad media del servicio para el conjunto del país. Algunos estudios locales indican en cualquier caso que la intensidad media se sitúa en torno a 6,5 horas semanales o 30 horas mensuales. Como se observa en la tabla siguiente, que recoge los datos correspondientes a todo el país, el 32% de las personas usuarias recibe menos de 9 horas de atención al mes y el 54,1% menos de 25 horas. El 26,6% de las personas usuarias reciben más de 50 horas de atención al mes.

Tabla 30. Intensidad del SAD en Suecia por tramos (2019)

Horas de atención mensuales	Número de usuarios/as	Distribución (%)	% acumulado
1–9	46.137	32,0	32,0
10–25	31.795	22,1	54,1
26–49	27.682	19,2	73,4
50–79	20.478	14,2	87,6
80–119	12.121	8,4	96,0
120–199	5.069	3,5	99,5
Más de 200	685	0,5	100,0

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.*

En lo que se refiere al gasto público destinado al servicio de asistencia a domicilio, asciende en 2018 a 4.100 millones de euros, lo que supone un gasto de dos mil euros por persona mayor de 65 años y algo más de 24.000 euros por persona usuaria. Una extrapolación de los datos señalados a partir de la intensidad media previamente señalada indica que el coste medio por hora de atención se sitúa en torno a los 65 euros hora.

Tabla 31. Evolución del gasto en SAD y residencias en Suecia (2013-2018)

	2013	2014	2015	2016	2017	2018
Residencias	6.768	6.787	6.576	6.682	6.653	6.893
SAD	3.638	3.850	3.888	3.936	3.926	4.118
Gasto en SAD por cada mayor de 65 años	1.990	2.056	2.033	2.021	1.986	2.053
Gasto en SAD por persona usuaria			23.588	23.684	23.909	24.225

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.*

d) Contenidos del servicio

Como en el resto de los países analizados, el Servicio de Asistencia Domiciliaria ofrece tanto servicios de atención personal como servicios de atención doméstica. A ellos se suman, los servicios de respiro a domicilio y los servicios de acompañamiento o asistencia personal.

La tabla siguiente recoge la distribución de los tipos de prestaciones recibidas, teniendo en cuenta que el número de tipos de servicios recibidos puede ser superior a uno a lo largo del año. En todo caso, el 25% de las prestaciones concedidas combinan la atención doméstica y la personal, el 33% sólo contemplan atención doméstica y el 36% únicamente atención personal. Las otras dos prestaciones –servicios de respiro y acompañamiento o asistencia personal− son muy minoritarias.

Tabla 32. Distribución del tipo de SAD recibido por sexo (2019)

	Mujeres	Hombres	Total
Atención doméstica y personal	25,5	24,1	25,0
Atención doméstica	33,2	33,7	33,3
Atención personal	36,1	36,6	36,3
Acompañamiento / asistencia personal	4,8	4,0	4,5
Respiro	0,5	1,7	0,9

Fuente: *Öppna jämförelser 2019. Enhetsundersökningen om äldreomsorg och kommunal hälso- och sjukvård.*

e) Requisitos establecidos para el personal que trabaja en los servicios de ayuda domiciliaria

En principio, la normativa sueca no establece ratios determinadas o cualificaciones específicas en lo que se refiere al personal que trabaja en los servicios de atención domiciliaria. En ese contacto, el Consejo de Servicios Sociales y de Salud se limita a recomendar (Socialtyrelsen, 2011) que las personas que prestan servicios de atención directa deben al menos:

- Haber realizado una formación general en el ámbito de los cuidados (800 / 1.500 créditos) y una formación especializada en geriatría de al menos 300 créditos.

- Tener un nivel suficiente de expresión en sueco

- Haber adquirido una serie de competencias básicas en ámbitos como los cuidados, la comunicación, la normativa de aplicación en el ámbito de los servicios sociales, el envejecimiento, la intervención social, el tratamiento de las limitaciones funcionales, etc.

f) Autorización, acreditación y evaluación de los servicios

Los ayuntamientos suecos pueden optar entre la prestación directa de servicios, la contratación directa de los servicios a proveedores privados, en el marco de la Ley de Contratación Pública, y la contratación de

los servicios por parte de la persona usuaria, en el marco de la Ley de Libre Elección[36]. Esta es la opción adoptada por la mayor parte de los municipios, especialmente los más poblados. La adopción de este marco implica que el usuario puede elegir entre todos los servicios autorizados para operar en el territorio, y que se aplican a todos los proveedores los mismos criterios de autorización, acreditación y evaluación o inspección.

Por otra parte, las herramientas para la definición del modelo de atención en Suecia se caracterizan por su simplicidad. A diferencia del caso francés o alemán, no existe una normativa que regule en detalle la prestación de los servicios –el Código Social francés o el Libro XI de la Seguridad Social de Alemania son mucho más densos y prolijos que la normativa sueca−, y tampoco existe un marco estricto para garantizar la calidad de la atención mediante inspecciones y evaluaciones –ya sean internas o externas− como existe en Francia, Alemania o Reino Unido. En Suecia, ni las instalaciones, ni las dotaciones de personal, ni los procedimientos de atención están explícitamente regulados en una norma de carácter estatal y se definen por los municipios, que marcan las características de los servicios que contratan.

En todo caso, la Inspección de Salud y Servicios Sociales (*Inspektionen fr Vard och Omsorg*) es desde 2019 la responsable de conceder la autorización de apertura de cualquier servicio de asistencia domiciliaria, además de inspeccionar su funcionamiento. La autorización concedida a cada empresa es valida para todo el territorio sueco y para su concesión se tiene en cuenta tanto la cualificación del personal como la capacidad económica de la empresa y los procedimientos de atención. En lo que se refiere a las inspecciones, pueden ser previstas o imprevistas, generales o centradas en una cuestión específica, y rutinaria o derivadas de una queja, sospecha o incidente específico. Los protocolos que se inspecciones fundamentalmente son los relacionados con la calidad de la atención, los relacionados con los sistemas de gestión de la calidad, y los relacionados con la dotación de personal en horario nocturno (en el caso de los centros residenciales).

Además de las autorizaciones e inspecciones realizadas por la Inspección de Salud y Servicios Sociales, la segunda herramienta para la determinación de la calidad de los servicios es el sistema de comparaciones abiertas (*Öppna jämförelser av äldreom*) mediante el cual se establece en qué medida cada uno de los municipios suecos cumple con una serie de indicadores de calidad –básicamente estructurales, pero también de proceso− previamente establecidos. Creado en colaboración entre la asociación de municipios y el *Socialstyrelsen*, este sistema es similar al que la Diputación de Barcelona desarrolla mediante los círculos de comparación intermunicipal en el ámbito de los Servicios Sociales[37]. El modelo sueco se diferencia de los modelos de publicación de resultados de las evaluaciones de los centros residenciales de Alemania, Inglaterra o USA en dos aspectos básicos: la información se refiere a los municipios y no a los centros, por una parte, y aunque se utilizan una serie de colores para distinguir a los municipios con resultados negativos, no se aplican calificaciones globales, como ocurre en esos países.

En todo caso, ese sistema ofrece información para cada empresa o entidad prestadora de servicios, así como para cada municipio, en relación a diversos indicadores de calidad (básicamente desde los procedimientos de atención):

- Disponibilidad de una persona de referencia por parte de todas las personas usuarias.
- Elaboración de un plan individual de atención a todas las personas usuarias.
- Participación de las personas usuarias en la elaboración del plan de atención.

[36] La Ley de Libertad de Elección en los Servicios Públicos (*Lagen om valfrihetssystem*) de 2009, mediante la cual se permite la posibilidad de que las personas usuarias pueden elegir libremente los servicios a los que pueden acceder en el ámbito de la salud y los servicios sociales. El sistema de libertad de elección significa que el individuo tiene la oportunidad de elegir un proveedor de un determinado servicio entre los proveedores autorizados.

[37] Como ocurre en el caso de Barcelona, los indicadores municipales no se limitan a los centros residenciales o a los servicios sociales, sino que afectan a otros muchos ámbitos de la gestión municipal.

- Disponibilidad de protocolos para los casos en los que la persona no abre la puerta o responde al timbre.
- Disponibilidad de protocolos para los casos en los que se detecta un empeoramiento súbito de la situación de la persona atendida.
- Disponibilidad de protocolos para los casos en los que se detectan situaciones de abuso o malos tratos.
- Disponibilidad de protocolos para los casos en los que se detectan posibles casos de adicción o consumo excesivo de alcohol u otras drogas.
- Disponibilidad de protocolos para la articulación de la colaboración con los familiares o allegados de las personas usuarias.
- Disponibilidad de protocolos para la articulación de la colaboración con los servicios de salud.
- Periodicidad de los contactos con los servicios de salud.
- Disponibilidad de protocolos para la revisión regular de la medicación prescrita, con la participación de la propia persona usuaria.

4.3. Tendencias y buenas prácticas en el diseño de los modelos de asistencia domiciliaria en Europa

4.3.1. Introducción y metodología

Como se ha explicado en el capítulo introductorio, en este apartado se recogen algunas tendencias y buenas prácticas en lo que se refiere al diseño de los modelos de atención domiciliaria en Europa. El apartado diferencia las tendencias generales –tanto las que se consideran positivas como las que pueden ser más problemáticas− de lo que se puede entender como innovaciones o buenas prácticas, que en algunos casos son una aplicación de las tendencias señaladas en el apartado anterior.

Tanto las tendencias como las buenas prácticas se han recogido de una revisión de la literatura publicada en relación al SAD en los últimos años (informes oficiales, artículos académicos, diseño y evaluación de proyectos de innovación…), así como del análisis realizado en relación a los modelos de SAD que existen en Escocia, Alemania, Francia, Suecia y Holanda, así como en otros países cuyos sistemas no se han analizado de forma específica.

La diferenciación entre tendencias y buenas prácticas no es, en cualquier caso, categórica: en algunos casos, las buenas prácticas descritas recogen formas concretas de materializar algunas de las tendencias previamente señaladas. Al contrario, algunas de las tendencias señaladas no tienen después una aplicación concreta descrita como buena práctica y, en el mismo sentido, algunas de las buenas prácticas descritas no están relacionadas con ninguna de las tendencias o innovaciones previamente señaladas. Por otro lado, no todas las tendencias son complementarias entre sí –algunas son más bien contradictorias− y no todas tienen el mismo grado de relevancia o alcance.

Como ocurre a la hora de plantear las recomendaciones, las tendencias y las buenas prácticas detectadas no siempre hacen referencia al servicio de asistencia domiciliaria propiamente dicho. En efecto, algunos de los cambios que se detallan en este epígrafe se refieren de forma más genérica a los apoyos que reciben las personas dependientes en su domicilio, que van mucho más allá del servicio de asistencia domiciliaria que reciben en el marco de los sistemas de atención a la dependencia. Aunque la mayor parte de las tendencias y buenas prácticas que se reseñan en las páginas siguientes se refieren de forma específica al SAD, en algunos casos se ha considerado imprescindible hacer referencia a los cambios

producidos en el conjunto de los apoyos –tanto públicos como privados− que reciben las personas dependientes en sus domicilios.

Un estudio del SIIS realizado en 2012 en relación a las tendencias principales en relación a la definición del SAD [1], ponía de manifiesto la existencia de un proceso de convergencia internacional –en lo que se refiere a los servicios de atención a la dependencia en general y a los servicios de asistencia domiciliaria en particular− en relación a los siguientes elementos:

- La introducción, en la mayoría de los países, de fórmulas de asignación económica individual como alternativa a la prestación de servicios en especie.

- La separación de las funciones de financiación y provisión de los servicios, por la vía de la Nueva Gestión Pública (*New Public Management*), y la consiguiente proliferación de entidades privadas proveedoras de servicios en el ámbito de la ayuda a domicilio.

- Un renovado interés por la red de atención informal y por programas y servicios que puedan ayudar a su mantenimiento.

- La adopción de medidas para promover una atención centrada en la persona, ofreciendo a las personas usuarias la posibilidad de participar en el diseño de los paquetes de atención más adecuados a sus necesidades y/o de elegir el proveedor del servicio.

- La adopción de medidas dirigidas a mejorar las cualificaciones de los y las profesionales y las condiciones de trabajo en el sector.

- La preocupación por la transparencia en la gestión del servicio y la introducción de sistemas de control y de mejora de la calidad de la gestión.

Ocho años después, puede decirse que se mantienen en líneas generales las mismas tendencias y desarrollos. Las tendencias que se han considerados más relevantes, a partir de un nuevo trabajo de revisión de la literatura internacional, son las siguientes:

- El fomento de la libre elección y de la competencia entre proveedores mediante el uso de prestaciones económicas para acceder al servicio.

- El mayor protagonismo de las entidades privadas en la provisión del servicio y la uberización de los servicios mediante la economía de plataformas.

- La focalización del servicio en las personas con mayores necesidades y la creciente diferenciación entre las tareas domésticas y de cuidado.

- Cambios en los procesos y condiciones de trabajo: de la taylorización a la desprofesionalización.

- Territorialización y autogestión de la prestación del SAD, desde la óptica de la atención centrada en la persona.

- El SAD como parte de un paquete más amplio de servicios: el impulso a los servicios complementarios.

- La aplicación de las nuevas tecnologías a la gestión y la prestación del SAD: robotización e inteligencia artificial.

- Las cuatro R-s: la importancia de la rehabilitación en el domicilio.

- Desarrollo de nuevas formas de contratación.

- Establecimiento de marcos generales de inspección y evaluación.

4.3.2. Tendencias principales

a) El fomento de la libre elección y de la competencia entre proveedores mediante el uso de prestaciones económicas para acceder al servicio

Una de las tendencias más significativas de las últimas décadas en los sistemas de cuidados de larga duración ha sido la reivindicación, tanto desde la propia ciudadanía y desde las organizaciones de defensa de personas usuarias, como desde las esferas académicas, de un modelo de atención centrado en la persona usuaria y en la promoción de su autonomía, de su libre elección y de su autodeterminación [1]. Efectivamente, una de las tendencias más claramente observables en el diseño de los servicios de atención domiciliaria es la expansión de la idea de la libre elección de la entidad proveedora de los servicios por parte de las personas usuarias. Esta idea de la libre elección entronca con dos principios o enfoques relativamente independientes y se materializa en general –aunque no siempre, como el modelo sueco permite comprobar− mediante la extensión del uso de prestaciones económicas para acceder al servicio.

Los dos enfoques o principios que se relacionan con este movimiento son los siguientes [3]:

- Por una parte, la necesidad de fomentar la autodeterminación, la autonomía y la capacidad de control de las personas usuarias. Desde ese punto de vista, se viene produciendo desde hace décadas una crítica a un cierto paternalismo de los Servicios Sociales en lo que se refiere a la asignación y la organización de los servicios, y se reclama por parte de muchos colectivos usuarios de estos servicios mayores posibilidades para intervenir en el diseño de su paquete de atención, en la elección de las personas o entidades proveedoras de los servicios y en organización del sistema [4].

- Por otra parte, la idea de que la calidad de los servicios puede mejorarse mediante la promoción de la competencia entre las entidades proveedoras de servicios, y mediante la restricción de las barreras de acceso a nuevos proveedores, a partir de la aplicación de lógicas comerciales a la provisión del servicios. Se entiende en ese sentido que el “mercado” de los cuidados profesionales es un mercado como cualquier otro en el que existen unos consumidores suficientemente informados, unas entidades con niveles de calidad distintos, y unos procesos racionales de selección por parte de las personas usuarias, que eligen a los proveedores de mayor calidad, dentro de unos márgenes de coste determinados.

Este cambio se traduce en la extensión del uso de prestaciones económicas de diverso tipo para acceder a los servicios de cuidados. En ese sentido, la posibilidad de acceder a una cuantía económica para la adquisición de cuidados personales es una de las principales vías por las que se ha tratado de dar a la persona usuaria un mayor control sobre el tipo de atención que recibe y la manera de organizar los cuidados que se le prestan. Se trata de ofrecerle la posibilidad de sustituir la atención diseñada, organizada y prestada –directa o indirectamente– desde los servicios sociales públicos, por la atención diseñada, organizada y contratada por la propia persona usuaria, dotándole para ello de medios económicos que puede utilizar para contratar los apoyos requeridos, prestados por las entidades o los cuidadores de su elección. Para hacerlo, los sistemas vigentes optan unas veces por utilizar prestaciones económicas en sentido estricto, es decir cuantías concedidas en metálico a la persona beneficiaria, y otras veces por utilizar una asignación económica individual consistente en poner a disposición de la persona usuaria un presupuesto o fondo personal o individual, expresado en horas de apoyo y/o en cuantía económica [1].

Un estudio del SIIS realizado en 2011 sobre prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia [4] indicaba que todas estas prestaciones tienen en común que sus beneficiarios directos son las personas usuarias, es decir, las personas que necesitan apoyos para las actividades de la vida diaria y que se otorgan para que la persona usuaria se encargue de adquirir o de compensar con ellas la atención que requiere, prestada, según los

casos, por entidades de servicios, cuidadores profesionales autónomos o cuidadores informales. Se articulan como alternativas a la prestación de servicios en especie.

De acuerdo a ese informe, la extensión a partir de los años 80 y 90 del siglo pasado de este tipo de modelos responde a una crisis tanto organizativa –determinada por la rigidez y los imperativos administrativos asociados a la prestación pública de servicios–, como financiera –centrada en la dificultad de sostener económicamente la prestación pública de servicios sociales ante la creciente demanda de servicios–. En ese contexto, el problema esencial que las nuevas políticas debían resolver era ampliar la oferta servicios sin que eso se tradujera en una presión excesiva en los costes. Esta necesidad entraba en contradicción con los límites presupuestarios y fiscales, pero también con la inercia y lo que se percibía como una excesiva burocratización de los modelos vigentes, de modo que se vio necesario encontrar nuevas fórmulas organizativas que hicieran viable la expansión del sistema combinando diversos objetivos:

- reducir los gastos de funcionamiento, mediante una utilización más eficiente, eficaz y racional de los recursos disponibles;

- incrementar los recursos económicos destinados a la prestación de servicios sociales personales para garantizar su capacidad de respuesta a las previsiones poblacionales;

- regular el acceso al sistema público de servicios sociales para dar contenido al derecho de las personas en situación de necesidad y evitar la discrecionalidad hasta entonces vigente;

- diversificar la gama de servicios disponibles para favorecer el paso de un modelo marcadamente institucional a un modelo comunitario y para reforzar la existencia de soluciones de carácter preventivo que retrasasen o evitasen el recurso a soluciones más costosas.

No debe olvidarse por otra parte que, simultáneamente a la crisis administrativa y económica del modelo, se estaba produciendo un movimiento de fondo en la población atendida, a resultas del cual se fue imponiendo una corriente que, desde un enfoque progresista y de reconocimiento de derechos, pretendía establecer un sistema de atención centrado en la persona usuaria y en la promoción de su autonomía, de su libre elección y de su autodeterminación.

En ese sentido, puede decirse que las demandas y deseos manifestados por las personas usuarias de contar con servicios menos estandarizados, más ajustados a las necesidades individuales, y más variados, que les permitieran elegir las opciones más adecuadas y participar activamente en el diseño de su paquete de apoyos estaba en sintonía con las necesidades constatadas desde la propia administración en términos de ampliación y diversificación de la red y en términos de eficiencia y agilidad en la organización y el funcionamiento del sistema. Así es cómo los valores de personalización de la atención, de empoderamiento, de autodeterminación y de derecho de elección se integraron en el discurso público de los diferentes modelos de servicios sociales y cómo se impuso, en todos ellos, la necesidad de ajustar mejor la oferta de servicios y el modelo de atención a las necesidades individuales y, en lo posible, a las preferencias de la persona usuaria. Se pasaba así del paradigma de la atención ofrecida en función de la red de servicios, al paradigma de la atención ofrecida en función de las necesidades individuales. Esto ocurrió, con mayor o menor énfasis, en todos los sistemas:

- Para los sistemas de corte liberal, este reforzamiento de la dimensión individual encajaba muy bien con los planteamientos de mercado, en los que éste se caracteriza por ofrecer alternativas diversas y es el consumidor quien elige la fórmula que más le conviene, que mejor responde a sus necesidades y preferencias.

- Para los sistemas de corte socialdemócrata esta nueva concepción era una vía de modernización de los sistemas, una oportunidad de mejorar la connivencia entra la administración y la colectividad y, en última instancia, de garantizar la pervivencia de un sistema de acción colectiva. En su marco, la modernización se presenta como una respuesta necesaria a un público cada vez más demandante y a un mundo que cambia a un ritmo sin precedentes.

En el ámbito del SAD, los diversos países analizados en este informe se han adaptado a estos enfoques de forma muy diferente:

- Alemania y Francia basan su sistema, enteramente, en el acceso a las prestaciones económicas, mediante el Seguro de Dependencia, en el primer caso, y mediante la APA, en el segundo. Mediante la prestación recibida, las personas usuarias pueden elegir el proveedor –e incluso el tipo de servicio− que más o mejor se adapta a sus necesidades. Como se señala en el punto siguiente, ello no impide en cualquier caso –al menos en el caso de Francia− que las entidades públicas sigan operando en el mercado, en la medida en que las personas usuarias pueden elegir recibir el servicio tanto de entidades públicas como privadas.

- En el caso de Suecia no se ha optado por las prestaciones económicas, pero se ha fomentado que las personas usuarias puedan elegir libremente el proveedor de servicios que desea utilizar, dentro de la gama de proveedores autorizados existente en el país, si bien el pago lo realiza directamente la administración.

- Escocia ha establecido un modelo de *self-directed support* mediante el cual las personas usuarias pueden elegir entre cuatro posibilidades a la hora de recibir sus servicios.

    - Una prestación económica (*direct payment*) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para la contratación y el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa.
    - Un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria. En esa opción, el municipio establece el presupuesto destinado a cada persona, la persona usuaria elige a la entidad proveedora de los servicios y el municipio contrata la gestión de los mismos.
    - Un servicio de atención directa gestionado (aunque no necesariamente prestado) por la autoridad local. En ese caso, la autoridad local responsable puede recurrir tanto a una empresas privada, una entidad sin fin de lucro, como a la prestación directa de los servicios con sus propios recursos.
    - La combinación de las tres opciones anteriores.

- Holanda permite también elegir entre diversas opciones: bien una prestación económica directa para la contratación del servicio por parte de la persona usuaria, o bien la contratación de la entidad proveedora por parte de la administración, en caso de que la persona usuaria así lo prefiera.

- La mayor parte de los municipios y CCAA del Estado español apuestan por una vía diferente de las anteriores, en la que la libre elección de las personas usuarias apenas se tiene en cuenta y en el que la competencia entre las empresas proveedoras se da en el ámbito de la contratación pública del servicio. Cabe señalar, sin embargo, algunas excepciones a esta regla:

    - el modelo de Prestación Económica de Asistencia Personal –particularmente implantado en Gipuzkoa− se semeja en gran medida a los modelos de prestaciones ya señalados, en la medida en que es la persona usuaria la que, mediante la prestación económica recibida, elige el proveedor/a y realiza la contratación.

    - Algunas Comunidades Autónomas –por ejemplo, Castilla y León− han desarrollado la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PVS) en relación al SAD. De hecho, de acuerdo a los datos del IMSERSO, casi un 25% de todas las PVS concedidas en el Estado se vinculan a un servicio de asistencia domiciliaria. Estas casi 42.000 prestaciones económicas vinculadas al SAD representan, en total, el 3% de todas las prestaciones concedidas en 2020 en el marco del SAAD.

El debate sobre las ventajas e inconvenientes de este enfoque es amplísimo, y sería muy difícil resumirlo en este informe. Si cabe señalar en cualquier caso que no pueden extraerse conclusiones generalizables de

ese debate y que la validez de estas fórmulas se relaciona básicamente con la forma concreta en la que se diseñan y se aplican. El caso sueco es sin duda uno de los que ha recibido una mayor atención desde el punto de vista de la evaluación: los análisis realizados en esos países parecen indicar que la adopción de estos modelos no permite realmente mejorar la capacidad de elección de las personas usuarias, aunque sí ha generado mejoras por ejemplo en lo que se refiere a una mayor diversidad de entidades proveedoras [5]. La promoción de la libre elección también parece haber incrementado la satisfacción de las personas usuarias con el servicio recibido, debido a la mayor diversidad de la oferta [6]. Los datos de las evaluaciones realizadas también apuntan a la aparición, tras la implantación de estos mecanismos de libre elección, de desigualdades en el acceso a los recursos desde el punto de vista económico, recurriendo las personas con más recursos a los servicios privados, las personas con menos recursos a los públicos y las personas con mayores necesidades asistenciales a la combinación de ambos [7].

En cualquier caso, si cabe apuntar algunos de los elementos que pueden facilitar, o dificultar, la aplicación del principio de libre elección en el marco del SAD:

- El nivel de apoyo que se presta a las personas usuarias, por parte de las administraciones públicas competentes, en relación a la selección, la contratación y la supervisión de las empresas proveedoras. En ese sentido, el adecuado funcionamiento de estas fórmulas existe la potenciación de los sistemas de información, seguimiento, supervisión y gestión de casos que permitan una relación equilibrada entre las empresas proveedoras y las personas que acceden al servicio.

- La existencia de una oferta de entidades proveedoras amplia y variada, adaptada a las necesidades del territorio y económicamente viable.

- La cuantía de las prestaciones y los sistemas de establecimiento de los precios, que determinan qué cantidad deben copagar las personas usuarias para poder adquirir el paquete de atención que realmente precisan.

- Como se explica más adelante, este tipo de estrategias requieren reforzar los sistemas de autorización, inspección, evaluación, elaboración de directrices y recomendaciones y, en general, gestión de la calidad y articulación de los modelos de atención.

b) El mayor protagonismo de las entidades privadas en la provisión del servicio y la *uberización* de los servicios mediante la economía de plataformas

Los elementos señalados en el apartado anterior han traído consigo un mayor protagonismo de las entidades privadas en la prestación del servicio. Si bien no siempre puede hablarse de privatización –en la medida en que en muchos países el servicio prestado sigue siendo de responsabilidad pública y/o en la medida en que en pocos lugares los servicios de titularidad pública han pasado a ser servicios de titularidad privada−, no cabe duda de que la provisión del SAD se realiza generalmente por parte de empresas privadas contratadas por la administración y/o por la persona usuaria.

Es cierto que, en algunas CCAA españolas, este proceso de creciente participación de entidades privadas en la prestación del SAD ha venido acompañado de una demanda para la publificación de los servicios. De hecho, se han adoptado algunos cambios en ese sentido, por ejemplo, en el Ayuntamiento de Pamplona, aunque difícilmente podría decirse que existe una tendencia clara en ese sentido. Por otra parte, la experiencia de municipalización del SAD pamplonés, al menos desde la óptica del actual equipo de Gobierno, no parece haber dado los resultados esperados [8].

Como ocurría con la cuestión del acceso al SAD mediante prestaciones económicas y no mediante la prestación directa del servicio, la cuestión de la participación de entidades privadas en la gestión del SAD está sujeta a un amplio debate que excede el alcance de este informe. Cabe en todo caso señalar algunos elementos en relación a las tendencias y realidades observadas en los países de nuestro entorno:

- El sistema de libre elección y de competencia entre proveedores no impide la provisión de los servicios por parte de entidades de titularidad pública. Tanto en Escocia como en Suecia, por ejemplo, las personas usuarias pueden elegir tanto entidades privadas como entidades públicas para la prestación de los servicios que precisan. En Francia, el papel de las entidades públicas en la prestación del SAD es menor, pero en el caso de los centros residenciales es posible –y habitual− que una de las opciones a disposición de las personas usuarias sea una entidad pública, que compite en ese sentido con entidades privadas. Lógicamente, como se señala más adelante, la cuestión de los mecanismos existentes para la fijación de precios es esencial en ese aspecto. En Escocia las personas pueden elegir entre varias opciones, dentro de las cuales pueda estar el uso de un SAD público.

- La prestación del SAD por parte de entidades de titularidad privada no equivale a la prestación del SAD por parte de entidades privadas mercantiles o con fin de lucro. Aunque menor que en el ámbito residencial, la participación de entidades de la economía social o del Tercer Sector en la prestación de servicios de asistencia domiciliaria es importante en algunos de los países analizados.

En relación a la introducción de proveedores privados en el marco del SAD, cabe hacer también referencia a dos tendencias de interés, que afectan a la calidad del servicio:

- La irrupción en el sector de empresas de servicios no especializadas –que operan en el SAD y en otros servicios personales como la seguridad, la recogida de basuras, el *catering*, etc.− y la concentración del mercado en un número reducido de grandes empresas, de forma similar a lo que ha ocurrido en el ámbito de los servicios residenciales.

- El creciente recurso a la economía de plataformas para acceder a servicios de asistencia domiciliaria y, en ese sentido, la *uberización* del sector. Desde ese punto de vista, la irrupción de plataformas como Cuideo en España, Supercarers en el Reino Unido, Plegetiger en Alemania o Curadides en Austria pone de manifiesto la existencia de un nicho u oportunidad de mercado que está siendo aprovechado por empresas multinacionales especializadas en la intermediación laboral, con efectos ambivalentes en lo que se refiere a las condiciones de trabajo de los y las profesionales, la desprofesionalización del sector, la disponibilidad de cuidados o la calidad de la atención [9].

c) La focalización del servicio en las personas con mayores necesidades y la creciente diferenciación entre las tareas domésticas y de cuidado

El estudio del SIIS sobre las tendencias de reorientación del SAD realizado en 2012 [1] señalaba como una de las principales –junto a las medidas dirigidas a contener la demanda del servicio− reducir la oferta del mismo, mediante tres estrategias complementarias:

- Endurecer los criterios de acceso al servicio, limitándolo a las personas con mayores necesidades de atención.

- Reducir la intensidad de atención, ya sea estableciendo límites máximos a la atención financiada públicamente o mediante la delimitación de las responsabilidades de las personas co-residentes en la atención de la persona dependiente.

- limitar la oferta a la atención personal, es decir, excluir la atención doméstica de los servicios públicos de ayuda a domicilio.

Efectivamente, otra de las tendencias fundamentales que se ha producido en lo que se refiere al diseño de los servicios públicos de asistencia domiciliaria en los últimos años se refiere a la progresiva focalización en las personas con mayores necesidades asistenciales y/o con grados de dependencia más severos, y la mayor diferenciación entre el SAD orientado a las actividades domésticas o menajeras y el SAD

orientado a los cuidados personales. Más allá de la diferenciación entre el SAD de dependientes y el SAD básico, o el SAD foral y el SAD municipal, los países de nuestro entorno diferencian básicamente el tipo de atención prestada, y establecen sistemas de acceso y de financiación diferentes para cada uno de esos servicios.

- El caso más claro es el escocés en el que el acceso a los cuidados personales es gratuito, mientras que el acceso a los cuidados domésticos lo es sólo para personas con rentas inferiores a un umbral determinado.

- Francia establece un sistema similar, en virtud del cual el SAD cubierto mediante la APA se destina a los cuidados personales, mientras que el SAD doméstico o menajero entra dentro de la esfera de la acción social, al igual que el acceso a la alimentación o a las prestaciones de garantía de ingresos, y se orienta exclusivamente a las personas con menores recursos.

- En Suecia, por el contrario, el SAD puede cubrir ambas esferas, a elección de la persona usuaria, si bien la mayor parte de las horas de atención se centran en los cuidados personales y no en la atención doméstica.

La focalización en las personas con necesidades más intensas ha venido acompañado en la mayor parte de los países analizados de una reducción de la cobertura y de un incremento de la intensidad, especialmente en lo que se refiere a las personas usuarias con necesidades más intensivas de atención. Al mismo tiempo, cabe pensar que ha perdido protagonismo en la prestación del SAD el objetivo preventivo, que se intenta alcanzar generalmente mediante otros servicios diferentes del propio SAD.

La focalización del SAD en las personas con mayores necesidades, así como el creciente recurso a la provisión de servicios por parte de entidades privadas, ha llevado a algunos autores/as a hablar de refamiliarización y re-mercantilización de los servicios de apoyo a las personas dependientes en su domicilio. Para Rodríguez Cabrero, por ejemplo, a lo largo de los últimos años se ha producido en el conjunto de los servicios de atención a la dependencia en Europa “una mayor individualización del riesgo, reforzado mediante una mayor libertad de elección; refemenización de los cuidados a la vez que se potencia el discurso de la inclusión laboral de las mujeres; una creciente presencia de la oferta mercantil en la gestión de servicios públicos y como oferta específica para grupos de renta que no valoran como suficiente la oferta y calidad de los servicios públicos; y una cierta deriva asistencial al concentrar la oferta pública en las dependencias graves en detrimento de la respuesta a las de tipo severo y moderado” [10].

d) Cambios en los procesos y condiciones de trabajo: de la taylorización a la desprofesionalización

Aunque no puede decirse que sea una tendencia novedosa –ni tampoco particularmente positiva−, son numerosos los documentos que apuntan a la *taylorizacion* de los procesos de atención. Tal y como explica Lindstrom [11], al modelo tradicional y al modelo autogestionado de cuidados siguió en los países nórdicos, a partir de los años 90, un modelo de organización del SAD marcado exclusivamente por la racionalidad económica-técnica y orientado a lograr una mayor eficacia y eficiencia. Estos modelos imponen la división del trabajo de forma horizontal y vertical, la fragmentación y estandarización de las tareas y el aumento de la distancia entre la planificación del trabajo y su producción.

En ese sentido, se ha puesto de manifiesto en los últimos años, en todos los países de Europa y también en la CAPV, un proceso de racionamiento y taylorización del SAD, con reducción de las presencias y desvinculación de la prestación respecto de procesos y destinatarios, similar al que se ha producido en otros ámbitos de los Servicios Sociales, como la atención residencial, y en los servicios de salud.

La combinación de estos procesos de *taylorización* con la tendencia al incremento de la participación de entidades privadas en la provisión del servicio, la irrupción de las prestaciones económica del SAAD y la focalización en los casos con necesidades más severas ha supuesto un cambio notable en la configuración tradicional del servicio. Algunas autoras hablan en ese sentido de desprofesionalización de la atención a

domicilio: para Díaz Garfinkel y Elizalde [12], en relación a lo sucedido en la Comunidad de Madrid, la crisis económica ha afectado a los recursos públicos destinados al cuidado de mayores, lo que se puede percibir en el funcionamiento de este recurso en diferentes ámbitos. Se ha recortado la intensidad del servicio y su importancia en relación con otros servicios ofrecidos para la atención de personas dependientes, y, fundamentalmente, se han deteriorado las condiciones de trabajo de las personas que realizan estas tareas. Existe en la actualidad un menor control de las actividades que se realizan, motivo por el que el trabajo de cuidados a personas dependientes ha perdido los rasgos de profesionalización, para asemejarse a un empleo de mantenimiento del hogar con escaso reconocimiento y concreción de tareas. Además, se está asistiendo a la disminución de cursos de formación y reciclaje de trabajadoras, y se está permitiendo que compañías carentes de experiencia en el sector adquieran protagonismo en la prestación de este recurso[38].

La tendencia a la desprofesionalización que se percibe en algunos países –compatible con la introducción de estándares de capacitación y requisitos formativos más estrictos− se traduce en la apertura del mercado a personales de menor cualificación, como pone de manifiesto la experiencia alemana de las *cuidadoras polacas* o la irrupción en el sector de las plataformas de contratación temporal.

e) Territorialización y autogestión de la prestación del SAD, desde la óptica de la atención centrada en la persona

Frente a esta tendencia –y, en cierto modo, como reacción a esta tendencia− se han desarrollado en los últimos años diversos enfoques que buscan precisamente fomentar la autogestión del servicio por parte de las propias profesionales, organizadas en pequeños grupos de trabajo, de base territorial. El modelo que se asocia a este enfoque es el Bultzoorg holandés, aplicado posteriormente en nuestro contexto por el Ayuntamiento de Barcelona en el marco de las súper-islas sociales (ver punto siguiente).

El modelo *Burtzoorg* está basado en la idea de la enfermería comunitaria y se basa en la creación de equipos muy reducidos de trabajadores o trabajadoras comunitarias que atienden de forma autogestionada a las personas con fragilidad o dependencia de territorios muy reducidos, lo que implica un nivel de personalización y proximidad muy elevado. Cada equipo, formado por una docena de trabajadores o trabajadoras autogestionados, atiende a entre cuarenta y cincuenta personas usuarias, residentes en ámbitos territoriales no superiores a los 10.000 habitantes. Los resultados de las evaluaciones realizadas parecen confirmar el éxito del modelo, tanto desde el punto de vista de las personas profesionales como de las personas usuarias [13].

Frente al SAD tradicional, el modelo Burtzoorg está más orientado a la enfermería comunitaria, pero se relaciona con el SAD en el sentido en que ofrece un modelo de atención a domicilio caracterizado por la cercanía territorial, el aprovechamiento de los recursos comunitarios y la autogestión de los y las profesionales. Tal y como explican los responsables de la aplicación del modelo en Barcelona [14], “en su modelo de atención y organización las profesionales de atención directa desempeñan un papel central y estratégico en el modelo de atención de Buurtzorg; sus márgenes de decisión relativos a la atención a las personas son muy elevados, trabajan en equipo y toman decisiones relativas a la atención pero también a

[38] A juicio de estas autoras, “el cambio de paradigma en el SAD puede apreciarse tanto en los datos de tipo cuantitativo como en los discursos de sus protagonistas. Los datos reflejan que, tras unos primeros años de consolidación de la atención, ésta se ha ido reduciendo, lo cual se observa tanto en el número absoluto de personas beneficiarias como en el descenso del peso porcentual de este servicio con respecto a otras prestaciones que han aumentado de forma notable. Así, el SAD ya no representa el servicio más representativo en la región, sino que ahora es una prestación más individualizada y desprofesionalizada la que ocupa esta posición, la prestación económica por cuidados familiares. Estos cambios pueden interpretarse como una transformación en la concepción misma de los cuidados de larga duración a la población mayor, ya que la atención profesionalizada en el hogar está perdiendo peso frente a otras opciones que potencian otro tipo de cuidados. Por otra parte, el funcionamiento concreto y cotidiano del SAD también está experimentando modificaciones que reflejan una tendencia a la desprofesionalización. El establecimiento de la jornada laboral, la regulación horaria o las tareas que engloba el servicio se han ido deteriorando, de manera que las empleadas en el SAD asisten a la construcción de su profesión como una actividad informal de ayuda (similar a la consideración de un cuidador familiar o de una empleada de hogar) más que como una categoría profesional (…). En definitiva, la información obtenida indica una tendencia a la reconstrucción del sector del servicio de atención a domicilio como un ámbito no profesional ligado a la concepción tradicional familiar y femenina de los cuidados”.

la gestión. La organización se estructura en equipos independientes de máximo doce enfermeras que se responsabilizan de todos los aspectos del cuidado de 50-60 pacientes, su gestión se soporta en sistemas de información que permiten planificar y hacer el seguimiento de los servicios.

Los equipos tienen a su disposición *coaches* (asesores de desarrollo) que les ayudan en la resolución de problemas o conflictos, y les capacitan para afrontar solos estas situaciones cuando se repitan. El backoffice de esta organización es muy reducido y se ocupa básicamente de aspectos administrativos, encontrándose la toma de decisiones muy distribuida en toda la organización. El objetivo de esta estructura es crear equipos autogestionados de enfermeras que prestan atención médica domiciliaria pero también soporte personal. Se ocupan también de conseguir la sostenibilidad de la comunidad de atención, mantener o recuperar la autonomía de los pacientes, formar a las familias y los pacientes en las autocuras, crear una red de recursos en cada vecindario, y fortalecer la profesión.

Buurtzorg ha conseguido que su servicio pivote sobre la calidad de la atención, no sobre el tiempo de atención, sobre las relaciones entre profesionales y pacientes, con la escucha como vector central. Cuando las enfermeras de Buurtzorg acuden a un nuevo domicilio, lo primero que hacen es tomar el té con su paciente, conocerle, a él o ella, de forma singular; sus preocupaciones, sus miedos, pero también sus hobbies, sus relaciones personales, sus motivaciones. Es a través de la escucha que consiguen conocer sus necesidades más íntimas y ayudarles a mantener una vida que les pueda satisfacer".

De acuerdo a sus responsables, la aplicación del modelo trae consigo una mejora en la satisfacción y la calidad de vida de las personas usuarias y de las profesionales, una reducción de los costes y del número de horas de atención. Según sus responsables, el éxito del modelo se debe a los siguientes aspectos:

- Atención basada en la persona
- Dimensión territorial
- Centralidad de las profesionales de enfermería
- Activación de los recursos comunitarios
- Eficiencia en la gestión, auto-gestión y organización horizontal
- Utilización de las nuevas tecnologías, mediante el desarrollo de programas de gestión más ágiles, prácticos e intuitivos
- Estandarización de los procesos

f) El SAD como parte de un paquete más amplio de servicios: los cuidados integrados y el impulso a los servicios complementarios

El énfasis en la dimensión territorial del modelo Burtzoorg está también presente en los modelos de *ageing in place* o *envejecer en el territorio* desarrollados en muy diversos países y a muy diversas escalas (ver en el siguiente punto la descripción del programa PACE en USA o del programa Etxean Bizi, desarrollado en diversos municipios de Gipuzkoa). El elemento común de estos programas es la articulación de toda la gama de programas y recursos de apoyo a las personas dependientes que residen en su domicilio, con una perspectiva integral y desde la óptica de la atención centrada en la persona. En ese marco, el SAD adquiere un papel estratégico, como parte esencial de un paquete de atención más amplio que también incluye otros servicios y apoyos de carácter sociosanitario.

La articulación de un paquete integral de cuidados y apoyos, del que el SAD es sólo una parte, es también uno de los elementos de mayor interés que cabe extraer del análisis realizado en las páginas precedentes. En ese sentido, el modelo alemán es el que con más claridad apuesta por la idea de compatibilizar, junto al SAD, otros servicios y recursos. Los servicios adicionales y complementarios que cabe ofrecer en el marco de esos paquetes integrales son:

- Atención diurna, con fórmulas de acceso y participación flexibles.

- Estancias residenciales de corta duración o respiro, tanto de carácter programado como para la cobertura de necesidades imprevistas. En ese marco, cabe destacar la disponibilidad en Alemania de hasta seis semanas de respiro en caso de que la persona cuidadora no pueda ejercer sus responsabilidades, entre otras razones por estar de vacaciones, con un coste máximo cubierto por el Seguro de Dependencia de 1.612 euros.

- Acceso a servicios de asistencia domiciliaria en la modalidad de respiro, orientados a permitir la participación puntual de las personas cuidadoras en otras actividades (previstas o imprevistas).

- Otras actividades de apoyo a las personas cuidadoras (formación, apoyo psicológico, etc.).

- Acceso a servicios de adaptación de la vivienda y ayudas técnicas.

- Servicios de teleasistencia avanzada.

- Servicios adicionales para la cobertura de otras necesidades personales (podología, terapia ocupacional, rehabilitación, etc.).

- Prestaciones económicas de apoyo a las personas cuidadoras familiares. Como hemos visto, por ejemplo en el caso alemán, las prestaciones económicas del Seguro de Dependencia alemán permiten compatibilizar la prestación para cuidadores/as profesionales y la prestación para cuidadores/as familiares, lo que en nuestro entorno pasaría por compatibilizar en cierto modo la Prestación de Cuidados en el Entorno Familiar (PCEF) con la Prestación de Asistencia Personal (PEAP) o la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS).

Estos modelos de atención integrada en el domicilio se caracterizan además por otros tres elementos distintivos:

- La diversificación del propio SAD, que se adapta en cuanto a contenidos e intensidades de manera más ajustada a las necesidades de cada persona.

- La aplicación de modelos de atención explícitamente centrados en la persona, en la línea del programa ‘Cuidamos contigo’ desarrollado por la Fundación Pilares en Madrid y Alicante.

- Una mejor coordinación de los servicios domiciliarios que se prestan desde el ámbito social y los que se prestan en el ámbito sanitario.

g) Nuevos modelos de contratación pública del SAD

Aunque no puede decirse que se trata de una tendencia muy extendida, en algunos de los países analizados se están introduciendo cambios en los que se refiere a los modelos de contratación pública de los servicios de asistencia domiciliaria. Esas nuevas formas de contratación se basan en los modelos de contratación pública responsable y la aplicación de cláusulas sociales, por una parte, y en los modelos de pago por resultados, por otra. Se resumen a continuación las principales características de este informe:

- En lo que se refiere a la contratación pública responsable aplicada al SAD, son numerosos los ayuntamientos que introducen clausulas sociales en los pliegos de contratación del servicio. En España, una de las CCAA que más ha avanzado en ese sentido es Asturias, donde desde el Gobierno del Principado se han impulsado diversas medidas para la contratación responsable del servicio.

- Diversos países han desarrollado fórmulas de contratación y financiación de los servicios de asistencia domiciliarios vinculados a la obtención de unos resultados específicos por parte de las entidades gestoras de los servicios (*outcome based commissioning*). Estas fórmulas de financiación se vinculan a los modelos de pago por resultados (*payment by results*) desarrollados en algunos países en el ámbito de la salud y trasladan al ámbito de la contratación pública el interés por la evaluación *ex post* de la calidad de la atención a la que se ha hace referencia posteriormente. En se sentido, la contratación basada en resultados es una forma de contratar los servicios de asistencia domiciliaria menos centrada en la definición de las tareas y los procesos y más orientada al impacto del servicio sobre la calidad de vida de las personas usuarias [15]. Las evaluaciones realizadas hasta el momento no permiten sin embargo valorar el impacto de este tipo de formas de contratación [16] [17]. Las evaluaciones son escasas, los programas realizados muy diversos y resulta complicado determinar los resultados que deben alcanzarse para proceder a los pagos. En todo caso, algunos municipios ingleses han desarrollado fórmulas de pago por servicios para la contratación del SAD que han demostrado buenos resultados [18].

h) Desarrollo e incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación del SAD

El análisis realizado ha permitido detectar también innovaciones de interés –aunque, probablemente, menos de las esperadas− en relación a la incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación del SAD. Tal y como explica Martínez [19], pueden distinguirse dos estadios en el desarrollo de las tecnologías para el cuidado de las personas que residen en sus domicilios. Las tecnologías ya implantadas se centran en aspectos tales como la teleasistencia, la sensorización, el control de caídas y los sistemas de comunicación alternativa y aumentativa. Existen otras áreas, sin embargo, con un menor nivel de madurez tecnológica y con desarrollos que no han superado la fase experimental. En ese estadio estarían las tecnologías relacionadas con los siguientes elementos:

- Estimulación cognitiva con apoyo a distancia.
- Sensores de actividad de la persona usuaria.
- Geolocalización.
- Control de tareas del servicio de ayuda domiciliaria (SAD).
- Apoyo psicosocial a distancia.
- Apoyo a personas cuidadoras a distancia.
- Robótica para estimulación cognitiva y emocional.
- Actividad física y de rehabilitación (tipo Kinect©).

Los avances que se han dado en el ámbito específico del SAD son importantes, pero no parece que hayan modificado de forma radical la prestación del servicio. En todo caso, las empresas adjudicatarias del SAD han comenzado a incorporar tecnología de consumo (teléfonos inteligentes y tabletas) para facilitar la comunicación y el seguimiento de la evolución de la persona receptora del servicio, utilizando las aplicaciones que los sistemas de gestión tienen para su uso móvil. Sin embargo, salvo para la parte de comunicación, que ya se incluye en los pliegos de los concursos públicos, lo relativo al seguimiento de la persona desde la aplicación móvil tiene aún un uso minoritario [19].

i) Las cuatro R-s: la importancia de la rehabilitación en el domicilio

Los servicios de re-capacitación o rehabilitación a domicilio constituyen una nueva modalidad de atención domiciliaria desarrollada, en la mayoría de los casos, como una prolongación de los distintos proyectos de atención intermedia puestos en marcha en diversos países de nuestro entorno y, muy fundamentalmente, en el Reino Unido. A diferencia de los servicios tradicionales de atención domiciliaria, la recapacitación habitualmente es de tiempo limitado (por lo general, seis a doce semanas) y está orientada a para maximizar la independencia mediante una intervención intensiva orientada, personalizada y multidisciplinaria [20]. Este tipo de programas se enmarcan en un modelo más amplio de intervención basado en la idea de las "Cuatro R-s" −recapacitación, reactivación, rehabilitación y restauración− y se han ido extendiendo a lo largo de los últimos años en muy diversos países. Más allá de la adecuación de la terminología, el amplio corpus de evaluación desarrollado durante los últimos años en relación a este tipo de intervenciones parece apuntar a su utilidad en relación a la orientación de los servicios convencionales de asistencia domiciliaria, si bien la evidencia al respecto dista de ser concluyente[39].
Como se explica en un estudio previo del SIIS también centrado en el ámbito de la atención domiciliaria [1], los servicios de recapacitación a domicilio se pueden definir como servicios dirigidos a personas con problemas de salud física y/o mental, cuyo objetivo consiste en ayudarles a adaptarse a su enfermedad, aprendiendo o recuperando las capacidades necesarias para la vida diaria. Las características definitorias de estos servicios son las siguientes:

- Una dimensión educativa –de empoderamiento– de las personas usuarias, y un cambio de mentalidad para sustituir la práctica de "hacer las tareas en lugar de la persona usuaria" por la de "ayudar a la persona usuaria a que haga las tareas".

- Una organización articulada en torno a los objetivos que se deben conseguir para cada persona usuaria, con una duración máxima estipulada. Se trata de definir determinados objetivos y de establecer plazos máximos para conseguirlos, en lugar de simplemente prestar las horas de atención asignadas.

- Funcionar como equipos de valoración sobre el terreno, reconociendo que la asignación de paquetes de atención de larga duración no puede basarse en una única entrevista de valoración, sino que requiere una observación más prolongada de las capacidades de la persona usuaria.

Se trata, por lo tanto, de servicios intensivos, de corta duración –generalmente seis semanas– durante las cuales se procura que la persona usuaria recupere en la mayor medida posible sus capacidades y habilidades para manejarse en las actividades diarias, se valora detenidamente la necesidad de prestar a la persona servicios de atención domiciliaria de manera continuada y se determina la intensidad que debe tener dicho servicio en caso de ser necesario. De acuerdo al informe señalado, los servicios existentes se pueden clasificar en dos grandes grupos:

- Servicios de "acogida y valoración". Son equipos que acogen a todas las personas que se derivan a los servicios de ayuda a domicilio desde los servicios sociales de base. Los equipos se encargan de valorar las necesidades de la persona y de derivarla a los servicios convencionales de ayuda a domicilio en caso de considerar que no pueden beneficiarse del servicio de recapacitación.

- Servicios de "apoyo al alta hospitalaria" acogen únicamente a aquellas personas que vuelven a sus domicilios tras un periodo de hospitalización. Se trata de mejorar la capacidad de éstas para desenvolverse en el domicilio y evitar, así, la probabilidad de que necesiten de los servicios convencionales de ayuda a domicilio en el futuro.

[39] Los programas de rehabilitación deben centrarse en las personas y apoyarlas en la consecución de sus objetivos, en cuanto a autonomía o participación social. Sin embargo, el rápido crecimiento de estos programas sin pruebas concluyentes respecto a sus posibles efectos y repercusiones, y sin una definición consensuada de lo que los conceptos de rehabilitación o recapacitación significan, puede restar validez a este tipo de desarrollos. La persistente falta de acuerdo sobre lo que es la reabilitación (y lo que debería lograr) puede dar lugar a programas ineficaces y a una orientación poco clara sobre los resultados que deben medirse [21].

Como acaba de señalarse, este tipo de programas han sido sometidos a numerosas evaluaciones y – como ocurre con otras tendencias descritas en este informe− las evidencias sobre su efectividad no son concluyentes.

- Por una parte, una reciente revisión realizada en relación a este tipo de programas [20] señala que, si bien pueden identificarse algunos efectos positivos, la calidad metodológica de los estudios realizados no permite asegurar la dimensión o la importancia de estos efectos. Se necesitan más estudios que incluyan más países y situaciones, concluye el informe, antes de poder precisar la efectividad y la seguridad de la recapacitación.

- Otras revisiones similares ofrecen sin embargo conclusiones más alentadoras: para Sims-Gould et al. [22], los estudios realizados ofrecen resultados prometedores tanto en términos de coste eficacia como de mejora de los resultados clínicos, si bien no está claro en qué medida esos resultados pueden ser generalizables. En el mismo sentido, Tessier et al. [23] identifican resultados mucho más prometedores: de acuerdo a su revisión, diez estudios con un total de 14.742 participantes (incluidos cuatro ensayos aleatorios, la mayoría de excelente o buena calidad) mostraron un impacto positivo, especialmente en lo que se refiere a la calidad de vida relacionada con la salud y la reducción en la utilización de otros servicios. Los autores destacan que el enfoque de la rehabilitación contribuye a las estrategias de mantenimiento en el domicilio, fomenta la implicación de los profesionales y de las familias, mejora la calidad de vida, reduce el uso de otros servicios e incrementa la satisfacción de los/as profesionales.

En todo caso, una cuestión que, de acuerdo con los estudios realizados, queda todavía por resolver es si los servicios de recapacitación deben dirigirse a toda la población susceptible de requerir ayuda a domicilio, o bien centrarse en grupos específicos, como las personas que se recuperan de una enfermedad aguda, para quienes parecen maximizarse los beneficios de la intervención. No obstante, si bien la eficiencia del servicio de recapacitación parece más limitada en el caso de personas con enfermedades crónicas o discapacidades permanentes, los expertos señalan a la utilidad del servicio de cara a una adecuada valoración de las necesidades de atención de estas personas, lo que permite una mejor gestión de la ayuda a domicilio convencional [1].

j) Establecimiento de marcos generales de inspección y evaluación

La irrupción de proveedores privados y el renovado énfasis en la libre elección de las personas usuarias ha puesto sobre la mesa la necesidad de establecer nuevos marcos de regulación, autorización, acreditación e inspección de los servicios sociales, con una especial atención, frente a la regulación *ex ante* de los elementos relacionados con las estructuras y los procesos de atención, a la evaluación *ex post* de los resultados, desde la óptica de la calidad de vida.

Como se ha señalado en otros trabajos del SIIS [24], pueden distinguirse a escala internacional dos orientaciones claras y en cierto modo antitéticas a este respecto:

- De una parte, los modelos básicamente orientados a la regulación *ex ante*, en los que la normativa detalla de forma exhaustiva los requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los servicios y centros. Esta normativa tiende a centrarse en los aspectos estructurales y de personal (*inputs*) más fácilmente comprobables, y en cierta medida en determinados indicadores de proceso (*outputs*), pero presta poca atención a los indicadores de resultados (*outcomes*) relacionados con el estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias.

- De otra parte, los modelos básicamente orientados a la evaluación ex post de los procesos de atención y, crecientemente, de sus resultados. Si bien, lógicamente, todos los países establecen una regulación básica sobre el acceso al mercado de los cuidados y permite una mínima garantía de la calidad en el servicio, los países que aplican esta orientación han desarrollado una normativa inicial relativamente laxa, definiendo los criterios de atención de forma genérica (tanto en lo que se refiere a los requisitos funcionales, como a los materiales o de personal). En estos países,

el núcleo de los sistemas de gestión de la calidad está puesto en los procedimientos de inspección y/o evaluación, a través de los cuales se establecen los requisitos que los centros y servicios han de cumplir.

En ese marco, el estudio señalado pone de manifiesto el muy escaso desarrollo de instrumentos de gestión de la calidad específicamente diseñados para su uso en los entornos comunitarios o domiciliarios, siendo el entorno institucional y residencial el que con gran diferencia ha experimentado un mayor avance. Si bien las razones de este mayor desarrollo son obvias –el desarrollo de este sector es mayor y más antiguo que el de los servicios comunitarios y se ocupan, en general, a personas con necesidades más intensas de atención−, esta carencia es preocupante, si se tiene en cuenta el creciente incremento de este tipo de servicios y la mayor necesidad de herramientas de supervisión y gestión de la calidad que existe en los entornos comunitarios y domiciliarios.

En todo caso, es posible hacer referencia a algunos instrumentos, experiencias o herramientas recogidos en los estudios de caso y que están específicamente orientados a los servicios domiciliarios. Cabe destacar en ese sentido, en primer lugar, los modelos desarrollados en Escocia o en Alemania –descritos en las páginas precedentes− para la publicación de los resultados de las evaluaciones a las que son sometidos los servicios de atención a domicilio. También cabe hacer referencia al creciente interés que existe en esos dos países para extender a los servicios domiciliarios las directrices, estándares y marcos de evaluación que se aplican en el ámbito residencial.

También en otros países se han desarrollado modelos de estandarización y/o acreditación de la calidad de la atención específicamente orientados a los servicios de asistencia domiciliaria.

- en el caso francés, destaca el modelo QUALISAP V4 de certificación de servicios a la persona, desarrollado por el Bureau Veritas, centrado en el ámbito específico de los servicios de atención a domicilio y la norma francesa de AFNOR sobre servicios de atención a la persona en el domicilio.

- en el caso español cabría hacer referencia al Manual de calidad del Servicio básico de Ayuda a Domicilio, impulsado por la Diputación de Barcelona y elaborado con el apoyo técnico del Instituto Universitario Avedis Donabedian.

- en el caso portugués, debe hacerse referencia a la Orden 38/2013, de 30 de enero, que establece las condiciones de instalación y funcionamiento del servicio de atención domiciliaria, mediante el cual se regula el servicio, así como el Manual de gestión de la calidad realizado por el Instituto de la Seguridad Social en relación al modelo de evaluación de la calidad del servicio de atención domiciliaria.

4.3.3. Buenas prácticas

Como se ha señalado previamente, en este epígrafe se recogen algunos programas o iniciativas concretas, que pueden ser consideradas como innovaciones o buenas prácticas y que, en general, aplican algunas de las tendencias que se han descrito en las páginas precedentes.

Como se verá, en algunos casos se analiza un proyecto o programa singular, mientras que en otros casos se analiza más de una iniciativa en el marco de una tendencia o enfoque más amplio.

a) Las superilles socials de Barcelona[40]

Las *superilles* o “supermanzanas sociales” desarrolladas en Barcelona suponen una de las aplicaciones más decididas del modelo Burtzoorg en España. De acuerdo a sus responsables [14] “una superisla es un

[40] La descripción de las superislas sociales está tomada del artículo publicado por la responsable del proyecto, Marta Juan Serra, en el nº 121 de la revista *Servicios Sociales y Política Social*.

territorio de proximidad, físicamente definido por un conjunto de manzanas del entramado urbano (una superisla del SAD puede aglutinar una superficie del tamaño de entre 3 y 6 manzanas típicas del Distrito del Eixample de Barcelona, aproximadamente). En la superisla la movilidad es fácil, todo está cercano, no existen barreras arquitectónicas en su interior. La superisla tiene una dimensión razonable / abarcable para las personas mayores, que suelen moverse (si pueden) en un radio de 300 metros alrededor de su domicilio. También tienen una dimensión razonable para los equipos de SAD, que pueden trasladarse entre domicilios en desplazamientos cortos (desde cambiar de domicilio dentro de una escalera de vecinos hasta caminar 5 o 10 minutos entre edificios)".

La superisla es un territorio de proximidad, un vecindario, es la unidad territorial conceptualizada para desarrollar el SAD de proximidad. En cada superisla un equipo presta aproximadamente unas 1.400-1.800 horas /mensuales de servicio, y atiende a 60 - 80 personas usuarias. La variable fundamental para definir territorialmente estas superislas son las horas de SAD mensuales que se concentran en el territorio, y es en base a las horas de servicio de esa superisla que se dimensiona el equipo, integrado por profesionales de atención personal y también de ayuda al hogar (suelen ser 1 o 2).

Para sus responsables, "la puesta en práctica de las superilas permite poner en marcha equipos de trabajadores de atención directa de SAD –de entre 10 y 15 profesionales− que sean responsables de la atención de las personas usuarias residentes en una superisla, garantizando su atención personalizada, compatibilizando la atención con jornadas laborables largas o completas y horarios laborables estables, y desarrollando capacidades de trabajo en equipo, de planificación, de seguimiento de personas usuarias, es decir desarrollando una profesión que incorpore más valor, y que permita reducir ciertas cargas intrínsecas al trabajo del cuidado como la soledad y las cargas físicas y emocionales".

Los cambios más significativos en la atención que se producen el en SAD organizado en superislas son los siguientes:

- El referente del servicio de que disponen las personas usuarias es el equipo, en lugar de un único profesional. Así se reduce la dependencia de un único profesional, y se elimina "la substitución". El equipo tiene que garantizar la personalización del servicio, la continuidad, y la proximidad en la atención. Ello supone que las profesionales comparten domicilios, sobre todo los domicilios más complejos o de mayor intensidad de servicio, y se distribuyen cargas de trabajo, físicas pero también emocionales.

- Las jornadas de trabajo de los miembros de los equipos son superiores a las 30 horas semanales, muy por encima de la media del sector. Esto necesariamente comporta reducción de las puntas horarias de los servicios, ya sea redistribuyendo el servicio a lo largo de la semana o del día. El reto de los equipos consiste en reducir las puntas horarias consiguiendo horarios de servicios más estables y compatibles con jornadas laborales más largas, y al mismo tiempo garantizar una atención personalizada. El reto comporta un conocimiento detallado y continuo de las necesidades de las personas usuarias, y capacidades de autorganización y de comunicación dentro de los equipos.

- Los equipos asumen tareas de replanificación de servicios, de tratamiento de casos por parte del equipo, usan sistemas de información nuevos para ellos, resuelven diariamente incidencias en contacto con los usuarios. Las profesionales asumen nuevas funciones y pueden emprenderlas con éxito porque simultáneamente se genera un proceso de capacitación, asumen más responsabilidad y apoderamiento para ser proactivas. En algunos aspectos, y de forma progresiva, los equipos se autogestionan. El reconocimiento tanto dentro de su organización como por parte de la persona usuaria y de su entorno aparece como consecuencia de su nuevo papel y de la visibilidad que adquieren como grupo en un territorio.

b) Los modelos de integración de servicios

Como se ha señalado previamente, una de las principales innovaciones para mejorar el apoyo a las personas mayores o dependientes que residen en sus domicilios es el diseño de modelos integrados de

cuidados, que permiten integrar en un paquete conjunto diversos servicios y apoyos. Algunas de las iniciativas o buenas prácticas más reseñables en ese ámbito son las siguientes:

- **Pograma PACE**. Uno de los principales exponentes de la atención integrada en el domicilio es el programa norteamericano PACE *(Program of All Inclusive Care for the Elderly*), que se desarrolla desde los años 90 en Estados Unidos. El programa ofrece un paquete de servicios integrados a domicilio a personas mayores potencialmente usuarias de servicios residenciales. El programa se basa en la prestación coordinada de diversos recursos domiciliarios y comunitarios, tanto de carácter social como sanitario.

  Dada su amplia andadura y extensión, el programa PACE ha sido sometido a numerosas evaluaciones. Una revisión de todas ellas realizada en 2014 [25]señala que el programa no trae consigo un decremento de los costes de las agencias financiadoras ni tampoco una reducción en la tasa de institucionalización –las personas usuarias del programa acceden en mayor medida que quienes no lo son a centros residenciales−, aunque sí en lo que se refiere al número de hospitalizaciones. El programa obtiene, sin embargo, mejores resultados que los enfoques tradicionales en cuanto a la calidad de la atención y se asocia con una reducción de la mortalidad. En todo caso, de acuerdo a la evaluación, "aunque los participantes de PACE están satisfechos con su cuidado médico y personal, no hay pruebas suficientes sobre si su satisfacción y calidad de vida son mayores de lo que habrían experimentado en caso de no haber accedido al programa".

- **Proyecto Etxean Bizi**. El proyecto Etxean Bizi reproduce algunos de los elementos del modelo PACE norteamericano y apuesta también por el enfoque de los cuidados integrados previamente señalado. En el marco de ese programa, y como proyecto piloto, la Fundación Matia ha desarrollado en tres municipios de Gipuzkoa (Pasaia, Elgoibar y Errenteria) un proyecto orientado al establecimiento de redes que permitan una atención integral en el domicilio [26].

  La experiencia de Etxean Bizi pretende revisar el modelo de atención de los domicilios en Gipuzkoa, a través del desarrollo de una atención integral en el domicilio, basada en el modelo de atención centrado en las personas. Tal y como indican los promotores del programa, "el objetivo del programa es el de identificar un modelo sostenible de atención sociosanitaria integrada y centrada en las personas que viven en sus domicilios, desde la coordinación de aquellos servicios y apoyos necesarios para obtener la mejor calidad de vida de estas personas y su entorno familiar".

  El proyecto parte de la hipótesis de que la coordinación de programas y servicios desde un modelo de provisión cercana puede satisfacer de manera adecuada las necesidades y preferencias de personas en situación de dependencia y de sus cuidadoras en el ámbito domiciliario. Para ello, el programa se basa en la figura del gestor/a de casos, que coordina la intervención en el domicilio de las personas usuarias de todos los agentes implicados: cuidadores/as familiares, servicios sociales en general y SAD en particular, atención primaria y especializada de salud, sector de empleo de hogar y cuidados, asistentes personales, voluntariado, servicios de proximidad e iniciativas de participación comunitaria, con especial atención al movimiento Lagunkoia que actualmente integra a 60 municipios en Gipuzkoa.

- **Proyecto "A gusto en mi casa" de la Junta de Castilla y León.** En un sentido similar, la Junta de Castilla y León puso en marcha en el año 2018 el proyecto "A gusto en mi casa", basado también en la integración de diversos servicios y apoyos. El proyecto se orienta a las zonas rurales de la Comunidad y se basa en la idea del *hogar seguro*, definido como "aquel que cuenta con las adaptaciones necesarias de la vivienda y las ayudas técnicas así como los servicios de proximidad activados para que la persona con dependencia, discapacidad o enfermedad crónica pueda permanecer en el hogar sin supervisión profesional continua y sin que esto atente contra su seguridad".

  En el marco de ese programa, a todos los hogares en riesgo, para transformarlo en hogar seguro, se les asignará las prestaciones que se relacionan a continuación:

- Adaptación del hogar, ayudas técnicas y teleasistencia avanzada.
- Capacitación y apoyo a los cuidadores no profesionales.
- Programa de participación social personalizado.
- Asistencia sanitaria a domicilio, programada y de urgencia según cartera de servicios y procesos de crónicos y paliativos.
- Cuidados de proximidad de hasta 24 horas durante periodos determinados en función del nivel de riesgo de los hogares.

- **Ventanilla única en Finlandia (Kotitori).** El modelo Kotitori desarrollado en la ciudad finlandesa de Tempere parte de la idea de una "ventanilla única" para el acceso a los servicios sociales y sanitarios, y se considera un modelo de *microintegración* de servicios sociosanitarios [27]. Esta ventanilla está gestionada por una entidad cuya función es básicamente la de elaborar paquetes específicos de atención para personas en situación de dependencia, a partir de la agregación de servicios públicos y privados. En ese sentido, uno de los elementos distintivos del modelo Kotitori es su capacidad para vincular servicios públicos y privados (con y sin fin de lucro) a través de la articulación de una red de proveedores de servicios por parte de un agente que actúa como "integrador" de servicios. Estos integradores actúan como gestores de casos contratados por la administración local para articular paquetes de servicios en los que se incluyen tanto los que se prestan en el marco de los servicios sociales como los que financia o adquiere directamente la persona usuaria por sus propios medios. Se trata en ese sentido de una plataforma de asignación de proveedores, si bien –frente a las plataformas tradicionales− su objetivo es el de mejorar el diseño de los paquetes de atención, facilitar la búsqueda y selección de entidades prestadoras de servicios por parte de las personas usuarias y optimizar los apoyos que las personas reciben en su domicilio, desde la perspectiva de la individualización.

  Las evaluaciones del modelo que se han realizado indican que este tipo de iniciativas permiten que el derecho a la libre elección que se reconoce en diversos países pueda realizarse desde bases más favorables a las personas usuarias, en la medida en que –al estilo de las oficinas de vida independiente que existen en el ámbito de la discapacidad− informan y asesoran a las personas usuarias, y les ayuda a diseñar un paquete de cuidados integral, que combina tanto los servicios a los que acceden mediante los servicios sociales públicos como a los que acceden por sus propios medios.

- **Modelo Norrtaelje de integración sociosanitaria**. El modelo Norrtaelje desarrollado en el municipio del mismo nombre de Suecia tiene un carácter sociosanitario más marcado que los anteriores, en la medida en que integra en una misma plataforma los servicios de atención domiciliaria que se prestan en el ámbito de la salud (competencia de las provincias o condados) y en el ámbito de los servicios sociales (competencia de los ayuntamientos). Se trata en la práctica de un consorcio sociosanitario, en el que la administración social y la sanitaria integran sus presupuestos y gestionan de forma coordinada los diversos servicios a los que las personas mayores dependientes no institucionalizadas pueden acceder, incluyendo los servicios de atención domiciliaria [28].

c) Programas orientados a la diversificación de la asistencia domiciliaria: SAD nocturno, comidas a domicilio y programas de acompañamiento

Como se ha señalado previamente, una de las estrategias de diversificación del SAD pasa por el desarrollo de nuevas modalidades de servicios, entre las que destaca el SAD de respiro, el SAD nocturno o los programas de comida a domicilio, con una amplia trayectoria en otros países de nuestro entorno.

- **Atención a domicilio nocturna en Azpeitia**. Si bien ni los centros de noche (incluidos en la cartera de servicios de la Ley de Dependencia y de la Ley vasca de Servicios Sociales) ni el SAD nocturno han tenido un gran desarrollo en nuestro entorno, sí se han puesto en marcha en diversos países algunas iniciativas de interés dirigidas a ofrecer un apoyo itinerante a personas dependientes que residen en sus domicilios durante el horario nocturno (*overnight care*). En esa línea es destacable el desarrollo de un servicio de estas características en el municipio guipuzcoano de Azpeitia. El servicio, gestionado por Asociación de Atención a Personas Dependientes Mugat, consiste en la realización de hasta tres visitas domiciliarias cada noche a las personas usuarias en su domicilio, al objeto de garantizar una supervisión adecuada, dar respuesta a necesidades de higiene, etc.

- **Programa Xantar a Casa en Galicia**. Como se ha señalado, los programas de comidas a domicilio tienen un amplio desarrollo en muchos países de nuestro entorno. Las evaluaciones realizadas sobre su impacto [29] indican que mejoran significativamente la calidad de la dieta, aumentan la ingesta de nutrientes y reducen la inseguridad alimentaria y el riesgo nutricional de los participantes, además de incrementar las oportunidades de socialización y mejorar la calidad de vida. Otras revisiones apuntan por el contrario a la necesidad de mejorar el diseño de las evaluaciones realizadas para poder obtener conclusiones concluyentes sobre el impacto de estos programas [30].

  En España, uno de los programas más desarrollados en ese ámbito es el programa Xantar na Casa de la Junta de Galicia, que atiende a cerca de 1.500 hogares de personas mayores y/o en riesgo de exclusión. Xantar na Casa se concibe como un programa social de atención nutricional y está dirigido a los colectivos de personas mayores y de personas en situación de dependencia. Su finalidad es la de prestar apoyo en el domicilio mediante prestaciones alimentarias y de seguimiento personal para mejorar la calidad de vida y la autonomía de sus usuarios. Desde una perspectiva integral, este servicio proporciona la posibilidad de complementar el servicio de ayuda en el hogar y de atender las necesidades relacionadas con la alimentación de personas mayores y de otros colectivos o usuarios que necesiten este servicio. Al mismo tiempo, con este servicio se pretende que los usuarios mantengan al máximo su capacidad de independencia y autonomía, y que tengan la posibilidad de permanecer en sus hogares con unas condiciones aceptables.

- **Programas de acompañamiento: Urrats bat gehiago de Bilbo.** El Ayuntamiento de Bilbao ofrece un servicio de apoyo y/o complemento del Servicio de Ayuda a Domicilio que proporciona compañía y acompañamiento, con el fin de promover la relación para aquellas personas que se encuentran de forma prolongada solas, posibilitar la deambulación para las que tienen inseguridad en sus desplazamientos y/o aquellas en que sus familiares cuidadores precisen algún respiro. El programa se denomina Urrats bat gehiago y está orientado a personas y familias, residentes y empadronadas en Bilbao, valoradas como dependientes o sin grado reconocido de dependencia (autónomos), personas que viven solas, sin apoyo familiar, sin compañía, en un entorno físico hostil para su desplazamiento, con inseguridad para salir solas a la calle que requieran ser acompañadas en sus desplazamientos, para estimular su autonomía, realizar actividades que favorezcan sus relaciones sociales con el entorno, mitigar su soledad, entre otros.

d) Aplicación de nuevas tecnologías en el marco del SAD

Como se ha señalado previamente, se han producido avances en el uso de las tecnologías de la información y de la comunicación en el ámbito del SAD, aunque su uso no acaba de despegar [31]. En todo caso, en el marco de la CAPV se han desarrollado diversos programas experimentales, liderados en todos los casos por la entidad Servicios Sociales Integrados (SSI), que cabe considerar como ejemplos de buenas prácticas:

- Programa Digisad. El programa Digisad integra el uso de herramientas digitales en el seguimiento del Servicio de Atención Domiciliaria (SAD) a mayores y personas dependientes, al

objeto de mejorar la comunicación entre las auxiliares de atención domiciliaria y el equipo de coordinación, por un lado, y la calidad de la recogida de la información de las necesidades de las personas atendidas, por otro.

De acuerdo a la información facilitada por sus promotores, DIGISAD proporciona información en tiempo real al equipo de coordinación del SAD, facilitando la toma de decisiones y la definición de acciones preventivas en el servicio de atención domiciliaria que se presta. Otra de las mejoras más relevantes de DIGISAD es que la información se encuentra centralizada y disponible para las instituciones públicas y para las familias que realizan consultas sobre sus familiares mayores y/o dependientes. Desaparecen los archivos en papel, las consultas se resuelven de manera inmediata y se reducen las posibilidades de error o imprecisiones en la información. Por último, además de mejorar la calidad del servicio final, también DIGISAD tiene un impacto positivo directo sobre el trabajo de las auxiliares, ya que reciben la información sobre nuevos servicios, cambios de turnos o nuevas necesidades de manera más inmediata y exacta. Así se evitan confusiones y permite una mejor conciliación con su vida personal. También se han reducido drásticamente las llamadas telefónicas, que podían interferir en los servicios domiciliarios, reduciendo la calidad del servicio y de la propia comunicación.

- Intervención domiciliaria en remoto. A principios de la pasada década, en colaboración con la Fundación Etorbizi y con Tecanalia, SSI desarrolló y testó un modelo de intervención a domicilio en remoto, mediante tres aplicaciones específicas: Apoyo Psicosocial en Remoto (APRE), Estimulación Cognitiva en Remoto (ESCORE) y Acompañamiento Social en Remoto (SAR). El fin último de estos proyectos piloto fue mejorar la calidad de vida de las personas mayores, favoreciendo su permanencia en el entorno personal, familiar y social, así como, la de sus familias [32]. Las principales conclusiones de los proyectos piloto se extrajeron con base en cuatro variables: eficacia, eficiencia, adecuación y utilidad:

    - En relación a la eficacia, la modalidad de intervención en remoto no parece influir negativamente en la consecución de los objetivos marcados, comparada con el formato presencial, si bien, parece importante tener en cuenta que en estas experiencias, al tratarse de proyectos piloto, el número de sesiones se consideró reducido para poder obtener cambios significativos en las personas participantes.

    - Por lo que se refiere a la adecuación y utilidad, se concluyó que las intervenciones desarrolladas en remoto parecen adecuadas para personas con capacidades físicas, cognitivas, psicoafectivas y relacionales preservadas. En el caso de las personas mayores, se observa que la modalidad de intervención remota puede ser eficaz para actuar en las áreas cognitiva, psicoafectiva, relacional y de ocio, pero parece poco útil para trabajar el mantenimiento o mejora de la autonomía personal. Respecto a las auxiliares y acompañantes, la modalidad en remoto puede ser muy útil y adecuada para trabajar la supervisión de casos. En cuanto al acompañamiento social, el tipo de actividades que se pueden realizar de manera remota en las sesiones parece limitado con respecto a la intervención presencial.

    - En lo referente a la eficiencia, se han identificado una serie de costes específicos derivados del desarrollo de cualquier intervención en remoto: inversión en equipos y programas, contratación e instalación de conexión a Internet, desplazamientos a domicilios para instalación y retirada de equipos, y mantenimiento y soporte técnico. Por otro lado, no se producen los costes de los desplazamientos de las y los profesionales de intervención a los domicilios de las personas participantes para llevar a cabo las sesiones en modalidad presencial.

    - En cuanto a las incidencias, el volumen no ha sido un obstáculo para el desarrollo de las intervenciones y no ha influido en el grado de satisfacción de las personas participantes y profesionales, lo que puede deberse principalmente a dos aspectos: por un lado, a que se informó previamente a las personas de que se trataba de un proyecto en fase experimental, por lo que podrían darse incidencias; y por otro, al apoyo

sociotecnológico que se desplegó. Respecto a las incidencias de manejo, fueron poco significativas y se considera que ello puede obedecer principalmente a la identificación adecuada de los requisitos del ordenador y de la plataforma tecnológica, y al apoyo pedagógico que se dio a las personas participantes para su uso.

e) Atención domiciliara intensiva en Holanda (SAD 24 horas)

Como se ha señalado previamente, una de las tendencias de las últimas décadas en los sistemas de atención domiciliaria consiste en su focalización en las personas con necesidades más intensas, lo que ha venido acompañado en la mayor parte de los países analizados de una reducción de la cobertura y de un incremento de la intensidad, especialmente en lo que se refiere a las personas usuarias con necesidades más intensivas de atención. En este sentido, la atención domiciliaria proporcionada en los Países Bajos a las personas con necesidades de atención intensas y supervisión permanente las 24 horas al día constituye una aplicación concreta de esta tendencia.

Desde 2015, las personas con gran dependencia pueden hacer uso del seguro *Wlz* para financiar el tipo de atención que desean recibir. Además de la opción de ingresar en un centro residencial con enfermería y supervisión permanente, la persona usuaria puede elegir recibir la atención sociosanitaria intensiva en su propio domicilio. En función del grado de severidad de los problemas asociados a la dependencia, la persona beneficiaria puede elegir entre diferentes "paquetes de atención" que mejor se adecúen a sus necesidades y preferencias:

- Paquete completo en casa (*Volledig pakket thuis* - vpt), en el que un proveedor de servicios sociosanitarios brinda en la vivienda toda la atención que requiere la persona solicitante.

- Paquete modular sin alojamiento (*Modulair pakket thuis* -mpt), con el que la persona usuaria decide qué paquetes de cuidados recibe en su domicilio, por uno o más proveedores.

- En tercer lugar, están los presupuestos personales (*Persoonsgebonden budget* - pgb) que consisten en prestaciones económicas para la contratación de los proveedores de servicios directamente por la persona usuaria, con el objeto de ser atendida en su domicilio.

Frente al SAD tradicional de atención personal y doméstica, este modelo está más orientado a la atención sociosanitaria, para el que Holanda ha establecido sistemas de acceso y de financiación diferenciados.

La combinación de los diferentes elementos que definen esta modalidad de atención –el uso de prestaciones económicas para acceder al servicio, la focalización en las personas con necesidades más intensas, la participación de la persona usuaria en el diseño del paquete de atención, la autogestión de la prestación del servicio– ha supuesto un cambio considerable en la configuración tradicional del servicio a las personas en situación de dependencia, orientado a la atención residencial.

f) Los centros multiservicios de Castilla y León

La Comunidad Autónoma de Castilla y León ha promovido la creación en su territorio de los denominados centros multiservicios, con los cuales se pretende promover la existencia de servicios profesionales, fundamentalmente en el ámbito rural, para facilitar la permanencia en su domicilio de las personas mayores. Bajo esta denominación se incluyen centros sociales autorizados por Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León e inscritos en el Registro de Entidades, Servicios y Centros (centros residenciales, centros de atención diurna, etc.) desde los que se presten servicios, además de los propios de atención residencial u otros servicios, para permitir a las personas mayores del entorno próximo al centro permanecer en su domicilio, prestándoles aquellos servicios y apoyos que precisen.

Se busca así crear "plataformas de servicios" capaces de proporcionar diferentes modalidades de atención y apoyo a las personas mayores de una manera flexible, ajustada a sus necesidades y en su propio entorno. Desde estos centros se proporcionan, en consecuencia, diversas prestaciones dirigidas a una

población distinta de aquella que es usuaria estrictamente de la atención residencial o de las de centro de atención diurna, como son los servicios de promoción de la autonomía personal, ayuda a domicilio, servicios complementarios de apoyo a la permanencia en el domicilio (catering, lavandería, comedor…).

De acuerdo a sus promotores, con este tipo de centros, además de promover una oferta suficiente de servicios de atención a las personas en su domicilio, se aportan otras ventajas como:

- Mejora la atención a las personas del entorno en su domicilio.
- Ayuda a asentar población en los entornos rurales y favorece el empleo.
- Rentabiliza los servicios e instalaciones de los centros.
- Facilita la viabilidad económica de los centros.
- Facilita la transición de las personas de su hogar a la residencia.

g) Visitas preventivas de Dinamarca

En Dinamarca, como en el resto de los países nórdicos, la atención a las personas mayores es una responsabilidad municipal. La oferta de servicios no solo se centra en las ayudas a domicilio (como el principal servicio provisto a las personas mayores en su hogar), sino también en cuidados personales y en asegurar el contacto con el exterior. De esta forma, además de tareas domésticas diarias como comidas y limpieza, hay otro tipo de servicios como la visita preventiva domiciliaria a toda persona mayor de 75 años.

Desde 1996, una ley estatal obliga a los ayuntamientos daneses a ofrecer, a todas aquellas personas mayores de 75 años que no reciben servicios formales de atención personal, al menos dos visitas domiciliarias preventivas anuales por parte de trabajadores/as sociales o personal de enfermería. A diferencia del resto de servicios de atención a la dependencia, las personas mayores no deben presentar ninguna solicitud para ser beneficiaras del programa de visitas, únicamente tienen que aceptar, de manera voluntaria, la invitación del ayuntamiento para llevar a cabo la visita en su domicilio [1].

Si bien la norma de 1996 no especifica el contenido de las visitas –lo que ha provocado diferencias entre municipios en materia de interpretación e implementación–, sí establece que su propósito es “fortalecer las actividades preventivas y de promoción de la salud dirigidas a las personas de edad. El objetivo del programa de visitas a domicilio es apoyar el autocuidado de las personas mayores y ayudarles a utilizar sus propios recursos de manera óptima" [33].. Aunque las visitas a domicilio se denominan "preventivas", el objetivo general es llevar a cabo actividades de promoción de la salud, prevenir enfermedades y ayudar a las personas mayores a preservar o restaurar las funciones corporales.

Las distintas evaluaciones realizadas muestran un efecto positivo de la intervención en las personas mayores. En concreto, los resultados evidencian una disminución de los ingresos hospitalarios y la mejoría del estado físico de las personas mayores beneficiarias del servicio [34]. En cuanto a su coste-efectividad, si bien las evaluaciones no arrojan conclusiones evidentes, sí sugieren que la intervención resulta neutral en lo referente al coste, de manera que no implica un mayor gasto para las arcas públicas danesas [35].

h) Certificación de calidad para los servicios de asistencia domiciliaria

Algunos países han desarrollado modelos de certificación de la calidad de la atención específicamente orientados a los servicios de asistencia domiciliaria. En Francia, por ejemplo, se han desarrollado dos sellos específicamente orientados a este ámbito de la atención:

- Certificación QUALISAP. Se trata de un reciente sistema de certificación registrado por Bureau Veritas, que responde a las demandas requeridas en los procesos de declaración, autorización y acreditación que procedan, en el ámbito específico de los servicios de atención a domicilio. La certificación tiene una validez de 5 años, sometida a posibles revisiones intermedias.

- Norma francesa de AFNOR sobre Servicios de atención a la persona en el domicilio: La norma AFNOR NF X 50-056 constituye el documento de referencia para la certificación de los servicios de atención a la persona en el domicilio de la marca AFNOR, organización nacional francesa para la estandarización y miembro de la Organización Internacional para la Estandarización. La certificación conforme a la norma AFNOR pretende asegurar, en el marco ético definido, el cumplimiento de las especificaciones necesarias para una atención de calidad en los siguientes ámbitos:

    - Acogida;
    - Análisis de la demanda;
    - Elaboración de la oferta de servicios;
    - Preparación y realización de la intervención;
    - Competencia profesional y seguimiento ;
    - Tratamiento de las quejas ;
    - Análisis de la satisfacción de las personas usuarias;
    - Puesta en marcha de acciones de mejora.

5. Conclusiones y recomendaciones

5.1. Conclusiones

5.1.1. Principales datos sobre las características de SAD en Vitoria-Gasteiz

Como se ha señalado en el apartado introductorio, los datos respecto al funcionamiento del SAD se han obtenido de los registros del Ayuntamiento, así como del IFBS y de diversas fuentes estadísticas externas. En la medida de lo posible, se recogen los datos referidos tanto al SAD municipal como al SAD foral, diferenciando, cuando ha sido posible, los datos relativos a cada tipo de servicio.

Las principales conclusiones que se derivan del análisis de los datos disponibles en relación al SAD en Vitoria-Gasteiz son los siguientes:

- La cobertura del SAD en Vitoria-Gasteiz ha evolucionado a lo largo de los últimos años en forma de U, con una caída importante de la cobertura entre 2009 y 2015 y un incremento importante entre 2015 y 2019. En la actualidad, se atiende, en un momento dado del año, a 2.720 personas, de las que 2.453 son personas mayores de 65 años. La cobertura para el conjunto de la población es de 1,08% y para los mayores de 65 del 4,6%.

- El número de personas usuarias a lo largo del año ha crecido en menor medida que el número de personas usuarias en un momento dado, lo que pone de manifiesto una menor tasa de rotación de las personas usuarias. En la actualidad, utilizan el servicio a lo largo del año 1,3 personas mayores de 65 años por cada persona de la misma edad usuaria al final del año.

- El incremento en la cobertura del SAD durante estos últimos cinco años es producto, casi exclusivamente, del incremento del número de personas usuarias del SAD municipal. Teniendo en cuenta a las personas usuarias de todas las edades, el número de personas usuarias del SAD municipal se incrementa en un 168%, mientras que el número de personas usuarias del SAD foral se reduce en un 6%. En el periodo analizado, las personas usuarias del SAD municipal pasan de representar el 43% del total a representar el 70%.

- Este aumento de las personas usuarias del SAD municipal es debido, fundamentalmente, a la asunción por parte del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz del riesgo y grado I de dependencia en 2016. Esta conclusión se observa si se desglosa la cobertura del SAD municipal en función del SAD básico y del SAD de dependencia: mientras que en la primera modalidad del servicio municipal la cobertura se ha mantenido relativamente estable, en el SAD de dependencia el incremento ha sido muy marcado. Pese a ello, la cobertura del SAD básico sigue siendo más amplia que la del SAD de dependencia en 2019.

- En relación a la población total, la cobertura del SAD oscila entre porcentajes superiores al 1,5% en las zonas cubiertas por los Servicios Sociales de Base de Iparralde, Aldabe, Arana, Judimendi y El Pilar, e inferiores al 0,5% en Ibaiondo, Salburua y Zabalgana. Sin embargo, si se tiene únicamente en cuenta a la población mayor de 65 años, las coberturas más elevadas se dan en Zabalgana, Aldabe y Abetxuko, y las más bajas en Campillo, Ariznavarra y Lakua.

- El incremento de la cobertura en los últimos cinco años no ha ido acompañado de un incremento similar en la intensidad del servicio. Dicho de otro modo, aunque el número total de horas de atención también ha evolucionado en forma de U, el crecimiento del número de horas ha sido inferior al de personas atendidas, lo que tiene como consecuencia un decremento en la intensidad. En el caso de las personas mayores de 65 años, la intensidad ha pasado entre 2008 y 2018 de 28 horas mensuales a 17,6. Se trata de la tasa de intensidad más baja de todo el periodo.

  Si esa evolución se analiza desde el punto de vista de la titularidad del servicio, se observa que la intensidad del SAD municipal se ha mantenido relativamente estable, en torno a las nueve horas

mensuales por persona usuaria. Por el contrario, la intensidad media del SAD foral ha crecido de forma notable, pasando de 26,6 horas mensuales a 33,4 en 2019. Este diferente ritmo de incremento se debe a que mientras el número de personas usuarias del SAD foral apenas ha crecido, el número de horas lo ha hecho en un 17%. En el caso del SAD municipal, el incremento del número de horas ha sido claramente mayor –del 163%−, pero algo inferior que al de personas usuarias.

- De esta forma, aunque las horas correspondientes al SAD municipal han pasado del 22% al 39% del conjunto de las horas prestadas en el municipio desde 2015 hasta 2019, las horas prestadas en el marco del SAD foral siguen constituyendo el grueso de las horas de SAD prestadas en el municipio.

- Desde el punto de vista de las modalidades del SAD municipal, como resulta lógico, la intensidad del SAD básico es inferior a la registrada en el SAD de dependencia. Sin embargo, cabe resaltar que en el SAD de dependencia las horas anuales se han incrementado en mayor medida que las personas usuarias, por lo que la tasa de intensidad también aumenta de una forma clara, mientras que en el SAD básico disminuye ligeramente.

- Si la cobertura del SAD se relaciona con la del resto de los servicios para personas mayores, se observa una progresiva pérdida del peso de este recurso en el conjunto del mapa de servicios sociales de Vitoria-Gasteiz. Pese al incremento de la cobertura registrado en los últimos años, el SAD ha pasado entre 2008 y 2018 de representar el 27% a representar el 20% de la oferta de servicios y prestaciones para personas mayores dependientes en la ciudad.

- Si se analiza el contenido de los 1.666 expedientes del SAD municipal, se observa que del total de las tareas asignadas (siete por expediente, por término medio), el 42% hacen referencia a tareas de apoyo en la realización de actividades domésticas y sólo el 20% recogen actividades relacionadas con los cuidados personales.

- En el caso concreto del SAD básico, la totalidad de los expedientes tienen asignadas tareas domésticas y/o de prevención y promoción. En ese sentido, los datos registrados indican que un 67,1% de los expedientes cuentan exclusivamente con este tipo de tareas. Además, un 30,2% de los expedientes tienen tareas de atención personal y un 8,7% incluyen tareas de acompañamiento.

- El Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz en 2019 destinó algo más de 5 millones de euros a la empresa que gestiona el SAD municipal, es decir, el gasto público municipal dirigido a la prestación del servicio municipal. Teniendo en cuenta que en el mismo año se prestaron 219.487 horas, el gasto por hora fue aproximadamente de 22,83€.

- En relación a las demás CCAA del Estado español, tanto Vitoria-Gasteiz como el conjunto de Álava registran tasas de cobertura comparativamente elevadas. Por el contrario, la intensidad media del SAD de Álava y/o de Vitoria-Gasteiz se sitúa ligeramente por debajo de la intensidad del conjunto del Estado.

5.1.2. Valoración del SAD por parte de los diversos agentes

El análisis cualitativo en relación al funcionamiento del SAD se basa en una serie de entrevistas y grupos de discusión realizados en el mes de julio con una veintena de técnicos forales y municipales, representantes de entidades del Tercer Sector y personas usuarias del servicio o familiares de éstas. Como en el caso del análisis cuantitativo, la valoración se refiere tanto al SAD foral como al SAD municipal, si

bien se ha intentado diferenciar las valoraciones relativas a uno y otro servicio cuando ha sido posible. Como se indica en el apartado correspondiente, en el informe se recogen de la forma más ordenada y literal posible las valoraciones y argumentos recogidos en las entrevistas, tal y como han sido planteados.

Las principales conclusiones que se derivan de las entrevistas y el grupo de discusión desarrollados en relación al SAD en Vitoria-Gasteiz son los siguientes:

- La valoración que en líneas generales hacen las personas consultadas respecto al servicio es buena. Las valoraciones positivas son relativamente generalizadas y el servicio se considera por parte de las personas consultadas como esencial, ágil, polivalente, útil o necesario, así como, en alguna ocasión, flexible y razonablemente personalizado. Entre los elementos mejor valorados destacan la calidad del trato y de los cuidados prestados, la responsabilidad pública del servicio y el régimen de copago establecido.

- También se plantean lógicamente valoraciones negativas, problemas y retos pendientes. Entre ellos, los principales son los relativos a la rigidez del servicio y su estancamiento en cuanto a las necesidades atendidas y las formas de provisión y gestión, la escasa capacidad para el acompañamiento y el deterioro de las funciones preventivas asignadas al servicio. La escasa intensidad del servicio y las elevadas tasas de rotación de las trabajadoras familiares se plantean también como limitaciones importantes.

- Es patente la preocupación de muchas de las personas entrevistadas por el incremento del gasto que supone el SAD para las arcas municipales y por la sostenibilidad económica del servicio, en un contexto caracterizado por el incremento del número de personas usuarias del SAD municipal.

- Pese a ello, la gran mayoría de las personas consultadas destacan la necesidad de incrementar los recursos complementarios al SAD –centros de día de secundaria y centros de atención diurna de primaria, estancias de respiro, teleasistencia, ayudas técnicas, etc.−, así como los servicios adicionales que se prestan en el marco del servicio: comidas a domicilio, servicio de acompañamiento, SAD de respiro, intervención socioeducativa, formación para personas cuidadoras, etc. Cabe resaltar que los centros de atención diurna de primaria han sido valorados de forma muy positiva, prácticamente por el total de los y las profesionales implicadas en las entrevistas.

- Se puede decir que existe una percepción generalizada con relación a la idea de que el SAD no es por sí solo capaz de garantizar la permanencia en el domicilio de las personas con mayores necesidades. También es generalizada la impresión de que las fórmulas de gestión y prestación del servicio dificultan la aplicación de un modelo de atención centrado en la persona (ACP).

- En general, todas las personas entrevistadas son conscientes del potencial que representan las tecnologías avanzadas para la mejora y la reorientación del servicio, aunque es patente también la desinformación respecto a cuáles podrían ser esos avances y la percepción de que su aplicación es de momento muy incipiente. También se destaca la idea de que las nuevas tecnologías no deben sustituir los elementos relacionales y de acompañamiento individualizado del programa.

- No se observa una postura unánime en relación con la prestación, en el marco del SAD, de servicios de atención doméstica exclusivamente menajeros, pues para algunas personas supone un recurso importante desde el punto de vista preventivo y como forma de facilitar la permanencia de las personas mayores en sus domicilios. Por el contrario, la mayor parte de las personas cuestiona que este tipo de servicio se preste, como norma general, desde los Servicios Sociales.-

- En lo referente a los criterios de acceso, para gran parte de las personas es importante no restringir el acceso al programa a las situaciones de dependencia valoradas a través del BVD y, por ende, se apuesta por seguir ampliando y flexibilizando el acceso para garantizar la función

preventiva del SAD. Sin embargo, también se resalta la idea de ordenar en mayor medida el acceso al SAD municipal. Asimismo, se plantea la conveniencia de abrir el SAD en mayor medida a otros colectivos y necesidades, como las familias o la infancia y las personas con problemas de salud mental. Por otra parte, la mayor parte de las personas consultadas consideran que la demanda explícita o manifiesta se atiende con flexibilidad en el municipio, si bien existe una demanda potencial, no manifestada y por tanto no atendida, que podría ser conveniente canalizar hacia el servicio.

- No parece detectarse, entre la mayor parte de las personas entrevistadas, una demanda clara para la municipalización y/o publificación del servicio. Algunas personas defienden esa opción pero puede decirse que son más numerosas quienes no son partidarias de esa municipalización.

- Lo mismo puede decirse respecto a la extensión de las prestaciones económicas como forma de acceso al servicio: aunque algunas personas consideran que este tipo de herramientas (PEAP, PVS, etc.) pueden suponer ciertas ventajas, otras ven con recelo y desconfianza su generalización.

- En general, las personas consultadas consideran adecuado el actual sistema de copago y precios públicos, si bien se plantean también algunas de sus limitaciones. En ese sentido, algunas personas reclaman la gratuidad total del servicio, mientras que otros apuestan por modular el precio público para diversos perfiles.

- A juicio de la mayor parte de las personas consultadas, la actual distribución competencial del SAD es fuente de diversos problemas e ineficiencias. No se observa sin embargo una postura unánime con relación a la fórmula más adecuada para un nuevo reparto de las competencias de gestión del SAD.

- También se han puesto de manifiesto durante las entrevistas algunas de los problemas que se derivan de las fórmulas elegidas para la contratación pública del servicio. En ese sentido, algunas personas señalan que el precio de contratación del servicio no cubre adecuadamente los servicios que se demandan a las empresas; otras señalan que en las licitaciones se ha dado en los últimos años mayor preponderancia al precio por encima de la calidad técnica de los proyectos, lo que ha redundado en un deterioro de la calidad del servicio.

- Se plantean también por parte de algunas de las personas consultadas los problemas existentes para una adecuada zonificación del servicio, lo que genera la necesidad de realizar mayores desplazamientos y dificulta una mejor conexión con los recursos comunitarios.

- Es patente además, por parte de muchas de las personas consultadas, la preocupación por la irrupción de grandes empresas, escasamente enraizadas en el territorio, como prestadoras del SAD. Se plantea en ese sentido, por parte de estas personas, la necesidad de una mayor diversificación empresarial y de privilegiar a las empresas locales y/ más enraizadas en el territorio, así como a las que están especializadas en la prestación de servicios sociales.

- La mayor parte de las personas consultadas consideran que durante los últimos años se han dado importantes pasos adelantes en la cualificación y la profesionalización de las trabajadoras familiares que prestan el servicio. También se señala que las condiciones laborales han mejorado, especialmente como consecuencia de la aprobación del último convenio provincial. Sin embargo, son también numerosas las personas que ponen de manifiesto las carencias en la formación y los problemas que siguen existiendo en lo que se refiere a la organización del trabajo diario y las condiciones laborales de las profesionales (rotación de los/as profesionales y estabilidad de las plantillas, desplazamientos excesivos, riesgos laborales, realización de horas extras no abonadas, dificultades para acceder a las fórmulas de garantía salarial, etc.).

5.1.3. Características básicas del SAD en cinco países de Europa

En el marco de este informe se ha realizado una completa descripción del funcionamiento del SAD en cinco países de Europa. Se resumen a continuación las principales características del SAD en esos países:

- En Francia, el acceso al servicio de asistencia domiciliaria para personas dependientes se realiza básicamente mediante una prestación económica, la *Allocation Personaliseé d'Autonomie* (APA)[41], abierta al conjunto de la población pero modulada en función de la renta. El funcionamiento de la APA a domicilio se deriva de dos elementos relativamente independientes: por una parte, la elaboración de un plan de atención individualizado, en el que se establece el número máximo de horas de atención subvencionadas y, por otra, la determinación de la cuantía de la prestación o, expresado a la inversa, la parte del coste total del paquete de atención que debe ser financiado por la persona usuaria. La cantidad percibida se modula en función del grado de dependencia y de los recursos económicos de la persona, de modo que la aportación de la persona usuaria oscila entre el 0% y el 90% del coste del paquete de servicios, en función de una tarifa prefijada. Si la persona usuaria accede a un servicio que aplica una tarifa superior, o consume más horas de atención de las establecidas en el paquete de atención, la diferencia será abonada directamente por la persona usuaria.

  El servicio puede ser prestado tanto por entidades públicas, generalmente dependientes de los ayuntamientos, como por parte de entidades privadas con y sin fin de lucro, siendo estas últimas mayoritarias en el sector.

  La cobertura de la APA a domicilio entre la población mayor de 65 años es del 5,8%, con un gasto cercano a los 4.500 euros por persona beneficiaria. La intensidad media es de casi 30 horas mensuales. El coste medio del paquete de atención es de 560 euros mensuales, con un copago medio del 21% de esa cantidad.

- El modelo de atención domicilaria en Escocia está determinado por dos elementos fundamentales:

  - por una parte, el sistema de *self-directed support*, mediante el cual las personas usuarias pueden elegir entre una prestación económica (*direct payment*) que se abona a la persona usuaria y que ella administra para el pago de los servicios comunitarios o domiciliarios que precisa; un presupuesto o fondo individual para la financiación de los servicios que se destina a una entidad proveedora elegida por la persona usuaria; un servicio de atención directa gestionado (aunque no necesariamente prestado) por la autoridad local; o una combinación de las tres opciones anteriores.
  - Por otra, el llamado *free personal care*, mediante el cual las personas en situación de dependencia reciben de forma gratuita los servicos de atención personal (tanto domiciliaria como en residencia) y abonan por el contrario los servicios de atención doméstica, siempre que cuentan con recursos económicos para ello.

  La cobertura del servicio entre la personas mayores de 65 años es del 4,7% y la intensidad asciende por término medio a 38 horas mensuales. Un tercio de las personas usuarias recibe más de 40 horas de atención semanal.

  En lo que se refiere a las entidades prestadoras del servicio el 42% de las personas atendidas lo están por un proveedor de servicios de titularidad pública (ya sea un ayuntamiento, el servicio de

[41] Además de esa prestación, los ayuntamientos y centros comunales de acción social ofrecen a las personas autónomas o con niveles de dependencia reducidos que no se benefician de la APA y tienen ingresos bajos servicios de atención domiciliaria básicamente orientados a las tareas domésticas o menajeras. La prestación puede abonarse tanto directamente a la entidad prestadora del servicio –que debe estar habilitada o acreditada por el Departamento− como a la persona usuaria, para que a su vez contrate el servicio requerido, y se establece en algunos casos un cierto nivel de copago, dependiendo de los departamentos. También existen otras modalidades de atención domiciliaria, como los servicios de cuidados de enfermería a domicilio o los servicios polivalentes de ayuda y cuidado a domicilio.

salud o uno de los partenariados sociosanitarios antes señalados), y el 45% por una empresa privada. Sólo el 3,5% de las personas atendidas reciben servicios de entidades del tercer sector.

El modelo escocés destaca también por el desarrollo de un sistema de evaluación basado en unos estándares nacionales muy orientados a los resultados del servicio desde el punto de vista de la calidad de vida y a la publicación de los informes de evaluación que periódicamente se realizan a todas las empresas proveedoras.

- Como en Francia, el acceso de las personas dependientes a los servicios de asistencia domiciliaria se realiza en Alemania mediante una prestación económica –enmarcada en el Seguro de Dependencia− que oscila entre los 689 y los 1.995 euros mensuales, en función del grado de dependencia. La renta de las personas beneficiarias no se tiene en cuenta a la hora de determinar la cuantía de la prestación. Como en el caso de Francia, la cuantía de la prestación es similar a la que se recibe para el acceso a centros residenciales, si bien en este caso las personas deben abonar además los gastos hoteleros y de manutención. La cobertura del servicio asciende al 4,6% de la población mayor de 65 años.

  Uno de los elementos definitorios del modelo alemán se refiere a la libertad de elección, tanto en lo que se refiere al tipo de prestación que se recibe como a la entidad prestadora del servicio, en caso de optarse por un servicio de atención profesional. En ese contexto, existen en torno a 15.000 entidades que prestan servicios de asistencia domiciliaria en Alemania, dos tercios de los cuales corresponden a entidades privadas con fin de lucro. A diferencia de lo que ocurre en Francia, el porcentaje de entidades prestadoras del servicio de titularidad pública es muy reducido.

  Otro de los elementos distintivos del modelo alemán se refiere a las posibilidades que existen para combinar e incluso intercambiar el SAD con diversos servicios, como las ayudas técnicas y las adaptaciones del hogar, el acceso a centros de día o de noche, las estancias residenciales de respiro, etc. Por otro lado, como en Escocia, la regulación del servicio es relativamente genérica y se establecen requisitos funcionales muy laxos, al objeto de establecer las mínimas barreras de entrada al mercado a proveedores nuevos o de pequeño tamaño. Existe sin embargo un marco relativamente exigente de evaluación de los servicios prestados en el marco del SAD, a partir de unas directrices de calidad establecidas de común acuerdo entre los seguros y las entidades proveedoras de servicios. También como en Escocia, cada entidad proveedora es sometida cada año a una evaluación, y los resultados de la misma se hacen públicos en internet, asignándose además a cada entidad proveedora una calificación en relación a los diversos aspectos de la atención.

- Holanda destaca en el marco de este informe por ser el país que registra una mayor cobertura del SAD. Un 22% de la población mayor de 65 años recibe servicios de asistencia domiciliaria en el marco de la Ley de Servicios Sociales, y un 15% adicional los recibe en el marco del sistema de salud. Los servicios de atención domiciliaria que se prestan en el marco de la ley de Servicios Sociales tienen un carácter básicamente doméstico y se dirigen a personas con necesidades ligeras de apoyo. En lo que se refiere a la forma de provisión del servicio, las personas beneficiarias del SAD pueden elegir entre servicios de atención directa o prestaciones económicas.

  - Si la persona usuaria opta por los servicios en especie, el municipio se ocupa de contratarlos a las entidades proveedoras de servicios con las que opera habitualmente. Los ayuntamientos se encargan asimismo de financiar los servicios.

  - La opción de recibir una suma en metálico equivalente a las horas de apoyo que le han sido reconocidas, en forma de prestación económica, permite a la persona usuaria utilizar ese dinero para adquirir los servicios de cuidadores autónomos o para compensar o retribuir a un familiar. Esta fórmula, denominada presupuestos personales (*Persoonsgebonden budget*) obliga a la persona usuaria a pagar a la persona cuidadora, como mínimo, 25 euros/hora.

En lo que se refiere a la gestión de la calidad del servicio, la agencia de Inspección de Salud y Juventud supervisa la calidad y seguridad de la atención brindada por los proveedores de servicios. En ese marco, los proveedores de servicios deben proporcionar, anualmente, una serie de indicadores al Instituto de Salud de los Países Bajos para la valoración de la calidad en la organización. Para ello, cuentan con una serie de documentos de apoyo elaborados por el propio Instituto.Desde 2017, tanto los informes de inspección como los indicadores de evaluación facilitados por los propios proveedores de servicios están disponibles para su consulta. En el caso de las inspecciones, se puede acceder a los informes bien desde un mapa georreferenciado o bien desde un buscador, ubicados ambos en el portal de la agencia de Inspección de Salud y Juventud (IGJ).

Holanda se caracteriza también por disponer de un servicio de SAD de 24 horas, destinado a las personas dependientes con necesidades muy intensas de atención que optan por permanecer en su domicilio. La cobertura de este servicio es en cualquier caso muy reducida.

- Suecia se caracteriza también por una tasa elevada de cobertura (8,5% de la población mayor de 65 años) y niveles de intensidad también elevados (30 horas mensuales, aunque los datos relativos a la intensidad no se recogen de forma oficial).

  Junto a su elevada cobetura e intensidad, una de las principales características del SAD sueco radica en la posibilidad que, en la mayor parte de los municipios, las personas usuarias tienen para elegir a la empresa proveedora de los servicios. En ese sentido, si bien no existe –como en Alemania, Holanda, Francia o Escocia− la posibilidad de recibir una prestación económica, las personas usuarias sí tienen la posibilidad de elegir entre diversos proveedores, que pueden depender bien de entidades públicas o bien de entidades privadas.

  En todo caso, y pese a su crecimiento en los últimos años, sólo el 26% de las entidades prestadoras del SAD son de titularidad privada, correspondiendo el resto a entidades de titularidad pública.

  El servicio de asistencia domiciliaria está sometido a copago en función de la renta, si bien su importe es muy reducido (con un máximo cercano a los 200 euros mensuales).

  En lo que se refiere al contenido del servicio, el 25% de las prestaciones concedidas combinan la atención doméstica y la personal, el 33% sólo contemplan atención doméstica y el 36% únicamente atención personal Las otras dos prestaciones –servicios de respiro y acompañamiento o asistencia personal− son muy minoritarias.

5.1.4. Principales tendencias internacionales en relación al SAD

La descripción de los modelos organizativos del SAD en los países de nuestro entorno se ha complementado con la identificación de algunas tendencias e innovaciones en lo que se refiere a la organización y la provisión del SAD. En el capítulo correspondiente se han diferenciado las tendencias generales –tanto las que se consideran positivas como las que pueden ser más problemáticas− de lo que se puede entender como innovaciones o buenas prácticas, que en algunos casos son una aplicación de las tendencias señaladas en el apartado anterior.

Tanto las tendencias como las buenas prácticas se han recogido de una revisión de la literatura publicada en relación al SAD en los últimos años (informes oficiales, artículos académicos, diseño y evaluación de proyectos de innovación…), así como del análisis realizado en relación a los modelos de SAD que existen en Escocia, Alemania, Francia, Suecia y Holanda, así como en otros países cuyos sistemas no se han analizado de forma específica.

Las principales tendencias identificadas son las siguientes:

- El fomento de la libre elección y de la competencia entre proveedores mediante el uso de prestaciones económicas para acceder al servicio.

- El mayor protagonismo de las entidades privadas en la provisión del servicio, en consonanca con la importancia concedida al principio de libre elección. El protagonismo de las entidades privadas y del principio de libre elección no está reñido con la participación de entidades de titularidad pública como proveedoras de servicios, en competencia con otras entidades privadas con y sin fin de lucro.

- La focalización del servicio en las personas con mayores necesidades y la creciente diferenciación entre las tareas domésticas y de cuidado, tanto en lo que se refiere a la financiación del servicio como a sus fórmulas de acceso.

- Cambios en los procesos y condiciones de trabajo, que implican en general un proceso de *taylorización* y desprofesionalización, frente a enfoques más individualizados. La irrupción de las plataformas de cuidados y el recurso a cuidadoras inmigrantes con escasa cualificación y malas condiciones laborales ha influido en ese proceso de desprofesionalización.

- Frente a este modelo, se han desarrollado en los últimos años modelos orientados a reforzar la la dimensión territorial y comunitaria del servicio, y a fomentar la autogestión de la prestación del SAD por parte de los y las profesionales, desde la óptica de la atención centrada en la persona.

- Otra de las tendencias identificadas se refiere a la diversificación del SAD y a su consideración como como parte de un paquete más amplio de servicios. Se han desarrollado en ese sentido modelos de cuidados integrados que buscan una mejor coordinación, a nivel de caso, de los diferentes recursos y servicios a disposición de las personas, y se ha impulsado la posibilidad de acceder a recursos complementarios al propio SAD, como las cortas estancias residenciales, las comidas a domicilios, las ayudas técnicas, etc.

- Nuevos modelos de contratación pública del SAD (contratación pública responsable, pago por resultados, etc.).

- Desarrollo e incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación del SAD.

- Desarrollo de modelos de rehabilitación en el domicilio.

- Establecimiento de marcos generales de inspección y evaluación, especialmente orietados a la calidad de vida, por una parte, y a la promoción de la competencia entre las entidades proveedoras, por otra.

5.2. Posibles líneas para la reorientación del SAD en Vitoria-Gasteiz

5.2.1. Introducción

Como se ha señalado previamente, en este apartado se apuntan algunas posibles líneas para la reorientación del SAD en Vitoria-Gasteiz, que se derivan tanto del análisis de la situación del SAD en el municipio, como de la descripción de la organización del servicio en cinco países de Europa y del análisis de las tendencias y buenas prácticas identificadas en el contexto internacional.

Para contextualizar e interpretar adecuadamente las orientaciones que se plantean, conviene tener en cuenta algunos elementos:

- Se ha intentado por una parte recoger orientaciones concretas y específicas, aplicables a corto y medio plazo por parte del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz para la reorientación del servicio. No todas las orientaciones o mejoras que se proponen son sin embargo competencia exclusiva del Ayuntamiento y, de hecho, pueden dividirse en tres planos diferentes:

    - Algunas de las propuestas se refieren exclusivamente a la organización, la gestión y la prestación del servicio municipal de asistencia domiciliaria, en los términos establecidos por el Decreto de Cartera y la Ley de Servicios Sociales, y son por tanto competencia directa del Ayuntamiento. Si se consideraran viables y adecuadas, tanto desde el punto de vista técnico como político, así como desde el punto de vista presupuestario, estas orientaciones podrían ser aplicadas, de forma paulatina, por el Ayuntamiento en el marco de un proceso gradual de reorientación del SAD.

    - Otras propuestas son más genéricas y se refieren al conjunto de los servicios y prestaciones que las personas mayores vulnerables o en situación de dependencia requieren para poder seguir residiendo, en las mejores condiciones posibles, en sus domicilios. Si bien esas orientaciones se refieren mayoritariamente al ámbito competencial municipal, también afectan a servicios de competencia foral y/o autonómica. Desarrollar esas orientaciones requeriría por tanto alcanzar acuerdos o pactos interinstitucionales y quedan en parte fuera de la capacidad de intervención municipal.

    - Otras de las orientaciones planteadas –las menos− se refieren a la regulación y articulación del conjunto del modelo de atención a la dependencia y requieren por tanto de cambios a nivel estatal, autonómico o, cuando menos, foral. Las posibilidades del Ayuntamiento para desarrollar esas orientaciones son escasas. Por ello, en la medida en que el estudio pretende plantear orientaciones útiles y aplicables, se ha intentado hacer el menor hincapié posible en este tipo de medidas genéricas.

- Las orientaciones planteadas no constituyen un plan o una estrategia, es decir, no incluyen medidas articuladas y coherentes orientadas a la consecución de unos objetivos determinados. Si bien es obvio que la mayoría de ellas persiguen unos objetivos comunes, no todas las medidas son complementarias entre sí y podría pensarse que, en algunos casos, podrían ser hasta contradictorias. Es decir, se han señalado algunas orientaciones que podrían resultar útiles (o que han resultado útiles en otros contextos) pero que requieren de una priorización y articulación interna previa para ser aplicadas. Por otro lado, las orientaciones planteadas se han intentado ordenar de la manera más lógica posible, dado que algunas de las orientaciones planteadas son consecuencia de, o requisito para, otras más generales.

- Los testimonios recogidos en la fase cualitativa del estudio han puesto de manifiesto la preocupación de muchas de las personas consultadas por el incremento del gasto público destinado al SAD y por la sostenibilidad económica del servicio. El estudio sobre las tendencias internacionales en cuanto a la organización del SAD realizado por el SIIS en 2012 [1] ya ponía de manifiesto que una de las principales tendencias detectadas por aquel entonces en Europa se refería a la reducción del gasto público destinado al servicio, bien reduciendo la demanda, bien restringiendo la oferta, bien reduciendo los costes unitarios del servicio. En las actuales circunstancias, sin embargo, parece difícil que la reorientación del SAD en Vitoria-Gasteiz redunde en una reducción global del gasto público destinado a este servicio.

  Si bien algunas de las orientaciones que se plantean tienen como objetivo mejorar la eficiencia del SAD y el conjunto de los cuidados y apoyos que se prestan a las personas mayores en su domicilio, debe decirse que el punto de partida inicial –siendo mucho mejor que el de otros municipios vascos o españoles−, las necesidades actuales y futuras ligadas al envejecimiento y las obligaciones que se derivan del marco normativo vigente difícilmente permitirán –salvo que se ignoren, desatiendan o incumplan− una reducción del gasto público municipal en este ámbito.

- Cabe señalar finalmente que las orientaciones planteadas tienen diferente nivel de concreción. Se ha intentado en todo caso evitar la formulación de orientaciones excesivamente teóricas o generales, así como las orientaciones muy específicas o ligadas al día a día del servicio, para centrarse en orientaciones de amplio alcance pero, a la vez, suficientemente concretas.

5.2.2. Algunas recomendaciones para la reorientación del SAD en Vitoria-Gasteiz

Las orientaciones que se plantean se basan, fundamentalmente, en la necesidad de flexibilizar, diversificar, enriquecer y, al mismo tiempo, especializar el servicio de asistencia domiciliaria. Para ello se proponen las siguientes orientaciones:

a) Incrementar la cobertura y, sobre todo, la intensidad del servicio

El análisis realizado en las páginas precedentes apunta con bastante claridad a la necesidad de incrementar la cobertura y, especialmente, la intensidad del servicio. Si bien en las valoraciones se ha señalado que se atiende toda la demanda explícita y que no hay en el municipio bolsas de demanda desatendida, también se ha señalado que puede haber una parte de demanda implícita o no manifiesta que podría ser susceptible de acceder al servicio. Desde el punto de vista comparado, Vitoria-Gasteiz registra además tasas de cobertura inferiores a las de otros países, si bien las diferencias no son muy grandes.

En todo caso, tanto desde el punto de vista cuantitativo como cualitativo, y especialmente si se tiene en cuenta el análisis comparado, se ha observado que la intensidad del servicio es en general reducida, especialmente para los casos con necesidades más severas. Si bien es cierto que los datos sobre la intensidad del servicio no son suficientemente fiables, y que la intensidad media debería derivarse del tipo de SAD prestado y del perfil de sus beneficiarios, parece difícil pensar en un SAD menos intenso que el actual. De hecho, buena parte de las propuestas u orientaciones que se plantean en las páginas siguientes tendrían como consecuencia un incremento en la intensidad media del servicio.

b) Repensar el posicionamiento del SAD en la cartera de Servicios Sociales del municipio: qué funciones para qué perfiles

La necesidad de incrementar la cobertura y la intensidad del servicio debe ser, en todo caso, consecuencia de la reflexión pendiente sobre el posicionamiento del SAD en la cartera de Servicios Sociales en el municipio. Es decir, de las funciones que el SAD debe cumplir y los perfiles que debe atender, siempre en el marco de una cartera de Servicios Sociales, de atención primaria y secundaria, que va más allá del SAD y en el marco –excesivamente genérico, puede decirse – que establece el Decreto de Cartera del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

Este reposicionamiento exige atribuir al SAD unos objetivos y unos resultados esperados más específicos, así como unos perfiles de usuarios determinados, que sólo pueden definirse en función de las funciones y perfiles que se atribuyen a otros recursos y prestaciones (teleasistencia, PEAP, atención diurna, estancias de respiro, etc.). En ese contexto, estas orientaciones parten de la base de que el SAD debe fundamentalmente ofrecer cuidados personales y apoyo socioeducativo de media y alta intensidad a personas en riesgo o situación de dependencia o desprotección que residen en sus domicilios, y que no quieren o pueden utilizar otros recursos, como la Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP).

Las implicaciones de este reposicionamiento se detallan en los siguientes puntos.

c) Extender las funciones y objetivos vinculados a la prevención a otros servicios y prestaciones, e impulsar las visitas preventivas a domicilio

El análisis cualitativo realizado ha puesto de manifiesto la importancia que muchos de los agentes consultados dan a la función preventiva del SAD, contemplada también en el Decreto de Cartera. No se ha realizado sin embargo ninguna evaluación rigurosa sobre la capacidad preventiva del SAD y, especialmente, sobre la capacidad preventiva de la realización de tareas domésticas en el domicilio de personas con niveles ligeros o incipientes de dependencia.

Desde ese punto de vista, no parece que la función preventiva justifique el mantenimiento de un servicio público de asistencia doméstica a personas con niveles reducidos de dependencia. Esa función preventiva debería realizarse fundamentalmente desde otros recursos de atención primaria –como los centros de atención diurna− y mediante el refuerzo de otros programas hoy inexistente o poco desarrollados, como las visitas preventivas a domicilio, las actividades de apoyo psicológico a las personas cuidadoras, los programas de rehabilitación a domicilio, etc. En ese contexto, podría ser interesante impulsar, como proyecto piloto y en coordinación con la OSI Araba, un programa de visitas preventivas a domicilio, que permita identificar situaciones de necesidad susceptibles de derivar en casos de dependencia o desprotección, así como los programas orientados a la detección de situaciones de riesgo de desprotección entre la población mayor.

d) Mejorar la estratificación de las personas usuarias en función de sus necesidades y conectar de forma más eficaz los servicios ofrecidos a las necesidades identificadas

Las entrevistas cualitativas realizadas para la elaboración de este informe han puesto de manifiesto algunos de los problemas del SAD: rigidez, escasa diversificación y dificultades para ofrecer una atención verdaderamente individualizada. Superar estos problemas exige avanzar en la estratificación de las personas potencialmente usuarias en función de sus necesidades y conectar de forma más eficaz los servicios ofrecidos a las necesidades identificadas.

Ello hace necesario la existencia de una gama más amplia de recursos y modalidades de atención, y una mayor flexibilidad para introducir cambios en la intensidad de los servicios prestados.

e) Diferenciar la consideración de la ayuda doméstica y los cuidados personales, más allá de la diferenciación del servicio para personas dependientes y autónomas, y limitar la atención doméstica o menajera a situaciones muy específicas, canalizando tales necesidades mediante otras fórmulas como los cheques servicio

A partir de lo que se acaba de señalar, la mejor forma de reposicionar el SAD y de garantizar que ofrece un valor añadido suficiente –es decir, un valor que no puede ser aportado desde la esfera privada o desde otros recursos de menor coste− pasa como antes se ha dicho por impulsar la prestación de cuidados personales y de intervención socioeducativa, relegando la atención doméstica a situaciones muy específicas. En la práctica, este cambio implicaría:

- Centrar el SAD público o de responsabilidad pública en las personas en situación de dependencia o desprotección y en la provisión de cuidados personas y/o intervenciones de carácter socioeducativo, incrementando su intensidad. Se trata en ese sentido de plantear una “especialización” del SAD en unos perfiles y necesidades más específicos, incrementando su intensidad, impulsado los servicios complementarios y diversificando las prestaciones. Tal y como establece el Decreto de Cartera, estas personas podrían recibir servicios de atención doméstica en el marco del SAD, aunque supeditados a la percepción de cuidados personales y como servicio complementario, siempre que no pueda ser prestado desde otro ámbito y/o permita una mejor atención a la persona.

- Como ocurre por ejemplo en Francia y Escocia[42], dar respuesta a las necesidades de atención doméstica o menajera desde otros dispositivos y/o mediante otras formas de financiación. Sería conveniente en ese sentido impulsar el uso de cheques servicios y otras fórmulas que faciliten un acceso ventajoso a estos servicios para toda la población mayor y, especialmente, para las familias de menor renta.

El cambio que se propone se relaciona con otros cambios más globales orientados a una mejor definición del objeto propio de los Servicios Sociales y a su especialización en funciones y tareas específicas, de mayor valor añadido [36].

f) Fomentar la libre elección de las personas usuarias y la posibilidad de acceder a determinados servicios de apoyo y cuidados mediante el uso de prestaciones económicas, en la línea del *self –directed support* escocés

El análisis de las experiencias realizadas en otros países ha puesto de manifiesto en qué medida el concepto de libre elección se tiene crecientemente en cuenta en relación a la organización y gestión del SAD. También ha puesto de manifiesto que, en buena parte de los países de nuestro entorno, el acceso al SAD –así como al resto de los servicios sociales de atención a la dependencia− se realiza mediante prestaciones económicas.

Más allá de las motivaciones de estos cambios –reducción de costes, incremento de la autonomía personal, mejora de la calidad del servicio mediante la competencia entre proveedores…− y de su impacto real, parece razonable intentar adaptar el funcionamiento del SAD de Vitoria-Gasteiz a estos principios, introduciendo algunos cambios en las actuales fórmulas de gestión del servicio.

- Uno de los cambios posibles pasa por fomentar el uso de la Prestación de Asistencia Personal (PEAP) entre determinados perfiles de personas usuarias, así como por la extensión de la Prestación Vinculada al Servicio (PVS) al Servicio de Asistencia Domiciliaria[43].

  Este cambio podría resultar clave en lo que se refiere a la diversificación de las empresas proveedoras, la personalización de la atención o la posibilidad de elegir entre diversos proveedores, si bien también implica riesgos relacionados con la supervisión de la calidad del servicio o la insuficiencia de la prestación concedida para adquirir las horas de atención necesarias, especialmente en el caso de las personas con menor poder adquisitivo. Además, tanto la ley 5/2008 de Servicios Sociales como el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales señalan que este tipo de prestaciones están "destinadas a facilitar el acceso, fuera del Sistema Vasco de Servicios Sociales, a una prestación o servicio de características similares a aquella prestación o servicio del Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales al que tiene derecho la persona usuaria pero cuyo acceso no se puede garantizar temporalmente, en el marco de los servicios integrados en dicho sistema, por falta, en su caso, de cobertura suficiente del mismo". Sería por tanto conveniente desarrollar en primer lugar un proyecto piloto o experimental, que permita valorar la evolución de la satisfacción de las personas usuarias y la calidad de la atención, antes de una eventual generalización del programa.

- Permitir, como ocurre en Holanda o en Escocia y también de forma experimental, que las personas usuarias –o un sector determinado de las mismas− puedan decidir si optan por una de estas prestaciones o por el acceso al servicio convencional, contratado por el Ayuntamiento. En

[42] Como antes se ha señalado, en Francia, el SAD cubierto desde el sistema de atención a la dependencia se destina a los cuidados personales, mientras que el SAD doméstico o menajero entra dentro de la esfera de la acción social, al igual que el acceso a la alimentación o a las prestaciones de garantía de ingresos, y se orienta exclusivamente a las personas con menores recursos. En Escocia, el SAD doméstico, a diferencia del personal, está sujeto a copago.

[43] En la actualidad, en el marco municipal, esta prestación sólo se concede para el acceso a los servicios de atención diurna y servicios de alojamiento para personas mayores ajenos a la red municipal de servicios sociales, en la medida en que no se pueda garantizar el acceso a estos servicios en el marco de los servicios sociales municipales temporalmente por falta de cobertura suficiente.

esa misma línea, siguiendo el modelo sueco, también sería posible que las personas eligieran directamente a la entidad proveedora del servicio y que la contratación y el abono del servicio, en función de las horas previamente asignadas, se realice desde la administración municipal.

g) Fomentar la diversificación de las entidades proveedoras de servicios, la cooperativización del sector y la participación de entidades sin fin de lucro en la prestación del servicio

Una de las razones que explican los cambios realizados en otros países se refiere a la necesidad de diversificar la gama de entidades prestadoras del servicio, impulsando la participación de entidades de pequeño tamaño, más asentadas en el territorio y/o más especializadas en la prestación de servicios sociales y de cuidado a las personas. Por otro lado, algunos de los países analizados recurren en cierta medida a la prestación de los servicios de asistencia domiciliaria por parte de entidades sin fin de lucro, si bien la participación de este tipo de entidades suele ser mayor en el ámbito residencial. También debe recordarse la preocupación manifestada por diversos agentes, en la fase cualitativa del estudio, por la irrupción como prestadoras de servicios de empresas de gran tamaño, poco especializadas y/o escasamente enraizadas en la ciudad.

Una de las posibles vías de mejora del SAD podría pasar por tanto por fomentar la diversificación de las entidades proveedoras de servicios, la cooperativización del sector y la participación de entidades sin fin de lucro en la prestación del servicio, de cara a facilitar una mayor individualización de la atención y una mayor cercanía al territorio. En ese sentido, sería quizá conveniente impulsar en mayor medida avances en la constitución de cooperativas especialmente orientadas a este tipo de actividades, tal y como se ha propuesto para la prestación del servicio de asistencia personal [37][44].

h) Impulsar, de forma experimental, fórmulas de organización del servicio basadas en la autogestión en ámbitos territoriales reducidos, en la línea de las *superilles sociales* de Barcelona

De acuerdo a la literatura consultada, el modelo Burtzoorg desarrollado en Holanda, y aplicado en el Estado español mediante las *superilles sociales* de Barcelona, ha tenido consecuencias positivas en lo que se refiere a la calidad de la atención, la satisfacción de las personas usuarias y el gasto público destinado al servicio. Como se ha hecho en Barcelona, la reorientación del SAD en Vitoria-Gasteiz podría apoyarse en el desarrollo experimental de este tipo de enfoques, en un número reducido de localizaciones dentro de la ciudad.

Este tipo de desarrollos podrían dar respuesta a diversas preocupaciones manifestadas en la fase cualitativa del estudio: demanda de una mayor territorialización y vinculación comunitaria, reducción de las tasas de rotación de las profesionales y mejora de las posibilidades para una intervención más cercana e individualizada.

i) Avanzar en el desarrollo de servicios y recursos complementarios al SAD, y permitir una mayor compatibilización de los diferentes servicios y prestaciones.

Si bien este informe se ha centrado básicamente en el Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD), lo cierto es que el servicio no puede ser analizado, entendido o reorientado sin tener en cuenta el conjunto de los recursos orientados al mantenimiento de las personas en situación o riesgo de dependencia en el domicilio. En ese sentido, cualquier cambio que se realice en el diseño o la orientación del SAD debe basarse en un rediseño del conjunto de los servicios comunitarios para personas mayores y, más

[44] Como explican Díaz, Etxezarreta y Larrañaga, "la evolución demográfica reciente y la futura demanda de cuidados requieren un fuerte impulso al apoyo al cuidado de las personas dependientes y una apuesta por la profesionalización de estos cuidados. Por otro lado, la alternativa cooperativa puede hacer frente a precariedad laboral de las cuidadoras de personas dependientes. La cooperativización rompería también con la atomización y el aislamiento, crearía capacidad de inversión para la adquisición de útiles o herramientas, propiciaría un contexto más favorable para la formación, capacitación y el reciclaje profesional y, finalmente, impulsaría el empoderamiento de personas en clara situación de vulnerabilidad social. Además, un mayor peso económico de las cooperativas se traduciría en una serie de ventajas sociales y económicas entre las que destacamos una distribución más equitativa de la riqueza. Ahora bien, el impulso de las cooperativas de cuidados exige la implicación y la inversión de las Administraciones Públicas".

concretamente, en dos elementos: el refuerzo del resto de los servicios y equipamientos comunitarios para las personas en situación o riesgo de dependencia y la posibilidad de poder compatibilizar diversos recursos por parte de una misma persona.

- Más allá de la diversificación del propio SAD, a la que se hace referencia en el siguiente punto, el necesario reposicionamiento del SAD exige reforzar los servicios de atención primaria y secundaria, con especial atención a los centros de atención diurna de primaria, los centros de día de secundaria, las estancias de respiro o corta estancia, la provisión de ayudas técnicas y la adaptación de los domicilios. De hecho, muchas de esas prestaciones o servicios se consideran parte del SAD en algunos países, desde una concepción más amplia e integral de los apoyos en el domicilio. Desde esa perspectiva, el SAD no es sino un instrumento más dentro de un paquete más amplio de apoyos en el domicilio.

- Reforzar la compatibilidad entre servicios, siguiendo a ese respecto el modelo alemán, implica desarrollar fórmulas mediante las cuales las personas beneficiarias de los diversos servicios puedan transitar con más facilidad entre unos y otros, puedan combinarlos de forma más flexible y, en definitiva, puedan acceder a ellos en función de sus necesidades en cada momento. Este cambio no se refiere por tanto, únicamente, a la regulación de la compatibilidad entre el SAD y los centros de día o la PCEF, sino, desde una perspectiva más general, a la posibilidad de que las personas puedan diseñar paquetes de servicios más flexibles y personalizados.

j) Seguir avanzando en la diversificación de servicios o actividades en el marco del SAD, con particular atención al SAD de respiro, el SAD nocturno, las comidas a domicilio y el servicio de intervención socioeducativa

La personalización y especialización a la que se ha hecho referencia exige también un enriquecimiento del SAD, es decir, avanzar, como ya se viene haciendo, en la extensión de los servicios adicionales incluidos en la cartera del SAD, entendida en un sentido amplio. Entre otras posibilidades, cabría hacer referencia a las siguientes posibilidades:

- Refuerzo del servicio de comidas a domicilio para personas con perfiles específicos (solas, mayores de 80 años, situaciones moderadas o graves de dependencia, etc.).

- Extensión de los servicios de intervención socioeducativa y psicosocial de atención primaria, tal y como se establece en la Cartera de Servicios Sociales, a determinados perfiles de personas en riesgo de dependencia, al objeto de ofrecer a estas personas o unidades familiares servicios de intervención socioeducativa y psicosocial, valoración de seguimiento, acompañamiento social y mediación e intermediación, al objeto de mejorar la convivencia familiar, mejorar las habilidades de atención y cuidado de sus miembros y/o facilitar o posibilitar el desenvolvimiento autónomo.

- Creación experimental de un servicio de SAD nocturno, en la línea de SAD nocturno de Azpeitia.

- Creación experimental de un servicio específico de acompañamiento, en la línea del programa Urrats Bat Gehiago, de Bilbao.

k) Desarrollar programas experimentales de integración de servicios a domicilio, en la línea del programa Etxean Bizi

En las páginas precedentes se han descrito algunas experiencias relacionadas con el desarrollo de programas de integración de servicios que, mediante una gestión de casos reforzada y especializada, de carácter más intensivo, permiten coordinar e integrar los diversos apoyos que se prestan a las personas

dependientes que residen en su domicilio. Los programas desarrollados en nuestro entorno ofrecen resultados prometedores y permiten una mejor articulación de los diferentes servicios y apoyos que precisan las personas usuarias del SAD y, en general, las personas dependientes que residen en sus domicilios.

En ese marco, podría ser aconsejable el desarrollo de un programa piloto –similar el programa Etxean Bizi de Gipuzkoa o a los programas desarrollados en el medio rural en Castilla y León− que permitan experimentar con este tipo de enfoques en Vitoria-Gasteiz. Un programa de estas características debería ser capaz de integrar tanto los recursos comunitarios existentes en el territorio como los recursos de atención primaria y secundaria de Servicios Sociales y los recursos y programas sanitarios orientados a las personas dependientes.

l) Redefinir el copago y avanzar hacia la gratuidad de los cuidados personales, en la línea del *free personal care* escocés

El análisis cualitativo realizado ha puesto de manifiesto la existencia de diversos debates en relación a la participación económica de las personas usuarias en la financiación del servicio. Independientemente del coste adicional que pueda suponer, la especialización del SAD que se propugna podría permitir aplicar en el municipio de Vitoria-Gasteiz una medida similar a la que existe en Escocia.

En ese marco, los cuidados personales prestados en el marco del SAD a las personas en situación de dependencia estarían exentas de copago, independientemente de la renta de la persona usuaria, y sólo se aplicaría un precio público, en su caso, a las actividades de atención doméstica. Este precio público debería modularse en función de la renta de la persona usuaria, eximiendo del pago a las personas de renta más baja.

Entre las ventajas que cabe asociar a esta medida cabe destacar:

- una mejor visualización de la especialización del SAD en unas actividades o tareas específicas propias que, como en el caso de la Salud o la Educación, son de carácter gratuito, aplicándose criterios de copago únicamente a las actividades complementarias que no responden a esa especialización (como la atención doméstica).

- una universalidad real del servicio, en la medida en que se aplican únicamente criterios de acceso relacionados con las situaciones de necesidad y no con la renta de las personas usuarias.

- una mayor simplificación de los criterios y requisitos de acceso.

m) Impulsar programas experimentales de atención domiciliaria ultraintensiva, en colaboración con la Diputación Foral de Álava y/o con Osakidetza

En la actualidad, un número relativamente importante de personas con dependencia reciben en Vitoria-Gasteiz un SAD de 24 horas, en la medida en que reciben servicios de atención a domicilio durante, prácticamente, 24 horas al día por parte de personal contratado de forma privada. Por otra parte, la revisión de las experiencias internacionales ha permitido comprobar que, si bien no se trata de un servicio muy extendido, en algunos países existen modalidades de SAD durante las 24 horas –que podríamos llamar SAD ultraintensivo− orientados a personas con necesidades muy específicas.

En la línea de especialización y enriquecimiento del SAD que se viene apuntando, podría ser conveniente promover la puesta en marcha, de forma experimental, de programas de asistencia domiciliaria de muy alta intensidad, que puedan ofrecer una cobertura de 24 horas. Este tipo de programas, en cualquier caso, deberían ser desarrollados en colaboración con la OSI Araba y/o con la Diputación Foral de Álava, en la medida en que trasciende las funciones y objetivos del SAD de atención primaria.

n) Impulsar programas experimentales de rehabilitación a domicilio, en colaboración con la OSI-Araba

El repaso de las experiencias de innovación desarrolladas en los países de nuestro entorno ha puesto de manifiesto los aparentemente buenos resultados de los programas de rehabilitación a domicilio, especialmente en el caso de las personas que son dadas de alta tras su estancia en un hospital. A partir de esas experiencias, podría resultar conveniente la puesta en marcha de programas experimentales de rehabilitación a domicilio, de carácter sociosanitario, en colaboración con la OSI-Araba.

o) Fomentar un mayor aprovechamiento de las tecnologías avanzadas en la prestación del SAD y en la articulación de los cuidados y apoyos que se prestan a las personas mayores que residen en su domicilio

Aunque parece evidente que las nuevas tecnologías (sensorización, robotización, inteligencia artificial, etc.) modificarán sustancialmente la organización y prestación de los servicios de asistencia domiciliaria, puede decirse que la aplicación práctica de estas tecnologías avanzadas en la provisión del SAD es aún incipiente, y que el margen de mejora en ese ámbito es grande.
Desde ese punto de vista, es necesario fomentar un mayor aprovechamiento de las tecnologías avanzadas en la prestación del SAD y en la articulación de los cuidados y apoyos que se prestan a las personas mayores que residen en su domicilio, mediante:

- el impulso a la teleasistencia avanzada y la sensorización de los domicilios,
- la mejora de los dispositivos tecnológicos utilizados por las empresas, las personas cuidadoras y las personas que prestan el servicio para la transmisión de información y la supervisión del servicio,
- la prestación de servicios de apoyo psicosocial, estimulación cognitiva y acompañamiento social en remoto,
- la aplicación de herramientas de inteligencia artificial para una estratificación de las personas usuarias y la planificación de los servicios.

p) Mejorar las posibilidades para el trabajo de supervisión y gestión de casos que se realiza desde los Servicios Sociales de Base

Los desarrollos que se vienen planteando en este documento exigen incrementar las posibilidades para el trabajo de supervisión y gestión de casos que se realiza desde los Servicios Sociales de Base. El refuerzo de estos servicios sería tanto más necesario si se optara por el acceso al SAD mediante la PEAPS o la PVS, ya que deberían incrementarse las tareas que desde los SSB se realizan para informar a las personas usuarias sobre sus opciones y posibilidades, asesorarles a la hora de elegir a la entidad proveedora de sus servicios y supervisar la calidad del servicio que reciben.

Cabría también en ese sentido valorar la posibilidad de crear unidades, oficinas o profesionales específicamente dedicados al diseño, contratación y supervisión de los servicios que reciben las personas que residen en sus domicilios, en la línea de las Oficinas de Vida Independiente desarrolladas en el ámbito de la discapacidad para, entre otras funciones, posibilitar una adecuada utilización de los y las asistentes personales.

q) Reforzar el seguimiento de la prestación individual del servicio, a través de la aplicación de nuevas tecnologías o sistemas de información compartidos

El análisis cualitativo del presente estudio ha puesto de manifiesto las dificultades existentes actualmente para realizar el seguimiento de la prestación individual del servicio, fundamentalmente, debido a la carga

de trabajo de las trabajadoras sociales de los SSB, la complejidad de los los procesos administrativos y las dificultades para una adecuada coordinación entre esos serviciso y las empresas proveedoras del servicio..

Entre las vías que se podrían plantear para reforzar el seguimiento de la prestación individual del servicio sin suponer mayor sobrecarga para las trabajadoras sociales de los SSB, se pueden destacar:

- La aplicación de dispositivos tecnológicos que, sin sustituir la atención presencial y personal, puedan facilitar el seguimiento de los casos en los domicilios, la supervisión del servicio y la transmisión de la información. Dispositivos que puedan ser utilizados por parte de diferentes agentes involucrados en la prestación del servicio y en el cuidado de las personas usuarias. I.

- Impulsar nuevos sistemas de información compartidos por diferentes niveles de la administración y las empresas prestadores del servicio.

r) Mejorar la disponibilidad de datos relativos al SAD en el municipio, mediante la creación de un cuadro de mando de acceso público

El análisis de los datos cuantitativos relativos al SAD ha puesto de manifiesto carencias y limitaciones importantes en relación a la información disponible. Sería por ello conveniente mejorar la disponibilidad de los datos relativos al SAD en el municipio, mediante el diseño de un cuadro de mando de acceso público, que permita consultar la información disponible en relación a:

- Cobertura e intensidad del servicio

- Servicios prestados y tareas realizadas

- Perfil de las persona usuarias

- Indicadores de coste y de gasto

- Indicadores relacionados con la dotación y la cualificación del personal, así como con sus condiciones laborales

- Información relativa a las empresas adjudicatarias del servicio, al personal ocupado y a sus condiciones laborales.

s) Establecer sistemas de evaluación de la calidad de la atención

En la línea de los desarrollos que se vienen observando en otros países, es necesario –incluso aunque se mantengan las actuales fórmulas de gestión del SAD− avanzar en la generación de modelos de intervención y sistemas de evaluación del servicio, tanto desde el punto de la satisfacción de las personas usuarias como desde el punto de vista de los procedimientos de atención y del impacto del servicio en la calidad de vida de las personas usuarias. Estos modelos de evaluación deberían estar vinculados a la generación de estándares, recomendaciones o directrices de buenas prácticas y deberían garantizar la mayor transparencia posible en relación a la calidad de la atención prestada por las diferentes entidades proveedoras.

Es también esencial, en ese marco y siguendo los ejemplo identificados en los países de nuestro entorno, impulsar o reforzar las labores de inspección a las que están sometidas las empresas o entidades proveedoras de servicios de atención domiciliaria, para lo cual resulta necesario contar tanto con las herramientas normativas necesarias como, sobre todo, modelos de intervención y estándares de calidad diseñados para su aplicación en este tipo de servicios.

Como se señala en el siguiente punto, este tipo de desarrollos deberían, preferiblemente, realizarse en el marco de la CAPV, mediante una mayor colaboración entre los municipios vascos y/o mediante la

asunción por parte de la administración autonómica de un papel más activo en lo que se refiere al desarrollo del modelo de atención en los servicios sociales de atención primaria.

t) Liderar e impulsar la colaboración entre los municipios vascos para la creación de herramientas de gestión de la calidad, procedimientos y sistemas de información comunes y compartidos en materia de atención primaria y, en particular, del SAD

Las evaluaciones que se han realizado en los últimos años en relación al despliegue de los servicios sociales de atención primaria en Euskadi [38] han puesto de manifiesto déficits y dificultades muy importantes en lo que se refiere a la generación de modelos comunes de intervención[45]. En ese contexto, y en la línea de la recomendación anterior, el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz podría estar, por diversas razones, en disposición de liderar e impulsar la colaboración entre los municipios vascos para la creación de herramientas de gestión de la calidad, procedimientos y sistemas de información comunes y compartidos en materia de atención primaria y, en particular, del SAD.

Este tipo de herramientas podrían basarse en algunas de las iniciativas lideradas por la Diputación de Barcelona –como los Círculos de Comparación Intermunicipal de Servicios Sociales o la Red local de Servicios Sociales de Atención Domiciliaria− y permitiría el desarrollo conjunto de los modelos, herramientas y procedimientos que los ayuntamientos –ni siquiera los de mayor tamaño− díficilmente pueden desarrollar por sí solos, además de avanzar hacia un modelo de servicios sociales de atención primaria más homogéneo en el conjunto de la CAPV.

[45] De acuerdo al último informe del Ararteko sobre los servicios sociales de atención primaria en Euskadi, la importancia de las actividades de gestión del conocimiento para la consolidación del sistema –y, también, para dotar de un modelo común a los servicios sociales de atención primaria− está muy relacionada con la idea de que una parte importante de los problemas del sistema de servicios sociales en general (y de los servicios sociales de atención primaria, en particular) se debe a la falta de empoderamiento técnico de los profesionales de este ámbito y a la ausencia de un modelo común de intervención. En ese sentido, el informe destaca que uno de los factores que ha incidido en el escaso desarrollo de la atención primaria ha sido el que no se haya podido desarrollar un trabajo de gestión del conocimiento, de cualificación profesional, de I+D+I, que ofreciera a la atención primaria los métodos, instrumentos, tecnologías o programas que hubieran contribuido a posicionar a los servicios sociales de atención primaria como capaces de abordar las necesidades que les corresponde abordar.

6. Bibliografía

[1] SIIS Centro de Documentación y Estudios. «*El servicio de ayuda a domicilio en un contexto de crisis económica. Principales tendencias en Europa*» Vitoria-Gasteiz: Eusko Jaurlaritza-Gobierno Vasco, 2012.

[2] J. A. M. Maarse y P. P. Jeurissen, «The policy and politics of the 2015 long-term care reform in the Netherlands», *Health Policy*, vol. 120, n.º 3, pp. 241-245, 2016.

[3] *Politiques de soutien à l'autonomie des personnes âgées: quelques comparaisons internationales*. París: Haut Conseil de la Famille, de l'Enfance et de l'Âge, 2019.

[4] SIIS Centro de Documentación y Estudios, «Prestaciones económicas y otras fórmulas de asignación económica individual en los sistemas de atención a la dependencia. Panorama comparativo internacional», Diputación Foral de Gipuzkoa, 2011.

[5] J. Vamstad, «Exit, voice and indifference – older people as consumers of Swedish home care services», *Ageing and Society*, vol. 36, n.º 10, pp. 2163-2181, 2016.

[6] M. A. Bergman, H. Jordahl, y S. Lundberg, «Choice and Competition in the Welfare State : Home Care as the Ideal Quasi-market», Research Institute of Industrial Economics (IFN), Stockholm, 2018.

[7] J. Mathew Puthenparambil, T. Kröger, y L. Van Aerschot, «Users of home-care services in a Nordic welfare state under marketisation: the rich, the poor and the sick», *Health & Social Care in the Community*, vol. 25, n.º 1, pp. 54-64, ene. 2017.

[8] Ayuntamiento de Pamplona, «La municipalización del Servicio de Atención a Domicilio está costando 2 millones de euros anuales más, un 44% de subida, y se están prestando un 21% menos de horas», 2020.

[9] A. Trojansky, *Towards the «Uber-isation» of Care? Platform work in the sector of long-term home care and its implications for workers' rights Workers'*. Bruselas: European Economic and Social Committee, 2020.

[10] G. Rodríguez Cabrero, «Tendencias recientes en la protección social de la dependencia en la UE», *Documentación Social*, n.º 177, 2015.

[11] A. Lindström, «Evolución y tendencias de cambio en los servicios de atención a domicilio en Dinamarca y Suecia.» Fundación Caser, 2015.

[12] M. Díaz, «Desprofesionalizando el servicio público de asistencia a domicilio en los cuidados de larga duración: análisis de la reconfiguración del sector en la región de Madrid», *Zerbitzuan*, 2015.

[13] V. M. Drennan, M. Calestani, F. Ross, M. Saunders, y P. West, «Tackling the workforce crisis in district nursing: can the Dutch Buurtzorg model offer a solution and a better patient experience? A mixed methods case study», *BMJ Open*, vol. 8, n.º 6, 2018.

[14] M. Juan, «Superislas de atención a domicilio: capacitación y desarrollo de las trabajadoras familiares del SAD de la ciudad de Barcelona», *Servicios Sociales y Política Social*, 2019.

[15] «Achieving outcomes based commissioning in home care». The Local Democracy Think Tank, 2016.

[16] C. Fox y S. Morris, «Evaluating outcome-based payment programmes: challenges for evidence-based policy», *null*, pp. 1-17, feb. 2019.

[17] K. Albertson, C. Fox, C. O'Leary, G. Painter, K. Bailey, y J. Labarbera, *Payment by Results and Social Impact Bonds: Outcome-based payment systems in the UK and US*. 2018.

[18] J. Bolton, «Emerging practice in outcomebased commissioning for social care». Institute Public of Care, 2015.

[19] A. Martínez, «Desarrollo e incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación de servicios sociales», *Zerbitzuan*, nº 63, 2017.

[20] A. Cochrane, M. Furlong, S. McGilloway, D. Molloy, M. Stevenson, y M. Donnelly, «Time-limited home-care reablement services for maintaining and improving the functional independence of older adults», *The Cochrane database of systematic reviews*, vol. 10, 2016.

[21] Amy Clotworthy, Sasmita Kusumastuti, y Rudi GJ Westendorp, «Reablement through time and space: A scoping review of how the concept of 'reablement' for older people has been defined and operationalised», *BMC Geriatrics*, nov. 2020.

[22] J. Sims-Gould, C. E. Tong, L. Wallis-Mayer, y M. C. Ashe, «Reablement, Reactivation, Rehabilitation and Restorative Interventions With Older Adults in Receipt of Home Care: A Systematic Review.», *J Am Med Dir Assoc*, vol. 18, n.º 8, pp. 653-663, ago. 2017.

[23] A. Tessier, M.-D. Beaulieu, C. A. Mcginn, y R. Latulippe, «Effectiveness of Reablement: A Systematic Review», *Healthc Policy*, vol. 11, n.º 4, pp. 49-59, may 2016.

[24] M. Leturia, J. Zalakain, A. Mendieta, y A. Carcavilla, *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión Internacional.* Montevideo: Sistema Nacional Integrado de Cuidados, 2019.

[25] A. Ghosh, C. Orfield, y R. Schmitz, «Evaluating PACE: A Review of the Literature». U.S. Department of Health and Human Services, Office of the Assistant Secretary for Planning andEvaluation, Office of Disability, Aging and Long-Tern Care Policy, 2014.

[26] Matia Instituto, «Etxean Bizi. Informe de implementación». Gipuzkoako Foru Aldundia. Diputación Foral de Gipuzkoa, 2018.

[27] L. K. Tynkkynen, «Integrating public and private home care services: the Kotitori model in Tampere, Finland», *Journal of Integrated Care*, 2013.

[28] M. Andersson, «The Norrtaelje model: a unique model for integrated health and social care in Sweden», *International Journal of Integrated Care*, 2015.

[29] H. Zhu y R. An, «Impact of home-delivered meal programs on diet and nutrition among older adults: A review», *Nutr Health*, vol. 22, n.º 2, pp. 89-103, 2013.

[30] A. D. Campbell, A. Godfryd, D. R. Buys, y J. L. Locher, «Does Participation in Home-Delivered Meals Programs Improve Outcomes for Older Adults? Results of a Systematic Review», *J Nutr Gerontol Geriatr*, vol. 34, n.º 2, pp. 124-167, 2015.

[31] A. Martínez, «Desarrollo e incorporación de tecnologías avanzadas en la prestación de servicios sociales», *Zerbitzuan*, nº 63, 2017.

[32] K. Acedo, «Evaluación de un modelo de intervención domiciliaria en remoto con personas mayores y su entorno», *Zerbitzuan*, nº 56, 2014.

[33] L. Otto, «Negotiating a healthy body in old age: Preventive home visits and biopolitics», *International Journal of Ageing and Later Life*, vol. 8, pp. 41-63, oct. 2013

[34] A. Lagerin, L. Törnkvist, y I. Hylander, «District nurses' experiences of preventive home visits to 75-year-olds in Stockholm: a qualitative study.», *Prim Health Care Res Dev*, vol. 17, n.º 5, pp. 464-478, sep. 2016.

[35] C. Kronborg, M. Vass, J. Lauridsen, y K. Avlund, «Cost effectiveness of preventive home visits to the elderly: economic evaluation alongside randomized controlled study.», *Eur J Health Econ*, vol. 7, n.º 4, pp. 238-246

[36] F. Fantova, «Crisis de los cuidados y servicios sociales», *Zerbitzuan*, nº 60, 2015.

[37] L. Díaz, «Cooperativa de cuidados: de la prestación económica de asistencia personal hacia la colectivización de las personas cuidadoras», *Zerbitzuan*, nº 67, 2018.

[38] *La situación de los servicios sociales municipales en la Comunidad Autónoma de Euskadi. Situación actual y propuestas de mejora = Udal gizarte zerbitzuen egoera Euskal Autonomia Erkidegoan. Egungo egoera eta hobetzeko proposamenak*. Vitoria-Gasteiz: Ararteko, 2016.