

El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada¹

Gustavo García Herrero

Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales

<aitavo.gg@gmail.com>

Izenburu bera duen liburuaren sintesia eta eguneratzeko saioa da honako artikulua. Mendekotasunari aurre egiteko sistema abian jarri zenetik, Estatuko gizarte-zerbitzuen zuzendari eta kudeatzaileen elkargoak sektoreko erakunde eta enpresen laguntzaz burututako analisiak, gogoetak eta proposamenak biltzen dira testuan. Dualtasunerako bideak saihestuz, etxez etxeko laguntza zerbitzu bakarren eta integralaren aldeko hautua egiten da artikuluan, eta berrikuntza horien izaera bateragarria azpimarratzen da, Menpekotasunaren Legearen baitako katalogoaren prestazio eta zerbitzuen artean. Horretaz gain, proposatzen da etxez etxeko zerbitzu profesionalen edota eguneko zentroy bidez, derri gorrez artatzea menpekotasun egoera larrietan dauden pertsonak.

HITZ-GAKOAK:

menpekotasuna, etxez etxeko arreta zerbitzua, zaintzaile ez profesionalak, ekonomia-prestazioak, gizarte-zerbitzuak.

Este artículo sintetiza y actualiza el libro del mismo título, en el que se recogen análisis, reflexiones y propuestas sobre el servicio de ayuda a domicilio tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD) realizadas por la Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, con la colaboración de diversas organizaciones y empresas del sector. Frente a los intentos de dualización, se apuesta por un servicio de ayuda a domicilio único e integral, compatible con todas las prestaciones y servicios del catálogo de la Ley de Dependencia, y se propone incorporar de manera obligatoria los cuidados familiares y no profesionales financiados en el SAAD a grandes dependientes y dependientes severos, a un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio o centro de día.

PALABRAS CLAVE:

dependencia, servicio de asistencia domiciliaria, cuidadores no profesionales, prestaciones económicas, servicios sociales.

¹ Este artículo es una versión resumida y actualizada de G. García Herrero (redactor) [2010]: *El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada*, Madrid, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales; Consejo General de Trabajadores Sociales [http://www.cgtrabajosocial.es/observatorio/documentos/ayuda_a_domicilio_pk.pdf].

1. Introducción

El servicio de ayuda a domicilio es uno de los servicios sociales más emblemáticos desde que éstos comienzan a desarrollarse, a comienzo de los años ochenta, en nuestro país. Posteriormente, se conceptualizó como una de sus prestaciones básicas en el Plan Concertado, e incluido en el acuerdo de financiación de mínimos que este plan contemplaba, entre la administración general del Estado, las comunidades autónomas y las corporaciones locales. A pesar de ello y de lo extendido que se encuentra en todo el territorio, ya que prácticamente todos los municipios cuentan con este servicio, no ha llegado a alcanzar los niveles de cobertura que existen en otros países europeos².

Tabla 1. Situación del servicio de ayuda a domicilio (2008)

Beneficiarios	432.000 personas. Un 5,6% de las personas mayores de 65 años reciben este servicio.
Facturación	1.088 millones de euros. El crecimiento respecto al año anterior fue de un 15,7%. Entre 2008 y 2011, se prevén crecimientos del 13,3%, 14,7% y 13,5%, respectivamente.

Fuente: DBK (2009).

La aprobación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, parecía que iba a suponer el definitivo impulso a este servicio, que es uno de los incluidos en su catálogo, al configurarlo como un derecho subjetivo de ciudadanía, carácter del que hasta ese momento adolecía. Sin embargo, después de cuatro años de implantación del Sistema de Atención a la Dependencia (SAAD), nacido para desarrollar la ley, el servicio de ayuda a domicilio, lejos de consolidarse y extenderse, tanto en su cobertura como en sus contenidos, está sufriendo una crisis que afecta no sólo a cuestiones operativas, sino al concepto mismo del servicio. Su baja prescripción, casi nula en varias comunidades autónomas³; después de cuatro años de implantación del SAAD!, o los variados intentos por poner en marcha nuevas modalidades de prestación y organización del servicio, son buenos indicadores de esta crisis.

² En éste, como en otros aspectos de los servicios sociales, la falta de estadísticas oficiales actualizadas es un problema muy grave. Por ello, hemos tenido que recurrir a estudios llevados a cabo por consultoras, a las que agradecemos que nos ofrezcan una síntesis de los datos; algo que, por otra parte, pone de manifiesto el interés de las empresas y del sector privado en este espacio tan dinámico de actividad económica, más aún en época de crisis, como la actual.

³ A 1 de abril de 2011, en cinco comunidades autónomas (Aragón, Baleares, Canarias, Comunidad Valenciana y Murcia) no se ha prescrito ninguna ayuda a domicilio en el marco del SAAD, y en otras comunidades, los datos son testimoniales, con poco más de cien mil beneficiarios (un 14,7% del total de beneficiarios del sistema). Por cada persona que percibe el servicio de ayuda a domicilio, hay casi cuatro que perciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales.

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

- Las nuevas condiciones y necesidades sociales, muy distintas a aquellas que existían en los años ochenta, cuando se inició en España la implantación de este servicio.
- El nuevo contexto institucional, definido por que se considera al servicio de ayuda a domicilio como una prestación para hacer efectivo el derecho subjetivo de ciudadanía, tras su inclusión en el catálogo de la Ley de la Dependencia.

Dos referencias y un principio deben guiar la reflexión sobre este servicio: que sean cuales sean sus contenidos prestacionales o sus modalidades organizativas, el servicio de ayuda a domicilio es un servicio social que deben garantizar las administraciones públicas, con el objetivo de procurar utilidades para que, en situaciones de necesidad, las personas puedan permanecer en sus propios domicilios con un adecuado nivel de calidad de vida, de manera que se refuercen su autonomía, la convivencia personal y las relaciones sociales.

Antes de seguir adelante en el análisis del servicio de asistencia domiciliaria y de realizar propuestas para su desarrollo, parece interesante hacer un breve repaso a lo que ha sido su trayectoria; ello puede ayudar a abordar su situación y su futuro con perspectiva.

2. Breve perspectiva histórica

Éstos han sido los principales hitos del servicio de ayuda a domicilio en España:

- Años setenta: inicio exploratorio. Se inicia por parte de algunos ayuntamientos muy aislados, así como de dos organismos del ámbito de la Seguridad Social, el Servicio de Asistencia a Pensionistas (SAP) y posteriormente el Servicio de Recuperación y Rehabilitación de Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales (SEREM), con carácter exploratorio, bajo la influencia de los países del norte y el centro de Europa.
- Años ochenta: desarrollo como prestación básica y local. Con el desarrollo del Estado de las autonomías, la ayuda a domicilio se consolida como servicio social básico y de gestión local, impulsado por ayuntamientos y diputaciones, con la cooperación de las comunidades autónomas y, al final de la década, también del Estado, con el Plan Concertado para el Desarrollo de las Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales (1988).

- Años noventa: regulación. Las corporaciones locales van regulando el sistema de acceso, la intensidad, el contenido y la aportación del usuario. Algunas comunidades autónomas establecen un marco normativo básico para todas las administraciones públicas de su ámbito, en cuanto a contenido, proceso de acceso y, en algún caso, también en cuanto a la calidad de la atención.
- Año 2007: reorganización. La promulgación de la Ley 39/2006, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, supone un innegable avance en los derechos sociales, pero también, para comunidades autónomas y corporaciones locales, un conjunto de retos de enorme complejidad y sin un calendario transitorio que permita adaptar la normativa y los sistemas de gestión preexistentes. Asimismo, la etapa anterior concluyó dejando numerosos temas sin resolver, lo que ha agravado la situación.

En el momento de entrada en vigor de la Ley de la Dependencia (2007), el servicio de ayuda a domicilio (SAD) presentaba aspectos preocupantes:

- Baja intensidad del servicio para prevenir internamientos evitables.
- Falta de un modelo de provisión y financiación, con coexistencia, en los mismos territorios, de gestión pública, contratada, concertada y subvencionada (a veces, en un porcentaje del coste simbólico).
- Cobertura muy desigual, tanto entre las diversas comunidades autónomas como entre unos y otros municipios, que en algunos casos tienen una oferta que iguala a la demanda, mientras que en otros existen grandes listas de espera.
- Falta de ajuste a las nuevas necesidades sociales, en particular, a la conciliación de la vida familiar y laboral, por la rigidez en la organización del servicio.
- Escasa disponibilidad del servicio de ayuda a domicilio en zonas rurales muy despobladas.
- Un contenido que abarca los cuidados personales y la atención doméstica.
- No existe un adecuado desarrollo de SAD ‘especializados’ para alzhéimer o personas con discapacidad psíquica, por ejemplo. Escasa formación especializada de las auxiliares de hogar para llevar a cabo estos cuidados especializados.
- Se da una desigual y muy escasa incorporación del apoyo a tareas domésticas desde el exterior del domicilio, como el cáterin, la lavandería o la telecompra.
- Acceso y copagos no homologados.
- Múltiples vías de financiación pública a diferentes agentes para un mismo territorio: del Estado

a la Federación Española de Municipios y Provincias, pasando por las comunidades autónomas o la Cruz Roja.

- Escasa coordinación con el sistema sanitario, tanto para cuidados como para la comunicación cotidiana.
- Está por desarrollar la función preventiva tanto del deterioro personal como del internamiento.
- Falta, de manera general, una regulación y gestión de requisitos de calidad.

Frente a estas dificultades, en el momento de entrada en vigor de la Ley de la Dependencia, la ayuda a domicilio es un servicio conocido e implantado en la práctica totalidad de los municipios y con condiciones suficientes para desarrollar todo su potencial en la nueva coyuntura:

- Ha demostrado su utilidad y su capacidad de adaptación a nuevas situaciones (apoyo al cuidador, situaciones sobrevenidas) en todo tipo de territorios.
- Cuenta con un extraordinario potencial de generación de empleo⁴, un empleo de características muy interesantes en el momento actual, por su extensión en el territorio y por su capacidad para incorporar y formar a personas que encontrarían grandes dificultades de empleabilidad en otros ámbitos de actividad.
- Está comprometido con los derechos de sus usuarios, con la mejora de su calidad y con el logro de la eficiencia, tan necesaria en situaciones de crisis y dificultades presupuestarias.
- Es muy valorado por sus beneficiarios, que no sólo son, como todo el mundo sabe, las personas que lo necesitan directamente (personas en situación de dependencia y sus cuidadores), sino también en el resto de su entorno familiar y vecinal.
- Resulta imprescindible en la sociedad actual para garantizar la calidad de vida de muchas personas (personas mayores, con discapacidad, con cargas familiares no compartidas), para hacer compatible la vida familiar y laboral y hacer posible que todos y todas, particularmente las mujeres, disfruten de manera efectiva de todos los derechos y las oportunidades de desarrollo que tienen reconocidas.

Por todo ello, vale la pena el esfuerzo de reflexión para superar las dificultades de este servicio y para conseguir que se adapte con eficacia y eficiencia a

⁴ Un estudio cifra en 212.735 los nuevos puestos de trabajo que puede generar entre 2010 y 2015, sólo en el ámbito del Sistema de Atención a la Dependencia (Rodríguez Castedo y Jiménez Lara, 2010).

las nuevas condiciones sociales, para que sea realmente uno de los puntales del desarrollo de los nuevos derechos sociales en el marco del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, y de las nuevas leyes de servicios sociales.

3. Las razones de una crisis

La Ley de la Dependencia supone, qué duda cabe, importantes mejoras y oportunidades para el servicio de asistencia domiciliaria:

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

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

- Su nula utilidad sin apoyo familiar, o como complemento de un centro de día, en la dependencia grave y severa.
- La competencia del cuidador familiar y no profesional.
- Dificultades de organización y prestación del servicio en determinados medios, particularmente en los rurales.
- Dificultades administrativas para integrar la organización y gestión del servicio en la red de servicios sociales.

Vamos a considerar cada una de estas dificultades.

3.1. Su nula utilidad sin apoyo familiar, o como complemento de un centro de día, en la dependencia grave y severa

Quizás convenga comenzar desmontando el mito de que la ayuda a domicilio es menos costosa que las alternativas residenciales. Un mito que proviene de que originalmente se organizó este servicio con un carácter más preventivo, pensando en personas que, con alguna ayuda puntual, podrían permanecer en su propio domicilio de manera autónoma, ya que su situación de dependencia lo permitía, si no era suficientemente acusada como para necesitar apoyos continuados. En estos casos, con apenas un día o dos a la semana, una o dos horas cada día, era suficiente. Si además se ofrecían otros servicios complementarios, como comidas o limpieza de ropa a domicilio, o en el entorno, y se garantizaba su seguridad con teleasistencia, la solución era, y sigue siendo, perfecta desde un punto de vista social (permite a la persona continuar viviendo de manera autónoma en su propio domicilio o en una vivienda tutelada) y con un coste substancialmente menor que el que supondría atender a esa misma persona en un establecimiento residencial.

Ahora bien, estos planteamientos se vienen abajo cuando se trata de personas cuyo nivel de dependencia requiere una mayor intensidad de cuidados para su movilidad, ayuda para asearse o vestirse, para comer, hacer las compras, cocinar, limpiar el hogar, lavar y planchar su ropa... La realización de todas estas tareas requiere un apoyo diario y una intensidad muy elevada, que, en algunos casos, debería de ser permanente. Pero la ayuda a domicilio no puede ser un apoyo continuado. Por eso, cuando se requiere una especial intensidad (grado III y grado II de dependencia), sólo puede ser efectiva como complemento y apoyo a los cuidados que la persona reciba por parte de sus convivientes ¿Cuál sería la intensidad necesaria para que la ayuda a domicilio fuera un apoyo efectivo a los cuidados que los propios familiares o convivientes proporcionen a estos grandes dependientes o dependientes severos? ¿Y cuál sería su coste?

El coste mensual medio de una plaza concertada en una residencia asistida equivale a unas 100 horas mensuales de ayuda a domicilio básica

En la mayor parte de las poblaciones y comunidades autónomas, el coste hora del servicio de ayuda a domicilio (en sus contenidos más básicos de tareas domésticas y cuidados personales) se sitúa en torno

a los 17 €⁵. Por su parte, el coste de concertación de una plaza de residencia asistida se ubica en cifras en torno a los 1.800 €/mes⁶. De esta manera, el coste de proporcionar a una persona en situación de dependencia los cuidados continuados que requiere en un establecimiento residencial, sería el equivalente a algo más de 100 horas mensuales de ayuda a domicilio, es decir, a unas 25 horas semanales (cinco horas diarias, de lunes a viernes). A partir de ese número de horas, resultaría económicamente más rentable la atención residencial de una persona en situación de dependencia.

Tabla 2. Media de horas mensuales del servicio de asistencia domiciliar que reciben los beneficiarios del Sistema de Atención a la Dependencia (marzo 2010)

Dependencia	Horas/mes	Beneficiarios
Grado III, nivel 2	59,05	14.530
Grado III, nivel 1	41,58	19.512
Grado II, nivel 2	21,71	13.127
Grado II, nivel 1	28,38	18.016

Fuente: Sistema de Atención a la Dependencia (Imsero, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales).

La cuestión que se plantea es la siguiente: para una persona que requiere cuidados intensivos y continuados (gran dependiente o dependiente severo), ¿son suficientes 100 horas mensuales de ayuda a domicilio?, ¿cuántas requeriría? Recordamos que la intensidad máxima que el Sistema de Atención a la Dependencia establece es de 90 horas para el mayor grado y nivel de dependencia (grado III, nivel 2). Sin embargo, los datos reales sobre el número de horas que reciben los beneficiarios del SAAD están lejos de las intensidades máximas que se determinan para cada uno de los grados y niveles, oscilando entre las 59 horas mensuales que reciben, como media, los grandes dependientes (nivel 2) y las poco más de 28 que reciben los dependientes severos (nivel 1). Incluso contando con apoyo familiar, en ocasiones resulta imposible mantener en su domicilio a una persona con una situación de dependencia

grave o severa, sólo con el servicio de ayuda a domicilio. Es necesario un centro de día o de noche. En estos casos, la ayuda a domicilio puede plantearse como un complemento de dicho centro.

En consecuencia, para personas que requieren una alta intensidad de atención o una atención continuada, el número de horas de ayuda a domicilio que requieren o, en su defecto, los servicios complementarios (centros de día o de noche o cuidadores no profesionales), hacen que el mantenimiento en su domicilio resulte más costoso económicamente que las alternativas residenciales. A no ser que ese plus de cuidados los proporcione, sin coste para las administraciones, la propia familia o los convivientes.

Así pues, el servicio de ayuda a domicilio no puede ser nunca una alternativa única para la permanencia en el hogar de personas en situación de dependencia grave y severa, sino que requiere un apoyo familiar suficiente y, en ocasiones, disponer de una plaza en un centro de día o de noche. Esto limita considerablemente el número de potenciales beneficiarios y hace que su coste no sea competitivo con el de una plaza en un centro residencial que proporcione cuidados integrales.

3.2. La competencia del cuidador familiar y no profesional

Una de los principales motivos para que el servicio de ayuda a domicilio no haya alcanzado el desarrollo previsto en el Sistema de Atención a la Dependencia es, sin duda, la prestación económica que establece la ley para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. El servicio de ayuda a domicilio compite en desventaja con esta ayuda por varias razones:

- En primer lugar, resulta más atractivo recibir la ayuda económica al cuidador que pagar por un servicio sujeto a condiciones de copago.
- Además, como la ayuda económica al cuidador se cobra con efectos retroactivos, a partir del sexto mes desde que se inicia el procedimiento⁷ lógico que muchas personas hayan considerado que merecía la pena solicitarla antes que el servicio.
- Si quien figura como ‘cuidador familiar’ no es, en muchos casos, la misma persona que presta los cuidados, sino que contrata un/a empleado/a de hogar, su coste hora puede situarse en unos 5-6 €, mientras que en el SAD es, al menos, de

⁵ Hablamos de coste real, y no de precio que se abona, ya que hay municipios donde, de forma incomprensible, el precio de la hora en el correspondiente contrato está muy por debajo del coste. Analizando los 130 municipios de más de 50.000 habitantes que, en conjunto, representan una población de 23 millones de personas (aproximadamente la mitad de la población española), la media del precio/hora de los contratos para la prestación del SAD en 2010 se situó en 16,75 €. Es cierto que los precios tienen una oscilación extraordinaria en unos y otros territorios. Así, existen entidades locales donde se está contratando el SAD con un coste inferior a 13 €/hora, mientras que en otros lugares la contratación se ha realizado a 28 €/horas (más del doble!). Euskadi es el territorio donde se paga un mayor precio por este servicio.

⁶ Estimación de lo que podría ser el ‘precio medio’ de plaza residencial concertada, que no del coste real de una plaza residencial para una persona en situación de dependencia con grado II o III. De la misma manera que el precio hora de la ayuda a domicilio, el que se paga por la plaza residencial concertada es extraordinariamente desigual en unas comunidades autónomas y otras, y va desde aquellas que apenas llegan a 1.400 €/mes hasta las que se sitúan en torno a los 2.500 €: ¡una diferencia de más de un 60%!

⁷ Real Decreto-Ley 8/2010, de 20 de mayo, por el que se Adoptan Medidas Extraordinarias para la Reducción del Déficit Público. Antes de esta norma, la situación era aún de mayor desventaja para el servicio, ya que la prestación económica se percibía desde la fecha de la solicitud, lo que, en muchas ocasiones, suponía el cobro de atrasos de varios miles de euros.

16-17 €. Es decir, que se plantea elegir entre, por un lado, un máximo de 90 horas mensuales de SAD –casi siempre menos– con el envío de una auxiliar de hogar que la empresa decide y una parte de cuyo coste tiene que abonar el propio usuario (copago), y, por otro, casi 100 horas de empleada/o doméstica/o contratado/a con el dinero de la ayuda al cuidador. Evidentemente, no es lo mismo. En el caso de un servicio, existe una dirección técnica, un seguimiento y una supervisión. Pero, cuando los contenidos del servicio son básicamente de carácter doméstico y cuidados personales muy básicos, tal y como ocurre en la mayor parte de los casos, ¿cómo explicar a los potenciales usuarios la necesidad y la importancia de esa dirección técnica, ese seguimiento o supervisión? ¿Quién puede convencerles, a ellos y a sus familiares, de que no hay nadie mejor que ellos mismos para ‘organizar’ esas tareas domésticas?

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

Todos estos argumentos han pesado, y siguen pesando, en las familias a la hora de preferir y demandar la ayuda económica al cuidador frente al servicio de ayuda a domicilio. No es de extrañar, así, que después de cuatro años de implantación del SAAD, por cada persona a la que se le está reconociendo el derecho a recibir el servicio de ayuda a domicilio (109.049) haya casi cuatro que están recibiendo la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo cuidadores no profesionales (409.522)⁸.

3.3. Dificultades de organización y prestación del servicio en determinados medios, particularmente en los rurales

La baja densidad de hogares que se han de atender, así como las distancias entre ellos y las dificultades de comunicación, añaden dificultades importantes para organizar el SAD en muchos entornos rurales, al tiempo que incrementan notablemente sus costes, con lo que se agudizan las comparaciones tan negativas que acabamos de ver frente a la ayuda al cuidador familiar o no profesional –alternativas que, por otra parte, están mucho más arraigadas en los medios rurales–. Pero incluso contando con la oportunidad de asumir esos sobrecostes y esas dificultades de organización, en muchos territorios rurales las dificultades de encontrar mano de obra hacen muy difícil la prestación continuada del servicio.

⁸ Fuente: estadísticas del Sistema de Atención a la Dependencia (Imsero, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales), a 1 de abril de 2011.

3.4. Dificultades administrativas para integrar la organización y gestión del servicio en la red de servicios sociales

Sin duda alguna deben existir dificultades administrativas para encajar la prescripción del servicio de ayuda a domicilio en las estructuras existentes de la red de servicios sociales. Sólo eso puede explicar que después de cuatro años de implantación del Sistema de Atención a la Dependencia, cinco comunidades autónomas aún no estén ofreciendo este servicio a las personas que pudieran tener derecho a él.

La falta de normativa reguladora del SAD en el momento de implantación del sistema, ha sido –y sigue siendo en varias comunidades autónomas– la primera dificultad para articular esta prestación de derecho en las estructuras de los servicios sociales. El SAD constituye una prestación básica de los servicios sociales y, como tal, se viene llevando a cabo en el ámbito local, en la mayor parte de las comunidades. Ello obliga a regular los procedimientos administrativos necesarios para dar continuidad a la solicitud presentada ante la comunidad autónoma y a la resolución del plan individualizado de atención (PIA) por parte de aquélla, y la resolución de la ayuda a domicilio por parte de la corporación local, en el caso de que el PIA contemple este servicio. Y no debe ser fácil, cuando tantas comunidades autónomas están teniendo dificultades para articular este proceso integrado.

Quizás por ello, algunas de ellas han caído en la tentación de poner en marcha un servicio autonómico de ayuda a domicilio para personas en situación de dependencia, en paralelo con el SAD municipal para personas que no tienen reconocido el derecho en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia. Esto afecta, en ocasiones, a una misma familia, y produce situaciones tan surrealistas como que, en un mismo domicilio, coincidan en el tiempo dos servicios diferentes de ayuda a domicilio, uno prestado a una persona por el servicio de las comunidades autónomas, y otro por el servicio municipal. La falta de normativa del servicio de ayuda a domicilio hace que no exista tampoco acreditación de entidades privadas prestadoras. Solamente algunas comunidades tienen reconocida esta acreditación, aunque sea temporal.

4. Las evidencias de la crisis del servicio de asistencia domiciliaria

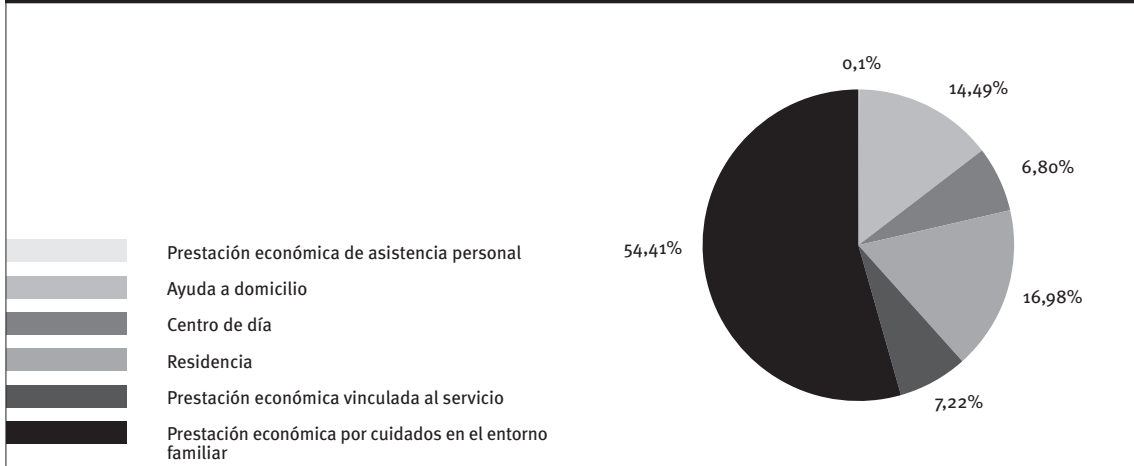
Todas estas razones son las que producen el escaso desarrollo del servicio de asistencia domiciliaria en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia, como ponen en evidencia los datos oficiales cuando han transcurrido más de cuatro años de implantación.

Tabla 3. Cobertura del servicio de asistencia domiciliaria (SAD) en el Sistema de Atención a la Dependencia (1-IV-2011)

Nº de planes individualizados de atención (PIA) con ayuda a domicilio	109.049
% sobre el total de PIA	12,6%
% de beneficiarios del sistema que tienen prescrito el SAD	15,1%

Fuente: Sistema de Atención a la Dependencia (Imsero, Ministerio de Sanidad, Igualdad y Políticas Sociales).

Gráfico 1. Prestaciones incluidas en los planes individualizados de atención* (1-IV-11)

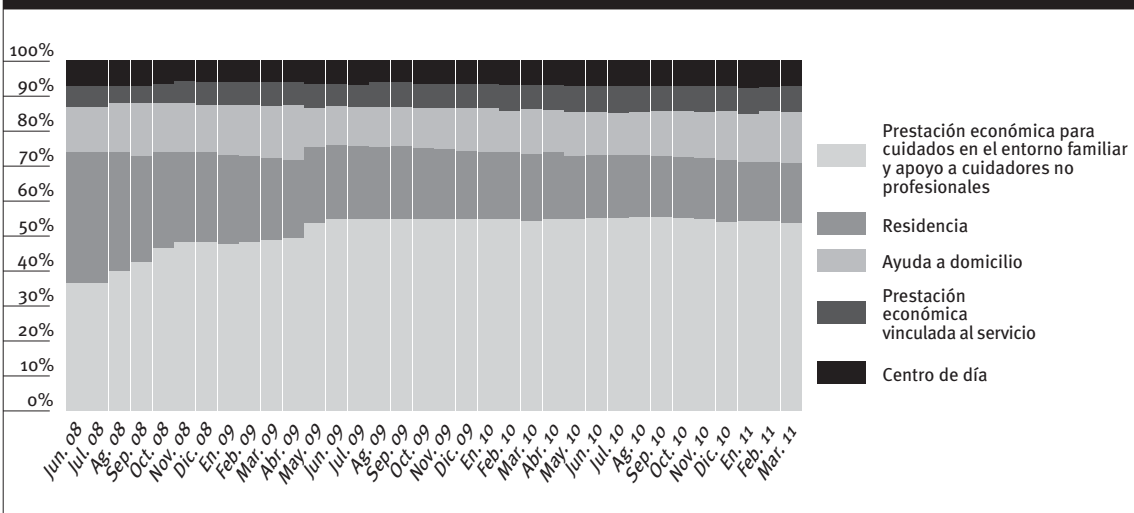


* Se excluyen las prestaciones referidas a la teleasistencia, la promoción de la autonomía y la prevención.
Fuente: Sistema de Atención a la Dependencia (Imsero, Ministerio de Sanidad, Igualdad y Políticas Sociales).

Lo realmente preocupante es que no se trata de una situación coyuntural, sino que el desarrollo de las diferentes prestaciones económicas y servicios a lo largo de estos cuatro años muestra una tendencia de deterioro de los servicios, en detrimento de las prestaciones económicas; más en concreto, se comprueba la falta de desarrollo del SAD frente a su competidora, la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. En el siguiente gráfico, que recoge la

evolución histórica de las prestaciones y servicios prescritos en el SAAD, puede apreciarse esta tendencia, si bien desde hace año y medio parece registrarse un ligero repunte de la prescripción del servicio de ayuda a domicilio. Se han obviado aquí los servicios de prevención de la dependencia y de promoción de la autonomía personal, así como la prestación económica de asistencia personal, por su escasa significación, para hacer más nítidas las tendencias que se pretenden reflejar.

Gráfico 2. Prestaciones incluidas en los planes individualizados de atención* (1-IV-11)



* Se excluyen la prestación económica de asistencia personal, la teleasistencia, la promoción de la autonomía y la prevención.
Fuente: Luis Alberto Barriga, a partir de datos oficiales del Sistema de Atención a la Dependencia (Imsero, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales).

Parece lógico suponer que, cuando se consolide la incorporación al SAAD de las personas con grado I (dependientes moderados), estas tendencias se verán afectadas por un mayor porcentaje de planes individualizados de atención con servicio de ayuda a domicilio y también de centros de día, en detrimento del servicio residencial. Mientras tanto, nos centraremos en lo que ya conocemos: los datos y las tendencias referidas a grandes dependientes y dependientes severos, que, como acabamos de ver, evidencian una crisis del SAD frente a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Y en ese colectivo de grandes y severos dependientes, centraremos las propuestas que vamos a plantear a continuación.

5. Propuestas para el desarrollo del servicio de ayuda a domicilio

Las medidas para configurar el servicio de asistencia domiciliaria en este nuevo contexto han de partir de una visión amplia de todas sus potencialidades, pero sin olvidar las dificultades económicas y organizativas que hemos comentado. Con esta perspectiva, éstas son nuestras propuestas:

- Un servicio integral de ayuda a domicilio.
- Hacer compatible el SAD con el resto de prestaciones económicas y servicios del catálogo de la Ley de la Dependencia, y con otros servicios complementarios.
- Vincular los cuidados familiares y no profesionales que financie el SAAD a grandes dependientes y dependientes severos, a servicios profesionalizados de ayuda a domicilio o centros de día.

5.1. Un servicio integral de ayuda a domicilio

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

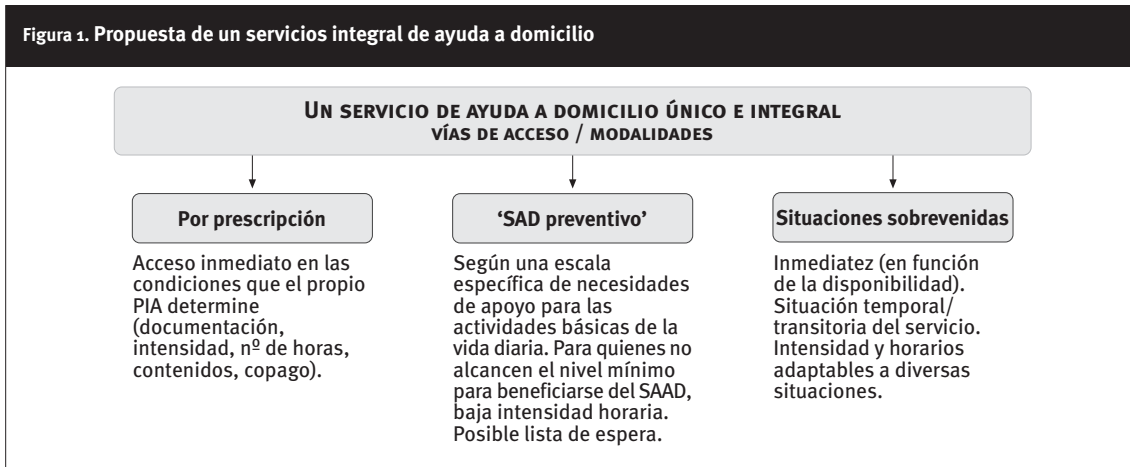
Rechazamos rotundamente aquellos modelos que establecen dos categorías (o más) del servicio de ayuda a domicilio, una en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia, para quienes tengan reconocido el consiguiente derecho y prescrito este servicio en el correspondiente plan individualizado de atención, y otro para el resto de situaciones que no son 'de derecho'. Esta dualidad de servicios suele responder a la gestión autónoma del SAD vin-

culado al Sistema de Atención a la Dependencia, y a la gestión local del SAD no vinculado ese sistema, respectivamente. Rechazamos este modelo porque rompe la estructura del sistema de servicios sociales definido en cada contexto autonómico, y además porque es una opción antisocial, irracional desde el punto de vista organizativo y antieconómica.

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

- Atención a las personas a quienes se reconozca el derecho por su situación de dependencia, con la intensidad, las atenciones y los horarios que determine el correspondiente plan individualizado de atención.
- Atención a personas que, sin tener reconocido el grado y nivel de dependencia que les dé derecho a las prestaciones del SAAD, tengan limitaciones para realizar actividades de la vida diaria que dificulten su autonomía para la convivencia personal. Sería un SAD de menor intensidad en cuanto a número de horas, flexible y con una función eminente preventiva (para prevenir riesgos, facilitar la vida autónoma, y evitar internamientos o desarraigos innecesarios), y de promoción de capacidades, actitudes y habilidades para la autonomía personal.
- Atención a situaciones sobrevenidas que requieran un apoyo inmediato y coyuntural en el domicilio, hasta que la persona beneficiaria recupere la autonomía personal si la situación es de carácter transitorio, o mientras se valora su grado de dependencia y pueda acceder a las prestaciones económicas o servicios que le correspondan en el marco del SAAD.
- Apoyo al cuidador en este tipo de situaciones sobrevenidas y en otras que lo requieran, tales como el cuidado de menores de edad, bien entendido que el SAD nunca puede concebirse como un servicio habitual para el cuidado de menores o como una medida de conciliación de la vida familiar y laboral, sino sólo para situaciones coyunturales en las que sea necesario apoyar esa conciliación con el cuidado de menores o personas que se encuentren en situación de dependencia. Tanto esta dimensión del SAD como la anterior (por causas sobrevenidas) tienen que tener la suficiente flexibilidad para adaptarse, en horarios y atenciones, a la diversidad de situaciones que pueden darse, y su limitación en el tiempo debe compaginarse con la intensidad de atención en determinados momentos que así lo requieran.

Figura 1. Propuesta de un servicios integral de ayuda a domicilio



Fuente: Elaboración propia.

El servicio de asistencia domiciliaria debe tener la flexibilidad suficiente para dar respuesta a todas estas situaciones, cada una de ellas con sus propias condiciones y requisitos, sin generar para ello diversos servicios, ni establecer categorías a partir de las problemáticas o las características de las personas, en lo que puede y debe ser un único servicio integral. Por supuesto, rechazamos los intentos de vaciar de recursos el servicio de ayuda a domicilio para todo aquello que no sean situaciones de dependencia 'con derecho'. El SAAD ha de ampliar la protección que viene ofreciendo el sistema público de servicios sociales, no reducir su ya de por sí escasa dotación y alcance.

5.2. Hacer compatible el servicio de asistencia domiciliaria con el resto de servicio del catálogo de la Ley de la Dependencia, y con otros servicios complementarios

Para muchas personas que necesitan el servicio de asistencia domiciliaria, su alcance resulta muy limitado si no se complementa con otros servicios. Particularmente para personas en situación de gran dependencia y dependencia severa, su permanencia en el domicilio requiere algo más que el apoyo de sus familias y unas horas del SAD. Los servicios de teleasistencia (completamente compatibles con la ayuda domiciliaria) son, sin duda alguna, uno de los complementos necesarios en muchos de los casos –y casas–, particularmente para dependientes moderados y en lo que hemos llamado 'SAD preventivo'.

De la misma manera, los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal, tan poco extendidos en esta primera fase de implantación de la Ley de la Dependencia, deberían desarrollarse con intensidad como complemento del SAD, para prevenir el deterioro de capacidades de autonomía personal de sus receptores, que, de otra manera, el pro-

pio servicio de asistencia domiciliaria puede, incluso, agudizar. En algunos casos, el SAD debería incorporar servicios de promoción de la autonomía personal, ya que con ello evitaría que situaciones coyunturales que requieren el servicio terminen cronificándose hasta hacerse 'dependientes' de él, al no desarrollarse las actitudes, motivaciones y habilidades necesarias para que la persona pueda realizar por sí misma las actividades de la vida diaria, que, en un determinado momento, han requerido la prescripción del SAD. Una alternativa no sólo personal y socialmente conveniente, sino incluso económicamente rentable para el SAAD. Incorporar atenciones de carácter preventivo y de promoción de la autonomía personal va a constituir una de las principales necesidades y retos para hacer extensivo el SAD a los dependientes moderados, y también en el caso del SAD de baja intensidad, en situaciones de dependencia todavía incipientes.

Para muchas personas calificadas como grandes dependientes o dependientes severos, la utilidad del SAD consiste en permitir el acceso, en condiciones adecuadas, a un centro de día (o de noche, en su caso). Sin un apoyo domiciliario para levantar y asear a la persona, y prepararla para que la recoja el transporte adaptado, y que por la tarde/noche la ayude en el aseo y para acostarla, muchas de ellas no podrían acudir al centro de día o, en caso de hacerlo, no tendrían las condiciones para recibir en sus domicilios las atenciones que precisan. SAD y centro de día (o de noche) constituyen así, en muchos casos, servicios necesariamente complementarios. El SAD complementado con las estancias en un centro de día resulta muy gratificante tanto para el usuario como para los familiares y, particularmente, para el cuidador principal. Cumple de manera muy satisfactoria el objetivo de que el usuario permanezca en su entorno y domicilio, y es especialmente eficaz para favorecer el respiro familiar. La experiencia así lo demuestra.

El SAD puede ser también un complemento muy útil para personas con determinadas discapacidades o para personas mayores que viven en viviendas tuteladas. Una complementariedad hasta ahora escasamente desarrollada, pero que, en un futuro, podría ser muy interesante en el desarrollo del sistema de servicios sociales en general, y dentro de éste, del Sistema de Atención a la Dependencia, en la asistencia personas con dependencia moderada. Por supuesto, el servicio residencial no permanente (estancias temporales) es un complemento para el SAD cuando se dan situaciones que afectan coyunturalmente a la capacidad o la disponibilidad de quienes conviven y actúan de cuidadores de la persona en situación de dependencia o, simplemente, como alternativas necesarias de descanso del cuidador. Por último, y más allá de los servicios incluidos en el catálogo de la Ley de la Dependencia, hay otros muchos servicios y atenciones cuya concurrencia y complementariedad con el SAD son necesarias para que la persona pueda permanecer en su domicilio. Es el caso de las ayudas técnicas o de la adaptación del hogar.

Para las personas que tengan reconocido su derecho en el marco del SAAD, esta compatibilidad del servicio de asistencia domiciliaria con el resto de servicios del catálogo de la ley permitirá que, al elaborar un plan individualizado de atención, pueda configurarse un 'cóctel' completo de prestaciones y servicios que puedan incidir en el domicilio; un auténtico traje a medida, limitado exclusivamente por la cuantía económica global que, a tales efectos, se determine, y cuya referencia podría ser el coste de la concertación de una plaza residencial permanente para el grado y nivel que corresponda, y con similares condiciones de copago. Si, además, el SAD está integrado en el sistema de servicios sociales, tal y como proponemos, podría incorporar otras prestaciones y servicios, que darían mayor eficacia al servicio y mayor calidad de vida a sus perceptores.

5.3. Vincular los cuidados familiares y no profesionales que financie el SAAD a grandes dependientes y dependientes severos, a servicios profesionalizados de ayuda a domicilio o centro de día

Para personas en situación de dependencia en los grados III (gran dependencia) y II (dependencia severa), el servicio de asistencia domiciliaria no puede concebirse sino como un complemento de los cuidados en el entorno familiar. De ahí que su prescripción sólo deba hacerse cuando se constate que existe voluntad y capacidad de cuidados en el propio domicilio por parte de quienes conviven con la persona en situación de dependencia.

Así pues, parece obvia la necesidad de hacer compatible el SAD con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no

profesionales. Para determinar la intensidad de esta compatibilidad, podría tomarse como límite el coste de las horas del SAD que, según el correspondiente grado y nivel, pudiera recibir cada persona. Es decir, que en ningún caso la prestación económica, más las horas complementarias del SAD, supere el coste total de horas de SAD estén determinadas para el grado y nivel correspondiente.

El SAD podría tener una especial utilidad en la fase inicial de los cuidados, de manera similar a como sucede en el sistema sanitario, cuyos protocolos de atención domiciliaria incluyen la formación de los familiares respecto a estos cuidados y la intervención de distintas figuras profesionales –el enfermero de enlace, el personal de cuidados paliativos, el trabajador social–. Desde esta perspectiva, el SAD se configuraría como un servicio especializado de carácter educativo y de apoyo a la adaptación de la persona en situación de dependencia y de su familia a la nueva realidad.

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

Sabemos que muchas de las prestaciones económicas citadas se convierten, de hecho, en una alternativa pura y dura al servicio de ayuda a domicilio, ya que la persona que figura como 'cuidador familiar' no hace otra cosa que supervisar los cuidados que, en la práctica, realiza otra persona externa al hogar contratada a tales efectos⁹. Por ello, planteamos la necesidad de diferenciar entre los cuidadores familiares que van a prestar los cuidados y los que van a limitarse a supervisar los que presta otra persona.

En el primer caso, cuando el familiar va a asumir directamente la realización de los cuidados, deberá darse de alta en el convenio especial de la Seguridad Social establecido en el propio SAD, salvo que se encuentre en alguno de los supuesto previstos en el Real Decreto 615/2007, de 11 de mayo, sobre

⁹ A fecha 1 de abril de 2011, son 157.099 los cuidadores familiares o no profesionales que se han dado de alta en el convenio especial de la Seguridad Social, ni siquiera la mitad del total de cuidadores en esa fecha (38,4%). De ello puede deducirse que el resto son cuidadores que se encuentran en edad de jubilación y se ven obligados a responsabilizarse de los cuidados intensivos que requiere la persona con la que convive, o bien que se trata de personas que tienen un trabajo remunerado y necesitarán del trabajo de un empleado (casi siempre de una empleada) diferente a quien figura como 'cuidador'.

Seguridad Social de los Cuidadores de las Personas en Situaciones de Dependencia. Básicamente, se refiere a quienes ya se encuentran de alta en la Seguridad Social por trabajar por cuenta propia o ajena, o a quienes ya están en edad de jubilación. Para garantizar que el familiar pueda ser prestador directo de los cuidados, sería conveniente:

- Establecer un límite de edad para que una persona puede ser cuidador familiar ‘directo’. Es evidente que la intensidad que requieren los cuidados a una persona en una situación de gran dependencia o dependencia severa impide que los realice una persona de edad avanzada, mucho más, sin afectar gravemente a su calidad de vida. Nada impide, sin embargo, que pueda ser el cuidador familiar quien supervise los cuidados que preste otra persona.
- Que el profesional que prescriba esta prestación para cuidados en el entorno familiar valore la capacidad del familiar que se propone como cuidador para asumir por sí mismo estos cuidados de manera directa, teniendo en cuenta su actividad profesional y la disponibilidad que de ello se deriva.

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

Estas medidas, junto a un seguimiento estructurado de los trabajadores sociales de base, con la consiguiente consolidación e inversión en recursos humanos, conseguirían disminuir el uso inadecuado de la prestación económica de cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, y activar el extraordinario potencial de generación de empleo de estos cuidados. Pero quizás, la medida que más y mejor contribuiría a hacer compatible el deseo de muchas personas de recibir cuidados a cargo de familiares o de cuidadores no profesionales con la calidad de un servicio profesionalizado es la de vincular, de manera imperativa, los cuidados familiares y no profesionales financiados en el SAAD a grandes dependientes y dependientes severos, a un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio o centro de día.

5.3.1. ¿Qué supondría esta propuesta?

Esta propuesta supondría que todos los planes individualizados de atención de grandes dependientes y dependientes severos en los que se prescriba la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales

deberían incluir necesariamente un mínimo de horas de un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio, salvo cuando los cuidados familiares o no profesionales se complementen con un centro de día o de noche, ya que ésa sería su vinculación a un servicio profesionalizado.

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

5.3.2. Funciones de un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio en relación con los cuidados familiares y no profesionales a grandes dependientes y dependientes severos

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

- Supervisión: comprobaría que el cuidador familiar o no profesional está desarrollando los cuidados de forma adecuada, y asesoraría en su realización. Se trata de una función especialmente necesaria en momentos iniciales de los cuidados.
- Formación práctica: la presencia de un profesional de los cuidados aportaría al cuidador familiar o no profesional una formación práctica en su propio domicilio, de manera continuada y vinculada directamente a la específica situación de la persona a la que debe cuidar.
- Apoyo y refuerzo: nada supone una mayor sobrecarga para un cuidador familiar o no profesional que el aislamiento o el no poder compartir con nadie las dificultades –a veces, la angustia– de la situación a la que debe enfrentarse. De ahí la importancia de la presencia periódica de un profesional de los cuidados, que, por su conocimiento, pueda proporcionar el apoyo y refuerzo que el cuidador no profesional necesita.
- Consultoría: el cuidador familiar o no profesional de una persona en situación de gran dependencia o dependencia severa se enfrenta a incertidumbres o dudas respecto a cómo actuar en determinadas situaciones, tanto respecto a la forma de realizar determinadas tareas como a aspectos relacionales. Un profesional de los cuidados ofrecería la oportunidad de consultar todas estas cuestiones del día a día directamen-

te, de forma individualizada y de manera frecuente (quincenalmente). Incluso sería el encargado de trasladar determinadas consultas o dudas a otros profesionales especializados del sistema (terapeutas, fisioterapeutas, médicos, enfermeras, psicólogos, trabajadores sociales).

- **Colaboración:** la presencia del cuidador profesional en el domicilio sería la oportunidad para colaborar en la realización de determinadas tareas que puedan requerir la concurrencia de dos personas. También puede ser útil para proporcional al cuidador familiar algún momento de descanso de manera ocasional.

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

5.3.3. Utilidad de incorporar un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio en relación con los cuidadores familiares y no profesionales

5.3.3.1. Utilidad para el Sistema de Atención a la Dependencia

- **Sensor del sistema.** Para el Sistema de Atención a la Dependencia resultaría extraordinariamente útil la presencia, en los domicilios donde la persona en situación de dependencia es atendida por un cuidador familiar o no profesional, de una figura profesional vinculada directamente a los cuidados. Con una periodicidad al menos quincenal, el profesional transmitiría de manera directa y personalizada al cuidador no profesional la formación e información que el SAAD considere necesaria, con una efectividad que difícilmente se podría lograr de otra manera.
- **Seguimiento efectivo:** el modelo propuesto haría posible un seguimiento continuado del plan individualizado de atención. Un seguimiento que, por supuesto, no sería alternativo, sino complementario del que deben asumir los trabajadores sociales del SAAD, y bajo su dirección. El seguimiento de los planes, particularmente de los que se llevan a cabo en el propio domicilio y a cargo de cuidadores familiares o no profesionales, constituye, sin duda, uno de los mayores retos del sistema una vez finalizada su fase inicial de implantación. La presencia quincenal de este profesional de los cuidados, coordinado por el trabajador social responsable del seguimiento del plan de atención, aportaría a éste una visión

continuada y específica de cómo se llevan a cabo los cuidados, cómo se encuentra la persona en situación de dependencia y cuál es su evolución, con lo que el trabajador social podría asumir una responsabilidad efectiva sobre el seguimiento domiciliario, organizando las visitas necesarias en el momento adecuado, contando previamente con una información cualificada y de primera mano.

- Evitar el abuso de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar.
- Alternativa al espinoso tema de la libre elección de empresa o auxiliar que preste el servicio: una cuestión que surge con cierta frecuencia, tanto en debates como en determinadas prácticas, es la libre elección, por parte del usuario, de la empresa que le preste el SAD entre un listado de empresas acreditadas para ello en un determinado territorio. Se argumenta que esta elección, además de respetar un derecho de la persona, favorecería la competencia y, por ello, la calidad del servicio. No es una opción que deba rechazarse de plano, ya que puede suponer tanto un beneficio para la persona usuaria –quien, en definitiva, va a beneficiarse del servicio–, como para la competencia y la calidad del servicio. Y si esto es así, ¿por qué oponerse a ello? La libre elección, cuando se trata de un servicio que entra en el espacio de mayor intimidad de la vida personal y, en su caso, familiar, que es el domicilio, adquiere una especial importancia. Ahora bien, utilizando estos argumentos, la libre elección de empresa por parte de la persona usuaria puede representar, según cómo se articule, un cheque-servicio que haga dejación total de la responsabilidad pública en la prestación del servicio y abandone a su suerte a la persona, enfrentada a un mercado totalmente privado. En otras palabras, sería algo así como un sucedáneo de la prestación económica vinculada al servicio, pero en el SAD. Por eso, una alternativa para conjugar la libre elección de auxiliar con la garantía de un servicio profesionalizado podría ser la que planteamos: dejar que, en determinadas circunstancias, la propia persona sea quien contrate a un cuidador directamente, siempre que se trate de un cuidador real y que, en consecuencia, se le dé de alta como tal en el convenio especial de la Seguridad Social, y que se complemente su labor con los cuidados profesionales vinculados a una empresa de ayuda a domicilio, en la forma que venimos proponiendo.
- **Compaginar cultura familista y cultura de servicio:** de lo que no cabe duda es de que esta vinculación de los servicios profesionalizados de ayuda a domicilio con los cuidados familiares y no profesionales ayudaría a hacer compatible la libertad de elección y los deseos de cientos de miles de personas en situación de dependencia –basado en una arraigada cultura familista en

materia de cuidados— con la calidad de unos servicios profesionalizados propios de una sociedad como la actual, superando esa dicotomía tan agudizada que expresan los datos de implantación del SAAD en sus cuatro primeros años.

- La especial utilidad de esta alternativa en el medio rural: en el caso del ámbito rural, la alternativa que proponemos tendría aún mayor utilidad, ya que allí resulta especialmente complicado organizar de manera efectiva y generalizada servicios profesionalizados de asistencia domiciliaria, por la dificultad de encontrar —o, en su caso, desplazar— trabajadores con que nutrir el servicio con sus características habituales. La medida que proponemos permitiría extender con garantía los cuidados familiares o no profesionales, y consolidar de forma paulatina los servicios profesionalizados a partir del germen de esta vinculación a los cuidados familiares y no profesionalizados.

5.3.3.2. Utilidad para la consolidación del servicio de asistencia domiciliaria

- Extensión y consolidación: ya hemos visto la escasa prescripción del SAD en el marco del Sistema de Atención a la Dependencia, así como los riesgos que afectan a este servicio en el momento actual. Si se llevase a cabo la medida que planteamos de vincular los cuidados familiares y no profesionales a este servicio, se consolidaría su extensión en todo el territorio, lo que, a su vez, favorecería el desarrollo del SAD no sólo donde ya está implantado, sino también en aquellos lugares, particularmente en zonas rurales o dispersas, donde actualmente tiene un menor desarrollo.
- Con los datos actuales¹⁰, 409.522 personas reciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales. Si se vinculara el mínimo de dos horas quincenales para cada una de estas personas, como proponemos, el resultado serían más de 25 millones de horas de ayuda a domicilio para las funciones que hemos detallado.
- Pero tan importante como el volumen de horas es el efecto que supondría que en esos hogares entrara un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio, ya que rompería prejuicios o resistencias, y ayudaría a que, en muchos casos, se pudiera pasar con naturalidad, cuando fuera necesario, de los cuidados familiares o no profesionales a demandar y recibir el SAD.
- Empleo: algo muy importante que aportaría esta vinculación del SAD a los cuidados familiares y

no profesionales sería, sin duda, la creación de puestos de trabajo y oportunidades de promoción laboral. Los 25 millones de horas anuales que supondría aplicar la media que proponemos generarían el equivalente a 14.500 puestos de trabajo de auxiliar de hogar a jornada completa¹¹, y no menos de 500 más de otros empleos en apoyo técnico, administrativo o gerencial¹².

No es necesario argumentar la importancia del empleo en este servicio. Particularmente, el de las auxiliares de hogar, que son la expresión misma del servicio que recibe el beneficiario. Y sin embargo, es un servicio escasamente remunerado y con una gravísima limitación: la falta de oportunidades de promoción. En tales condiciones, resulta muy difícil mantener la motivación de las auxiliares de hogar; es de manual: falla un factor ergonómico —el salario y, muchas veces, el entorno donde se desarrolla el trabajo— y no se da un factor motivador —las expectativas de promoción—.

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

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

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

¹² Se contempla uno de estos puestos por cada 25-30 auxiliares de hogar.

¹⁰ A 1 de abril de 2011.

5.3.4. Costes

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

Nos referíamos antes al volumen de horas de ayuda a domicilio que supondría: más de 25 millones anuales¹³. Como ya hemos visto, el coste/hora de este servicio difiere mucho entre comunidades autónomas y entidades locales, oscilando entre los 12 € y los 27 €. Vamos a tomar como referencia un coste que se deduce tanto de los estudios más rigurosos al respecto como del análisis de los precios de concertación en los 130 municipios de más de 50.000 habitantes: 17 €. Ahora bien, como las horas que proponemos requieren cierto nivel de especialización, consideramos que podría incrementarse este precio hasta una cifra en torno a los 20 €. Pues bien, con este precio/hora, el coste anual de la medida que proponemos ascendería a unos 500 millones de euros.

¿Es ésta una cantidad asumible para el SAAD? Para responder a esta pregunta, resulta útil relacionarla con otras cifras. En primer lugar, con el coste total de los servicios y prestaciones económicas que financia el sistema, que se aproxima a los 6.000 millones de euros anuales¹⁴. En consecuencia, el coste de aplicación de esta medida supondría un incremento aproximado del 8% sobre la financiación total del SAAD.

¿Estaría justificado este incremento por la utilidad de la medida que proponemos? En todo caso, se trata de un incremento tomando como base la situación actual. Porque si se pretende reducir el porcentaje de ayudas económicas en beneficio del incremento de servicios, prestar servicios resulta mucho más caro al sistema que proporcionar prestaciones económicas, como ponen de manifiesto los gráficos 3 y 4 (Barriga y Navarro, 2009).

¹³ Considerando que la propuesta afectara a la totalidad de quienes reciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, y fueran grandes dependientes o dependientes severos. Aunque no sería preciso que así fuera, ya que quedarían al margen todos aquellos que estuvieran, además, en un centro de día o de noche –un dato que resulta imposible conocer con el actual sistema de información del SAAD–.

¹⁴ En concreto, a 1 de abril de 2011 serían 5.154.382.526 euros. Esta cifra la hemos extraído de los cálculos de Barriga y Navarro, actualizados con datos de prestaciones económicas y servicios a 1 de julio de 2010 (estadísticas SAAD, Imserso-Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales). Esta cifra de referencia es la más actualizada de que disponemos.

Gráfico 3. Distribución de personas en situación de dependencia, según prestaciones y servicios

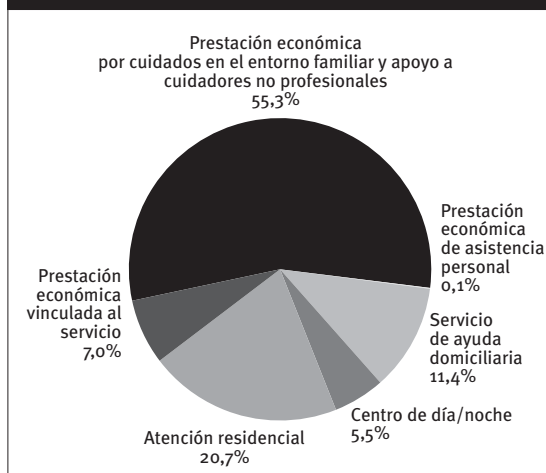
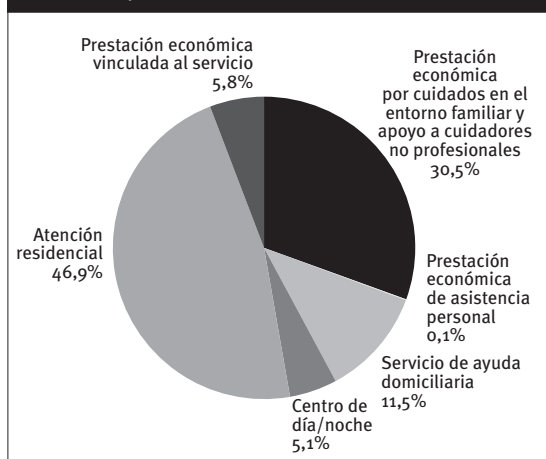


Gráfico 4. Distribución de prestaciones y servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia



El incremento de coste que supondría prestar servicios sería aún mayor si se hiciera a costa de reducir la prestación económica que nos ocupa, la de cuidados en el entorno familiar y cuidadores no profesionales, que es la que perciben más de 400.000 personas (el 56,8% de quienes se benefician del SAAD), ya que esta prestación es la de menor cuantía de las que ofrece el sistema: 359,69 € de media¹⁵, frente a los 497,40 de quienes reciben la prestación económica vinculada al servicio y a los 709,50 de quienes perciben la prestación económica de asistencia personal.

¹⁵ Vamos a utilizar referencias de 2010, porque son las que disponemos en cuanto a medias reales de esta prestación. Tratándose de cálculos aproximados y comparativos, utilizar como referencia ese año no desvirtúa, en absoluto, la idea que queremos destacar.

Tabla 4. Cuantía máxima de las prestaciones económicas¹⁶, y cuantía media que perciben de manera efectiva los beneficiarios del SAAD¹⁷ (2010)

	Prestaciones económicas (€)					
	Cuidados en el entorno familiar*		Vinculada al servicio		Asistente personal	
	Cuantía máxima	Media efectiva	Cuantía máxima	Media efectiva	Cuantía máxima	Media efectiva
Grado III, nivel 2	520,69	469,77	833,96	609,00	798,96	798,00
Grado III, nivel 1	416,98	340,71	625,47	478,00	625,96	621,00
Grado II, nivel 2	337,25	298,55	461,18	382,00	-	-
Grado II, nivel 1	300,90	254,46	401,20	340,00	-	-
Total	-	359,69	-	497,40	-	709,50

* Más 162,49 € como cuota de Seguridad Social (aportación estatal), en el caso de quienes se den de alta en el convenio especial¹⁸.

360 € es la cuantía mensual media de esta prestación económica para el sistema (522,49 € con la cuota de la Seguridad Social en un tercio de quienes perciben esta prestación). Frente a ello, el coste mensual de una plaza concertada no resulta inferior a los 1.800 €, y el de 38 horas del servicio de ayuda a domicilio –que son las horas que reciben como media quienes tienen prescrito este servicio¹⁹–, a 17 €/hora, ascendería a 643 € mensuales. Queda claro que cualquier variación porcentual de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales supondría un incremento de costes del SAAD muy elevado, que se situaría en más de 1.400 €/mes si se tratara de una plaza residencial concertada, y más de 250 €/mes si se tratara del SAD²⁰ (entre 3.000 y 12.000 € anuales por persona, respectivamente).

Si se apuesta por incrementar el peso de los servicios frente a las prestaciones económicas, debemos ser muy conscientes de la fuerte incidencia que ello tiene sobre el sistema. Así, podemos decir grosso

modo que si 170.000 personas –una cuarta parte de quienes perciben la prestación económica para cuidados en el entorno familiar– dejaran de hacerlo para recibir el servicio de ayuda a domicilio, o 40.000 –una de cada diez personas que reciben esa prestación– para recibir un servicio residencial, el coste para el sistema sería mayor que el coste de la medida que proponemos²¹.

Como anteriormente decíamos, vincular un mínimo de horas de servicios domiciliarios profesionalizados a los cuidados familiares y no profesionales permitiría seguir apostando por esta prestación, haciendo compatible la libertad de elección de los ciudadanos con la garantía de calidad de las atenciones de un servicio profesionalizado y con todas las demás utilidades que hemos expuesto. Por cada beneficiario de la prestación económica para cuidados familiares y apoyo a cuidadores no profesionales, el coste para el sistema se vería incrementado en 80 €/mes (cuatro horas de SAD x 20 €/hora). Los costes unitarios para el sistema pueden observarse en las tablas 5 y 6.

Tabla 5. Coste por usuario de sustituir la prestación económica para cuidados familiares y apoyo a cuidadores no profesionales por el servicio de asistencia domiciliaria (4 horas/mes), sin contemplar la cuota de Seguridad Social a cargo de la administración general del Estado

	Importe prestación (€)	Coste 4 horas SAD (€)	Coste total (€)	Δ sobre coste neto prestación económica (%)
Grado III, nivel 1	520,69	80,00	600,69	15,4
Grado III, nivel 2	416,98	80,00	496,98	19,2
Grado II, nivel 1	337,25	80,00	417,25	23,7
Grado II, nivel 2	300,90	80,00	380,90	26,6

¹⁶ Real Decreto 374/2010, de 26 de marzo.

¹⁷ Fuente: Sistema de Atención a la Dependencia (Imsero, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales), a 1 de marzo de 2010.

¹⁸ 157.099 personas, a fecha 1 de abril de 2011. Fuente: Sistema de Atención a la Dependencia (Imsero, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales).

¹⁹ 37,8 horas es la intensidad media del SAD, a 1 de marzo de 2010 (fuente: Sistema de Atención a la Dependencia, Imsero, Ministerio de Sanidad y Políticas Sociales). El desglose de esta media real de horas por grados y niveles es el siguiente: a) grado III, nivel 2, 59,05 horas; b) grado III, nivel 1, 41,58 horas; c) grado II, nivel 2, 21,71 horas; grado II, nivel 1, 28,38 horas.

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

²¹ Dividiendo el coste total de la medida que proponemos (500 millones de euros anuales) por el incremento que supondría para el sistema cada uno de los planes individualizados de atención que pasaran de percibir la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales, a recibir el total de hora de SAD que les corresponde, o a una plaza en un centro residencial concertado. Si se tratara de un centro residencial gestionado directamente por una administración pública, el incremento de costes sería mucho mayor.

Tabla 6. Coste por usuario de sustituir la prestación económica para cuidados familiares y apoyo a cuidadores no profesionales por el servicio de asistencia domiciliaria (4 horas/mes), contemplando la cuota de Seguridad Social a cargo de la Administración General del Estado (162,49 €)

	Importe prestación más SS.SS. (€)	Coste 4 horas SAD (€)	Coste total (€)	Δ sobre coste neto prestación económica (%)
Grado III, nivel 1	683,18	80,00	763,18	11,7
Grado III, nivel 2	579,47	80,00	659,47	13,8
Grado II, nivel 1	499,74	80,00	579,74	16,0
Grado II, nivel 2	463,39	80,00	543,39	17,3

A la vista de todos estos datos, podemos afirmar que la propuesta de vincular preceptivamente un mínimo de dos horas quincenales de servicio de ayuda a domicilio a todos los perceptores de la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales de personas con grado II (dependientes severos) y

III (grandes dependientes)²² no sólo supondría importantes beneficios para las personas en situación de dependencia y sus cuidadores, para el propio sistema y para el desarrollo del SAD, sino que además podría resultar económicamente beneficiosa para el propio sistema a medio plazo.

Bibliografía

DBK (2009): *Servicios asistenciales a domicilio*, 5ª ed., Madrid, DBK, serie Informe Especial.

GARCÍA HERRERO, G. (redactor) [2010]: *El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada*, Madrid, Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales / Consejo General de Trabajadores Sociales. Sociales / Consejo General de Trabajadores Sociales [http://www.cgtrabajo-social.es/observatorio/documentos/ayuda_a_domicilio_pk.pdf].

RAMÍREZ NAVARRO, J. M.; y BARRIGA, L. A. (2009): *Financiación y costes de la Ley de Promoción de la*

Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Síntesis del estudio, Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales [disponible en <http://www.inforesidencias.com/geriateca/>].

RODRÍGUEZ CASTEDO, A.; y JIMÉNEZ LARA, A. (2010): *La atención a la dependencia y el empleo*, Madrid, Fundación Alternativas [<http://www.falternativas.org/content/download/15800/454058/version/3/file/doc159.pdf>].

²² Excepto quienes estén percibiendo además el servicio de centro de día o de noche.