

INFORME INTEGRADO:
SITUACIÓN ACTUAL DEL SERVICIO DE
AYUDA A DOMICILIO (SAD)

VOLUMEN I

Noviembre, 2005

Nº 962

INFORME INTEGRADO:
SITUACIÓN ACTUAL DEL SERVICIO DE
AYUDA A DOMICILIO (SAD)

VOLUMEN II

Noviembre, 2005

Nº 962

ÍNDICE

I.-	INTRODUCCIÓN	1
II.-	OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN	
	10	
III.-	METODOLOGÍAS Y TÉCNICAS DE TRABAJO	
	12	
IV.-	VEJEZ, DEPENDENCIA Y PROTECCIÓN SOCIAL EN EUROPA	
	18	
IV.1.-	DEPENDENCIA Y MODELOS DE PROTECCIÓN SOCIAL	
	26	
IV.2.-	LA AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES	
EN		
	FRANCIA	34
IV.3.-	LA AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES	
EN		
	BÉLGICA	47
IV.4.-	LA AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES	
EN		
	FINLANDIA. UNA POLÍTICA EN TRANSICIÓN	
	53	
IV.5.-	LA AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES	
EN		
	ITALIA	
	61	
IV.6.-	LA AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES	
EN		
	ALEMANIA	67
IV.7.-	LA AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES	
EN		

	GRAN BRETAÑA. EL DESARROLLO DE UN CUASI-MERCADO	
	70	
EN	IV.8.- LA AYUDA A DOMICILIO PARA PERSONAS MAYORES	
	AUSTRIA. EL MODELO VIENÉS	
	79	
	IV.9.- BIBLIOGRAFÍA	
	91	
V.-	EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA	
	93	
	V.1.-SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA	
	99	
	V.2.-EL SAD EN LAS CCAA	
	117	
	V.3.-RECURSOS ECONÓMICOS DESTINADOS A LA	
	FINANCIACIÓN	
	DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	
	165	
VI.-	LA SITUACIÓN DEL SAD EN DIFERENTES COMUNIDADES	
	AUTÓNOMAS	183
	VI.1.- ANDALUCÍA	
	183	
	VI.2.- ASTURIAS	
	198	
	VI.3.- BALEARES	
	222	
	VI.4.- GALICIA	
	243	
	VI.5.- COMUNIDAD AUTÓNOMA DE MADRID	
	265	
	VI.6.- PAÍS VASCO	
	295	

VII.-EL SAD EN LOS AYUNTAMIENTOS DE MENOS DE 250.000 HABITANTES	332
VIII.- LA DEMANDA DE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO 394	
VIII.1.- LA DEMANDA DE SAD: EL GOBIERNO DE LA CASUÍSTICA	395
VIII.2.- LAS CUATRO GRANDES TIPOLOGÍAS DE DEMANDA DE SAD 400	
VIII.3.- PRINCIPALES PERFILES DE DEMANDANTES EN CADA UNA DE LAS CUATRO POSICIONES TIPOLÓGICAS PROPUESTAS 418	
VIII.4.- A MODO DE BALANCE DE LA DEMANDA DE SERVICIOS SOCIALES	421
VIII.5.- LAS TIPOLOGÍAS DE DEMANDANTES EN LAS DIFERENTES COMUNIDADES AUTÓNOMAS 425	
VIII.6.- A VUELTAS CON LOS BENEFICIARIOS DE SAD 428	
IX.- EL SERVICIO DE AYUDA DOMICILIO EN LA OFERTA INSTITUCIONAL	435
IX.1.- LA IDENTIFICACIÓN SEMÁNTICA DEL SAD 435	
X.- LA ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL DEL SAD DESDE LOS AYUNTAMIENTOS Y MANCOMUNIDADES	445
X.1.-LOS PRINCIPALES EJES DEL CONFLICTO DE LAS CORPORACIONES LOCALES CON LAS INSTITUCIONES SUPERIORES	450
X.2.-LOS PRINCIPALES EJES DEL CONFLICTO DE LAS	

CORPORACIONES LOCALES CON LAS INSTANCIAS Y AGENTES SUBORDINADOS	460
X.3.-LAS DIFERENTES LÍNEAS DE DIFICULTADES DE LAS CORPORACIONES LOCALES CON ACUERDO A SU TAMAÑO POBLACIONAL	469
XI.- EMPRESAS, COOPERATIVAS Y ONGs EN EL TRABAJO DEL SERVICIO	
DE AYUDA A DOMICILIO	475
XI.1.- LAS EMPRESAS EN LA OFERTA DEL SAD	475
XI.2.- LAS ONGs EN LA OFERTA DEL SAD	493
XI.3.- LAS COOPERATIVAS DE TRABAJADORES EN LA OFERTA	
DEL SAD	498
XII.-LAS AUXILIARES DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO	504
XII.1.- MATICES DE IDENTIDAD ENTRE DIFERENTES	516
XII.2.- LAS TAREAS AUXILIARES DE SAD	523
XIII.- EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO, ENTRE LA OFERTA Y LA	
DEMANDA	533
XIII.1.- DEMANDAS Y SERVICIOS	536
XIII.2.- HACIA UNA REDEFINICIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A	
DOMICILIO	542
XIV.-PERSPECTIVA DAFO (DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y	

OPORTUNIDADES) DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

555

I.- INTRODUCCIÓN

En las páginas siguientes exponemos el informe integrado y compendiado correspondiente al estudio que, de forma general, hemos caracterizado bajo el título de EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD): SU SITUACIÓN ACTUAL y que ha sido realizado por encargo de IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Se trata, por sobre todas las cosas, de un acercamiento exploratorio a la realidad de este servicio cuya complejidad, diversidad y amalgama de circunstancias y puntos de vista y fuga, lo sitúan en una encrucijada de gran interés tanto desde el punto de vista político, como también económico, administrativo, logístico..., dadas las diferentes perspectivas de investigación que convoca. Se trata, por tanto, de un estudio cuya complejidad viene dada por los horizontes mismos de investigación que intenta abordar y conocer diferentes perspectivas sobre este ya de por sí, complejo tema de estudios. En efecto, estructurar y sobre todo, mantener y hacer crecer un servicio de SAD en una comunidad local - incluso, si pudiéramos pensarla con independencia de su tamaño demográfico - es una tarea de profunda complejidad que nunca puede darse por asentada, por estandarizada ni, menos aún, por solidificada, ya que su propia identidad estructurante le somete al cambio y a la capacidad de transformación constante en el tiempo y en la magnitud de receptores y agentes involucrados en su misma realización de servicio. Pero más aún, intentar encontrar perspectivas de homologación de toda la diversidad de

esquemas que definen y caracterizan la amplia estructura de variables que ofrece la particularidad llamada SAD resulta, si cabe, aún más difícil. Sin embargo, si ambas dimensiones (la identidad peculiar de una oferta SAD y la descomposición en los diversos indicadores que la componen) resulta dificultoso, la intención de fondo del presente trabajo que no es otra que intentar presentar un estado de la cuestión del SAD en sus diversas manifestaciones, sus conflictos y las dificultades que asume, nos exige exponer desde estas primeras páginas la necesaria apelación a la humildad de expectativas y pretensiones en la búsqueda de un acercamiento al mismo y en la necesidad de desarrollar miradas transversales que pongan en contacto analítico a los diferentes agentes y estructuras relacionadas en este mismo servicio.

Los Estados modernos europeos han puesto de manifiesto su voluntad de desafiar a los elementos al proponer, de manera articulada, procurar este tipo de servicios. Sin ninguna duda, lo que hoy parece algo "lógico" del hacer del conjunto de las instituciones, especialmente las instituciones locales, tal como es ofrecer servicios sociales a la ciudadanía, encierra, sin embargo, una gran complejidad. Porque el desafío no es sólo procurar sistemas de flujos energéticos hacia los hogares como sucede con otro tipo de servicios. Los servicios sociales, implican, sin remisión, formas de interacción sujetas a una compleja casuística que tiene en su mismidad particular, formas cambiantes de existencia. Dicho en otros términos, no hay Servicio de Ayuda a Domicilio que pueda caracterizarse en una fotografía fija porque su propia naturaleza pone de manifiesto que se

trata de una relación sujeta a transformaciones, cambios, domesticaciones y conflictos propios de toda relación y experiencia humana. Lo que está en situación de debate en una experiencia de oferta y demanda de SAD es el juego de las intersubjetividades en las que participan diversidad de agentes, (representantes institucionales, trabajadoras sociales, directoras/es de centros, coordinadoras de área, empresarios/as, administrativos de empresas, auxiliares de hogar, etc.), muchos de ellos con carácter invisible, pero cuyas actuaciones resultan fundamentales para que el servicio logre formas de sistematicidad eficaces. Una sistematicidad siempre cambiante, nunca cerrada, que está abierta siempre a nuevas demandas, nuevos espacios, nuevos agentes ejecutores, nuevas realidades, las cuales encierran casuísticas jamás estandarizadas a pesar de que se fueren formas de tipologización bajo los amplios paraguas del concepto dependencia, mayores, discapacidad, familias desestructuradas, etc.

En la historia reciente de España el acercamiento de las instituciones al amplio y complejo mundo de las demandas de servicios sociales de los diversos sectores ciudadanos, ha puesto de manifiesto de manera reiterada y sin paliativos, al menos dos dimensiones comunes en dichas demandas: en primer lugar que son amplias, complejas, diversas pero, sobre todo, verdaderas en su centralidad y perentoriedad para amplios segmentos de la población. En segundo lugar, que la potencialidad de dar una cobertura relativamente correcta y dignificante a dichas necesidades y demandas implica el concierto de diferentes sectores y agentes sociales que permitan hacer

de puente, de nexos, entre las instituciones y la sociedad o, al menos, entre sus segmentos más necesitados y las responsabilidades institucionales que han de asumirse.

El Servicio de Ayuda (o Asistencia) a Domicilio - a partir de ahora, SAD - aparece, dentro del conjunto de los Servicios Sociales gestionados por las instituciones locales, como el "*servicio estrella*" de entre todos los que se ofrecen o proponen. Se trata de un servicio que a pesar de la gran diversidad de características que comprende y que en ningún caso parecen estar realmente homologadas, responde de manera congruente con esta particular calificación de ser considerado el más importante y el que más inversiones económicas pero también recursos humanos y en muchos casos técnicas y sin ninguna duda, de gestión, concentran en su realización tras la búsqueda de su eficacia. Pero no sólo presentan cuadros de muy variable nivel de satisfacción para las mismas instituciones, empresas, asociaciones, etc. que se hayan involucrados con este servicio ya que todas y todos ponen el listón muy alto en la búsqueda de mayor excelencia. Sucede que, al menos hasta la realización de esta investigación y de acuerdo al material de campo producido, resulta imposible encontrar un modelo de SAD que realmente permita hacer coincidir formas y grados de satisfacción para el conjunto de los involucrados.

Lo que hemos intentado en la presente investigación es alcanzar un grado de identificación del estado de la cuestión y la situación actual del SAD y de los diversos agentes vinculados a este servicios por lo que de manera inevitablemente generalista, en las páginas que siguen

están presentes las perspectivas de los diversos colectivos implicados: desde responsables de Consejerías de Asuntos Sociales de algunas Comunidad Autónomas en las que hemos trabajado de manera más intensiva, Ayuntamientos, Mancomunidades de Servicios Sociales, pero también responsables de empresas, coordinadoras del servicio, auxiliares de la ayuda a domicilio, representantes de ONGs que se dedican a SAD, trabajadoras autónomas en este área, etc. hasta, finalmente, los propios usuarios de este servicio y sus entornos inmediatos cuya diversidad e inevitable casuística resultan difícilmente reductibles bajo el concepto beneficiarios.

Tras la búsqueda de una clarificación que permita un mejor y más eficaz acercamiento a la complejidad de este peculiar servicio dentro del conjunto de los servicios sociales, comenzamos este informe con un capítulo - inevitablemente sintético - que sintetiza en sus líneas más dominantes las formas de organización y evolución diacrónica de la puesta en funcionamiento y organización actual del SAD en diferentes países de la Europa Comunitaria. En concreto nos hemos detenido, después de una búsqueda de clarificación acerca de los paradigmas que guían u orientan diversas formas de actuación de los estados modernos en el área de los servicios sociales, en el devenir y la realidad actual de SAD en Noruega, Bélgica, Francia, Austria, Italia y Gran Bretaña, países en los que si algo tiene en común la articulación y el funcionamiento así como la misma existencia de SAD, es que ninguno de estos modelos resulta totalmente satisfactorio para el conjunto de los agentes implicados

en cada uno de esas identidades nacionales. Ninguno, ni siquiera los que aparecen como modelo de orientación de los otros países, cual sucede con la estructura de los servicios sociales en los países nórdicos, vistos desde las experiencias mucho más modestas y distantes de los países mediterráneos, entre los cuales - cómo no - incluimos a España.

Continuamos después con una serie de capítulos en el que intentamos recoger de forma también sintética las grandes coordenadas de esta investigación, especialmente en aquellos aspectos que venimos nombrando desde esta misma introducción y que siendo parte actuante de la oferta de SAD, dan cuenta también de la intrínseca dificultad que implica la búsqueda de articulación de los aspectos críticos y los positivos tras la necesaria construcción de un modelo relativamente homologado dentro del conjunto de las diversidades organizativas de servicios sociales en España. Es decir que intentamos presentar de forma inevitablemente esquemática, los principales ejes de la realidad del SAD en las seis CC AA en las que de forma intensiva, trabajamos alrededor de este tema: Andalucía; Asturias; Euskadi; Galicia; Islas Baleares y Madrid.

En nuestro anteproyecto ya dábamos cuenta del sentido de elección de estas Comunidades Autónomas, que en ningún caso pueden ser consideradas razones representativas de la totalidad, sino más bien significativas de las diferencias existentes en cada una de las diecisiete comunidades del Estado Español. La opción por Euskadi se basa en un doble eje caracterizador: se trata de unas las

Autonomías en las que los servicios sociales tienen un mayor protagonismo dentro de la política general y es, además, una de las dos identidades políticas -junto con Navarra- que no están comprendidas dentro del Plan Concertado. Asturias y Madrid, siendo dos autonomías uniprovinciales presentan diferentes perfiles de organización demográfica: mientras que Asturias tiene una importante dispersión en Consejos y Municipios, la Comunidad de Madrid tiene una notable concentración demográfica en la ciudad de Madrid lo que implica la absorción de gran parte de los presupuestos y proyectos de la política autonómica general de la región. Andalucía es, sin ninguna duda, una de las realidades más diversas y dispersas dentro del panorama autonómico, con la existencia de ocho provincias diferentes en demografía, desarrollo, cultura poblacional, utilización de recursos, políticas de servicios sociales, etc. Galicia fue elegida por el particular mapa de dispersión geográfica de la población que presenta y finalmente, Islas Baleares, merced a la peculiar circunstancia que significa la realidad insular y el hecho de corresponder a dicha autonomía, la renta per cápita más alta del Estado Español. Es evidente que cualquiera otra de las autonomías en las que no hemos trabajado de manera intensiva, tienen motivos suficientes para ser elegidas, pero no lo fueron porque entendimos desde el primer momento de gestación de esta investigación, que correspondía profundizar en algunas, aún cuando fuera inevitable la organización de la selección que deja fuera una amplia mayoría de ellas.

El acercamiento realizado ha sido prioritariamente de tipo cualitativo, con metodologías de acercamiento directo a esta diversa y compleja realidad, tras la búsqueda de una toma de contacto real con los diferentes interlocutores capaces de dar cuenta del estado de la cuestión del SAD en cada realidad autonómica visitada. Lamentablemente, a pesar de que la base de interlocutores es relativamente consistente en cada caso dado que se trata de un acercamiento de tipo cualitativo, lo cierto es que la fragmentación de funciones, actividades, conocimientos y puntos de vista de lo que sucede realmente con el SAD en cada uno de estas seis autonomías, resulta incompleto, a veces inconexo y siempre dubitativo. Pero tenemos claro que no es un problema del acercamiento metodológico sino de la verdadera naturaleza de diversidad y fraccionamiento que implica la actual situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en cada punto de inflexión en el que se ofrece. En cada una de las mismas comunidades resulta muy difícil elucidar el modelo de SAD que gobierna porque existen diferentes posibilidades con acuerdo, más que a una planificación estratégica de los servicios sociales, a una línea de actuaciones sobre la marcha que año tras año, intenta realizarse con las mejores intenciones, pero sin posibilidad de diseñar planes a medio o largo plazo con objetivos a alcanzar tras una estrategia de integración que permita, en definitiva, aludir al concepto "modelo".

Por otra parte, es evidente que si en la realidad de ejecución del SAD en las diferentes Comunidades Autónomas se produce una muy señalada geometría variable de las

formas de funcionamiento, así como de los protocolos y tendencias de acción social, lo es más aún cuando intentamos plasmarlo como resultado de un proceso de investigación. De esta forma, en las páginas que siguen encontraremos que no hay un informe homologado de cada una de las Comunidades Autónomas porque en cada una de ellas nos hemos encontrado con perfiles de saberes y de conocimientos, pero también de perspectivas y de valoraciones sobre el servicio muy diferentes y, sobre todo, hemos constatado la dificultad intrínseca de alcanzar una toma de contacto real con algunos/as interlocutores. En efecto, Comunidades como la de Madrid o la Comunidad de las Islas Baleares, la primera porque tienen bajo su responsabilidad volúmenes demográficos de demandas muy excesivas, o en el otro caso por las dificultades de acceso a los interlocutores, por unas razones o por otras lo cierto es que ha sido imposible cumplimentar la dispersión de entrevistas e interlocuciones previstas. Siempre que hemos podido hemos reemplazado a los representantes de la interlocución, pero no ha sido fácil en ciertos cargos estratégicos cuyo vacío es probable que se haga evidente en las limitaciones del propio texto en su búsqueda de la mirada global dado que no hay figuras de reemplazo real de esos saberes, a pesar de que han sido perseguidos con tenacidad de investigadores y convicción de lo estratégico de alcanzar alguna forma de encuentro.

El intento de realizar un acercamiento específico a uno de los aspectos nodales del funcionamiento del SAD como es el que se refiere a los aspectos económicos, ha resultado ser otra de las grandes dificultades de la

presente investigación. Desde esta misma introducción deberemos dar cuenta de la radical dificultad que ha significado para este trabajo de investigación social, poder realizar una toma de contacto real con dicha dimensión. Los responsables de servicios sociales de aquellas autonomías en las que específicamente hemos buscado una información más intensa - dada la peculiaridad intensiva de nuestra propia metodología de trabajo- no han podido dar cuenta fiel de la evolución y las circunstancias (partidas, proyectos, número de beneficiarios, personas involucradas, presupuestos específicos, etc.) que en sus respectivas autonomías implica el funcionamiento y desarrollo del SAD en la actualidad. En los ayuntamientos o mancomunidades, por su parte, la misma dinámica de seguimiento día a día del funcionamiento global, les impide tener un panorama específico de cuál es la realidad económica desde la que trabajan y, menos aún, qué tipo de partidas son las que realmente se alimentan del presupuesto de SAD que reciben de la misma institución local, del Plan concertado, la Comunidad Autónoma, el Concell, la Diputación o la entidad que corresponda en cada caso. Por su parte, las empresas que en gran número nos hemos encontrado realizando substancialmente el contenido más que la formalización del servicio, amparadas en la legítima privacidad de sus datos no aportan información acerca de sus correspondientes partidas, ya se trate de las autoridades máximas que en cualquier caso son también trabajadores de entidades superiores a sus cargos, ni menos aún, los gerentes, las coordinadoras, o las mismas auxiliares de hogar que ejecutan los correspondientes trabajos y tareas adjudicadas por la logística de

funcionamiento del servicio. Por lo que más que un informe sobre la realidad económica, lo que alcanzamos proponer es un acercamiento a los indicadores que desde la perspectiva economicista organizan las diferentes partidas del SAD, ateniéndonos a la evolución de dicho servicio, a los datos correspondientes a los años anteriores -en aquellos casos en los que resultó factible acceder a ellos- y finalmente a las estadísticas publicadas al respecto por diferentes CC AA que presentan, de manera elocuente, datos muy genéricos articulados prioritariamente en función del número de beneficiarios que atienden y los datos correspondientes a sus pliegos de convocatoria y el precio hora que estiman conveniente en cada caso y siempre referidas a partidas ya cerradas de años transcurridos.

Con respecto a la encuesta estadística realizada, se trata de una encuesta telefónica a representantes de Ayuntamientos y Mancomunidades directamente relacionados con el servicio de SAD y que en número de 250 (doscientas cincuenta) entrevistas, dan cuenta de la forma de ejecución del servicio, así como del perfil de los beneficiarios, las tipologías de la oferta, las competencias de las auxiliares, al existencia o no de externalización en el servicio y finalmente de la evolución del mismo, en una muestra representativa de municipios con población inferior a los doscientos cincuenta mil habitantes y en todo el territorio del Estado Español.

A pesar de los silencios y las importantes dificultades que hemos tenido para la realización de gran parte de las

tareas de esta investigación, también es justicia agradecer a todas y todos aquellos que tanto desde las administraciones, como las empresas, las ONGs; las cooperativas, las trabajadoras, las familias de los beneficiarios de SAD y finalmente los mismos usuarios, han participado como interlocutores de esta investigación. Sin ellos, las páginas que siguen habrían sido imposibles de construir. Por ello, hacia todos, nuestro mayor agradecimiento.

El presente trabajo de investigación ha sido diseñado, coordinado y ejecutado en CIMOP (COMUNICACIÓN, IMAGEN Y OPINIÓN PÚBLICA) bajo la dirección de Cristina Santamarina y en este trabajo han participado también Graciela Monfort: Carmen Macías, Verónica Mendiguren, Edgardo Oviedo, Rafael Rodríguez y Saul Shvartzberg.

Finalmente, será necesario señalar que la intención fundamental del presente informe es dar cuenta del estado del SAD en diferentes autonomías del Estado español, pero sobre todo, dar cuenta de las diferentes potencialidades y conflictos que existen entre los agentes desde una perspectiva transversal de relación y comprensión de la identidad de cada sector en el entramado de las relaciones múltiples en las que desarrollan sus demandas o ejecutan sus ofertas. Por lo que si al finalizar la lectura de este trabajo se tiene la sensación de la importancia de articular nuevas formas de identificación, gestión y reorientación del SAD, tal vez hayamos ayudado a un mejor desarrollo y comprensión de los Servicios Sociales en España, que frente a otros ámbitos como Educación, Sanidad, Pensiones - tan complejos como el que

nos ocupa - presenta sin embargo un déficit de articulación por parte de las administraciones y sectores involucrados y una falta de identificación y valoración por parte de la ciudadanía.

II.- OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

De manera sintética - a fin de que resulte claramente expresiva su potencialidad - hemos sintetizado en siete puntos diferentes los grandes objetivos que caracterizan la actual investigación:

- CONOCER DIVERSOS MODELOS DE SAD DESARROLLADOS ACTUALMENTE EN EUROPA Y EN EL ESTADO ESPAÑOL
- CONOCER LOS DIVERSOS INDICADORES QUE DAN CUENTA DE DICHS MODELOS
- CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DE LA OFERTA DE SAD DESDE LA PUESTA EN FUNCIONAMIENTO POR PARTE DE LAS MISMAS ADMINISTRACIONES LOCALES EN POBLACIONES INFERIORES A LOS 250.000 (DOSCIENTOS CINCUENTA MIL) HABITANTES.
- CONOCER LAS CARACTERÍSTICAS DE ORGANIZACIÓN, PERO TAMBIEN LOS CONFLICTOS Y LAS INSATISFACCIONES DE LOS DIFERENTES AGENTES IMPLICADOS EN LA OFERTA DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.
- CONOCER LAS PECULIARIDADES DE LAS DEMANDAS INTENTANDO CONSTRUIR UNA TIPOLOGIA DE CARACTERIZACION DE LA AMPLIA, DIVERSA Y COMPLEJA CASUÍSTICA QUE LA CARACTERIZA.

- EXHIBIR ALGUNOS DE LOS PROBLEMAS MAS DESTACADOS DE LA ACTUAL REALIDAD DE OFERTA Y DEMANDA DE SAD EN EL ESTADO ESPAÑOL

- AVANZAR HACIA POSIBLES MODELOS DE DESARROLLO DE SAD CON LA PRETENSÓN DE LOGRAR UNA MEJOR UTILIZACIÓN DE LOS RECURSOS HUMANOS, TÉCNICOS Y DE GESTION QUE LOS DESARROLLAN

- ALCANZAR UNA PERSPECTIVA DAFO (DEBILIDADES, AMENAZAS, FORTALEZAS Y OPORTUNIDADES) DEL SERVICIO SAD, A FIN DE LOGRAR UN ESTADO DE BATE HACIA UNA MAYOR Y MEJOR REODENACION DE LOS RECURSOS Y UNA MEJOR RESPUESTA LA DEMANDA EXISTENTE.

III.- METODOLOGÍAS Y TÉCNICAS DE TRABAJO

El conjunto de la investigación realizada consta de tres grandes fases de ejecución, que corresponden a tres diferentes mecanismos de acercamiento al fenómeno estudiado, la SITUACIÓN ACTUAL DEL SAD

- PRIMERA FASE: ACERCAMIENTO A FUENTES SECUNDARIAS QUE PERMITIERAN UNA TOMA DE CONTACTO CON LA REALIDAD DE ALGUNOS DE LOS DIVERSOS MODELOS DE SAD EUROPEOS.
- SEGUNDA FASE: REALIZACIÓN DE UN TRABAJO INTENSIVO DE ACERCAMIENTO A SEIS COMUNIDADES AUTONOMAS DEL ESTADO ESPAÑOL A TRAVÉS DE TÉCNICAS CUALITATIVAS DIVERSAS.
- TERCERA FASE: REALIZACIÓN DE UNA ENCUESTA A UNA MUESTRA DE AYUNTAMIENTOS DE DIFERENTES CC AA, CUYA ENTIDAD DEMOGRÁFICA ES INFERIOR A LOS 250.000 HABITANTES.

Una vez realizadas cada una de estas fases de investigación - de las que damos cuenta en las próximas páginas - decidimos avanzar hacia lo que consideramos la fase más estratégica del conjunto del estudio, que no es otra que la que nos permite avanzar en la realidad de cada uno de los segmentos interlocutores, sus conflictos y la posibilidad de contener las diversas realidades en las que actúan como agentes. Por ello, las tres fases referidas, realización de un seguimiento de las diversas formas de articulación del SAD en algunos países de la

Unión Europea, el desarrollo de la investigación con diversas técnicas cualitativas en las seis CC AA ya reseñadas - Andalucía, Asturias, Baleares, Galicia, Comunidad de Madrid y País Vasco - y la ejecución de la encuesta estadística pretenden ser el punto de partida para las siguientes reflexiones que contienen - sin localización administrativa, la parte esencial del presente trabajo.

Sin embargo, consideramos de importancia vital comprender el acercamiento realizado en las respectivas fases, especialmente en lo que respecta a las diversas técnicas de investigación cualitativas desarrolladas en el acercamiento a la realidad del SAD en las diferentes CC AA , dada las peculiares dimensiones comprensivas que estas técnicas y estos procesos de trabajo han deparado a nuestra investigación.

El amplio y complejo enfoque con el que se ha realizado la presente investigación en las seis Comunidades Autónomas elegidas para profundizar en ellas alrededor de la situación actual del SAD, responde de forma explícita al marco metodológico propuesto desde la llamada metodología estructural o cualitativa. Una metodología - del griego *metá* (hacia) y *odós* (camino) - es un procedimiento de reflexión que guía un conjunto de técnicas analíticas que conducen a un mejor conocimiento de un fenómeno. En el campo de las ciencias humanas y sociales los fenómenos no son esencialmente cerrados y abordar, como en este caso, un estudio sobre imágenes sociales, es decir sobre cómo se percibe, se experimenta y se valora desde diferentes perspectivas experienciales y axiológicas un tema como el que nos ocupa requiere de

un grado de implicación múltiple con el tema de estudios, que permita, enfocar al mismo desde una amplia y abierta perspectiva de acercamiento. Por situar una metáfora comparativa, podríamos decir que el tema a investigar es como un poliedro, con diferentes caras, distintas aristas y ángulos de aproximación y sobre todo, diferentes perspectivas de aproximación según las peculiares miradas de los diferentes interlocutores vinculados al mismo.

La metodología cualitativa, pretende sobre todo, conocer de manera directa cuáles son los puntos de vista que los sujetos interlocutores tienen acerca de un tema que se está investigando. Los temas no son introducidos de manera directa ni se formulan preguntas ya cerradas que pudieran influir en el tono y el alcance de las respuestas de los participantes. Lo que se procura es que los mismos interlocutores, una vez propuesto el tema de la reunión, sean los que vayan estructurando el orden y el contenido de las ideas. Interesa descubrir bajo qué formas ellos mismos perciben el tema, lo que piensan y valoran, bajo qué preguntas tácitas de su propia manera de pensar se organizan su sensibilidad y las consideraciones sobre el fenómeno que se estudia. La función del investigador se desarrolla en dos planos: por un lado y atendiendo a la dinámica discursiva, se ocupa de crear y mantener las condiciones óptimas para la participación, el sinceramiento y la profundización de las ideas. Además, en este mismo plano, cuida de que se produzca la necesaria confrontación y apertura para estimular su caracterización y desarrollo tanto cuando la práctica investigativa se produce con varios interlocutores a la vez - historias de trayectorias sociales, grupos de

discusión -, como cuando se produce de manera más individual a través de entrevistas personalizadas y/o en profundidad. Por otro lado, quien investiga se ocupa de garantizar que se cumpla el campo de temas definido en los objetivos del estudio, administrando los tiempos disponibles en cada proceso de interlocución. En resumen, la función esencial del investigador es permitir hablar y crear las condiciones para que esto ocurra con el máximo de calidad y pertinencia teniendo conciencia que esa producción discursiva que se ha desarrollado está íntimamente relacionada con la vivencia de aquello que articula el sentido de la investigación y con los intereses de su horizonte estratégico.

Para la presente investigación fueron realizados trabajos de campo entre representantes de la DEMANDA DE SAD

- UN TOTAL DE TREINTA (30) ESTUDIOS DE TRAYECTORIAS VITALES ENTRE DIFERENTES PERFILES DE USUARIOS Y BENEFICIARIOS DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO, es decir que fueron entrevistadas las personas usuarias directas del SAD, pero también diferentes agentes del entorno directo como familiares, vecinos, profesionales de atención geriátrica, auxiliares de ayuda domiciliaria, médicos, etc.

... Y un amplio número de entrevistas, grupos de discusión y seguimiento de casos entre representantes de los ámbitos de la oferta de SAD en cada una de las seis CC AA en las que se desarrolló este trabajo: ANDALUCIA, ASTURIAS, BALEARES, GALICIA, MADRID y PAIDS VASCO.

- ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD EN NUMERO DE NOVENTA Y UNA (91) entre diferentes profesionales de la Administración Pública y de la Gestión Privada de SAD: responsables autonómicos de Servicios Sociales, Directores/as de Áreas de Servicios Sociales de Ayuntamientos y Mancomunidades; Trabajadoras sociales, Responsables de SAD, Coordinadoras de SAD locales.

- SIETE GRUPOS DE DISCUSIÓN: entre diferentes mujeres (la presencia masculina es apenas anecdótica entre el personal auxiliar de SAD) realizados en las diversas Comunidades Autónomas.

- DOCE ENTREVISTAS EN PROFUNDIDAD a representantes de ONGs vinculadas de manera directa y efectiva con el SAD en diversas CC AA.

ANDALUCÍA	ASTURIAS	EUSKADI	GALICIA	ISLAS BALEARES	MADRID
<ul style="list-style-type: none"> • Dos entrevistas representantes autonómicos • Dos entrevistas representantes diputaciones • Seis entrevistas representantes ayuntamientos • Cuatro entrevistas representantes SAD municipal • Seis entrevistas coordinadoras y auxiliares • Dos entrevistas empresas SAD • Cinco entrevistas usuarios y contexto familiar 	<ul style="list-style-type: none"> • Una entrevista representante autonómica • Tres entrevistas ayuntamientos • Cuatro entrevistas responsables SAD • Seis entrevistas auxiliares • Una entrevista ONGs • Cuatro entrevistas trayectorias (usuarios, familiares y vecinos) 	<ul style="list-style-type: none"> • Tres entrevistas representantes diputaciones • Una entrevista Gobierno Autónomo • Cuatro entrevistas ayuntamientos • Cinco entrevistas usuarios y entorno • Dos entrevistas ONGs • Cuatro entrevistas auxiliares • Grupo Triangular familiares SAD 	<ul style="list-style-type: none"> • Una entrevista Gobierno Gallego • Dos entrevistas diputaciones • Cinco entrevistas ayuntamientos • Cinco entrevistas coordinadoras SAD • Grupo Discusión servicio SAD ONGs. • Cinco trayectorias SAD de usuarios • Una entrevista empresa 	<ul style="list-style-type: none"> • Una entrevista Gobierno Autónomo • Dos entrevistas Concells Insulars • Cinco entrevistas ayuntamientos. • Dos entrevistas coordinadoras SAD • Grupo Discusión auxiliares SAD • Seis Historias y Trayectorias usuarios SAD • Dos entrevistas empresas 	<ul style="list-style-type: none"> • Tres entrevistas ayuntamientos • Una entrevista mancomunidad • Tres entrevistas empresas • Tres entrevistas ONGs • Dos Grupos auxiliares • Seis casos trayectorias • Cuatro expertos instituciones

Para la tercera fase de la investigación se puso en circulación una encuesta con acuerdo al siguiente diseño:

UNIVERSO: AYUNTAMIENTOS CON POBLACIÓN IGUAL O MENOR DE 250.000 (doscientos cincuenta mil) HABITANTES

MUESTRA: DOSCIENTOS CINCUENTA (250) ENTIDADES: AYUNTAMIENTOS Y MANCOMUNIDADES DE SERVICIOS SOCIALES

CUESTIONARIO: ANEXO AL FINAL DE ESTE INFORME

METODO DE TRABAJO: ENCUESTA TELEFONICA

DURACIÓN DE LA ENCUESTA: 20/25 MINUTOS

IV.- VEJEZ, DEPENDENCIA Y PROTECCIÓN SOCIAL EN EUROPA

Entre 1990 y 2000 el crecimiento de la población mayor de ochenta años en la Unión Europea fue del 36 %. Sólo el 10% de esa población vivía en residencias y el resto en su domicilio (Eurostat, 2000.)

A comienzos de los años noventa la OCDE emprendía la reflexión sobre la problemática de la atención y cuidados de larga duración para personas mayores dependientes. Y, a continuación, también la Comunidad Europea procedía, por su parte, a realizar diversos estudios sobre este tema. En la actualidad son muchos los interrogantes que plantea en los países desarrollados el futuro de las políticas destinadas a las personas mayores dependientes: ¿Habrán que suprimir las instituciones de acogida para personas mayores y desarrollar las estructuras de ayuda a domicilio? ¿Se debe reforzar la ayuda que presta el voluntariado? ¿Debe ser remunerada esta ayuda? En la mayoría de los países europeos el desarrollo de la asunción de la responsabilidad respecto de la dependencia de las personas mayores es similar:

1- El número de personas mayores y, especialmente, muy mayores, aumenta y seguirá aumentando en el futuro (OCDE, 1995). Los estudios sobre la esperanza de vida sin incapacidad hacen pensar que tenderá a alargarse el período final de vida dependiente y que ello se va a traducir en un aumento en la demanda de prestaciones bajo la forma de una garantía de ingresos, atención sanitaria y cuidados de larga duración (OCDE, 1994.)

El aumento de la esperanza de vida, que en las sociedades desarrolladas se considera como uno de los aspectos fundamentales del bienestar, supone un coste económico y social que hasta hace poco tiempo se había subestimado e, incluso, ignorado.

- 2- La asunción de la responsabilidad de los problemas de la dependencia de las personas mayores por parte de la familia y por el entorno se va reduciendo de forma paulatina a causa de la acción conjunta de varios factores tales como, entre otros, el descenso de la natalidad; el crecimiento de las tasas de actividad femenina; la falta de personas que puedan prestar ayuda en una sociedad que envejece; el aislamiento; la movilidad geográfica de la población activa; el éxodo rural; las migraciones que se producen con la jubilación y lo exiguo del alojamiento en el medio urbano.

La asunción de responsabilidad sobre la dependencia se constituye como problema social a partir del momento histórico en que el modelo familiar vigente, ampliamente idealizado, comienza a percibirse como fallido. El profundo cambio de las funciones de la familia que se ha producido en las sociedades modernas determina así que la dependencia se haya constituido en una nueva cuestión social.

- 3- Los costes de la asunción de responsabilidad sobre la dependencia de las personas mayores han de seguir aumentando en el futuro ya que la ayuda continuará estando dominada por el modelo sanitario de

“recuperación del estado de salud”. La innovación tecnológica en los equipamientos destinados a las personas mayores dependientes apenas está en sus comienzos. La mejora en la competencia del personal dedicado a esta ayuda va a incrementar, sin duda, el precio de los servicios prestados.

4- La responsabilidad pública se ve restringida por las reducciones presupuestarias y por la contención del gasto en protección social, en particular en las pensiones jubilatorias y prestaciones sanitarias. En tal situación, por una parte aumenta la demanda de intervención social y sanitaria y, por otra, los medios que se destinan a satisfacerla tienden a estancarse.

En consecuencia, los países europeos tienen que afrontar una serie de decisiones colectivas sobre las modalidades materiales y económicas de la asunción de responsabilidad de la dependencia. Concebida en principio como una necesidad que debe ser satisfecha mediante servicios adecuados, la dependencia se concibe hoy, y cada vez más, como un riesgo que hay que cubrir.

En todos los países europeos se ha pasado de la evaluación de la incapacidad de las personas a la valoración de su incapacidad económica y ante este cambio los sistemas de protección social se han visto obligados a adaptarse, con mayor o menor éxito, a esta nueva dimensión de las políticas de vejez. Las políticas de asunción de la responsabilidad de la dependencia han tenido que afrontar una doble regulación: la de una

estructura de atención y ayuda adecuada a las necesidades y la de una estructura de financiación, dentro de cada institución nacional de protección social, capaz de cubrir el riesgo de la dependencia.

De forma general, la política social se basa en la satisfacción de las necesidades sociales. Respecto a la dependencia de las personas mayores, la referencia a las necesidades sociales tiene una función triple: establecer a escala individual o colectiva la forma y gravedad de la incapacidad de las personas; definir los servicios adecuados y determinar las instituciones públicas o privadas capaces de satisfacer estas necesidades. Este triple cometido es la causa de gran parte de las reformas del sistema de previsión de servicios para las personas mayores dependientes, cuyo objetivo es lograr la eficacia de las instituciones y la equidad en la concesión de las prestaciones.

El carácter polisémico del término "dependencia" y la abundancia de sinonimias (salud delicada, morbilidad, riesgo letal, discapacidad, pérdida de autonomía, inadaptación, etcétera) son otros tantos aspectos que dificultan el que se pueda determinar un procedimiento estable de evaluación de las necesidades. La pretensión de definir la dependencia se enfrenta a una dificultad mayor: la dependencia no es sólo un dato biológico ligado a un estado físico o psíquico de la persona sino que es también, y sobre todo, una construcción social (Attias Donfut, 1992). Toda vida en sociedad supone, necesariamente, situaciones de dependencia: "más allá de lo posible y deseable, persiste la constatación de que es

imposible ser independiente: he aquí la verdad de la condición humana" (Memmi, 1979).

Las interpretaciones del concepto dependencia en el ámbito de la política social son muy diversas y no parece existir univocidad en las interpretaciones acerca de este término, tan nuclear, - por otra parte -, en el universo de los servicios sociales.

La preocupación mayor en las tendencias de corte liberal es evitar las situaciones de dependencia entre los beneficiarios de prestaciones de los programas asistenciales. En cambio, en el campo de las políticas de ayuda a las personas mayores dependientes la dependencia es causa y justificación de la asistencia por parte de la colectividad. En un sentido amplio, la dependencia supondría la dependencia física, psíquica, social y económica, pero la dependencia de las personas mayores se mide frecuentemente por la presunta incapacidad de éstas para desenvolverse por cuenta propia, sin la ayuda de otra persona, al menos en actividades cotidianas tales como asearse y acostarse, desplazarse dentro del domicilio, bañarse, vestirse y alimentarse, todo lo cual constituiría formas de dependencia físicas y psíquicas. Las políticas sociales conciben la dependencia como un estado crónico o casi crónico relativo a estos dos complejos paradigmas de consideración de las personas, teniendo en cuenta que incorporan las limitaciones sensoriales a las anteriores.

La noción de dependencia está determinada por las políticas sanitarias, por el desarrollo de la función de los hospitales, por la aparición de la ancianidad como

estado social, por los cambios de mentalidad ante la muerte y por el contexto material y social en el que viven las personas dependientes.

Desde la perspectiva de las políticas sociales la incertidumbre en la evaluación de las necesidades plantea dos problemas fundamentales:

En primer lugar ¿Quién evalúa las necesidades? Generalmente se trata de profesionales que realizan un enfoque funcional, pero que se encuentran limitados por la situación de racionamiento en las prestaciones, lo cual condiciona una imposición de opciones a los solicitantes de la prestación por parte de quienes la ofrecen y establece una enorme desigualdad entre personas y entre zonas geográficas.

Por otra parte, ¿la constatación de la necesidad de ayuda y de servicios define derechos sociales claros? ¿Basta el principio de la compensación de las discapacidades mediante recursos externos para definir tales derechos?

El intento de satisfacer necesidades va a originar una reflexión sobre la adecuación de las prestaciones en nombre de una creciente eficacia. Estas prestaciones abarcan cuatro ámbitos particulares:

- 1- el alojamiento
- 2- las ayudas a la persona (ayuda doméstica)
- 3- cuidados corporales
- 4- atención y servicios sanitarios

Naturalmente, estas categorías no se excluyen unas a otras y sus límites no son ni fijos ni claros. Generalmente se recurre a dos modos de previsión: las prestaciones en especie y las prestaciones en dinero efectivo. La imprecisión de los límites entre las categorías de prestaciones justificaría la asunción de la responsabilidad global de la dependencia y el principio de abonar prestaciones en dinero efectivo. La prioridad absoluta se concede a las prestaciones a domicilio. Las ayudas se conciben, cada vez con mayor frecuencia, para acompañar cotidianamente a la persona hasta su muerte (o hasta la recuperación de su salud y autonomía), lo que explicaría los conceptos de "atención a largo plazo", "servicios de atención de larga duración", "institución de residencia de larga duración", etcétera.

Las primeras políticas sociales en beneficio de las personas mayores dependientes se limitaban a la implicación de las instituciones y de los organismos existentes y a la provisión de sus servicios tradicionales, lo que paulatinamente ha ido conduciendo a una inadecuación de las estructuras de oferta que reviste varios aspectos:

- en el sector sanitario, inadecuación de los servicios de cuidados intensivos a la nueva demanda de atención;
- la obligada conversión de las instituciones para indigentes en residencias para personas dependientes;
- separación entre el sector social y el sanitario

- insuficiencia, cuantitativa y cualitativa, de los servicios a domicilio.

Si bien las reformas llevadas a cabo en los países europeos son muy variadas, todos comparten la misma preocupación por reducir los costes y promover las prestaciones a domicilio. En el sector hospitalario se crean, para responder a la cronificación del estado de dependencia, los cuidados de larga duración y, económicamente, se los administra de forma diferente a los cuidados intensivos. Poco a poco la larga duración ha ido imponiendo la idea de que la responsabilidad respecto al alojamiento y manutención tiene que ser asumida por el anciano.

En el ámbito social, muchos países - como Reino Unido, Dinamarca, Noruega y Suecia- han optado por reducir tanto el número de camas como el de los establecimientos de residencia colectiva. Otros países, como Francia, han ido cambiando la función de las residencias, que adquieren un carácter más sanitario, para poder ofrecer a las personas mayores servicios que eviten su hospitalización en cuidados intensivos. La finalidad de la creación de la ayuda doméstica y de los servicios médicos a domicilio es intentar disminuir el recurso a la hospitalización.

Sin embargo, las reformas de las estructuras de oferta, cuyo objetivo es, por un lado, satisfacer las nuevas necesidades y, al mismo tiempo, reducir los costes, no consiguen ni una sustitución adecuada ni tampoco suprimir el racionamiento y las restricciones.

Pese a las formas de adaptación del sistema de la oferta (prestaciones e instituciones) el gasto social global que genera la asunción de la responsabilidad de la dependencia aumenta más rápidamente que los otros gastos sociales.

Frente a esta situación, las políticas de ayuda a la dependencia se han ido orientando hacia la reforma de las fuentes de financiación. La dependencia aparece así, cada vez más, como un nuevo riesgo social que ha de asumirse tanto por parte de las instituciones como de la ciudadanía, hecho que tiene varias consecuencias:

- acentúa el enfoque individualista de la dependencia y valoriza la responsabilidad individual; sirve como fundamento para determinar qué corresponde a la responsabilidad individual y qué a la responsabilidad colectiva;
- pone el acento en las diferentes formas de financiación de la asunción de la responsabilidad de la dependencia;
- el enfoque temporal de la dependencia es más marcado en la medida en que se concentra en las edades más altas.
- la dependencia adquiere una dimensión probabilista; en realidad, el estado de dependencia es encarado como un futuro estado de certeza de final de la vida; el azar planea sobre el momento en que ha sobrevenir y sobre la duración y gravedad de la

dependencia, que determinan el volumen de los costes;

- la cobertura del riesgo privilegia la idea del seguro, privado o colectivo
- en tanto riesgo, obliga a plantearse el funcionamiento general del sistema de protección social;
- confiere una dimensión económica de gran importancia a la ayuda informal (de los hijos hacia los padres.)

La concepción de la dependencia como un riesgo lleva a plantearse si realmente es posible asegurarse contra tal riesgo (Berliner, 1982, Vermaat, 1996.). Desde este punto de vista, aún cuando existan productos de seguro privado, los inconvenientes son particularmente numerosos. La misma imprecisión de la noción de dependencia supone que el concepto "riesgo" tenga contornos difusos: resulta difícil definir el acontecimiento asegurable y mucho más aún, la llamada disfuncionalidad riesgosa.

La tendencia a contratar un seguro aumenta con la edad, pero también los precios de los seguros. La imprecisión del "riesgo de dependencia" implica también la del producto que se ofrece a las personas. Los servicios de ayuda a la dependencia son en parte poco técnicos, aunque sí, en cambio, muy costosos en tiempo. La imprecisión de la noción de dependencia refuerza la diversidad de tratamientos posibles. Dentro del actual contexto de contención del gasto público se considera que la ayuda a

la dependencia aumenta el déficit público ya que supondría crear deducciones sociales o fiscales suplementarias.

La consideración de este déficit y de los costes estaría señalando dos fenómenos: el gran valor económico de la llamada "ayuda informal" y el acrecentamiento de los costes sociales ligado al aumento de la esperanza de vida. En cualquier caso, el coste de la dependencia estaría cubierto, ya sea por la ayuda informal, ya sea por la participación en los gastos por parte del usuario, aunque una u otra orientación disminuye o aumenta notablemente la dimensión económica y la responsabilidad de las instituciones públicas o privadas.

La asunción de la responsabilidad de la dependencia por parte de la colectividad es el reconocimiento y la aceptación de que el riesgo de dependencia es más un riesgo social - una consecuencia de la vida moderna- que un riesgo que corresponda a la responsabilidad individual. Sin embargo, el seguro de riesgo de dependencia no conduce definitivamente a la formulación de una estrategia óptima de política social.

IV.1.- Dependencia y modelos de protección social

Cada país ha emprendido la reforma de las estructuras de oferta y de las modalidades de financiación, siguiendo, por lo general, los fundamentos de los modelos liberal, o el llamado modelo beveridgeano, o finalmente el modelo bismarckiano.

La capacidad de asumir la responsabilidad de la dependencia de estos tres grandes modelos de protección social - según análisis del especialista G.Esping Andersen (1990) - son diferente.

El sistema liberal

El sistema liberal de protección social es una institución inserta dentro de un conjunto más amplio fundado en el liberalismo económico. Su finalidad es promover una ética del trabajo y una eficacia del mercado que asegure el bienestar individual. La acción del Estado tiende a promover el trabajo, la responsabilidad individual, la igualdad de oportunidades o, en su defecto, intenta garantizar un mínimo de subsistencia basado en la regla de subsidiaridad general (redistribución vertical). Los individuos deben garantizar la cobertura de riesgos, especialmente a través del mercado (seguro privado) y la solidaridad familiar. La solidaridad y la redistribución horizontales están limitadas a las categorías habituales de riesgos y presuponen la existencia y la disponibilidad de la familia. La adaptación del modelo a la asunción de

responsabilidad de la dependencia tiene varias dimensiones.

La oferta de servicios para las personas mayores está dominada por la industria privada. La cobertura del riesgo se atribuye, en primer lugar, a la responsabilidad individual de la persona mayor y en segundo término, a la de su familia y está garantizada por los recursos comunes de la persona mayor, los ahorros (lo que supone disponer de un patrimonio suficiente) y el seguro privado. La tendencia a minimizar la intervención pública lleva a considerar prioritaria, por el principio de subsidiaridad, la asunción de la responsabilidad de la dependencia por parte de la familia. Frecuentemente se apela a la exoneración fiscal con la intención de favorecer la recurrencia a las estructuras privadas.

En caso de que la persona mayor sea insolvente y carezca de familia la asistencia pública se hace cargo de sus necesidades, sobre la base de un control de los recursos y más frecuentemente, de un control social muy grande - como en el caso del programa *Medicaid* en los Estados Unidos -.

El modelo falla en varios aspectos. No puede haber asunción de la responsabilidad de la dependencia por la simple voluntad de aliento en pro del trabajo respecto a personas que son mayores y que están casi al cabo de sus vidas. La referencia a la responsabilidad individual es también un argumento débil en la medida en que interviene muy escasamente en la situación de dependencia. Por otra parte, en aquellas sociedades que pretenden promover la

autonomía individual resulta contradictorio promover al mismo tiempo la ayuda informal entre miembros de la familia y la tutela familiar de las personas mayores. Los trabajos de Wiener (1994) sobre la financiación de los cuidados de larga duración en los Estados Unidos determinan la necesidad de que la asunción de responsabilidad de la dependencia sea predominantemente pública mediante la creación de un seguro social.

Sistema beveridgeano

En el extremo opuesto al sistema liberal, aunque siempre dentro de una sociedad capitalista y de un régimen político democrático, el modelo beveridgeano se basa en la promoción de la ciudadanía. La finalidad de la protección social es, por tanto, garantizar la universalidad, es decir, el poder público se hace cargo de todos los grupos de habitantes, sobre la base de la equidad e igualdad para acceder a los servicios colectivos. Las prestaciones se consideran derechos sociales para todos, y deben garantizar un nivel de vida aceptable en calidad para el conjunto de ciudadanas y ciudadanos. La política social de los países escandinavos ha desalentado siempre la intervención del mercado considerando que los servicios en cuestión no pueden ser comercializados sino que son igualmente accesibles tanto a los ricos como a los pobres. Las prestaciones son, en parte, de monto fijo y en parte indexadas sobre los salarios anteriores. Las instituciones responsables son, naturalmente, las del poder público: el Estado y las colectividades territoriales. La financiación de las prestaciones se

apoya en los impuestos nacionales y locales sobre un tipo de reparto (*pay as you go*) que han de homogenizar los estándares de vida del conjunto de la sociedad.

A priori, tal modelo puede integrar realmente la asunción de responsabilidad de la dependencia ya que la referencia al trabajo no es inmediata y la universalidad es el principio general de la acción social. Además, permite también integrar de manera explícita criterios de equidad en la concesión de las prestaciones. La asunción colectiva de la responsabilidad de la dependencia sobre todo el territorio y sin exclusión de grupos ha modificado, sin embargo, algunos aspectos de la protección social para integrar las ayudas a la dependencia dentro del sistema general de servicios sanitarios y sociales. Muchos países han reducido el número de plazas de larga duración en las residencias y han desarrollado nuevos servicios a domicilio.

La financiación mediante los impuestos pesa sobre la fiscalidad y al mismo tiempo requiere un nivel alto de empleo como fuente primordial de la renta.

Dentro de este sistema la prestación por dependencia es casi siempre una prestación en especie. Sin cuestionar los principios generales reseñados precedentemente, la aparición de la dependencia como un nuevo riesgo ha reforzado algunos cambios en la organización de la oferta de servicios y en los modos de financiación. En primer lugar, el reconocimiento de un nuevo riesgo cubierto por un conjunto de prestaciones en especie permite emprender una reforma que tiende a reducir los límites entre lo

social y lo sanitario y evitar, por ejemplo, el traslado de las personas mayores dependientes de una administración a otra.

En segundo lugar, los países escandinavos - particularmente representativos de este sistema - han desarrollado, bajo el influjo de Dinamarca, la asunción de la responsabilidad de la dependencia sobre la base de la descentralización. Este cambio, fundado en la eficacia de las políticas sociales, tiene varias consecuencias:

- permite superar los desacuerdos vinculados con lo sanitario y lo social;
- tiende a la organización de un conjunto de servicios sobre una base territorial, con un centro único de decisión, el ayuntamiento;
- reduce el impacto de las prestaciones en efectivo a favor de la oferta de prestaciones en especie, consideradas como bienes públicos locales;
- mantiene el enfoque orientado a la ciudadanía;
- refuerza la adecuación entre impuestos locales y bienes públicos locales.

Este proceso de descentralización puede interpretarse también como una tendencia a la universalidad restringida, a la vez por las comunidades locales y también por el gobierno central. Por ejemplo, las subvenciones específicas son reemplazadas, cada vez con

mayor frecuencia, por dotaciones globales. En un contexto nacional e internacional de contención del gasto social, los gobiernos y las colectividades territoriales intentan adoptar nuevas formas de financiación o de asunción de la responsabilidad de la dependencia: aumentando la participación económica individual, la tarificación de los servicios, la movilización familiar, etc. Así, M. Szehebely (1998,1999) ha demostrado la tendencia de los municipios suecos al racionamiento de las prestaciones a domicilio para personas mayores como también una tendencia al dualismo social, donde las clases altas recurren a las soluciones privadas, como forma de marcar diferencias y garantizar vía pago económico una mayor exigencia en la calidad de los servicios y en las especificidades de éstos.

La descentralización provoca el acrecentamiento de las desigualdades ya que traslada la responsabilidad de las diversas formas de racionamiento a los ayuntamientos. En un acceso a las prestaciones dominado por la oferta, la búsqueda de la equidad resulta mas bien teórica ante estas manifestaciones de racionamiento. Las administraciones, los profesionales y, de forma general, las estructuras de oferta orientan las prestaciones. Por otra parte, la financiación de la ayuda a la dependencia está sometida a las variaciones de las prioridades públicas nacionales o locales, entrando así en competencia con los otros objetivos de la política social - lucha contra el desempleo, renta mínima de inserción, etcétera -. También está sometida al mercado político, al poder de las coaliciones electorales, sobre todo cuando el peso político de las personas mayores - como en el

caso de Dinamarca y de los Países Bajos - es ejercido a escala local.

Sien, bajo este modelo que las personas mayores son los principales beneficiarios del desarrollo de los sistemas de protección social, puede ocasionar fenómenos perversos de redistribución regresiva que acaban provocando mecanismos injustos de distribución, a pesar de las buenas intenciones de igualación en la orientación de este modelo.

Sistema bismarckiano

Su finalidad es garantizar al trabajador y a su familia un nivel de vida fundado en los recursos anteriores (excepto en el caso de la salud). G.Esping - Andersen considera este sistema bajo el paradigma corporativista y conservador en la medida en que contribuye a mantener las diferencias de condición social y las desigualdades en la renta. Estas desigualdades en las rentas de las personas mayores reflejan las de las rentas de su actividad profesional anterior. El objetivo de tal sistema de protección social es compensar la pérdida de recursos o cubrir los gastos excepcionales provocados por la aparición del riesgo social. Los derechos sociales están enfocados hacia el trabajador y los miembros de su familia y son administrados por los organismos coparticipantes y el Estado a partir de las cotizaciones sociales. Estos derechos son un bien colectivo de los asegurados. La financiación de la ayuda a la dependencia se funda en la idea de un nuevo riesgo que es cubierto ya sea por una nueva cotización social - como en Alemania y

en Luxemburgo- ya sea por el seguro sanitario directamente - como en el caso de Francia y de Bélgica.

El sistema también impone mantener la asistencia pública para las personas no aseguradas. Este modo de financiación presenta varias ventajas. En el plano individual constituye una fuente segura de financiación. A diferencia del modelo de soporte fiscal, teóricamente no soporta ni el arbitraje de los gastos presupuestarios ni las variaciones de las prioridades sociales en el transcurso del tiempo, según las mayorías políticas y las orientaciones gubernamentales.

Sin embargo, este sistema presenta varios inconvenientes: el riesgo de dependencia concierne sobre todo a los jubilados, es decir a las personas inactivas, argumento esgrimido, precisamente, por la patronal alemana - por ejemplo - para oponerse a la creación de un seguro de dependencia. Desde el momento en que la dependencia es definida como un riesgo normal y connatural a la vida, la referencia al trabajo es, en parte, inadecuada. Alemania se ha orientado hacia la creación de un nuevo seguro social. Según autores como K. Hinrichs y J. Alber, el establecimiento de un seguro de dependencia responde más bien a la voluntad o a la rutina de una institución social por mantener la aceptación de un modelo, también inadecuado, antes que a realizar una innovación que resulta demasiado arriesgada económica, social y políticamente.

El debate sobre el seguro de dependencia pareciera, por tanto, alentar el modelo bismarckiano: reconocimiento del

riesgo, cobertura independiente de la edad y de los recursos, creación de una nueva cotización social, gestión garantizada por las cajas de seguro sanitario. La creación del seguro de dependencia sería una prueba de la adaptabilidad del modelo de seguridad social ante los cambios en la realidad socioeconómica del país. No obstante, al mismo tiempo, contribuye a un desarrollo que lo separa del modelo bismarckiano tradicional. La forma de financiación no es ya únicamente una cotización social de los individuos activos sino que se acerca a una cotización pública, es decir, un impuesto afectado, ya que la base fiscal es más amplia que las rentas de la actividad y además porque la determinación de las tasas es competencia del Parlamento que ha de legislar en nombre de todos y para todos. En consecuencia, si aparentemente se respetan los principios del paritarismo (reparto de la financiación entre empleados y empleadores), en realidad la nueva cotización está sólo a cargo de los empleados, los jubilados y los parados que perciben el subsidio de desempleo ya que los empleadores y empresarios en general no recibirían estos beneficios.

A diferencia de Alemania, Francia se caracteriza por la casi ausencia de debate sobre la forma de financiación del seguro de dependencia. La cobertura del riesgo ha sido asumida por las diferentes cajas de protección social, principalmente el seguro sanitario y por los organismos de protección social para los ciudadanos de menores recursos. Desde hace varios años el proyecto de reforma se orienta en Francia hacia la creación de un subsidio de dependencia. La idea de un seguro social apenas si se ha considerado y su importancia en lo

social presenta una forma más que escasa. Varios son los aspectos que contribuyen a ello. La confusión y asimilación entre seguridad social y Estado ha sido algo común en Francia. Antes del plan Juppé (1995), la creciente intervención del Estado en el sector de la seguridad social llevó a la opinión pública a asimilar las instituciones de la Seguridad Social con el Estado, a pensar en una tutela del Estado tan grande que la Seguridad Social en tanto sistema paritario de gestión de los riesgos sociales devino paulatinamente en una institución social del Estado. Puede que esta asimilación haya podido jugar un papel importante en la formación de un punto ciego en las reflexiones sobre la asunción de la responsabilidad de la dependencia. A finales de los años ochenta surge en Francia la idea de una fiscalización de la Seguridad Social, lo que dio origen a la creación de la Contribución social generalizada (CSG.) Ante esta situación, crear una nueva cotización social regimentada por una forma paritaria podría parecer aberrante. Por otra parte, el subempleo crónico y las restricciones económicas que pesan sobre el sistema de protección social han contribuido, ciertamente, a limitar el debate sobre el seguro de dependencia y la forma de prestación y el modo de su financiación pública. Establecer un seguro de dependencia sería reconocer un nuevo riesgo, diferente a la enfermedad y, no obstante, muy próximo. ¿Por qué reconocer semejante riesgo socio - sanitario que llevaría a despilfarrar aún más los medios de que dispone la política de vejez en un momento en que se predica la asunción global de la responsabilidad de la dependencia? Por el contrario, la orientación hacia un subsidio

general pero sometido a condiciones de recursos se considera una gestión más solidaria.

Los debates en torno al subsidio de dependencia se producen en Francia dentro del contexto de una política de vejez ya ampliamente desarrollada. Por lo tanto este subsidio no constituye el centro de la política sino más bien un medio suplementario que permite complementarla. En 1997 se creó, dentro del marco de la protección social local (departamentos), el subsidio denominado "prestación de dependencia específica". Su funcionamiento no es satisfactorio ya que supone una vuelta a todos los inconvenientes tradicionales de la protección social local (desigualdades locales, normas de subsidiaridad en relación con el esfuerzo prioritario de la familia, control de los recursos, estigmatización social, etcétera). Por tal razón el debate político sobre la creación de una prestación nacional sigue teniendo actualidad.

El debate sobre el subsidio de dependencia en Francia sigue siendo también un asunto profesional signado por el conflicto incesante entre los políticos electos locales y el gobierno, pero atenuado por la acumulación de los mandatos electorales, que está marcada, a su vez, por el poder de las corporaciones profesionales (médicos, estructuras de oferta de servicios, etcétera) para poder conservar lo esencial de sus competencias o de su poder al final de la reforma. En síntesis, si en el momento de reflexionar sobre el subsidio de dependencia en Francia no hubo debate, ello es, ciertamente, consecuencia de "la evidencia" de la solución propuesta. Solución que

contribuye, tan sólo modestamente, a reforzar el actual desarrollo de la protección social en Francia.

Conclusión

Cuando se examina el desarrollo de la protección social y de los servicios sociales para las personas mayores en distintos países, se detectan raíces comunes en todos ellos.

La creación de prestaciones de ayuda a la dependencia (forma de las prestaciones, modos de financiación) está ampliamente condicionada por el sistema de protección social vigente y las reformas globales que sufre en cada país.

La prestación de ayuda a la dependencia se sitúa en posición análoga a la de otras prestaciones sociales y a su surgimiento dentro de cada sistema de protección social, en torno a tres finalidades y acciones principales:

- tentativas de separar la ayuda a la dependencia del modelo familiar;
- tentativas de separar la ayuda a la dependencia del simple modelo de protección;
- tentativas de definir un nuevo derecho social.

Ante estas tres finalidades, los distintos desarrollos y debates pueden sumir, a veces, en la perplejidad. El discurso sobre la renovación de la ayuda familiar es en

realidad una verdadera regresión de la política de vejez, que podría desembocar en la conformación de una nueva población objeto sobre la base del aislamiento en nombre de la subsidiaridad. Por otra parte, la existencia en muchos países de topes en los recursos y en la concesión de prestaciones de ayuda a la dependencia continúa dándoles un carácter de ayuda a los pobres e impidiéndole convertirse en un verdadero derecho del ciudadano.

IV.2.- La ayuda a domicilio para personas mayores en Francia

En Francia la proporción de personas mayores de 65 años pasó del 11,8 % de la población total del país en 1964 a más del 14% en 1996. En 1996 había en Francia más de ocho millones de mayores de 65 años en relación con los 6.500.000 que había en 1969 y más de cuatro millones de entre ellos tenían más de 75 años. El número de personas mayores de sesenta años era de 11,77 millones.

En la actualidad la ayuda a domicilio se concede a las personas mayores de 65 años, o de 60 años en caso de incapacidad para el trabajo, y puede otorgarse tanto en especie como ayuda para las tareas domésticas, o como gastos de alimentación, o bien en dinero efectivo como subsidio común, o como un subsidio representativo del servicio doméstico.

Las ayudas en especie

La ayuda doméstica

Los servicios de ayuda doméstica para personas mayores constituyeron durante largo tiempo la base de la ayuda a domicilio, consolidada gracias a las estructuras públicas surgidas de los colectivos locales, los centros comunales de acción social (Centres communaux d'action sociale, CCAS) y los prestatarios de servicios que se mantuvieron asociados y que predominaban en número. El cometido del servicio de ayuda doméstica es posibilitar que las personas mayores, aún no estando enfermas, que necesiten ayuda en las tareas domésticas y para hacer la compra puedan continuar viviendo en su propio domicilio durante el mayor tiempo posible. Las personas que solicitan este servicio tienen que justificar, habitualmente mediante un certificado médico, la necesidad de esta ayuda y sus rentas no pueden sobrepasar la jubilación mínima. La comisión de admisión fija la duración mensual de estos servicios en un máximo de 30 horas por mes (duración que se reduce en 1/5 para cada uno de los beneficiarios cuando éstos habitan juntos).

El Decreto del 27 de julio de 1977 suprime la referencia a la obligación por alimentos. El decreto N° 78-1069 del 30 de octubre extiende el procedimiento de admisión de urgencia al servicio de ayuda doméstica, que es ordenada por el juez del término municipal y ratificada por la comisión de admisión. El Decreto del 23 de septiembre de 1983 estableció como requisito la participación del beneficiario. La ley 84- 575 del 9 de julio 1984, complementada por el decreto 85-426 del 12 de abril de 1985, establece que la participación económica requerida al beneficiario se determine mediante decisión del presidente del consejo general.

Los consejos generales competentes en materia de protección social o las cajas de pensiones no gestionan por sí mismos los servicios de ayuda doméstica, sino que los acuerdan por convenios con organismos gestores públicos o privados. El sector asociativo predomina en este tipo de ayuda a domicilio: en 1992 las asociaciones efectuaban el 62% de las horas prestadas. En el sector público, los CCAS realizaban el 32% de la actividad. Entre 1980 y 1992 el aumento del nivel de renta de las personas mayores hizo que se modificara el reparto de horas entre los sectores que intervienen en el servicio de ayuda doméstica: la parte correspondiente a la ayuda social legal pasó del 40 al 19 % de las horas prestadas.

En 1992 la financiación al servicio de ayuda doméstica recaía principalmente en la Caja Nacional del Seguro para la Vejez de los Trabajadores en Relación de Dependencia (Caisse nationale d'assurance vieillesse des travailleurs salariés [CNAVTS]), que financiaba el 40% del total de horas prestadas. En la primera mitad de los años ochenta el volumen del gasto total de la ayuda doméstica pasó de los 260 millones de euros para 391.000 beneficiarios en 1981 a 560 millones de euros para 500.000 beneficiarios en 1985. En 1994 el volumen era de 762 millones de euros para 580.000 personas.

Gastos de alimentación

La protección social puede participar en los gastos de alimentación de aquellas personas mayores cuyos recursos son inferiores al límite fijado para el servicio de ayuda

doméstica. Los hogares- comedores son habilitados por el presidente del consejo general, que también fija el precio de las comidas. La comisión de admisión determina la participación del beneficiario teniendo en cuenta sus recursos y el precio de las comidas.

Ayudas en dinero efectivo

Subsidio común

El subsidio especial para la vejez, al que se agrega el subsidio suplementario de los Fondos de solidaridad para la vejez, se concede por un monto completo o reducido. Su importe es igual al del subsidio para la vejez. No se puede acumular a un subsidio para la vejez y sólo es acumulable a los recursos personales del solicitante si éstos no superan el tope reglamentario. El subsidio de alquiler concedido eventualmente no entra en el descuento de recursos. De acuerdo a estas condiciones, el subsidio común se otorga a una minoría de personas mayores que no pueden beneficiarse con ningún subsidio para la vejez.

Subsidio representativo del servicio doméstico

Cuando no existe ningún servicio de ayuda doméstica o si el interesado prefiere el pago de un subsidio en especie, se otorga un subsidio representativo del servicio doméstico. Su importe no puede superar el 60 % del coste del servicio doméstico que podría concederse al beneficiario. Las antiguas circulares recomendaban a las comisiones de admisión dar preferencia a la prestación efectiva del servicio doméstico, ya que ésta "tiende no sólo a proporcionar una ayuda material sino también a

afirmar un vínculo de seguridad entre las personas aisladas y el servicio, cuya mayor eficiencia radica en el carácter preventivo que reviste"

Valoración de la falta de recursos relativa.

Para que intervenga la protección social no se requiere que el solicitante se encuentre en una situación de carencia absoluta de recursos sino que se evalúa la falta de recursos suficientes:

- ya sea en relación con un tope límite de recursos establecido específicamente por decreto para una determinada forma de ayuda social,
- ya sea comparativamente con un tope aplicable a una prestación de la seguridad social;
- ya sea en relación con el monto del gasto que tiene que afrontar el solicitante, como, por ejemplo, el coste diario en un establecimiento para discapacitados o para personas mayores;
- ya sea en relación con un baremo fijado por decreto, como ocurría antes del año 2000 en el caso de la asistencia médica.

En el caso en que se supere el tope límite de recursos:

- el solicitante queda excluido del derecho a la prestación
- o bien le es abonado el subsidio, pero por un monto inferior a la diferencia entre el monto de los recursos y el tope establecido

Los recursos que se tienen en cuenta:

Recursos personales del solicitante

Se tienen en cuenta todos los recursos del solicitante, incluidas las ayudas que pueda percibir: rentas del trabajo, el producto de rentas vitalicias, subsidios y pensiones abonados por un organismo de seguridad social. En el cálculo de los recursos únicamente no son tenidas en cuenta las jubilaciones de ex - combatientes y las pensiones atribuidas a distinciones honoríficas (Legión de honor a título militar.)

Recursos provenientes de un capital de rentas no productivo

No se toman en cuenta el valor del patrimonio inmobiliario o de los capitales, pero sí las rentas provenientes de ellos. Se considera que los bienes y capitales no productivos procuran una renta igual a la renta vitalicia que pagaría la Caja Nacional de Previsión, por el abono en capital enajenado, de una suma representativa del valor de esos bienes. En la aplicación de esta reglamentación están excluidos los muebles de uso

corriente y, según la jurisprudencia, el alojamiento que constituye la residencia principal del solicitante.

Modalidades de afectación de los recursos que se toman en cuenta

La consideración de los recursos del solicitante se realiza de tres maneras. La protección social pública puede:

- abonar el subsidio acordado por un monto reducido

- hacerse cargo sólo de la parte del coste de las prestaciones concedidas en especie que corresponde a su participación económica

La ayuda a domicilio para personas mayores

La asistencia pública en Francia ha estado siempre muy descentralizada. Los problemas actuales del sector tienen origen en las condiciones en que surge el servicio. El sistema adoptado ha otorgado a los diferentes actores ciertos grados de libertad o les ha impuesto restricciones que dificultan la concreción de la equidad entre las personas mayores y ralentiza, además, el proceso de profesionalización del servicio.

El desarrollo más reciente, caracterizado por la crisis de la protección social, la persistencia de un déficit de empleo y la extensión del campo comercial con fines

lucrativos acrecientan de forma singular la incertidumbre que gravita sobre la prestación de la ayuda a domicilio.

El estado francés se ha comprometido de forma demasiado parcial como para conservar el dominio del sistema. La multiplicidad de financiadores y la pluralidad de productores de un servicio de carácter necesariamente local han generado una gran complejidad en el sistema.

El doble origen de la prestación

Tradicionalmente, en Francia el hacerse cargo de las necesidades de las personas mayores se inscribía dentro de una red de solidaridad intrafamiliar, especialmente codificado en el marco de la obligación alimenticia. Posteriormente, surgen dos actores - ambos de origen caritativo - que van a intervenir complementariamente: uno de carácter público (Asistencia pública) y otro privado (Asociaciones de ayuda).

En el medio rural, después de la Segunda Guerra mundial, el éxodo y los cambios que le acompañan modifican las relaciones familiares tradicionales pero también las condiciones del ejercicio de la solidaridad. Esto explica la aparición de las asociaciones de ayuda familiar rurales (1946) a partir de iniciativas del voluntariado dentro del marco asociativo (Juventud Obrera Católica, Movimiento familiar rural, Confederación general de familias) con una doble función: ayuda familiar a las familias necesitadas e influencia educativa y moralizante. Hacia los años cincuenta, el creciente aislamiento de las personas mayores en el medio rural

lleva a estas asociaciones a integrar en su campo de actividades la ayuda material a las personas mayores.

En lo que se refiere a la asistencia pública - que a partir de 1953 se convierte en "Ayuda social", siendo regulada sobre todo en el orden departamental- como consecuencia de la presión de los cambios socio-demográficos (salario femenino, envejecimiento de la población) y del aumento del nivel de cualificación de las trabajadoras familiares - lo cual, de hecho, encarece el costo de su intervención - aparecen los servicios de ayuda doméstica para personas mayores, servicios que se organizarán y desarrollarán en los años sesenta.

La ayuda, que inicialmente (1953) era un subsidio en dinero efectivo se convirtió rápidamente en un subsidio en especie. Paralelamente, y frecuentemente en colaboración con Protección social, siguió funcionando el sector asociativo, principalmente como voluntariado, garantizando la ayuda y la producción de servicios de primera necesidad a la población en dificultad social.

La regulación de los Servicios de ayuda a domicilio para las personas mayores sufre grandes cambios en los años ochenta. En 1984 se finalizó la departamentalización y la responsabilidad de esta prestación se confió a los departamentos dando como resultado una estratificación de prestatarios que en la actualidad presenta un panorama relativamente complejo. Paralelamente a la intervención de las asociaciones familiares, las iniciativas de un pequeño grupo de políticos locales electos se apoyan en la estructura de las oficinas de protección social - que

a partir de 1986 pasaron a ser Centros comunales de acción social (CCAS). Esta opción, la más frecuente en ciertos departamentos, conduce a la implicación de actores públicos en el sector de los servicios de proximidad. De todas estas iniciativas de orígenes diversos ha resultado una ramificación de operadores en el campo de este servicio de atención y ayuda.

El doble origen público y privado de la ayuda doméstica para las personas mayores se vuelve a encontrar en el actual funcionamiento, explicando al mismo tiempo la implicación asociativa en las estructuras de oferta de servicios locales y la persistencia de la financiación pública.

Papel del Estado

La posición del Estado en la historia del desarrollo de la ayuda doméstica para las personas mayores ha sido ambigua, pues está constituida por una mezcla de intervención y no - intervención. El Estado interviene directamente en la prestación a través de la protección social. También favorece ideológicamente el desarrollo de la prestación por medio de ciertas circulares y la integra en los procedimientos de planificación, pero rehúsa comprometerse económica e institucionalmente en su generalización bajo la forma de una prestación legal. Si el desarrollo de la prestación resulta, en parte, de la voluntad alentadora del Estado, su carácter descentralizado deriva, en cambio, del rechazo o incapacidad de éste para comprometerse económica y organizativamente en su aplicación y funcionamiento. Las

Cajas de Pensiones han sido tradicionalmente las encargadas de financiar la ayuda, aunque cada una de ellas para sus respectivos afiliados.

La función de las Cajas de Pensiones

Entre el gran número de Cajas de jubilaciones que financian actualmente la ayuda doméstica a las personas mayores la Caja Nacional de Seguro para la Vejez (Caisse nationale d'assurance vieillesse [CNAV]) se sitúa en primer término con el mayor número de jubilados beneficiarios (318.594 en 1997), siendo también la primera que se hizo cargo (1960) de esta prestación.

Posteriormente, la Mutualidad Social Agrícola (Mutualité Sociale Agricole [MSA]), y, más tarde las Cajas de Jubilación de Trabajadores Autónomos (Caises de retraites d'indépendents [CRI]) (1972) también destinaron fondos para esta ayuda. Asimismo, los regímenes especiales así como las mutuales de funcionarios, en diferentes fechas según los organismos, contribuyeron a la financiación de la prestación (12% del total de beneficiarios). Por último, en julio de 1983 el Estado se comprometió a hacerse cargo de la financiación de la ayuda doméstica para ancianos funcionarios. Particularmente, hay que señalar que el Estado, que a partir de 1962 alienta a los demás agentes económicos y sociales a financiar y desarrollar el servicio de ayuda doméstica para personas mayores, es el último en hacerse cargo de la financiación de sus antiguos asalariados. Las Cajas de jubilaciones complementarias también intervienen en la prestación de ayuda doméstica a las personas mayores, si bien de forma

marginal y concentrada en un segmento de beneficiarios: los jubilados.

Ante a la multitud y diversidad de las Cajas de jubilaciones, la financiación de esta prestación se ha confiado siempre a los fondos de acción sanitaria y social de cada caja, lo cual contribuye al mantenimiento extra-legal de la prestación. Por lo tanto, desde hace años, el desarrollo del servicio de ayuda doméstica ha estado ligado a la capacidad económica de esos fondos.

La no implicación del Estado en la financiación de esta prestación, que se vio reforzada a partir de 1984 por la descentralización, restringe sus posibilidades de imponer normas de admisión uniformes y exhaustivas para dicha prestación. Por esta razón, la capacidad y autonomía en la financiación de las Cajas de jubilaciones están acompañadas por un grado de libertad en sus decisiones y criterios de admisión. Este grado de libertad señala el carácter descentralizado de la financiación pero también de los criterios de admisión: cada caja puede, *a priori*, dictar sus propias normas de admisión sin concertación ni negociación con las demás cajas. Por otra parte, esta autonomía de las Cajas coloca en situación de dependencia a los productores de servicios de ayuda doméstica, que, por lo tanto, no dominan realmente la oferta y actúan sólo en función de la capacidad económica y de las normas de elección de los solicitantes establecidas por las Cajas de jubilaciones.

Evaluación del sistema de ayuda a domicilio

Cada financiador tiene un margen de maniobra que le permite dictar sus propias normas y las modalidades de organización del servicio. Así, ninguna institución, ningún poder tiene el monopolio de la iniciativa. Por tanto, los financiadores mismos deben optar por una estrategia. La voluntad de encarar una política de acción social que comprendiera la ayuda a domicilio que se ha concretado en múltiples circuitos de financiación implicaba necesariamente el desarrollo paralelo de estructuras de oferta. En función de las circunstancias y de su potencial de intervención los diferentes financiadores han debido optar entre tres actitudes:

- esperar a la aparición de estructuras de oferta y encargarle la gestión de la prestación
- alentar el desarrollo de tales estructuras de oferta a fin de encargarles la gestión
- hacerse cargo directamente de la gestión de la prestación.

El estatus y las condiciones de empleo del servicio de ayuda a domicilio es muy variable: agente de la seguridad social, empleado del ayuntamiento, auxiliar o contractual, a tiempo pleno o parcial o bien remunerado por horas. Las diferentes condiciones de remuneración derivan, por otra parte, de los salarios base, primas, vacaciones pagas, gastos de desplazamiento, la consideración de la antigüedad así como de la formación y la promoción. La nivelación salarial emprendida tras el acuerdo colectivo de julio de 1983 no ha eliminado todas

las diferencias entre las estructuras y tiende a acrecentar el coste de la prestación, especialmente para las pequeñas asociaciones.

Consecuencias para el beneficiario

La oferta descentralizada de la prestación se justifica evidentemente por la proximidad del productor del servicio. La naturaleza misma del servicio de la ayuda a domicilio, que es un servicio de vecindad, supondría que la eficacia de la estructura de la oferta fuera mayor cuanto más próxima estuviera al individuo que la necesita, garantizando con esta proximidad la calidad del servicio. Con ser necesaria, esta condición de proximidad no es suficiente. Implícitamente supone existencia y dinamismo de la estructura social. En la medida en que no existe obligación alguna para las comunidades locales de crear este servicio, se planteaba una primera forma de desigualdad respecto de aquellos beneficiarios que residían en sectores carentes de oferta local de la prestación*.

Actualmente el servicio está presente en todo el territorio nacional. Cuando el conjunto de ayuntamientos de un departamento está cubierto por estructuras de oferta, la descentralización de dichas estructuras puede

* En el departamento de Loire Atlantique hubo que esperar 20 años antes que la casi totalidad de las comunas cubrieran el servicio de ayuda a domicilio. Esta lentitud se puede encontrar en otros departamentos franceses, lo cual explica en parte el no cumplimiento de los objetivos de los planes de ayuda a domicilio para las personas mayores

engendrar otra forma de desigualdad, tanto por la existencia de instituciones diferentes como por sus dimensiones muy variables o incluso por el monopolio de cada estructura sobre su territorio local.

En el plano institucional hay que distinguir, por un lado, los CCAS y los Sindicatos intermunicipales de vocación múltiple (Syndicats intercommunaux à vocation multiple, [SIVOM]) y por otro, las asociaciones. Por razones de continuidad e, indirectamente, de calidad del empleo, las asociaciones ejercen como amplificadores de la demanda de ayuda a domicilio. Los CCAS y SIVOM, en cambio, se ven contradictoriamente obligados a actuar como filtros y como amplificadores de la demanda. Los políticos electos o en funciones pueden estar interesados en promover una política de vejez pero, al mismo tiempo, saben que ésta amenaza con acrecentar las cargas económicas directamente (acción social) o indirectamente (financiación de la protección social). Esta diferencia con las asociaciones, que no soportan "coste político" alguno, puede crear entre los beneficiarios desigualdades tanto en el acceso la prestación, como en el número de horas de la prestación y en el nivel de la participación económica.

El tamaño de la estructura de la oferta puede originar también desigualdades entre los beneficiarios. Por su forma institucional las estructuras más descentralizadas, como los CCAS y las asociaciones locales, no tienden en general a desarrollarse territorialmente. Por otra parte, sus reducidas dimensiones entrañan discontinuidades en la contratación y, por tanto, en la producción, limitando su

capacidad de respuesta a las demandas, cuya variabilidad es aleatoria. Por último, como a menudo el racionamiento de los recursos se traduce en una cuota de horas para cada asociación, para una pequeña asociación, las posibilidades de arbitraje son reducidas. Las estructuras de oferta más descentralizadas (CCAS y asociaciones locales) presentaban en 1983 las tasas más bajas de difusión de la ayuda a domicilio: 4% frente al 7% en los municipios cubiertos por las asociaciones o federaciones departamentales.

Desigualdades

La autonomía de los financiadores y el carácter extra-legal de la prestación originan complejas y diferenciadas condiciones para la concesión del servicio. Para el beneficiario la complejidad burocrática para obtener la concesión del servicio se ve acrecentada por la multiplicidad de Cajas de jubilaciones. Cuando cada individuo o cada hogar son afiliados sólo de una caja, la complejidad del procedimiento para la concesión del servicio proviene del monto tope de exclusión de la ayuda, del monto tope de la protección social, de la modulación de la participación del beneficiario y del indicador de la necesidad de horas de ayuda a domicilio.

Todos estos criterios se multiplican cuando un sujeto acumula varias cajas de base o complementarias (el 70 % de los casos). De esta situación resulta una ausencia de visibilidad de la ayuda y del coste que queda a cargo del beneficiario, sin olvidar el efecto de umbral que resulta

de baremos tan complejos como poco equitativos. Esta gran diversidad de situaciones posibles es siempre fuente de incertidumbre creciente para el solicitante, aún cuando la armonización entre los financiadores, por intermedio de las cajas base, haya disminuido la complejidad. El sistema tiende a adquirir la forma de un orden de intervención entre las cajas a fin de determinar un solo financiador que adelante el gasto para las demás. A priori esta simplificación no resuelve automáticamente los problemas de equidad en la prestación.

La puesta en funcionamiento de prestaciones de servicio con la doble característica de prestación extra-legal y de servicio de proximidad pasa necesariamente por relevos (asociaciones, CCAS) muy descentralizados y por fuentes de financiación múltiples y autónomas. Tal situación presenta ventajas ciertas en la fase de innovación social y de experimentación de la prestación. Pero la generalización de dicha prestación produce una complejidad en los procedimientos, el aumento del coste burocrático y la aparición de desigualdades entre los beneficiarios. Tales efectos perversos indican que es necesario armonizar las estructuras de oferta en el plano local y la financiación en el plano nacional.

IV.3.- La ayuda a domicilio para personas mayores en Bélgica

Como en Francia, el desarrollo de la ayuda a domicilio se constituye en un proceso de interacción entre los prestatarios de los servicios y los poderes públicos. A

finales del siglo XIX pueden encontrarse, desperdigadas, ciertas iniciativas de ayuda a domicilio por parte del voluntariado, surgidas de organismos de ayuda familiar.

Tras la Segunda Guerra mundial surgen los primeros servicios organizados y orientados específicamente a la ayuda familiar y a las personas mayores tal como se conocen en la actualidad. Al igual que en Francia, las iniciativas surgen dentro de movimientos asociativos- también de tendencia católica- y, en menor medida, de otros movimientos, en un contexto caracterizado por la construcción del Estado del bienestar. Desde sus comienzos estas iniciativas tienden hacia una profesionalización y estructuración duraderas. Además del voluntariado de proximidad estas organizaciones se dotan también de un cierto número de trabajadores permanentes remunerados, a veces de forma irrisoria, mediante la contribución económica de los usuarios.

La estructuración legal de estos servicios y su desarrollo se van a reforzar de forma progresiva durante las siguientes décadas. La acción de las asociaciones pioneras es rápidamente reconocida por los poderes públicos. El reconocimiento oficial de los servicios de ayuda familiar se traduce en un primer texto reglamentario que data de 1949. El poder público asegura la financiación de estos servicios haciéndose cargo, (inicialmente del 75%, hasta alcanzar, con los años, el 100%) de la diferencia entre el salario tope de la ayuda familiar y el precio que paga el usuario. El poder público también establece un baremo legal por hora prestada que tiene en cuenta las rentas del usuario. Como

el número de horas que se subvenciona no está limitado todo servicio prestado es, por tanto, subvencionado, de modo que los servicios crecen y se multiplican: en 1965 se conceden 62 servicios, que ocupan 2661 ayudas familiares que prestan 3.825.000 horas; en 1977, son 171 los servicios que ocupan 9953 ayudas familiares y prestan más de 11 millones de horas. Este sostén económico es acompañado de un conjunto de condiciones para la concesión del servicio.

En una primera etapa el poder público tan sólo reconoce la oferta que proporcionan las asociaciones, lo cual pone en evidencia la hegemonía de las mismas en la prestación de la ayuda a domicilio. En 1955 el Estado extiende el campo de prestatarios autorizados a las organizaciones públicas locales, los CPAS (Centros públicos de protección social), quienes paulatinamente van a tomar a su cargo una parte de la actividad que, no obstante, sigue perteneciendo de forma mayoritaria a las asociaciones. La oferta privada lucrativa estaba excluida de este campo de actividades, y lo sigue estando en la actualidad.

Además de la exigencia de que los prestatarios no persigan fines lucrativos, los poderes públicos reglamentan también el contenido de los servicios y el tipo de competencias profesionales requeridas. En un principio, los servicios de ayuda a domicilio no estaban destinados a las personas mayores. En 1973 estos servicios pasan a ser "servicio de ayuda para la familia y para las personas mayores". Entre 1954 y 1973 se produce un considerable crecimiento de las prestaciones

subvencionadas y una cierta diversificación de las necesidades constatadas. Teniendo en cuenta el envejecimiento de la población, este crecimiento se produce cada vez más en beneficio de las personas mayores, que se convierten así en usuarios mayoritarios de los servicios de ayuda a domicilio (en 1970 representan el 55% de los beneficiarios y, diez años más tarde, el porcentaje ha subido al 78 % (Pacolet *et alli*, 1998). Por último, la legislación establece que las ayudas sociales colaboren con otros servicios sociales o médico- sanitarios en la constitución de centros de protección social para la familia en el ámbito local.

Como respuesta a importantes cambios del contexto, a finales de los años setenta se abre otro período de innovación y recomposición en el campo de la ayuda a domicilio.

Con la reforma institucional del Estado, en 1980 la responsabilidad del servicio de ayuda a domicilio se transfiere del Estado nacional a las diferentes comunidades y regiones. En el curso de los años ochenta se van a producir importantes cambios: la gran tendencia al aumento del envejecimiento de la población, la nuclearización de la familia y el aumento de la actividad laboral femenina van a dar lugar a un acrecentamiento de las necesidades de la ayuda a domicilio para personas mayores, enfermas y/o discapacitadas.

El problema del envejecimiento se convierte en fuente de inquietud para la financiación de la seguridad social a largo plazo. La crisis económica y social generalizada que se confirma a comienzos de esta década va a tener

profundas implicaciones en el campo de la ayuda a domicilio. El desarrollo del paro y de la precariedad contribuye a la aparición cada vez más frecuente de problemas sociales entre los usuarios de la ayuda a domicilio (depresión, problemas económicos, conflictos familiares, malos tratos, problemas educativos, etcétera.) y sitúa la problemática del empleo en el centro de las preocupaciones de las políticas públicas. Esta crisis va a originar también problemas presupuestarios: los años ochenta son años de restricción y racionalización del gasto público. Como se ha dicho, con la reforma del Estado la ayuda a la familia y a las personas mayores, de la cual depende la ayuda (no médica) a domicilio, entra dentro de las competencias de las comunidades mientras que la política de sanidad y, por tanto, la ayuda paramédica a domicilio, es gestionada por el poder público.

El nuevo reparto de competencias introduce la posibilidad de un desarrollo diferenciado de la ayuda a domicilio en Flandes y en Valonia, en función de sus respectivas políticas. Esto implica asimismo la multiplicación de niveles de poder con influencia sobre la organización de la ayuda a domicilio y del ámbito socio-sanitario en su conjunto, lo que trae aparejado importantes problemas de coordinación.

En este contexto dos tipos de medidas condicionan particularmente la evolución de la ayuda a domicilio: aquellas que tienden a restringir los gastos de sanidad y aquellas que se adoptan en la lucha contra el desempleo. Entre las primeras: la reducción de la posibilidad de

estancias hospitalarias para las personas mayores que no necesitan tratamiento médico intensivo en pro de alternativas menos costosas a domicilio o en residencias. Pero, pese al aumento de la demanda de servicios de ayuda a domicilio generado por esta medida, los recursos públicos economizados de este modo por el Estado no son transferidos a los poderes regionales, de los cuales depende este servicio.

Relevado por las regiones, en su lucha contra el paro el Estado desarrolla una serie de dispositivos destinados a apoyar la creación de empleo y la inserción socio-profesional de ciudadanos en dificultad social en el mercado de trabajo. Se trata, en particular, de programas de absorción del desempleo y de ayuda para el empleo que se convierten, poco a poco, en una importante fuente de financiación alternativa para los servicios de ayuda domicilio. Los nuevos responsables de la ayuda a domicilio - los poderes públicos municipales - tienen que hacer frente a la doble exigencia de responder al crecimiento y a la diversificación de las demandas y de mantener el gasto dentro de los límites de presupuestos restrictivos.

Tanto en Flandes como en Valonia se perfilan dos orientaciones políticas. Por una parte, las regiones introducen limitaciones en la concesión de las subvenciones estructurales que hasta entonces se concedían según el ritmo de las solicitudes provenientes de los servicios de ayuda familiar. Por otra parte, apoyan el desarrollo de nuevos servicios y modos de organización, especialmente en la coordinación entre los

diferentes actores del campo socio-sanitario, principalmente a través de programas que tienden a la inserción de la población menos cualificada. No obstante, Flandes se diferencia de Valonia en la gestión de la dependencia. A principios de los años ochenta, el norte del país privilegia el desarrollo de la ayuda a domicilio frente a las residencias, consideradas demasiado onerosas.

Flandes alienta tanto el desarrollo de los servicios clásicos de ayuda a domicilio como los nuevos servicios que pueden complementar la oferta existente.

En Valonia, en cambio, el crecimiento de las necesidades ligadas a la dependencia es absorbida principalmente por el considerable desarrollo de las residencias, especialmente sobre una base comercial. Hay que esperar a mediados de los años noventa para que se desarrolle una política voluntarista en favor de la ayuda a domicilio.

En ambas regiones las modalidades de intervención se vuelven cada vez más restrictivas: la contribución al salario de ayuda familiar se hace fija y no depende ya de la contribución del usuario. Se establece entonces un sistema de "reparto" que fija un número máximo de horas subvencionadas para el conjunto de beneficiarios y, muchas veces, se establece el tope de horas que se pueden prestar a un solo usuario. Las restricciones son menos marcadas en Flandes, región donde las restricciones se ven en parte compensadas por la contratación, dentro del marco de programas de lucha contra el desempleo (Fondo presupuestario interdepartamental [FBI], establecido en

1982 para favorecer la creación de empleos) de servicios de ayuda familiar. Esto va a permitir, en el curso de los años ochenta, aumentar ligeramente la actividad subvencionada de los servicios de ayuda familiar. En Valonia el recurso al FBI es más limitado y el número total de horas subvencionadas disminuye sensiblemente.

Durante la década de los años ochenta la ayuda a domicilio se vuelve prioritaria en las políticas de ayuda a las personas mayores, hecho que se traduce en una nueva inversión en este sector tanto en Valonia como en Flandes: se mantiene el sistema de *forfait* y de reparto y el poder público planifica el crecimiento sostenido de los mismos. De este modo, desde hace muchos años estos servicios se benefician con subvenciones estructurales que, en la actualidad, cubren alrededor del 70 % de los costes, en los límites de reparto de horas fijados por las regiones. Un 15%, como media, de la financiación es cubierto por la contribución del usuario.

Entre otros recursos, el subsidio se cubre mediante las subvenciones obtenidas indirectamente a través de las medidas de reducción de las cotizaciones sociales patronales, el empleo de trabajadoras insertas en programas de absorción del desempleo y por medio de los convenios de financiación firmados con las mutuales y los ayuntamientos.

Aunque los CPAS hayan sido paulatinamente inducidos a jugar un papel en la prestación de servicios, el sector asociativo ocupa todavía hoy un lugar preponderante, y de manera aún más señalada en Flandes. Esta situación

refleja una diferencia tradicional entre ambas regiones. Si bien las asociaciones son las que prestan la mayoría de horas subvencionadas, el número de asociaciones es menor que el de los CPAS.

Conclusión

Hay una diversidad de actores implicados en el desarrollo del sector de la ayuda a domicilio (asociaciones, poderes públicos, agrupaciones locales, mutuales, etcétera). Ciertas prácticas - como la implicación de las distintas partes que intervienen (profesionales, voluntarios, usuarios), la colaboración entre múltiples actores en el plano local - son más frecuente dentro del marco asociativo. Esto explicaría, en parte, el papel privilegiado de las asociaciones en ciertas formas de innovación social.

La implicación de las mutuales y de los poderes públicos en la financiación y la regulación de los servicios desempeña un papel fundamental en la difusión de las innovaciones y la consideración de las interacciones con sectores vinculados. Estas especificidades justifican la necesidad de una reflexión sobre las modalidades de una regulación que se aparte tanto de una regulación tutelar - que va acompañada de una uniformización en las iniciativas en torno a normas y prácticas estrictamente definidas que reducen considerablemente el margen de actuación para investigar nuevas soluciones - como de una regulación de la inserción que desvía de su primitiva

vocación a los servicios en favor de un objetivo privilegiado por los poderes públicos.

La cuestión que plantean a la regulación pública estos servicios es la de una regulación inédita centrada en la participación ampliada de las partes que intervienen en los servicios, en la construcción y evaluación de los mismos, tanto en el campo de cada servicio en particular como en el de la gestión territorial de la oferta y de la regulación sectorial. La realidad de los servicios de proximidad revela la coexistencia de una diversidad de prestatarios en finalidades y prácticas diferentes pero complementarias. Bajo esta perspectiva el sector asociativo debe ser considerado como un colaborador en la regulación de la oferta de servicios y en la gestión de su desarrollo.

IV.4.- La ayuda a domicilio para personas mayores en Finlandia. Una política en transición

Numerosos investigadores y políticos han señalado que con el fenómeno de la globalización económica los países escandinavos difícilmente podrían mantener sus elevados *standards* de protección social (Andersen *et al.* 1999; Lindbeck, 1994; Stephens, 1996). Por ello estos países ponen a prueba el llamado modelo escandinavo y buscan alternativas para garantizar la asunción de la protección social. En todas las sociedades desarrolladas la oferta de la protección social se basa en un sistema mixto de bienestar (*Welfare - mix*) que combina actores formales e informales.

Sin embargo, cada país privilegia sus propias combinaciones. En algunos países las autoridades públicas han asumido gran responsabilidad en la organización y financiación de los servicios sociales para las personas mayores, mientras que en otros, la responsabilidad principal corresponde a la familia y a las asociaciones.

El punto de vista nórdico: universalidad y localismo

Finlandia, como los demás países escandinavos es bien conocida por su oferta extensiva de servicios sociales. A partir de la posguerra, los servicios sociales, sanitarios y de alojamiento han tenido un crecimiento continuo. En los países nórdicos las tasas de asunción de responsabilidad de la ayuda a las personas mayores, tanto en establecimientos de atención de larga duración como por servicios no residenciales, han sido siempre muy altas. Desde este punto de vista se pueden encontrar muchas similitudes entre Finlandia, Suecia, Noruega y Dinamarca.

Los servicios de protección social son ampliamente disponibles en los países nórdicos, a excepción de Islandia. Las clases medias y superiores forman parte de los beneficiarios de los servicios públicos. La producción de estos servicios es responsabilidad de los ayuntamientos o municipios y ellos tiene el poder de recaudar impuestos en beneficio del apoyo estatal. Todos estos aspectos justifican el que pueda hablarse de un "régimen escandinavo de protección social".

Si bien el Estado establece el marco legislativo, no controla en detalle las actividades locales, de modo que

son los ayuntamientos los principales responsables de la organización de los servicios sociales. En la ejecución de las mismas cuentan con subvenciones del Estado. Se han realizado numerosas reformas respecto a la relación entre el Estado y los gobiernos locales, pero las décadas de 1980 y 1990 han sido favorables a una mayor autonomía de los ayuntamientos.

En Finlandia los municipios son mucho más que regiones administrativas. El concepto finlandés de "kunta" es próximo a la noción de comuna e indica la existencia de un vínculo de solidaridad entre los conciudadanos. Los impuestos locales constituyen el núcleo del modelo escandinavo de producción de servicios sociales. Los impuestos locales permiten establecer un vínculo entre personas que pertenecen a la misma zona geográfica mediante la financiación de dichos servicios. Estos impuestos constituyen el único modo de financiación que permite garantizar sistemáticamente las prestaciones y son un medio útil para transferir las rentas, en la medida en que el contribuyente no se beneficia de sus pagos de manera inmediata o personal. Los impuestos también posibilitan perseguir el objetivo del bien común, pero con una presión moral menos fuerte comparada con otras formas de financiación. En consecuencia, los servicios y subsidios financiados con los impuestos son de capital importancia para los pobres y los grupos marginados.

En realidad, todos los países que disponen de una oferta de servicios extensivos y universales se basan en la financiación a través del impuesto. El modelo escandinavo

puede ser descrito como una oferta de servicios financiados mediante el impuesto, organizados por las autoridades municipales y puestos bajo el control de sus ciudadanos. Los ayuntamientos precisan del sostén del ciudadano, ya que es, al fin cuentas, quien a través de elevados impuestos paga el subsidio. Todo ello hace que no pesen sobre la familia mayores obligaciones de cuidados.

Los servicios sociales son parte esencial de los estados del bienestar escandinavos. Los estudios comparativos muestran que las democracias del norte de Europa cuentan con los sistemas de protección más avanzados. Sin embargo, si en Finlandia es lícito hablar de derechos sociales establecidos en el ámbito de las guarderías de día para niños y de la atención a los discapacitados, sólo en cierta medida es cierto respecto de la asunción de la responsabilidad de la ayuda a las personas mayores. En el campo de la protección social los principios universalistas en Finlandia sufrieron entre 1990 y 1994 los golpes de la recesión económica- recesión sin precedentes en la historia económica de los países occidentales, con tasas de desempleo de hasta el 20% -.

La crisis desequilibró profundamente los presupuestos del Estado y originó enormes recortes, que afectaron principalmente a la financiación de los municipios, con grave perjuicio para la oferta de los servicios sociales municipales. En la medida en que estaban menos protegidos por los derechos sociales, los servicios de ayuda a las personas mayores fueron blanco principal de las reducciones presupuestarias. Esta recesión económica,

junto con la creciente audiencia de la ideología liberal, condujo a una gran reestructuración de la política de asunción de la responsabilidad de la ayuda a las personas mayores. Pero, aún antes mismo de la crisis, los responsables del sistema de protección social finlandés habían abierto importantes brechas que permitían el desarrollo de nuevas estrategias. Así, en 1984, una reforma mayor de la legislación sobre protección social permitió el uso de fondos estatales por parte no sólo de las autoridades municipales sino también por organizaciones asociativas y privadas, o también para remunerar los cuidados informales. La ley de protección social obliga a los ayuntamientos a organizar servicios que respondan a las necesidades, pero dejándoles libertad en cuanto a la forma de cubrir estas necesidades.

En 1993 se introdujo otro cambio importante reduciendo la especificidad del sistema de ayudas estatales en materia de protección social. Pese a estos cambios reglamentarios, los servicios sociales siguen siendo todavía financiados mediante el impuesto y sólo parcialmente por los usuarios. Sin embargo, en los años noventa la tendencia fue aumentar las tarifas a cargo de éstos. Como en muchos otros países, en Finlandia el gobierno intenta reducir el coste de los servicios sociales y, especialmente, la orientación ha sido reducir el gasto relativo a la asunción de la responsabilidad de la dependencia en institución.

Además de la asunción de la responsabilidad de la dependencia institucional y de los servicios de ayuda a domicilio para las personas mayores, los llamados

cuidados a domicilio son una nueva forma de ejecutar políticas de protección social.

La protección social de las personas mayores en Finlandia

En la práctica, las políticas de vejez en Finlandia fueron durante mucho tiempo responsabilidad de los ayuntamientos con una intervención mínima del Estado. Es recién a partir de los años ochenta cuando las residencias e instituciones comienzan a recibir subvenciones regulares por parte del Estado para complementar los presupuestos municipales. Como en los demás países escandinavos, la proporción de personas mayores que vivían en instituciones ha sido tradicionalmente más elevada que en la mayor parte de los países europeos.

A comienzos de los años noventa, la proporción de personas mayores beneficiarias de cuidados de larga duración en instituciones era de alrededor del 7% (OCDE, 1996). Entre 1981 y 1991 el número de camas en las residencias decreció en un 6%, y la tendencia a decrecer aumentó entre 1991 y 1996. Desde comienzos de los años noventa, la reducción del número de camas iba a afectar al conjunto de los grupos de edad avanzada (entre 1990 y 1996 esta disminución fue para el grupo de más de 85 años del 19% y para los grupos de edades comprendidos entre los 75 y los 84 años del 20 %.) Las largas estadías en residencias fueron reemplazadas por la ayuda a domicilio y el sistema sanitario de atención primaria adquirió

mayor importancia para aquellos individuos que necesitan cuidados de largo plazo.

Desde los años cincuenta se ha promovido en Escandinavia la asunción colectiva de la responsabilidad de la dependencia de las personas mayores, como alternativa a la asunción por parte de las instituciones. A excepción de los servicios residenciales, la ayuda municipal a domicilio constituye, sin ninguna duda, la parte más importante de la asunción colectiva de la responsabilidad de la dependencia de las personas mayores.

Se trata de una larga tradición en Finlandia, ya que la ayuda a domicilio municipal comenzó a desarrollarse ampliamente a partir de los años cincuenta. Durante la década siguiente se introdujeron, mediante reformas legislativas, significativos refuerzos para este servicio.

Después de la implantación de la ley de Ayuda a domicilio municipal de 1996, los ayuntamientos obtuvieron subvenciones estatales para financiar los servicios de ayuda a domicilio para las personas mayores. En su origen estos servicios correspondían sólo a familias con niños de corta edad. Según la mencionada ley, los servicios de ayuda a domicilio son para todas aquellas personas que los necesiten, cualquiera sea su edad o su situación económica. Sin embargo, su objetivo ha cambiado: antes se trataba más o menos de un servicio universal barato y disponible para todos, hoy su finalidad es ayudar a las personas mayores a vivir el mayor tiempo posible en su domicilio. En 1970, alrededor del 7% de la población de 65 y de más de 65 años se beneficiaban de estos

servicios. En 1980 los beneficiarios eran más del 20% de este mismo grupo de edad.

En los años ochenta la cobertura de estos servicios era internacionalmente muy elevada (OCDE, 1996). Sin embargo, el tiempo medio pasado en 1990 con cada individuo era sólo de 1,53 horas por semana. El sistema finlandés de ayuda a domicilio había desarrollado servicios muy abiertos, pero, en la mayoría de los casos, según modalidades mínimas. La situación cambió rápidamente (en 1995 los servicios de ayuda y atención a domicilio apenas cubrían poco más del 12% de la población de 65 y mayor de 65 años. A partir de 1988 la oferta de ayuda a domicilio para personas mayores comenzó a decrecer. Entre 1988 y 1995 el número de beneficiarios bajó en casi 39.000 personas (31 %).

En la actualidad hay menos personas mayores que reciben ayuda a domicilio pero el tiempo dispensado a cada una ha aumentado. Los precios de los servicios han aumentado y hay cada vez más personas que utilizan tales servicios. En 1997 el 80 % de los servicios de ayuda a domicilio eran propuestos por los ayuntamientos y el resto por las asociaciones o empresas privadas. En este mismo año existían 223 prestatarios de ayuda a domicilio privados.

Además de la ayuda a domicilio existen otros servicios para las personas mayores: servicios de comedor municipales, servicios de transporte y de higiene, servicios que están organizados de forma variada, según los ayuntamientos. El único tipo de servicio que se desarrolló en los años noventa es el residencial. Existen

apartamentos especialmente concebidos para personas mayores y centros de servicios en los que los ancianos tienen acceso a la ayuda domicilio, a la atención y cuidados a domicilio y a la tele-asistencia.

En una década la oferta de servicios residenciales, que en 1997 cubría el 3% de la población de más de 65 años, se ha triplicado. La mitad de estos servicios corresponden al ámbito privado. La mayoría de los prestatarios son asociaciones sin fines lucrativos financiados por la asociación finlandesa de máquinas tragaperras.

Los cuidados a domicilio y la ayuda a domicilio son la columna vertebral del sistema de protección social para las personas mayores.

Como en todas partes, la asunción de la responsabilidad de la atención de larga duración funciona sobre la base de un sistema tarifario que le es propio, y mucho menos favorable al usuario. Los servicios de atención y cuidados a domicilio son caros, incluso para aquellas personas con pensiones altas. Desde principios de los años ochenta la cobertura de servicios sociales ha mejorado.

El sector público, de hecho ha asumido la mayor parte de las necesidades en materia de protección social. Pero, pese al desarrollo, la familia y el entorno desempeñan todavía el papel más importante en la ayuda a las personas mayores en las tareas cotidianas. Los estudios más recientes muestran que la ayuda informal sigue creciendo mientras disminuye la oferta de servicios

sociales. La familia es la principal fuente de ayuda de las personas mayores. Los niños constituyen el grupo más importante de asistentes, y tras ellos los servicios municipales de ayuda a domicilio.

Para los hombres, la pareja representa el segundo grupo más importante mientras que para las mujeres la pareja es menos importante que los amigos o los vecinos. Hay por tanto, una neta diferencia según el sexo. En la actualidad hay tantos servicios de ayuda domicilio municipales como en la década anterior pero los usuarios con necesidades menos importantes han sido dejados de lado. Sin embargo, a medida que se refuerza la política de desinstitucionalización, aumenta el número de personas mayores necesitadas de atención y ayuda que viven en su domicilio.

Una solución parcial a esta nueva situación ha sido la introducción de un sistema de subsidio de ayuda a domicilio para aquellas personas que se hacen cargo de los mayores que necesitan ayuda y apoyo regular. Se trata de una creación reciente del sistema de protección. A comienzos de los años noventa creció considerablemente el pago de subsidios a aquellas personas que prestan ayuda a las personas mayores dependientes. La mayor reforma de la legislación social consistió en definir estos pagos como una forma de servicio de ayuda a domicilio e hizo posible que el Estado concediera fondos a los ayuntamientos con esa finalidad.

El sistema finlandés de apoyo a la ayuda informal sigue siendo variable e inconsistente, en primer lugar porque

se ha desarrollado de forma difusa, sin una coordinación legal especialmente precisa. Según un estudio llevado a cabo en 1994, durante el período álgido de la recesión económica, algunos ayuntamientos intentaron evaluar la necesidad de la ayuda domicilio más estrictamente que antes (Antikainen y Vaarama, 1995.) Se perfiló así una nueva tendencia que consistió en excluir del sistema de subsidios a quienes prestaban ayuda a las personas mayores de 65 años que habían tomado a su cargo al cónyuge. Una tercera parte de los municipios han introducido esta limitación.

Dado que los ayuntamientos disponen de autonomía para crear sus propias políticas de protección social, resulta difícil tener una visión completa de los desarrollos en los diferentes municipios. El subsidio de ayuda a domicilio representa menos del 1% del monto total de los gastos sociales dedicados a las personas mayores. En comparación con otros países, Finlandia es el país que más ha recurrido al sector público para desarrollar sus políticas de protección social.

El papel de la Iglesia, de los servicios privados y asociativos en materia de oferta de servicios, aún cuando muestra tendencia a aumentar, es marginal.

Los servicios residenciales para personas mayores son el único sector en el que predominan las asociaciones. Este es también el único tipo de servicio social que aumentó durante los años noventa.

Si bien Finlandia es un buen ejemplo del modelo universal en cuanto a la oferta de servicios de protección social, la asunción de la dependencia de las personas mayores es más responsabilidad de la familia que de los ayuntamientos, que sólo cumplen un papel complementario. En la medida que la asunción de la dependencia de las personas mayores no está establecida como, por ejemplo, la educación o la sanidad, se puede decir que la asunción de la dependencia de las personas mayores se ha desarrollado de manera aleatoria y fragmentaria. Los derechos a este respecto siguen siendo tan vagos en Finlandia como en tantos otros países.

El escaso universalismo en la protección social de las personas mayores es consecuencia del hecho de que la oferta de servicios destinada a ellas, ya se trate de protección institucional o de ayuda a domicilio, nunca ha cubierto la demanda existente. Por lo tanto, el acceso a los servicios municipales no depende totalmente de la capacidad funcional de la persona mayor sino también de la disponibilidad de sus familiares y allegados para asumir la responsabilidad de su dependencia. El sistema municipal de protección de la dependencia ejerce una presión sobre los familiares en cuanto a la responsabilidad, si bien no tienen obligación legal alguna en este sentido. Dicha presión se funda en una norma social y cultural que todavía sigue siendo muy grande en la mayoría de los países.

IV.5.- La ayuda a domicilio para personas mayores en Italia

En comparación con otros países europeos, en Italia la puesta en marcha del estado del bienestar se realizó tardíamente. Las medidas políticas italianas actuales respecto a las personas mayores están, tanto cuantitativa como cualitativamente, poco desarrolladas. La oferta de atención a domicilio o en institución es muy débil y extremadamente variable. Además, aún cuando la reglamentación relativa es de orden nacional su ejecución es regional, lo cual determina desigualdades en la redistribución entre el Norte y el Sur.

En Italia, país donde pesan las tradiciones y profundamente caracterizado por una cultura de la familia muy arraigada, son los familiares quienes asumen la mayor parte de los cuidados destinados a las personas mayores ya que, por lo general, se considera que la responsabilidad de atención a las mismas corresponde a la familia. Sin embargo, como en todas partes, en la actualidad los familiares ya no pueden hacerse cargo sistemáticamente, como en el pasado, de las personas mayores.

La atención de larga duración a las personas mayores la gestionan los servicios sanitarios y los servicios de protección social. Sobre la base de una financiación a través de los impuestos, en 1978 se creó el Servizio Sanitario Nazionale (Servicio Nacional de Salud) con el fin de proporcionar una oferta de atención universal, para todos los ciudadanos italianos, según sus

necesidades. Más de dos décadas más tarde este Servicio sigue la lógica de la financiación compartida, en la que la mayor parte de los fondos que recibe proviene de las cotizaciones sociales. La recaudación de las cotizaciones sociales y el producto de los impuestos utilizado para financiar el Servicio Nacional de Salud estaban centralizados. En los últimos años se adoptaron medidas para adjudicar una parte de la responsabilidad de la financiación de la oferta de servicios públicos a los gobiernos de las veinte regiones que integran el país.

El sector privado también juega un papel importante en la oferta de servicios públicos ya que numerosos prestatarios privados proporcionan servicios subvencionados de forma pública. En el transcurso de los últimos años la gestión y organización de los servicios de atención sanitaria fueron transferidas al ámbito local.

El gobierno nacional promulga la legislación nacional que define los objetivos globales y las condiciones generales, pero deja a las veinte autoridades regionales el poder de determinar realmente la oferta de los servicios sanitarios aplicando ellas mismas sus propias leyes y reglamentaciones. Estos servicios son administrados por las Autoridades de Sanidad locales, que pueden proporcionar directamente los servicios o recurrir a proveedores externos, públicos o privados. En 1990 se atribuyó más autonomía a las Autoridades de Sanidad locales en la gestión de los servicios y la redistribución de sus recursos. Actualmente las Autoridades de Sanidad locales administran la atención

sanitaria a domicilio y la atención sanitaria en residencias, así como diversos servicios de atención de larga duración a personas mayores.

Por lo general, son los distritos (sub - unidades pertenecientes a las Autoridades de Sanidad locales) quienes administran los servicios de salud comunitarios.

Dentro de tal contexto, los servicios sociales de protección son regulados y administrados en el ámbito local: no existe una legislación nacional que determine sus criterios de concesión y sus objetivos. La oferta de servicios está regulada, en principio, por una legislación regional pero, dentro de una misma región las concesiones varían considerablemente de un municipio a otro.

Los ayuntamientos son los encargados de administrar los servicios sociales de ayuda a domicilio ya proporcionándolos directamente, ya recurriendo a prestatarios privados (la mayoría de las veces entidades sin fines lucrativos). Los ayuntamientos - aún en los casos en que no sean los proveedores mismos de los servicios de ayuda - deciden el objetivo de las medidas que se adoptan y el modo de distribución de los recursos públicos. La ayuda a domicilio, la atención en residencias y diversos servicios de larga duración para las personas mayores son concedidos por los ayuntamientos.

Los servicios de protección social son financiados mediante impuestos nacionales y locales y si bien los

impuestos nacionales son tradicionalmente más elevados, los impuestos locales han aumentado en el transcurso de los años noventa.

La oferta de servicios sociales para personas mayores

Los principales servicios de ayuda domicilio para personas mayores son la asistencia a domicilio integrada (Assistenza Domiciliare Integrada [ADI]) y la ayuda a domicilio. La asistencia a domicilio integrada conjuga ayuda y atención sanitaria a domicilio. Mientras que la ayuda domicilio depende de los ayuntamientos, la atención médica y la fisioterapia a domicilio corresponden a las Autoridades de Sanidad locales, siendo también éstas las responsables de la coordinación de la oferta de ayuda a domicilio.

La generalización del servicio de ayuda a domicilio es muy variable - como lo es también para la ADI - y muchos ayuntamientos no la ofrecen todavía.

La participación económica concierne no sólo a los solicitantes sino también a sus familiares. El Código Civil, en efecto, establece que, en el caso en que una persona no sea capaz de subvenir por sí misma a sus necesidades, sus familiares (esposo/a, descendientes, hermanos/as, cuñados/as y parientes próximos) están obligados a pagarle una pensión alimenticia (artículo 433).

Para los servicios de protección social la interpretación de este enunciado permite tener en cuenta la situación

económica de los familiares para determinar si el beneficiario de los servicios debe o no contribuir, y también permite determinar quien deberá pagar, en su lugar, esa contribución. Si el usuario no puede hacer frente a dicha contribución son sus familiares, si disponen de recursos suficientes, los que deben pagarla.

La década de los años noventa se caracteriza por un gran cambio que se tradujo en la externalización de las prestaciones de servicios de ayuda para las personas mayores en favor de prestatarios privados (por lo general, organizaciones sin ánimo de lucro). En la actualidad la casi totalidad de la oferta de ayuda a domicilio está, siguiendo la práctica generalizada en la oferta de atención sanitaria a domicilio, en manos de prestatarios privados.

En comparación con otros países europeos Italia tiene uno de los porcentajes más bajos en lo que se refiere a ayuda y atención a domicilio para personas mayores (mientras que en Suecia constituyen el 16,6 %, en los Países Bajos el 9,5 %, en Alemania el 6,5% y en Inglaterra el 5,5%, en Italia tan sólo alrededor del 1% de las personas de 65 o más años se benefician con servicios de ayuda a domicilio.) Frente al crecimiento de la población de personas mayores de 65 años la oferta pública de atención y ayuda a domicilio es muy baja.

La ayuda a domicilio es llevada cabo por personas sin formación - provenientes en su mayor parte de países que están fuera de la Unión Europea - que son pagadas por el usuario, o bien sus familiares. En la mayoría de los

casos estas personas son remuneradas de manera ilegal e informal.

Como en los demás países, también en Italia la atención en residencia a las personas mayores tradicionalmente está mucho más arraigada en las costumbres sociales que la ayuda a domicilio.

Las diferencias territoriales

Poco a poco, a falta de una legislación nacional al respecto, algunos municipios han ido estableciendo por su cuenta la ayuda a domicilio. En el Norte la puesta en marcha de este servicio comenzó a principios de los años setenta, mientras que en el Sur recién aparece en la década de los años ochenta. La Asistencia a domicilio integrada (ADI) fue introducida a principios de los años noventa y su generalización no ha sido homogénea en toda las regiones e, incluso, dentro de una misma región puede ser más o menos desarrollada por las Autoridades de sanidad locales. Con ser muy escasa la oferta de servicios en toda Italia, la oferta de servicios de ayuda a domicilio es mayor en el norte.

Las grandes diferencias no son sólo visibles en el número de beneficiarios sino también en aspectos de la organización (prácticas, medidas y características de la oferta.) Los ayuntamientos definen sus propias normas en materia de contribución, lo que provoca grandes disparidades entre ellos, incluso dentro de una misma región. Otra diferencia a señalar se refiere a la forma

de funcionamiento de los servicios. Estos son, de hecho, bastante heterogéneos en todo el país.

La política italiana en favor de las personas mayores dependientes presenta dos características principales: la diferenciación Norte / Sur y las especificidades locales. El porcentaje de personas mayores de 65 años es más alto en las regiones del Norte que en las del Sur como lo es también el porcentaje de las tasas de actividad femenina. En cambio, el número medio de descendientes por cada persona mayor es más alto en el sur que en el Norte (ISTAT, 1998).

La presión ligada al problema de la dependencia es, en consecuencia, más grande en el norte, donde las personas mayores son más numerosas pero donde también el recurso a la ayuda familiar es más difícil. Se ha señalado ya la existencia en Italia de una gran presión cultural que considera que la asunción de responsabilidad de la dependencia de la personas mayores corresponde a la familia. Esta dimensión cultural está socialmente mucho más arraigada en el Sur, donde la familia tiene un papel preponderante. Este aspecto cultural podría explicar en el Sur la evolución mucho más lenta de la intervención de los servicios sanitarios y sociales respecto a las personas mayores, así como una oferta menor.

Definir y poner en marcha una política sanitaria y social para personas mayores pareciera ser un proceso extremadamente largo, complejo y menos rentable en el Sur.

En todos los análisis realizados sobre las disparidades geográficas italianas respecto a la oferta de servicios de larga duración para personas mayores se pone de relieve esta distinción Norte/Sur. La oferta global de servicios públicos es todavía rara y se enfrenta a numerosos problemas. El Parlamento trabaja en la reforma de la ayuda social que, una vez adoptada, permitirá aumentar el presupuesto público destinado a los servicios sociales para personas mayores.

Como muchos otros países, Italia se enfrenta a numerosas dificultades en materia de colaboración entre servicios sanitarios y servicios sociales en la atención y cuidados de larga duración.

IV.6.- La ayuda a domicilio para personas mayores en Alemania

El análisis de los cambios del derecho social alemán en la última década muestra la paradoja de que, por una parte, el legislador adopta medidas tendentes a una disminución de las prestaciones sociales, especialmente en el campo del seguro de desempleo y de la ayuda social; y, por otro lado, procede a ampliar la protección social a través de una mejora en la cobertura de la dependencia (Igl, 1986 y 1992). En efecto, en 1994 Alemania estableció mediante ley un seguro de dependencia.

Antes de la reforma introducida por dicha ley la protección social de las personas mayores dependientes correspondía principalmente a la Asistencia social. Las

prestaciones se concedían tras un examen no sólo de las rentas y bienes del solicitante sino también de la de sus descendientes.

La importancia de los recursos que se tenían en cuenta variaba según la situación de la persona dependiente: en caso de que ésta habitara en su propio domicilio los topes límites eran más generosos que si lo hacía en residencias especializadas. Había que evitar que la condición de acceso a las prestaciones por dependencia fuese el empobrecimiento del solicitante. Como quiera que sea, la ayuda a las personas mayores dependientes que vivían en su propio domicilio era, de hecho, insuficiente. Pese a las acciones emprendidas al respecto no existía un servicio de atención y ayuda a domicilio que permitiese cubrir las necesidades de las personas dependientes.

En 1989 la política social había intentado remediar la insuficiencia de la oferta de la atención a domicilio creando - dentro del seguro sanitario - la prestación de un seguro social para las personas discapacitadas que vivían en su domicilio.

Estas personas tenían derecho a 25 horas mensuales de atención o a una prestación en efectivo de 400 marcos alemanes.

La reforma se organizó en torno a cuatro grandes principios:

- en cuanto a la organización y financiación: la creación de una nueva forma de seguro social, el

seguro de dependencia, incluida dentro del seguro sanitario.

- en lo referente al lugar en que a la persona dependiente era atendida: conceder prioridad a la atención a domicilio.
- respecto al tratamiento de la persona dependiente: la recuperación y readaptación médica para evitar la situación de dependencia
- en lo relativo al mercado de establecimientos y servicios de atención para personas dependientes: reemplazar el principio de la planificación por el principio de la competencia entre los prestatarios de servicios.

La ley establece prestaciones para la persona dependiente y para terceras personas que atiendan a la persona dependiente en su domicilio. El 80 % de las personas dependientes eran atendidas en su domicilio y en las tres cuartas partes de los casos quienes les atendían eran amas de casa.

El objetivo del legislador era, por una parte, mejorar la situación de la tercera persona y, por otra, la situación de la persona dependiente en su domicilio. Para alcanzar este objetivo se establecieron las siguientes medidas:

- posibilidad de vacaciones para la tercera persona:

- formación inicial de la tercera persona: las cajas de seguro de dependencia están obligadas a ofrecer cursos de formación gratuitos
- mejora de la protección social de la tercera persona en las diferentes ramas de seguros sociales: así, la tercera persona está asegurada por el seguro de accidentes en el trabajo, tiene derecho a una prestación de seguro de desempleo y debe estar obligatoriamente asegurada con el seguro de pensión que en la RFA cubre los riesgos de vejez e invalidez. Las cotizaciones deben estar a cargo de las cajas de seguro de dependencia.

Los establecimientos y servicios están sometidos a controles de calidad y de rentabilidad. El control de calidad es un aspecto nuevo en el sector de la dependencia.

Está estipulado que las asociaciones federales de cajas de seguro de dependencia, los organismos de protección social y los establecimientos y servicios de atención establezcan normas de calidad. Sin embargo, no existen todavía normas de calidad fiables y mayoritariamente aceptadas.

Como el seguro de dependencia está organizado como una caja de protección social se aplica el principio de financiación mediante las cotizaciones sociales. Las cotizaciones son soportadas, a partes iguales, por el empleador y el asalariado. La ley establece la competencia entre los diferentes empresas y servicios de atención a la dependencia. Cada servicio, cada

establecimiento residencial, ya sea público o privado, ya sea gestionado por una asociación sin fines lucrativos o por una empresa comercial tiene derecho a vender atención y cuidados a las personas dependientes y a hacérselos pagar por el seguro de dependencia. Tanto para la atención en institución como en la ayuda domicilio se exige la contribución individual por parte de la persona dependiente.

Las prestaciones son provistas por empresas que han firmado un convenio con las cajas de protección social, que están integradas en las cajas de seguro sanitario, sitien disponen de un presupuesto propio. El beneficiario de la prestación de ayuda a domicilio puede optar por una prestación en especie o por una subsidio en efectivo. Si opta por éste último debe remitirse regularmente a un experto perteneciente a su caja de seguro de dependencia para que le aconseje y se pronuncie sobre la adecuación o no de los servicios prestados.

IV.7.- La ayuda a domicilio para personas mayores en Gran Bretaña. El desarrollo de un *cuasi-mercado*

El Servicio sanitario nacional (NHS) es considerado el corazón del sistema del Estado del bienestar británico y sigue siendo la prestación más popular. Gran Bretaña, como los Países Bajos y Noruega, ofrece muchos más servicios para las personas mayores que para los niños, mientras que en Francia, en Bélgica o en Italia sucede a la inversa.

En Gran Bretaña la atención sanitaria es financiada por los impuestos y dispensada gratuitamente por los servicios públicos. Por el contrario, la protección social ha sido siempre objeto de una financiación mixta mediante los impuestos y la contribución del usuario.

En cuanto a la oferta de servicios puede decirse que es también "mixta", ya que es proporcionada por organizaciones de voluntariado, empresas privadas y las familias, que contribuyen a la prestación que costea el Estado. Además, mientras que los servicios sanitarios son regulados en el ámbito nacional - aunque las reformas que se introdujeron en los años noventa han generado muchas más variaciones locales - la protección social ha estado siempre bajo el control y la responsabilidad del gobierno local.

En Gran Bretaña la protección social concerniente a los adultos es denominada generalmente *community care* ("atención comunitaria".) El sentido de esta expresión nunca ha sido demasiado claro. Por ejemplo, para un responsable del sistema sanitario *community care* sería la protección o atención social institucionalizada que proporciona un gobierno local, mientras que para la mayoría de la gente *community care* significaría protección no institucional. En los años setenta, la pesada maquinaria de "planificación conjunta" puesta en marcha para vincular los organismos sanitarios y los departamentos de las gobernaciones locales encargadas de la protección social no logró transferir los recursos del sistema sanitario a lo social, pese a los cambios demográficos.

El cuestionamiento del Estado del bienestar y el auge del sector privado con fines lucrativos

Con el arribo en 1979 de la primera administración Thatcher el sentido de la protección social (*community care*) fue puesto en cuestión. Entre mediados de los años setenta y finales de los ochenta los fondos que las autoridades municipales destinaban a los servicios residenciales sufrieron una importante disminución como consecuencia del recorte en los presupuestos asignados por el gobierno central. Este cambio se produce dentro de un contexto de desafiante cuestionamiento al Estado del bienestar provocado por una serie de factores políticos y económicos bien conocidos que afectaron tanto a Gran Bretaña como a otros países. Además, habida cuenta de la voluntad de acrecentar la provisión de servicios no residenciales, también se redistribuyeron ciertos fondos destinados a los servicios residenciales.

En los hechos, el gasto público destinado a los servicios residenciales superó los límites de los acuerdos políticos firmados entre el gobierno central y las administraciones locales, a través de una vía no prevista: el régimen general de la seguridad social.

Las personas mayores cuya falta de recursos lo justificara tenían acceso a medios económicos más o menos importantes si eran beneficiarios de servicios residenciales, fuera esta forma de servicios la más adecuada o no a su situación. Durante los años ochenta esos recursos provenientes del Estado cumplen, de hecho,

la función de subvenciones a la demanda. En efecto, estas subvenciones no eran destinadas a un sector particular. Las personas mayores, por lo tanto, tenían la posibilidad de elegir entre los servicios residenciales con fines lucrativos y los que organizaban y proporcionaban las asociaciones, a condición, naturalmente, de que existieran esas dos opciones disponibles. En la realidad fue el sector privado con fines de lucro y no el sector asociativo el que respondió al formidable aumento de la demanda de servicios financiados mediante esos fondos públicos.

El desarrollo de un *cuasi mercado*

Durante la administración Thatcher (1979- 1990), la estructura de los servicios residenciales sufrió modificaciones sin que el gobierno central fuese el principal responsable de ello. En 1981, un informe oficial sobre la atención a las personas mayores determinaba que "la atención y cuidados a las personas mayores dentro de la comunidad debía de ser, paulatinamente, una atención dispensada por la comunidad misma", lo cual significaba que la familia debía ir asumiendo, cada vez más, la responsabilidad de la atención y ayuda a las personas mayores, mientras que el Estado tenía que actuar de forma inversa.

Los años noventa constituyen un período de profundas y amplias reformas políticas. En 1990 el gobierno conservador de John Major estableció la Ley sobre el sistema sanitario nacional y servicios sociales (*National Health Service and Community Care Act*), que cambió el

modelo de protección social y cuya entrada en vigor en 1993 tendría importantes repercusiones en todas las organizaciones proveedoras de servicios sociales. Esta ley, origen de las más radicales reformas que conociera este sector desde los años cuarenta, tendía especialmente a:

- promover una modificación de la distribución de los servicios favoreciendo el aumento de los servicios a domicilio y a desalentar tanto las hospitalizaciones de larga duración como la colocación de las personas mayores en instituciones residenciales,
- estimular un movimiento tendente a limitar las decisiones que se basaban en la oferta y favorecer aquellas basadas en la demanda, así como la adaptación de los servicios,
- acentuar el papel del sector privado y asociativo mediante acuerdos contractuales y *cuasi* contractuales, y crear organizaciones sin fin de lucro destinadas a administrar los servicios "satélites" antes administrados por las autoridades locales
- otorgar más responsabilidades a las autoridades locales en el campo de los servicios de ayuda a domicilio limitando el papel de la instancia central (el National Health Service y el Department of Social Security), la cual se encargaría de asignar fondos en forma de dotaciones anuales.

En principio, las autoridades locales debían, so pena de suspensión de las subvenciones, destinar al "sector independiente" al menos el 85 % de los fondos que le eran asignados. Poco después la reglamentación imponía que las autoridades locales debían dar a las personas mayores la posibilidad de elegir la residencia que mejor les conviniese -independientemente del sector- teniendo en cuenta ciertas limitaciones de precio y adecuación. Las autoridades locales que no cumpliesen con esa obligación serían, en teoría, sancionadas en el plano económico.

Desde finales de los años ochenta los sectores de educación, vivienda y servicios sociales habían sido sometidos a lo que podría calificarse como un proceso de "mercantilización". Esta "mercantilización" ponía de manifiesto la voluntad tanto de introducir en los servicios públicos los principios del mercado como de reducir la oferta pública (aún cuando ésta no significara necesariamente gastos para el Estado) y aumentar la oferta de otros proveedores, de economía mixta (la familia, el voluntariado y el sector privado). Esta "mercantilización" podría ser mejor definida como la introducción de "cuasi-mercados" - "cuasi" en el sentido que, si bien el objetivo de las reformas era separar a los compradores de los proveedores de servicios, no se consideraba al consumidor como comprador.

En el caso de los servicios sanitarios el modelo resulta fácilmente comprensible en términos de "imitación del mercado" o de "mercado interno": por ejemplo, los administradores del sistema sanitario, en tanto compradores, deciden lo que quieren comprar y a qué

hospital (el proveedor). En lo que respecta a los servicios sociales la situación es más compleja porque son de "economía mixta". Se supone que los departamentos de servicios sociales de los gobiernos locales deben definir la distinción interna entre comprador y proveedor a la vez que alentar el recurso a los servicios del sector independiente (voluntariado o sector privado). Si bien los motivos de las reformas han sido bastante diferentes, en otros países europeos se han producido desarrollos parecidos. Glennester y Le Grand (1995) han insistido sobre el hecho de que el cambio operado en Gran Bretaña no puede explicarse simplemente a través la perspectiva ideológica.

Gran Bretaña es el único país que ha intentado poner en marcha sistemáticamente todos los principios del *cuasi-mercado* y constituye por ello un verdadero laboratorio experimental.

Ahora bien, que esa voluntad de desresponsabilizar al Estado y de promocionar a otros proveedores de servicios sociales haya sido un logro en términos de reducción del gasto público ha quedado puesto en entredicho según las investigaciones realizadas por la London School of Economics.

El gobierno conservador de Major no estaba preocupado de manera prioritaria por la cuestión de los costes. Los costes de transacción en un sistema de *cuasi-mercado* se consideraban muy elevados pero, sin embargo, se creyó en una mayor eficiencia del mercado para ofrecer más opciones y servicios de mejor calidad. La creación de un

"mercado de servicios sociales" ha planteado varios problemas. Los departamentos encargados de los servicios sociales de las gobernaciones locales tuvieron grandes dificultades para seguir las recomendaciones del gobierno central para separar a compradores y proveedores, interpretar la información necesaria para atender las necesidades y comprender la estructura del mercado y los compromisos económicos.

En lo que respecta a los trabajadores sociales, en contacto directo con el público, existía la sensación de un desbordamiento y de sobrecarga burocrática causados por el sistema de información (en una de las gobernaciones locales un trabajador social tuvo que cumplimentar nada menos que 14 formularios referentes al proceso de evaluación así como a la información sobre los compradores para conseguir una ayuda a domicilio para un cliente.)

La contratación

Las guías de procedimiento del gobierno central sugerían que los departamentos locales de Servicios sociales desarrollasen diferentes tipos de relaciones, basadas más o menos en la confianza, con diferentes tipos de proveedores. Muchas de las autoridades locales solían, según el monto de los servicios contratados, utilizar simples cartas de consentimiento o contratos. Lo esencial en el hecho de separar la compra y la oferta de servicios consistía en aumentar el recurso al uso del contrato, ya fuera de manera interna o entre compradores del gobierno local y proveedores del sector independiente, a fin de

obtener una mayor eficiencia, flexibilidad y capacidad de reacción ante la necesidad, pero también una mayor cantidad de opciones. La decisión de optar por tal o cual tipo de contrato resultó difícil de entender para los compradores del gobierno local. Muchos de ellos comenzaron adoptando la forma de "contratos puntuales" (*spot contracts*) orientándose luego hacia la "compra en bloque" (*block purchasing*).

Los contratos en bloque resultaban más fáciles de administrar y, para poder solicitar a los proveedores que innovasen o se atreviesen a arriesgarse, los compradores tuvieron que optar por este tipo de contratos, único medio de provocar un cambio. No obstante, los contratos en bloque con un proveedor independiente tendieron simplemente a reemplazar a un proveedor habitual de la autoridad local, lo que se dio en llamar "síndrome de la lista establecida" (Bladock y Urgenson, 1994). Esto, naturalmente, no sirvió para aumentar las opciones o la flexibilidad. El período de aprendizaje necesario para comprender que, de acuerdo a los contratos en bloque, la contratación sería relacional, permitiendo así que los compradores y los proveedores trabajasen en colaboración, ha sido muy largo.

La contratación de servicios ofrecidos por las organizaciones del voluntariado resultó más menos dificultosa. En primer lugar, en lo referente a la responsabilidad. El punto de vista gubernamental a finales de los años ochenta era que poco importaba quien fuese el proveedor en tanto el servicio fuese de calidad. Se suponía que el hecho de diversificar los proveedores

contribuía a mejorar la calidad del servicio. Pero, de hecho, saber quien es el proveedor tiene su importancia, entre otras cosas porque el usuario debe saber a quien dirigirse para plantear sus quejas. Si un servicio es contratado fuera de una organización de voluntariado pero, no obstante, es llevado a cabo por voluntarios, la posición legal dista mucho de ser clara. La evaluación de los resultados también resulta problemática: ¿cómo garantizar la calidad del servicio cuando los encargados de prestarlo son voluntarios?

A partir de la Segunda Guerra Mundial las gobernaciones locales habían prestado soporte económico a una gran parte de las actividades realizadas por las organizaciones del voluntariado. De modo que, históricamente los proveedores complementarios del Estado del bienestar británico habían sido siempre las organizaciones del voluntariado, pero en los años noventa se les requiere que se conviertan en una alternativa a la oferta estatal.

La introducción de los contratos ha tenido tres efectos particularmente significativos sobre las organizaciones del voluntariado: en primer lugar, ha provocado en ellas la adquisición de una importante profesionalización, imprescindible para poder responder a las exigencias mucho más específicas de la oferta de servicios. En segundo lugar, también ha repercutido en el control y gestión de dichas organizaciones, en el sentido que los consejos de administración han tenido grandes dificultades para comprender y asimilar los cambios que se exigían y, en tercer término, ha repercutido también

en los objetivos que persigue el voluntariado. Las condiciones de un contrato son mucho más precisas que aquellas ligadas a las simples subvenciones y las organizaciones del voluntariado, que proponen servicios y al mismo tiempo dirigen las campañas por cuenta de un grupo de clientes particulares, han podido entender que ya no es posible conseguir ayuda financiera de los gobiernos locales para financiar esta segunda actividad. La contratación supone que el contratante forme parte del mismo tipo de organización que el comprador y no ofrezca prestaciones para diferentes tipos de organización o modos de gestión.

Juristas y especialistas concuerdan en afirmar que la contratación ha introducido un nuevo tipo de relaciones entre el gobierno y las organizaciones del sector independiente, lo cual ha provocado cambios en el comportamiento de ambos interlocutores, aumentando su interdependencia por una parte, y por otra, difuminando las distinciones tradicionales existentes entre ellos.

El sector asociativo británico ha tenido y tiene una función nada desdeñable en la economía plural del bienestar, en el sentido cualitativo del término. En cambio, en términos cuantitativos, las informaciones contrastadas de que se dispone sugieren que, en comparación con otros países desarrollados, el sector asociativo probablemente sólo desempeñe un papel menor en el campo de la organización de servicios sociales. Su presencia en el sistema presenta la ventaja de que amplía la posibilidad de elección para las personas mayores, al menos para aquellas que cumplen con los diferentes

criterios de admisión. En algunos casos, el sector asociativo aplica manifiestamente tarifas relativamente bajas y permite hacer ciertas economías a los gestores públicos.

Entre los inconvenientes, hay que señalar que el sector asociativo aparece, al menos en parte, como selectivo en el plano social y relativamente caro en algunos aspectos.

Flexibilidad y elección

La lógica del pasaje a los *cuasi-mercados* se basaba en la idea de que estos proporcionarían mayor flexibilidad y una mayor posibilidad de elección para los usuarios. Es importante señalar que la flexibilidad obtenida ha implicado a menudo compromisos en materia de bienestar. Los términos y condiciones de empleo de numerosas personas empleadas en la atención directa a los usuarios se deterioraron con la política de contratación y constituye una parte del precio a pagar para conseguir más flexibilidad, por ejemplo, en cuanto a los horarios durante los cuales los servicios son accesibles.

Conseguir mayores posibilidades de elección también ha sido un objetivo difícil de alcanzar. No todas las autoridades locales consideraban esta fórmula de compra de servicios como un medio de acrecentar las posibilidades de elección por parte del usuario. Para muchas de ellas la prioridad era garantizar una oferta de *social care* para evitar la saturación de las plazas para personas mayores en los hospitales. Esto demuestra que la

principal preocupación no estaba necesariamente enfocada hacia las necesidades del usuario.

A comienzos de los años noventa no se percibía diferencia entre un servicio ofrecido en función de las necesidades y un servicio en función del usuario.

Gobierno Laborista y Community Care

El nuevo gobierno Laborista (New Labour) elegido en 1997 tuvo que afrontar dos cuestiones relativas al *community care*: ¿Había que aceptar el modelo caracterizado por los *cuasi mercados*? ¿Cómo salvar el creciente foso abierto entre necesidades y recursos? En principio, realizar un cambio total de dirección respecto a los *cuasi mercados*, que no sólo operan en el ámbito del *community care* sino también en el de la educación, de la vivienda y el de la salud, no parecía ni posible ni deseable para el gobierno, pues hubiera significado un nuevo caos organizativo. El objetivo del nuevo gobierno fue el conservar las estructuras existentes y modificarlas sólo ligeramente para adaptarlas a su diferente concepción respecto del gobierno conservador

La posición de principio según la cual los servicios sociales son incompatibles con la noción de beneficios económicos privados - corriente en círculos de la izquierda y en el ámbito sindical británicos - es reemplazada en la perspectiva del gobierno central y de la mayoría de las gobernaciones locales, por el argumento de que lo esencial - dentro de un contexto fiscal muy estrecho- es encontrar la "mejor oferta". Que esta

provenza del sector privado con fines de lucro, del sector asociativo o del sector público carece de importancia.

En el largo plazo la introducción de los *cuasi mercados* ha puesto en evidencia el problema latente relativo a la división profesional, económica, administrativa y reglamentaria entre el sistema sanitario y el *social care*. Dado que el número de personas que necesitan atención y cuidados de larga duración ha aumentado y que la exhortación para que se transfieran la atención y cuidados de los servicios sanitarios a los servicios sociales es cada vez mayor, el problema se ha agudizado

IV.8.- La ayuda a domicilio para personas mayores en Austria. El modelo vienés

En Austria la política social y los servicios de atención son competencia de las provincias y de los ayuntamientos, que tienen a su cargo la mayoría de los sectores no cubiertos por el sistema de la seguridad social.

Las leyes relativas a la protección social promulgadas en las diferentes provincias tienen que ver, en varios aspectos, y especialmente en el modo de cooperación desarrollado, con las organizaciones benéficas privadas*. El principio de subsidiaridad juega al respecto un papel

* Se trata de asociaciones acreditadas que persiguen objetivos - culturales, sociales, etcétera- de interés colectivo y que no pueden repartir beneficios. En su mayoría están vinculadas a las Iglesias o al movimiento obrero y suelen alcanzar grandes dimensiones

importante. Al igual que en otros países de confesión católica, en Austria el principio de subsidiaridad se aplica en un sentido conservador. Los servicios públicos sólo prestan ayuda social únicamente en aquellos casos en que esa ayuda no esté organizada por la familia, la seguridad social o las instituciones de ayuda privadas.

La subsidiaridad y la individualización generan un proceso de tratamiento restrictivo en el que la ayuda se concede de acuerdo a la situación personal del solicitante.

Dentro de este contexto Viena - que no sólo es la capital sino también una de las nueve provincias de Austria - constituye un modelo alternativo. Su población de 1.600.000 representa más de una quinta parte de su población y, a pesar de la reducción de población experimentada entre el censo de 1961 y el de 1991, la proporción de personas mayores ha sido siempre más elevada en la población vienesa que en la población austríaca en general. Por la orden del 20 de junio de 1920 el consejo local vienés fundó la Oficina Central de Acción Social del ayuntamiento de Viena, integrada por siete departamentos especializados, dos de ellos destinados a las personas mayores. Su funcionamiento estaba fundado en los siguientes principios: derecho a la atención para cualquier individuo, cooperación con el entorno, política social de cuidados preventivos y generales.

Viena se convierte así en blanco de la atención internacional, siendo apodada como "Viena, la roja". Su política contrasta con la política conservadora, basada

en la caridad privada administrada oficialmente bajo la monarquía. Los representantes de las clases pudientes se opusieron en 1934 a la política social del ayuntamiento vienés, recurriendo incluso las armas.

Los principios sobre los que se apoyaba la Oficina Central de Acción Social del ayuntamiento de Viena, constituyen la base de la política que en los años siguientes va a permitir a los socialdemócratas reforzar su mayoría en el consejo municipal vienés y aumentar sus votos en las elecciones para el parlamento federal.

Después de la época del fascismo (1934 a 1945), la política social vienesa se reconstruye sobre la base de una ley especial basada en los siguientes principios: derecho de la persona a la cobertura de sus necesidades elementales, atención planificada adelantándose a la demanda, asistencia preventiva y pos-asistencia, ayuda económica personalizada en efectivo o bajo la forma de ayuda personal. A finales de los años cincuenta, con el desarrollo de la seguridad social y el receso de la miseria, surge una política de atención centrada en el bienestar. En 1958, con ocasión de una conferencia sobre atención y cuidados a las personas mayores, la Federación de municipios austríacos establece una nueva orientación que va a marcar la política social vienesa al respecto. Entre otras recomendaciones, la mencionada conferencia aprueba la cooperación entre atención pública y ayuda social privada en la atención a las personas mayores.

En virtud de una decisión del consejo local vienés del 17 de diciembre de 1991, el sector de la atención y ayuda a

domicilio se constituye en un departamento distinto que cubre un campo de actividades específicas y que es responsable de la cooperación con las asociaciones benéficas que operan en el ámbito de la ayuda a domicilio.

Las instituciones de servicios de ayuda

Las instituciones que proporcionan atención a las personas mayores son las siguientes: los departamentos y servicios municipales competentes; las instituciones privadas de utilidad pública creadas y controladas por el ayuntamiento para llevar a cabo actividades específicas de atención y ayuda a las personas mayores sin verse trabadas por las estructuras y particularidades del derecho público; las asociaciones sin fines de lucro que, a través de procedimientos de separación o transferencia, desarrollan su actividad con el sostén económico u organizativo del ayuntamiento, bajo el control de los poderes públicos y según baremos precisos; y las organizaciones benéficas, abiertas a todas las personas necesitadas.

Las instituciones de utilidad pública privadas

Una de las principales instituciones de utilidad pública para las personas mayores es el Consejo de Administración de residencias vienesas, creado en 1960 por el consejo municipal vienes inspirándose en ejemplos escandinavos y que preside el concejal de asuntos sociales.

Viena fue la primera de las provincias austríacas que estableció, en 1963, la primera residencia municipal, siendo seguida por las demás algunos años más tarde.

A partir de los sesenta años toda persona de nacionalidad austríaca domiciliada en Viena y que necesite atención y ayuda permanentes puede solicitar plaza en una residencia municipal, obteniéndola al cabo de algunos años. Estas residencias ofrecen apartamentos para una o dos personas, un comedor común, una sala de cuidados y diversos servicios tales como atención médica, peluquería y pedicuría, así como también actividades lúdicas o deportivas. Accesibles para todos, no funcionan como "institución privada" sino que permiten que sus residentes mantengan relaciones con otras personas mayores que viven fuera de la residencia.

En 1996 el coste mensual para los residentes era de 850 euros para una persona sola y de 1.500 por pareja, sumas que no podían sobrepasar el 80 % de la renta regular mensual de los residentes. En el caso de aquellas personas cuyos medios económicos no alcanzaban a cubrir el precio de la pensión el ayuntamiento de Viena se hacía cargo de la diferencia. Además, ningún residente cuyo estado de salud se agravase y pudiera requerir atención y cuidados permanentes ocasionados por queda excluido del alojamiento en residencia sino que es atendido por los servicios especializados de la misma y los gastos suplementarios que tales cuidados pudieran ocasionar pueden ser, en virtud de la nueva ley, parcialmente cubiertos con una indemnización por cuidados.

Hasta 1992, eran 32 las residencias vienesas que formaban parte del Consejo, ofreciendo un total de 8.072 apartamentos y 9.631 camas (incluidas las correspondientes a los servicios de atención y cuidados sanitarios.)

En 1996 la tasa media de ocupación de apartamentos era del 99,41 %, mientras que la de la recurrencia a los servicios de comedor era del 88,61 %. Las cifras indican que las residencias vienesas acogían una media de 8.000 pensionistas con una edad promedio de 84 años. Alrededor del 53 % del coste era cubierto por los usuarios y la diferencia por la municipalidad. El ayuntamiento de Viena ofrece también un panel de servicios sociales de ayuda a domicilio, cuya finalidad es permitir que las personas que han perdido autonomía puedan seguir viviendo en su propio domicilio, siendo atendidas en las mejores condiciones, aliviando así a su familia de una parte de los cuidados que necesitan. Esta práctica fue establecida por la ley de ayuda social vienesa del 19 de diciembre de 1972, que entró en vigor en marzo de 1973.

Desarrollo de la colaboración entre poder público y las asociaciones.

Después de la Segunda guerra mundial la cooperación con las organizaciones privadas - en su mayor parte religiosas- se había restringido un tanto. Estas asociaciones eran de orientación caritativa mientras que la política del ayuntamiento se centraba en la atribución de derechos legales a las personas que necesitaban atención, razón por la cual el ayuntamiento acordaba su

confianza a organizaciones más próximas a sus principios. Como, por ejemplo, la organización Atención vienesa a domicilio, actualmente llamada Asociación de servicios sociales vieneses, que se fundó en 1947 y cuyo consejo de dirección está integrado por representantes del consejo municipal y por responsables de la oficina social vienesa. Este tipo de organizaciones permitirá alcanzar un mayor grado de flexibilidad en lo que se refiere a aspectos organizativos y legales de la prestación de servicios. No obstante, dada la considerable extensión del servicio de ayuda a domicilio en los años sesenta, el ayuntamiento va a solicitar la colaboración de otras organizaciones y autorizar el recurso a las mismas, dando así comienzo a un proceso de cooperación y colaboración.

Este modo de funcionamiento se desarrolló a partir de 1973 con la promulgación de la mencionada ley de ayuda social, haciéndose evidente la necesidad de dar una nueva orientación a la acción social. Los factores históricos y estructurales de esta nueva coyuntura van a favorecer una fusión de la relación entre las actividades de los poderes públicos y las de las asociaciones declaradas de utilidad pública. La cooperación entre el ayuntamiento y las asociaciones se basa en contratos mediante los cuales el ayuntamiento reembolsa las prestaciones de servicios de las asociaciones sobre la base de sus precios de coste.

En las demás ciudades y provincias las asociaciones que colaboran con los poderes públicos son financiadas en gran medida a través de la concesión de subvenciones regulares o irregulares y sin compromiso legal o

contractual por parte de los poderes públicos. Las subvenciones pueden verse reducidas por razones presupuestarias mientras que es difícil modificar o descuidar las obligaciones contractuales.

Los numerosos servicios de ayuda a domicilio están, por lo tanto, garantizados por asociaciones privadas de utilidad pública sin afán de lucro en colaboración con el departamento de asuntos sociales del ayuntamiento de Viena. El departamento municipal de Atención a domicilio solicita los servicios de diferentes asociaciones y desarrolla concretamente con ellas una cooperación que puede ir de la simple subvención de ciertas actividades hasta un contrato regular de prestación de servicios.

La condición previa es que la asociación sea una entidad de interés público. Los servicios son abonados según baremos establecidos mediante acuerdos entre las asociaciones y el departamento. Éste paga los precios de los servicios y percibe la parte correspondiente al usuario, que se calcula en función de su situación social y de los medios económicos de que dispone. Además, el departamento suele pagar subsidios a las asociaciones que se encuentran en condiciones deficitarias a causa de dificultades imprevistas.

Existen siete tipos de servicios de ayuda a domicilio para las personas mayores:

Servicio de Ayuda a domicilio: en caso de enfermedad, el prestatario proporciona ayuda para el aseo personal o para la administración de medicinas, así como

también en las tareas domésticas. Este servicio se estableció en 1947 y por esta época sólo era ofrecido por una asociación. En 1997 eran doce las asociaciones que lo proporcionaban. Tanto el número de personas mayores tomadas a cargo como las horas de intervención se han triplicado prácticamente, mientras que el número de beneficiarios de atención y cuidados se ha multiplicado por nueve

Servicio de visita: creado en 1974, ofrece distintos tipos de ayuda a personas que se encuentran impedidas por una deficiencia física: hacerles las compras, acompañarlas a dar un paseo, al médico o a una administración pública y redactarles el correo. Entre 1977 y 1989 el número de organizaciones se mantuvo estable, acrecentándose en 1996 hasta llegar a 11. El número de "visitantes" se triplicó y el de las visitas se multiplicó por siete, mientras que el número de personas tomadas a cargo se mantuvo superior a 4.000;

Servicio de visitas de contacto: Este servicio fue creado en 1975 con el fin de ofrecer a los jubilados asesoramiento y consejo acerca de instituciones y servicios para personas mayores. Con la colaboración de los jefes de distrito, todas las personas mayores de 70 años, y luego las mayores de 65 años han sido visitadas en su domicilio. Este servicio, único en Europa, es gestionado actualmente por dos organizaciones. Desde 1981 el número de visitas está en constante disminución, lo que probaría que en la actualidad los jubilados están mucho más informados

Servicio de comidas a domicilio: Este servicio, que complementa la ayuda a domicilio desde 1969, ofrece 5 o 7 días por semana la elección de cuatro tipos de comida. Éstas se pagan por adelantado una vez por semana. Entre 1981 y 1992 el servicio era provisto por cuatro asociaciones, que se redujeron a tres en 1993, si bien el número de comidas servidas se duplicó;

Servicio de limpieza: Existe desde 1973 y ofrece un servicio de limpieza y mantenimiento de paredes, puertas, ventanas, muebles y suelos. El número de asociaciones que lo ofrecen, como así también el de las intervenciones las intervenciones, han aumentado;

Servicio de lavado de la ropa de cama: Creado en 1974, este servicio ofrece lavado, limpieza y planchado de ropa blanca. También ofrece un servicio exprés bisemanal. Las asociaciones que se ocupan de ello son dos;

Servicio de reparación: Fue establecido en 1976 para realizar trabajos de reparación y revisión de aparatos, instalaciones y acondicionamientos interiores para personas discapacitadas. No obstante, no realiza mantenimiento de aparatos de gas o eléctricos objeto de concesión. De este servicio sólo se ocupa una asociación, pese a que el número de prestaciones se haya duplicado.

En 1996, 21 asociaciones agrupadas en una federación regional de coordinación, colaboraban con el departamento social vienes ofreciendo todos los servicios mencionados, o parte de ellos. Estas asociaciones dirigen también sus propias actividades caritativas, de manera que

representan el vínculo entre el modelo de servicio público y el modelo caritativo. El modelo vienés pareciera estar basado en una concepción "anticonservadora" de la subsidiaridad: voluntad de organizar la ayuda desde lo público en la medida de lo posible, presupuestos públicos como principal fuente de financiación, mantenimiento del beneficiario dentro de su entorno familiar, exigencia de contribución al usuario únicamente en caso de que ello no amenace su equilibrio social y económico, solicitud de ayuda a la familia sólo de forma complementaria o suplementaria.

Tales procedimientos permiten a la asociación proporcionar condiciones de empleo dignas a su personal a su personal y evitar, por tanto, el riesgo de explotación. El desarrollo del Estado del bienestar favorece el gran crecimiento del sector servicios así como el surgimiento de actividades y de grupos sociales sensibles a los costes y carencias del proceso de modernización.

La evolución particular de Austria en la segunda mitad de los años sesenta y principios de los años setenta estimula la colaboración entre los poderes públicos y las organizaciones benéficas sin fines lucrativos. Después de la reconstrucción del país tras la Segunda Guerra mundial, las asociaciones se plantean nuevas tareas a cumplir y nuevos desafíos. La atención y cuidados en institución son muy criticados, de modo que los servicios a domicilio surgen paulatinamente como una interesante sustitución.

El desarrollo demográfico va a provocar cierto déficit en el sector de la atención a las personas mayores, particularmente en las ciudades.

Las decisiones respecto al desarrollo de la política social implican un aumento de trabajo para las instituciones públicas, lo que conduce al poder público a favorecer la transferencia de servicios a las asociaciones.

Crisis del Estado del bienestar y mercantilización de los servicios sociales

A mediados de los años ochenta, mientras se produce la crisis del Estado del bienestar, las asociaciones privadas sin fin de lucro van a desempeñar un papel cada vez mayor en la ejecución de la política social. Lo que el mercado no produce por que no proporciona beneficios y lo que los poderes públicos no ofrecen por falta de medios económicos lo hace, cada vez más, este tercer sector.

Sin embargo, este desarrollo está marcado por una tendencia al desplazamiento de los servicios sociales - que hasta ese momento eran garantizados por las instituciones públicas - hacia el sector llamado "informal" (familia y entorno) y por el aumento de la cuota de participación económica del usuario.

Uno de los principales vectores de la creciente mercantilización es el sistema de subsidio de atención y

cuidados que en 1993 se estableció en todo el país. En 1995, 340.000 austríacos recibían este subsidio y casi el 70% de ellos eran jubilados. El beneficiario recibe, como promedio, un subsidio de 397 euros mientras que el coste de los servicios es mucho más elevado. Por esta razón, las provincias austríacas han aumentado de forma considerable la cuota de participación económica del usuario. Por consiguiente, por un lado, al ser más alta su cuota de participación, los beneficiarios no pueden utilizar su subsidio para mejorar o complementar su cuidado. Por otro lado, el excedente que representa el subsidio se ahorra.

Los servicios se han vuelto "costosos" para los usuarios y muchos de ellos renuncian a ciertos servicios, lo cual provoca una disminución de la renta de las asociaciones que las lleva a buscar medios para fidelizar a su clientela y les empuja a desplegar acciones de *marketing*. Sin embargo, a causa de su herencia histórica, el modelo vienes limita la mercantilización de los servicios, de modo que los poderes públicos determinan la cuota de participación del usuario según su condición social y económica, cualquiera sea el servicio que necesite. Los convenios entre la municipalidad vienesa y las asociaciones benéficas se realizan según un contrato tipo que garantiza a estas últimas un cierto nivel de vida y las obliga a cumplir con las condiciones requeridas.

Las contribuciones determinadas por contrato son las mismas para todas las asociaciones, que deben proporcionar prestaciones de igual calidad y precio. Por

lo que el precio de los servicios no es, por tanto, un criterio de elección para el usuario.

Tanto por las asociaciones como por la municipalidad consideran simple y práctico este modo de colaboración. La municipalidad puede llevar fácilmente a cabo la función de control disponiendo un modo de reglamentación que obedece a su necesidad de procedimientos administrativos. La forma de financiación ofrece a las asociaciones una cierta seguridad respecto a una gestión a medio plazo y a una garantía de su continuidad. La considerable incidencia de los poderes públicos vieneses, en este caso del Departamento de Atención a domicilio, sobre la estructura y financiación de las asociaciones se traduce así en la financiación de las prestaciones de servicios mediante contrato, lo cual se completa con la realización de controles en el domicilio del usuario.

En caso de que el usuario presente una queja ante una institución de ayuda social, inmediatamente se abre un expediente. Las facturas presentadas por las asociaciones son sometidas a un riguroso examen antes de efectuar su pago. Los dispositivos de formación y cualificación del personal de las asociaciones son dispuestos por la Federación regional de coordinación en la cual el Departamento de Atención a domicilio ocupa un lugar preponderante.

El desarrollo del sistema en todo el territorio nacional provoca una fragmentación de la atención y cuidados a domicilio. Evidentemente, una enfermera diplomada no se puede ocupar al mismo tiempo de la limpieza y de la reparación en el hogar. Sin embargo, la "ley del mercado"

(la presión de los costes y la competencia) agravan la tendencia al taylorismo. Los servicios se ven fragmentados en tareas claramente distintas, que cada prestatario procura cumplir en el más corto plazo posible sin tener en cuenta otros imperativos y necesidades psicológicas del usuario.

En el modelo vienés estos riesgos son atenuados una vez más por el modo de organización de los servicios, que favorece un cierto enfoque global de los mismos.

Cada una de las estructuras de ayuda social donde se efectúa la solicitud de los servicios lleva a cabo una investigación, a cargo de un trabajador social, en el domicilio del solicitante para evaluar su situación social y familiar. Esto permite definir las modalidades de prestación del servicio, las formas de ayuda que pueden procurarse y el tiempo de la intervención.

Existe, por otra parte, una posibilidad de alianza entre los trabajadores sociales del servicio público y el personal de las asociaciones. El modelo vienés, frente a un desarrollo de los servicios sociales basado en la explotación, propugna un desarrollo fundado en la motivación de las personas que prestan la ayuda y la calidad de los servicios ofrecidos. De este modo, los trabajadores sociales del ayuntamiento vienés han conseguido una importante mejora de su situación legal, de su formación y de sus condiciones de trabajo gracias, sin duda, a sus reivindicaciones laborales, pero también gracias a la actitud comprensiva de la municipalidad.

Conclusiones y perspectivas

Aunque la tendencia a la privatización se haya vuelto predominante durante estas dos últimas décadas, el modelo vienés de atención y ayuda para las personas mayores sigue siendo extremadamente reglamentado. Dado el progresivo aumento del número de personas mayores en la población, las actividades de atención y ayuda que se le dispensan van a extenderse tanto más cuanto crezca sensiblemente el número de hogares compuestos por una sola persona. Por tanto, en el futuro próximo será preciso basar las estimaciones en el desarrollo de un mercado de servicios de atención y ayuda, que atraerá tanto a los proveedores comerciales como a las empresas que prestan servicios de atención y cuidados con fines lucrativos y a las sociedades de seguros - que recientemente han propuesto las pólizas de subsidio por cuidados y creado residencias para personas mayores.

Aunque estos nuevos prestatarios captan a un público que goza de un cierto nivel de rentas, se manifiesta una cierta competencia con las asociaciones. Esto estimula a éstas últimas a buscar una creciente profesionalidad y clientela y a hacer cálculos de rentabilidad. El desarrollo del seguro médico en Austria incita a la prudencia. Durante las tres últimas décadas el seguro médico se ha hecho extensivo a un 98 % de la población austríaca. Pero esta avanzada de la política social ha modificado el lugar que tenía el seguro médico privado, que paulatinamente se ha convertido en complementario.

Teóricamente, cada individuo tiene derecho a pretender el tratamiento más adecuado, pero, en la práctica, existe una tendencia a dar prioridad a los usuarios de un servicio médico privado. Numerosas son las quejas que han surgido a este respecto.

La cuestión reside en saber si la extensión de los servicios de atención y ayuda a todas las personas mayores no implicará los mismos riesgos.

IV. 9.- BIBLIOGRAFÍA

Amyot Jean *Travaille apures des persones agées. Toulouse Privat, 1994*

Barbichon Jacques *Dependence et Décition, Libraires des Méridiens, Paris (1990)*

Bloss Thierry *Les liens de famille_ sociologie des rapports entre generations. PUF, Paris, 1997.*

Cammeduss Brigitte *Les crisis familiales du grand age . ESF EDITOR, Paris, 1989.*

Goffman Erving *Las representacion de sí mismo. ED. AMORRORTU, Buenos Aires 2002.*

Herfray Charlotte *Apprendre láautonomie, apprendre au vieillissement , Desclee de Brouwer, Bruselas, 2004.*

Laville Jean Louis, *L'aide aux personnes âgées, Editions La Découverte et Syros, París 2001.*

Martin Claude *et alli, La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe?, Presses Universitaires de Rennes, Rennes 2003.*

Nyssens Marthe *et alli, Les services sociaux entre associations, marché et État. Syros Paris 2003.*

Raguenes René *Aide à domicile*. Frison Roches, Paris 2003.

Rodríguez Pilar y Porto Fernando *Evolución y extensión del servicio de ayuda a domicilio en España*, IMSERSO, Madrid 1998

Thevenet Amédée *L'Aide sociale aujourd'hui en Europe* ESF. ED. París 2004

V.- EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO EN ESPAÑA

La segunda parte del siglo XX se ha caracterizado por un envejecimiento de la población española, debido básicamente al aumento de la esperanza de vida de los españoles y la importante caída de la fecundidad.

Ambos elementos son coincidentes en el conjunto de las sociedades desarrolladas. El creciente peso de la población anciana uno de los cambios más significativos. La fecundidad de las parejas ha ido descendiendo hasta situarse por debajo del nivel de reemplazo.

La combinación de tasas de fecundidad bajas con una mortalidad en descenso, ha provocado un envejecimiento general de las sociedades. Así, a lo largo de las últimas décadas el declive de la mortalidad en las sociedades desarrolladas se está concentrando en los grupos de edad superiores, lo que ha provocado un creciente peso de la población anciana y la llegada a edades más avanzadas de personas en mejores condiciones de salud.

En España, las personas con 65 y más años de edad ya representan el 17,0% de toda la población, situación que en los años venideros se incrementará tal como se observa en la siguiente tabla.

EVOLUCIÓN DE LA POBLACIÓN MAYOR, 1900-2060

Años*	Total España	65 y más		65-79		80 y más	
	Absoluto	Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
1900	18.618.086	967.754	5,2	852.389	4,6	115.365	0,6
1910	19.995.686	1.105.569	5,5	972.954	4,9	132.615	0,7
1920	21.389.842	1.216.693	5,7	1.073.679	5,0	143.014	0,7
1930	23.677.794	1.440.739	6,1	1.263.626	5,3	177.113	0,7
1940	26.015.907	1.699.860	6,5	1.475.702	5,7	224.158	0,9
1950	27.976.755	2.022.523	7,2	1.750.045	6,3	272.478	1,0
1960	30.528.539	2.505.165	8,2	2.136.190	7,0	368.975	1,2
1970	34.040.989	3.290.800	9,7	2.767.061	8,1	523.739	1,5
1981	37.683.363	4.236.724	11,2	3.511.593	9,3	725.131	1,9
1991	38.872.268	5.370.252	13,8	4.222.384	10,9	1.147.868	3,0
2004	43.197.684	7.301.009	16,9	5.481.437	12,7	1.819.572	4,2
2010	45.311.954	7.785.480	17,2	5.490.621	12,1	2.294.859	5,1
2020	48.664.658	9.345.955	19,2	6.338.532	13,0	3.007.423	6,2
2030	50.878.142	11.684.570	23,0	8.025.109	15,8	3.659.461	7,2
2040	52.540.936	14.569.813	27,7	9.886.602	18,8	4.683.211	8,9
2050	53.159.991	16.387.874	30,8	10.464.874	19,7	5.923.000	11,1
2060	52.511.518	15.679.878	29,9	8.788.288	16,7	6.891.590	13,1

* De 1900 a 2004 los datos son reales; de 2010 a 2060 se trata de proyecciones

Fuente: INE: INEBASE: *Cifras de población. Población según sexo y edad desde 1900 hasta 1991.* INE, 2004.
 2004: INE: INEBASE: *Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004.* INE, 2005.
 2010-2060: INE: INEBASE: *Proyecciones de la población calculadas a partir del Censo de Población de 2001. Escenario 1.* INE, 2005.

La Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2.004 (INE 2005) en el territorio nacional, indica que están empadronados en los municipios 43.197.684 personas de los cuales 7.301.009 cuentan con 65 y más años.

Se ha estimado en la nueva prospección de mejora de la esperanza de vida al nacer en varones y mujeres: 76,6 y 83,4 años, respectivamente, en 2002, y 80,9 y 86,9 en 2030. Además, la diferencia entre ambos sexos se atenúa, desde 6,7 años más de vida en las mujeres respecto a los varones en 2002, hasta sólo 6,0 en 2030. En el 2030 se

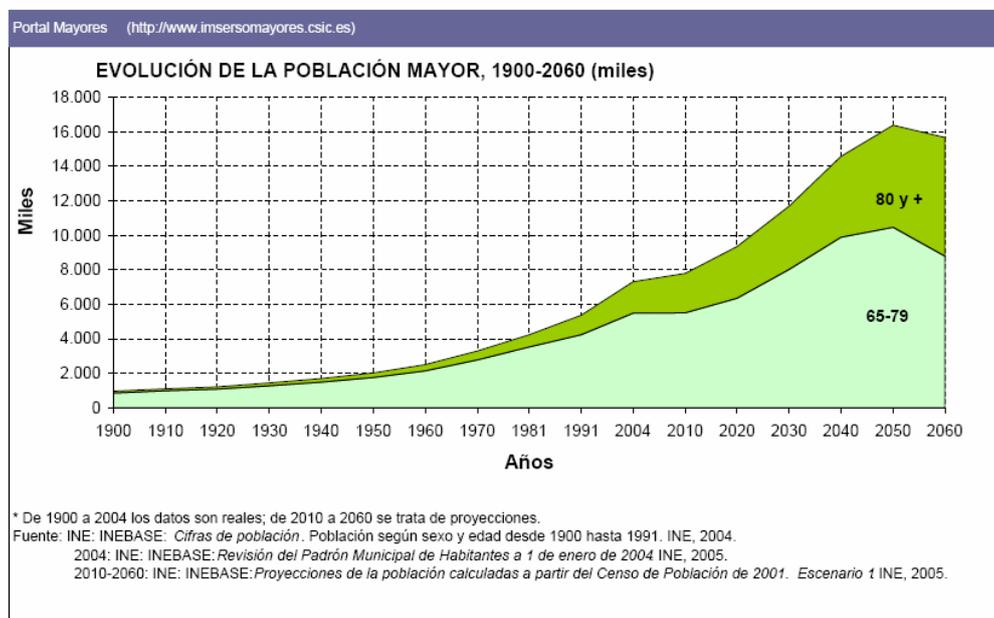
alcanzará 1,5 hijos por mujer, esta cifra es sensiblemente menor a 2,1 hijos necesarios para el reemplazo generacional.

Otra variable es la inmigración, el Instituto Nacional de Estadística ha previsto una llegada de 600.000 personas por año en los primeros años de vigencia de la proyección (entre extranjeros y españoles que retornan), con una perspectiva descendiente de 250.000 personas hacia mediados de siglo.

De las variables que afectan las proyecciones demográficas, fecundidad, mortalidad y migración, es esta última la más incierta.

En el año 2060 habrá en España 15.679.8789 mayores, según la proyección del INE basada en el censo de 2001 (publicada en agosto de 2004), sobre un total de 52.511.518 habitantes, es decir, el 29.9% de la población. Aunque los cambios en la natalidad no afectarán al tamaño de este contingente de personas de edad (los nacidos en estos últimos años no habrán alcanzado aún los 65 años en 2050), sin embargo, el destino incierto de la actual oleada de inmigrantes impide conocer si esa cifra se mantendrá, aumentará o disminuirá, pues en caso de permanencia de los inmigrantes, muchos de ellos habrán superado los 65 años a mediados de siglo. La cifra de mayores puede ser más alta, pues continúa el descenso en la tasa de mortalidad entre las personas de edad, dando más supervivencia a las cohortes, es decir, la esperanza de vida a los 65 años está aumentando más incluso que la esperanza de vida al

nacer, sobre cuyas hipótesis se han preparado las nuevas proyecciones del INE.



El envejecimiento de la población es un hecho. En el año 2004 había 7.301.009 mayores de los cuales 1.819.572 ya eran personas de más de 80 años. Las personas de este rango de edad son los que más crecen en los dos últimos lustros. En 2050, el porcentaje se habrá incrementado hasta 11,1%, casi seis millones de personas.

El incremento medio anual de personas mayores (144.800) refleja una ralentización de la llegada al umbral de los 65 años de las cohortes de nacidos en los años de la guerra civil, 1936-1939, concretamente los nacidos durante 1937, año este que ya recogió un descenso de nacimientos que se prolongó durante 1938 y 1939, además de una ligera mayor supervivencia que motiva que las

«salidas» también se ralenticen; por tanto, la cifra de incremento es el saldo o resultado de la entrada por los 65 años de nuevos efectivos, menos las salidas por defunción.

En estos últimos años han alcanzado el umbral de los 65 años unas 390.000 personas cada año aproximadamente, 33.500 cada mes, en contraste con los 45.000-58.000 que lo harán previsiblemente en la tercera década de este siglo, en los años veinte, con la llegada de las generaciones del baby-boom.

El crecimiento demográfico se está produciendo fundamentalmente por la llegada y empadronamiento de inmigrantes, que además elevan la cifra de nacimientos por su mayor fecundidad, por lo que los saldos vegetativos negativos, previstos en las anteriores proyecciones ya en la primera década de este siglo, se retrasan hasta mediados de siglo XXI. Inmigración fuerte, repunte ligero de nacimientos y leve ganancia de esperanza de vida son los rasgos más sobresalientes de la estructura demográfica de la población española en los últimos años. La llegada de inmigrantes, en edades adultas jóvenes, y los nuevos nacimientos ralentizan la progresión del porcentaje de personas de edad (aumenta el cociente en la fórmula de cálculo del envejecimiento), pero sin llegar a invertir su tendencia de crecimiento.

El INE estima un cambio de tendencia del crecimiento demográfico hacia mediados de siglo, en 2050, primer año en que se empieza a perder población, tras un incremento

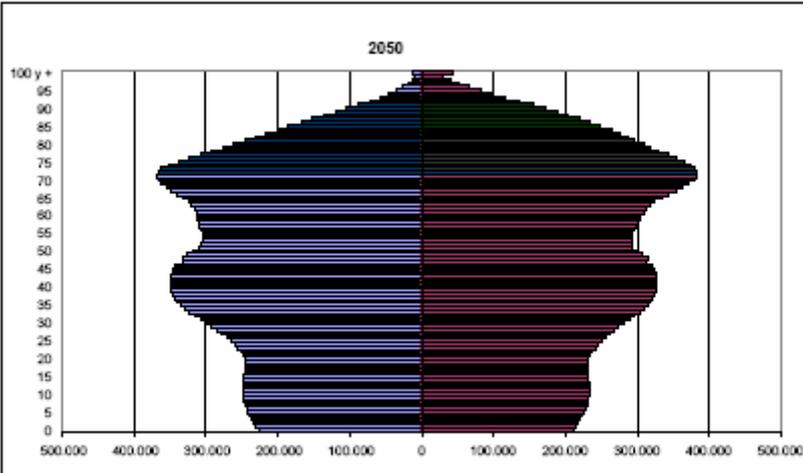
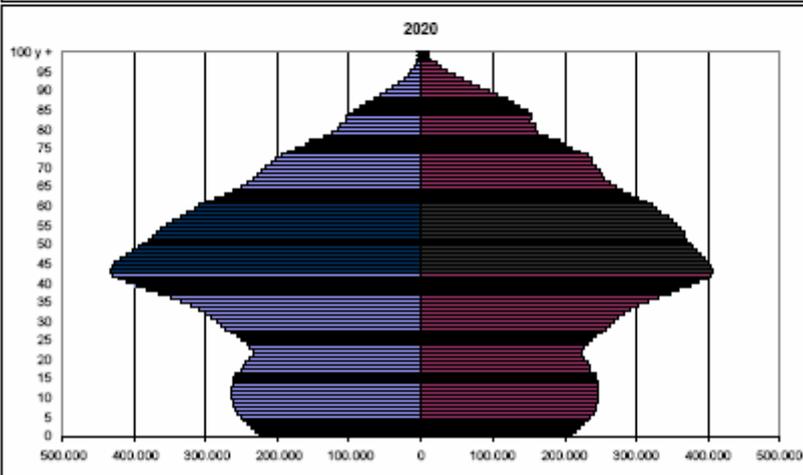
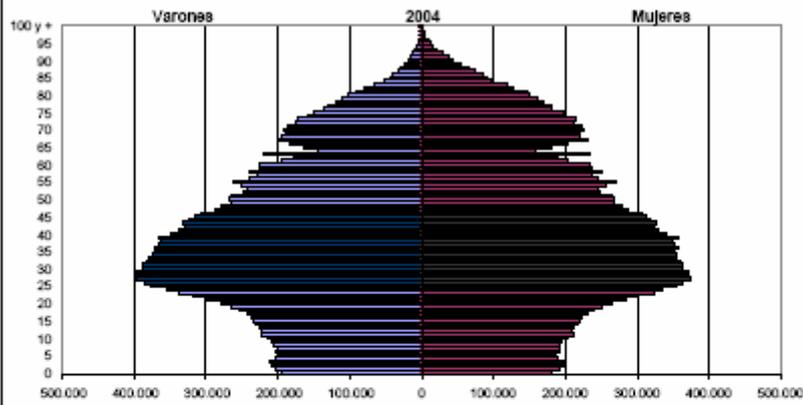
continuado. Esta estimación se basa en que las entradas netas desde el exterior (inmigración menos emigración) serán insuficientes para compensar el saldo vegetativo ya decreciente (más defunciones que nacimientos).

El mayor número de inmigrantes de los últimos años se concentra entre los 25 y 35 años de edad, con lo que alcanzarán los 65 años entre 2030-2040, si no han decidido regresar a sus países de origen, diez años aproximadamente después del inicio de las jubilaciones de la generación del baby-boom español. Es decir, a los efectos que esta generación del baby-boom tengan sobre los sistemas de protección social, se añadirán los de la jubilación de esta oleada inmigratoria.

Esta prolongación de la vida de los ya viejos y su consiguiente envejecimiento adicional, hará más común la imagen de una persona mayor cuidando de otra de más edad en situación de dependencia. Es decir, también se producirá un envejecimiento de los cuidadores, cuyos mayores efectivos se concentran ahora entre los 50- 64 años; pasarán hacia edades superiores. Por tanto, las políticas de atención a los cuidadores serán cada día más importantes.

Como hecho destacable, el número de personas mayores ya supera al de niños de 0-14 años en más de un millón de individuos y se ha producido una inversión de las tendencias demográficas. El tamaño del grupo de mayores, y en especial de octogenarios, es ya suficiente como para tener un fuerte impacto en los sistemas sanitarios y de servicios sociales.

POBLACIÓN SEGÚN SEXO Y EDAD, 2004, 2020 Y 2050



Nota: posición de la generación del "baby-boom"

Fuente: INE: INEBASE: Proyecciones de la Población de España a partir del Censo de Población de 2001. INE, 2005.

2004: INE: INEBASE: Revisión del Padrón Municipal de Habitantes a 1 de enero de 2004. INE, 2005.

La actual proyección demográfica al 2060 nos plantea algunos problemas que habría que destacar.

La historia reciente no tiene precedentes de un envejecimiento tan acelerado, los mayores serán casi iguales a los jóvenes, aunque también hay que señalar que proceso no es una problemática exclusiva de España. El envejecimiento de la población implica que el 2050, uno de cada tres personas tendrá 65 o más años y de estos 5.923.000 (36,14 %) serán octogenarios.

Este fenómeno tiene raíces muy profundas y afectará todo el entramado social con implicaciones en el campo de lo económico, el ahorro, el consumo, el mercado de trabajo y especialmente en el sistema de pensiones. Implicará grandes modificaciones en los actuales modelos sanitarios y del sistema de servicios sociales, con las consecuencias que deriva de colectivos de ciudadanos dependientes.

V.1. Servicio Público de Ayuda a Domicilio en España

Para las personas mayores el acceso al sistema de pensiones y al sistema sanitario casi generalizado supuso un gran cambio en la década de los 80, y un proceso rápido de implantación de un sistema público de servicios sociales.

En este contexto se inicia el proceso de desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio. El discurso de la política dirigida a las personas mayores empieza a

desplazarse de la atención en residencias a los servicios comunitarios, percibiéndose además, el creciente protagonismo de las familias en los cuidados y atenciones que precisan los mayores, o cualquier persona que en algún momento de su vida necesita ayuda.

Los servicios de ayuda a domicilio (SAD) son parte de los recursos asistenciales prestado por los servicios sociales, en la cual tiene que existir una necesaria coordinación que debe existir con la atención domiciliaria dependiente de los centros de salud o de los servicios hospitalarios.

Los SAD consisten en ofrecer una ayuda personal y/o determinados servicios en el domicilio de ciertos individuos (personas mayores, discapacitadas, enfermas, familias desestructuradas, etc.) cuya independencia funcional se encuentra limitada o que atraviesan una situación de crisis personal o familiar.

El contenido de los SAD debe comprender, además del cuidado y atención personales a quienes son sus usuarios/as, la prestación de otros servicios considerados clave de cara a favorecer un aceptable grado de independencia en el funcionamiento de la vida diaria, tales como la limpieza del hogar, preparación de comidas, realización de determinadas gestiones, acompañamiento relacional, etc.

Aunque los SAD son prestaciones de los servicios sociales dirigidas a toda persona en situación de riesgo de pérdida de niveles de independencia, vamos a referirnos a

la ayuda domiciliaria prestada y dirigida a las personas mayores, que constituyen, por otra parte, la gran mayoría de todos los destinatarios de los SAD (alrededor de un 90% de los usuarios).

La principal institución gestora del SAD son los Ayuntamientos o, en su defecto, otra corporación local de mayor ámbito territorial, como son las diputaciones provinciales, los cabildos insulares, etc. En algunos lugares, la prestación se realiza con gestión directa de la corporación local, pero, en la mayoría de los casos, la gestión se concierta con alguna entidad prestataria, como puede ser una cooperativa, una institución sin ánimo de lucro o una empresa.

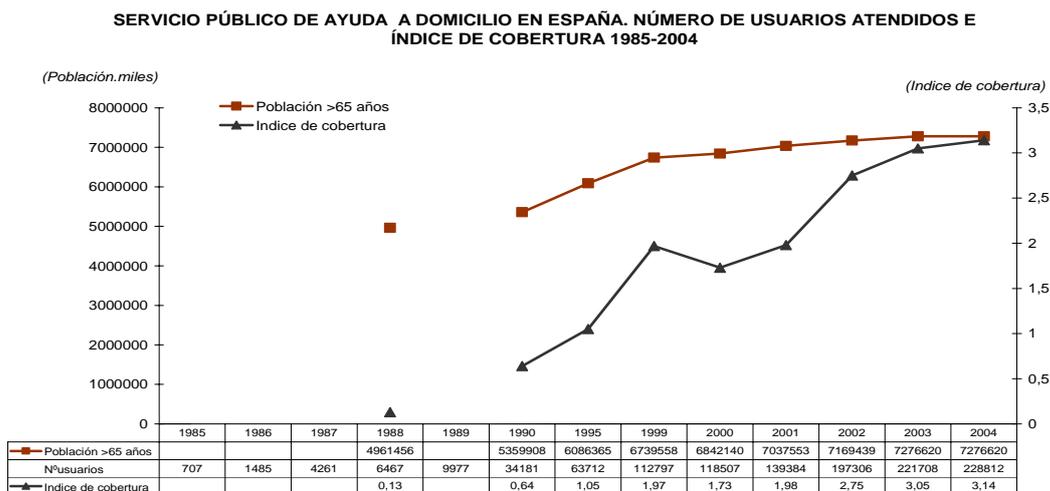
Es un Servicio de carácter Público siendo responsabilidad de su calidad y eficacia la institución de la Administración de quien depende, ya sea la local, la provincial o la autonómica.

Dada la baja cobertura institucional, en muchos casos la atención de estos servicios prestados por una empresa o personas individuales son contratados directamente por los propios ciudadanos o las familias de los necesitados del mismo, aunque en este estudio nos centramos específicamente en las características de la oferta y demanda pública.

Los primeros datos existentes corresponden al año 1990 cuando se realiza el primer estudio sobre el SAD, en colaboración con la FEMP, con motivo de la elaboración del Plan Gerontológico.

La evolución de Implantación del SAD en el conjunto del territorio nacional, ha sido muy significativo (GRÁFICO N°1).

GRÁFICO N° 1



FUENTE: Elaboración Propia a partir de las personas mayores en España. Informe 2004

El crecimiento cuantitativo del número de usuarios atendidos ha pasado, desde el estudio mencionado de 34.181 usuarios a los 228.812 registrados a Enero de 2004. Dicha evolución resulta ser una evidente demostración de la implantación del servicio y de su gran amplitud territorial en el conjunto del Estado. El Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Sociales con las Corporaciones Locales en el año 1988 se constituyó el detonante de la rápida implantación municipal. De 9.997 usuarios contabilizados en 1989 pasamos a 63.712 en 1995 lo que, en todo caso, suponía un escaso índice de cobertura, que no superaba el 1.05%. Los

servicios que se prestaban entonces, eran casi exclusivamente de carácter doméstico.

GRÁFICO N° 2

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA.
EVOLUCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN TERRITORIAL DEL SAD 1978-1995
(% Municipios con SAD)

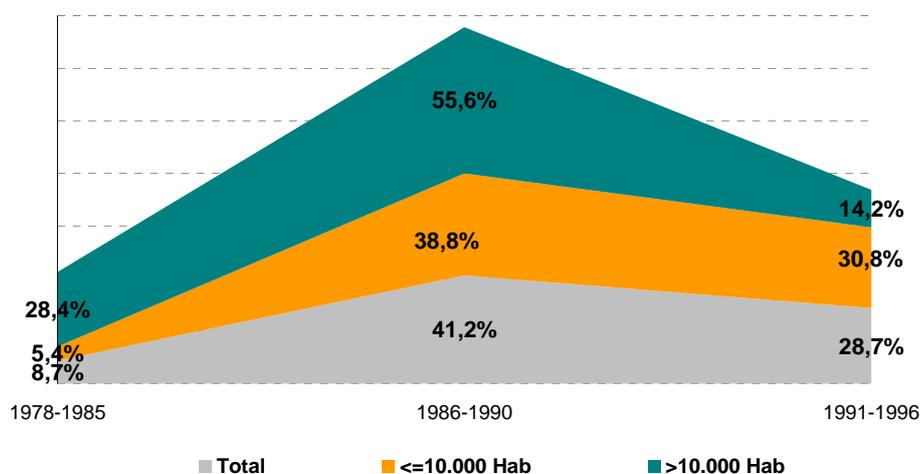
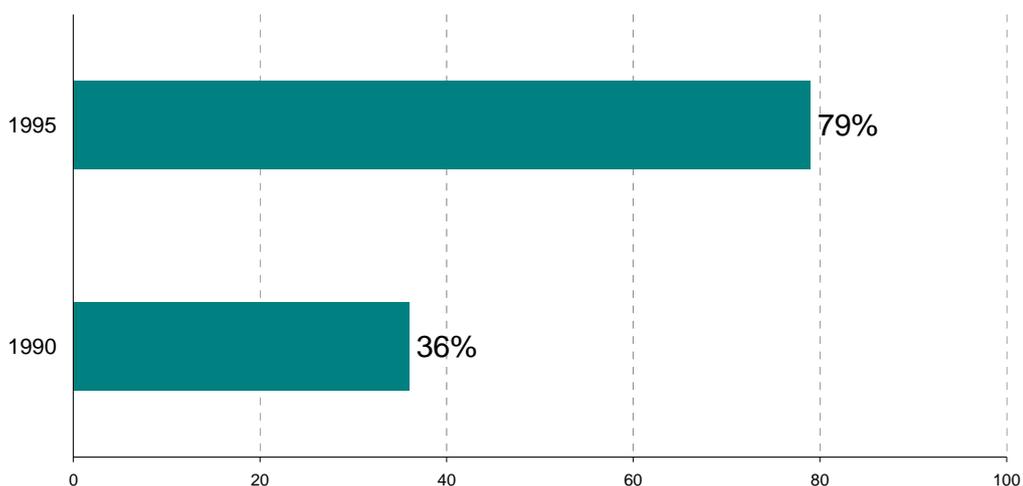


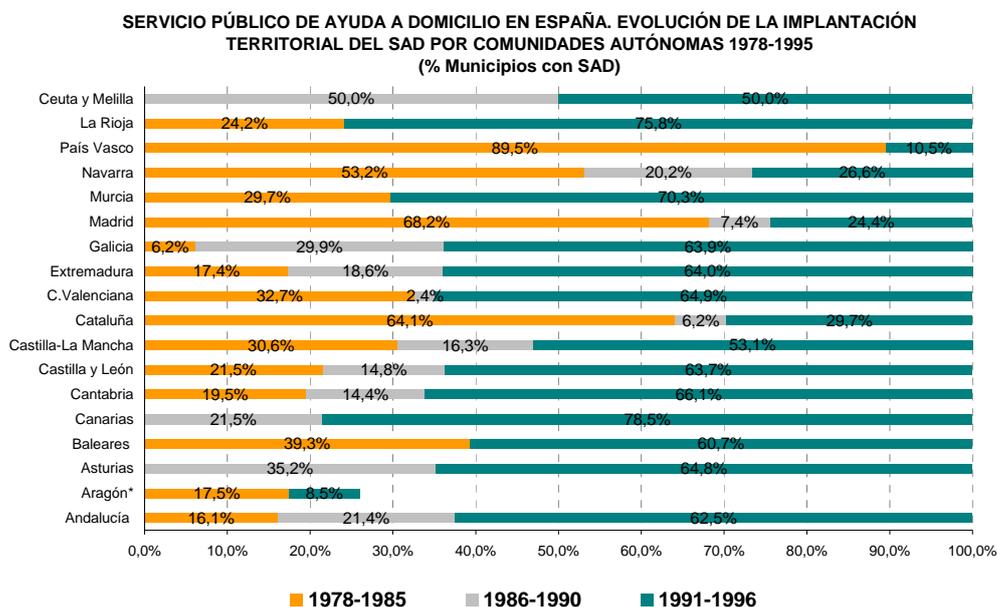
GRÁFICO N° 3

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA.
EVOLUCIÓN DE LA IMPLANTACIÓN TERRITORIAL DEL SAD.
% DE MUNICIPIOS CON SAD 1.990 Y 1995



Si analizamos la evolución y extensión del SAD por comunidad autónoma, observamos que el gran impulso de los recursos del Plan Concertado eleva las cifras en el periodo 1991-1996, excepto en aquellas comunidades cuya implantación se inició con fuerza en el periodo 1978-1985, País Vasco (89,5%), Madrid (68,2%) y Cataluña (64,1%) (GRÁFICOS N° 2 ,3 Y 4).

GRÁFICO N° 4



FUENTE: Elaboración Propia a partir de las Personas Mayores en España. Informe 2004

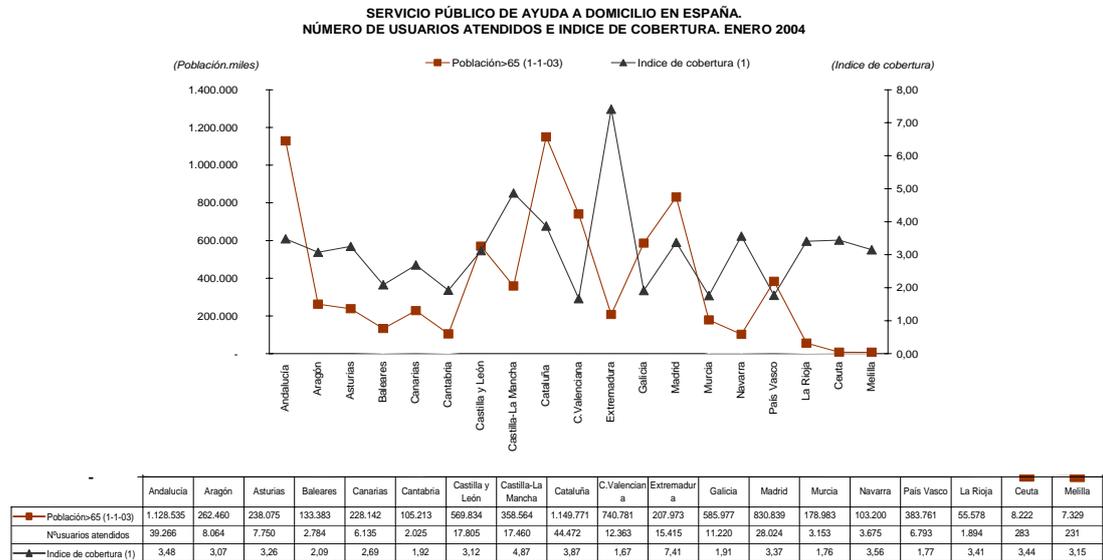
Los datos cuantitativos del Servicio de Ayuda a Domicilio actual

Analizamos a continuación algunos indicadores que se consideran esenciales a la hora de evaluar la eficacia y calidad del SAD. Todos ellos se ofrecen desagregados por CCAA, ya que resulta imprescindible conocer las importantes diferencias que presentan en la mayor parte de los aspectos que se estudian: cobertura, intensidad horaria, precios públicos, distribución de tareas, etc.

Como hemos dicho anteriormente el número total de usuarios del SAD a enero de 2004 asciende a 228.812, el índice de cobertura prácticamente se ha doblado en los

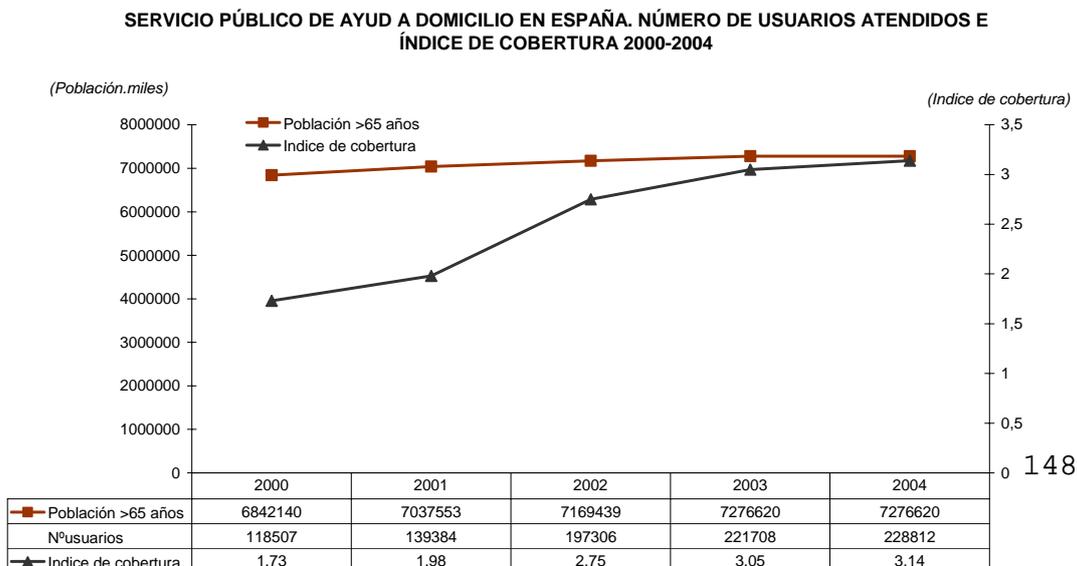
últimos 5 años, aunque el incremento en valores absolutos sea algo mayor, ascendiendo a 110.305 usuarios nuevos (22.061 nuevos usuarios como media anual). Sin embargo, el incremento de la población mayor de 65 años, que ha supuesto 537.062 personas en el periodo 2000-2004, hace que el aumento del índice de cobertura sea escaso a pesar de los esfuerzos que desde las administraciones públicas se están realizando para generalizar este servicio (GRÁFICO N° 5).

GRÁFICO N° 5



FUENTE: Elaboración Propia a partir de las personas mayores en España. Informe 2004.

GRÁFICO N° 6



FUENTE: Elaboración Propia a partir de las personas mayores en España. Informe 2004.

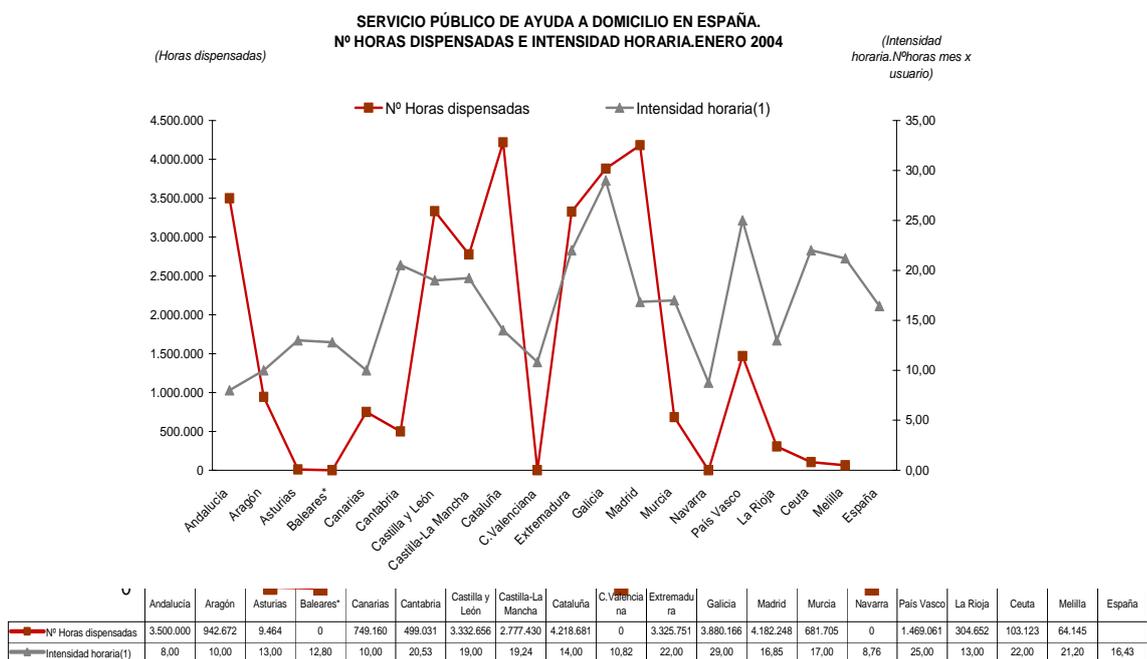
Del total de usuarios existentes en España más de la mitad (111.762) corresponden a las Comunidades Autónomas de Andalucía, Cataluña y Madrid. Sin embargo parece más riguroso analizar el índice de cobertura de este servicio en el que las Comunidades de Castilla La Mancha y Extremadura se sitúan a la cabeza.

Esta última Comunidad Autónoma, con un porcentaje de 7,41 usuarios por cada 100 mayores de 65 años, supera en más del doble el índice medio nacional que alcanza con 3,14% (GRÁFICO N° 5). Por otra parte existen Comunidades Autónomas, como Comunidad Valenciana, Cantabria, Murcia, Galicia o País Vasco que se sitúan por debajo del 2% de cobertura.

A pesar de que el índice de cobertura y el número de usuarios de un servicio sean los indicadores más frecuentemente utilizados, en el caso del SAD la intensidad horaria es un aspecto que matiza, cuando no determina, la esencia de este recurso (GRÁFICO N° 6). Así, nos encontramos con Comunidades Autónomas como Galicia y País Vasco con 29 y 25 horas mensuales de atención por usuario respectivamente, mientras que

Andalucía, Aragón, Canarias y Navarra están en torno a 10 horas de intensidad horaria. La media española para este año 2004 se sitúa en 16,43 horas al mes, lo cual supone algo más de 4 horas a la semana (GRÁFICO N° 7).

GRÁFICO N° 7



FUENTE: Elaboración Propia a partir de las Personas Mayores en España. Informe 2004.

No es necesario extenderse en comentar la flagrante insuficiencia de este servicio si queremos hacer frente a la amplia gama de necesidades que presentan y demandan las personas dependientes.

GRÁFICO N° 8

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA. EVOLUCIÓN DE LA INTENSIDAD HORARIA.TOTAL ESPAÑA. 1995-2004

FUENTE: Elaboración Propia a partir de las Personas Mayores en España. Informe 2004.

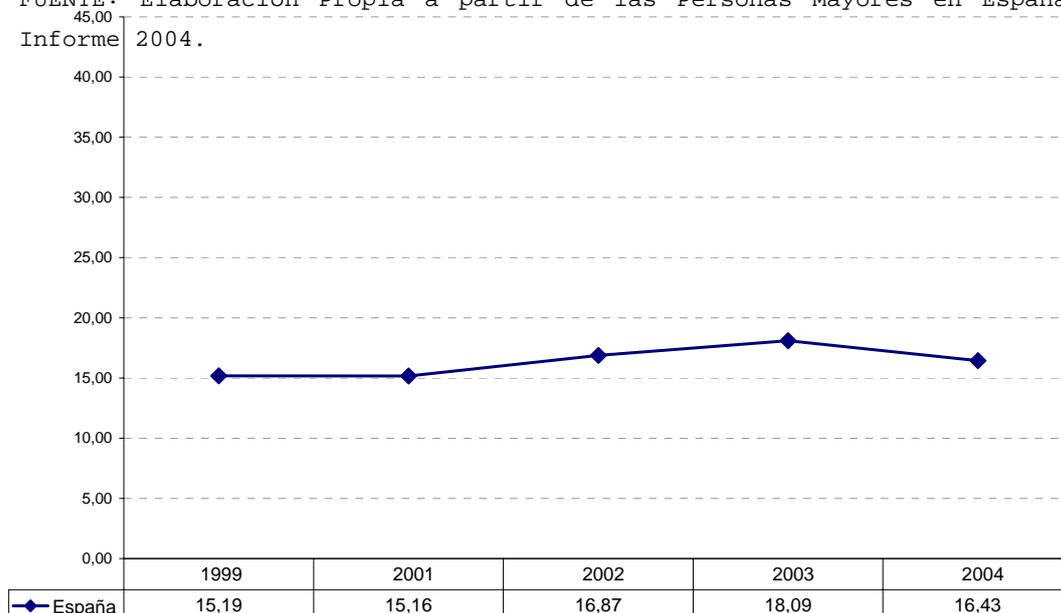
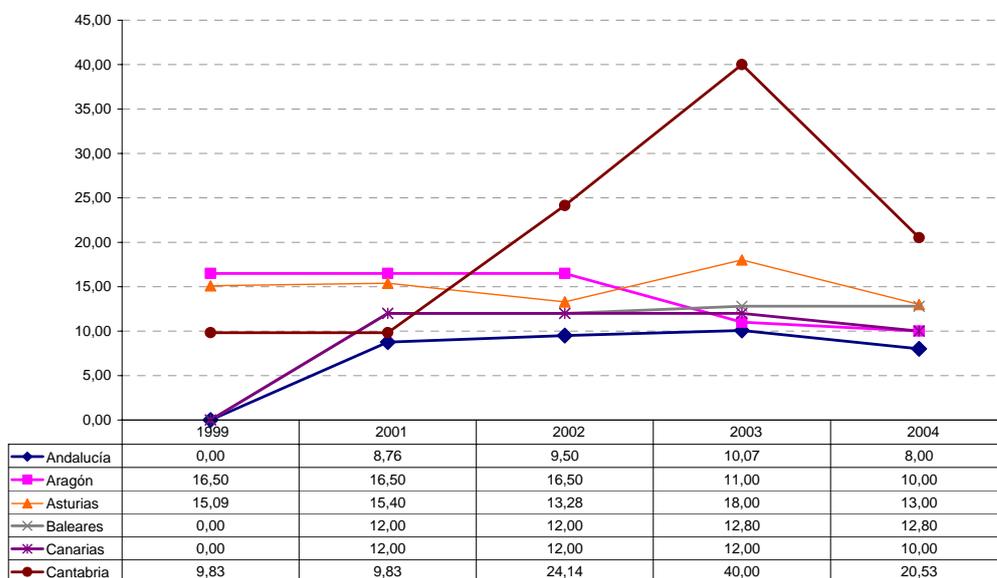


GRÁFICO N° 9

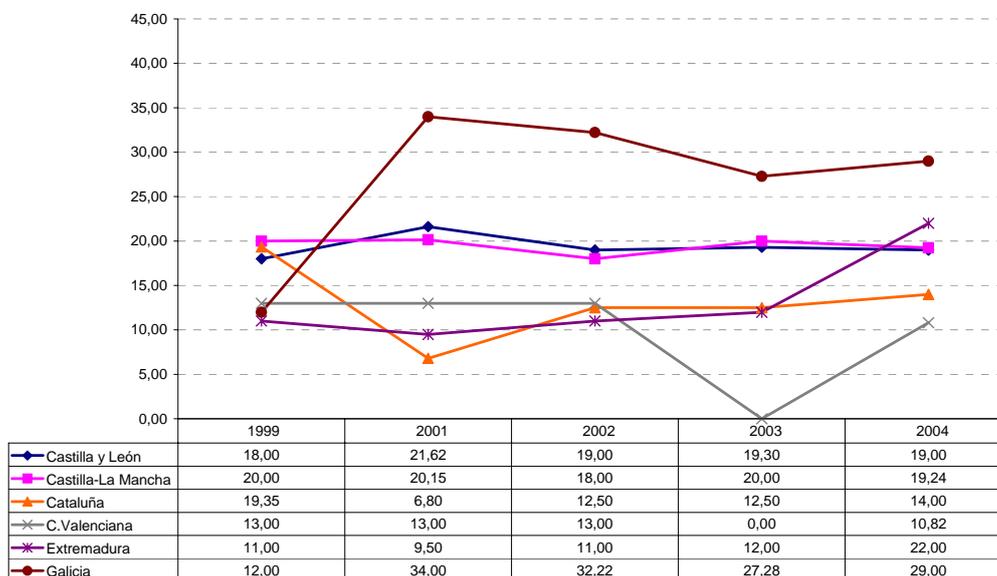
SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA. EVOLUCIÓN DE LA INTENSIDAD HORARIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 1999-2004



FUENTE: Elaboración Propia a partir de las Personas Mayores en España. Informe 2004.

GRÁFICO N° 10

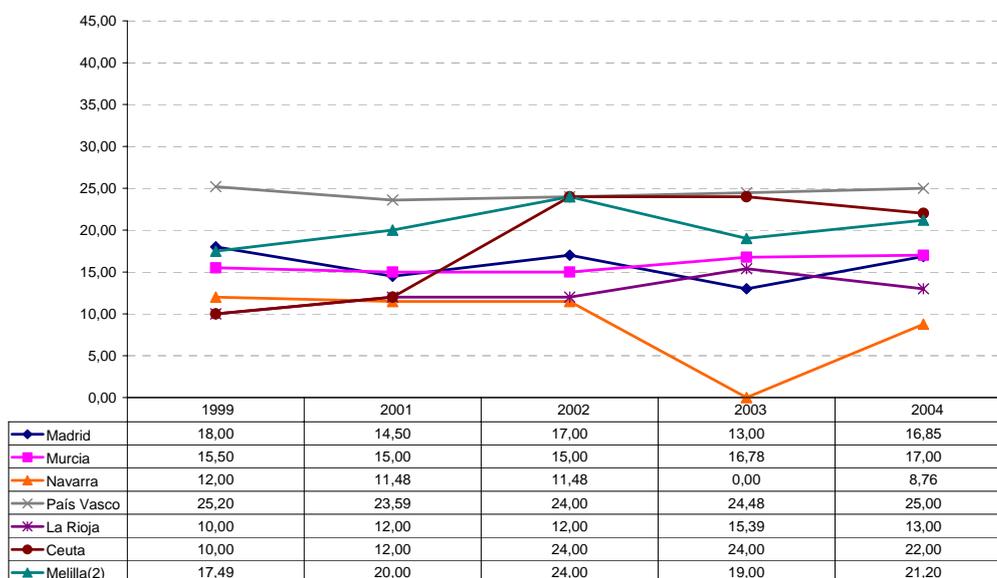
SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA.
EVOLUCIÓN DE LA INTENSIDAD HORARIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 1999-2004



FUENTE: Elaboración Propia a partir de las Personas Mayores. Informe 2004.

GRÁFICO N° 11

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA.
EVOLUCIÓN DE LA INTENSIDAD HORARIA POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS. 1999-2004



FUENTE: Elaboración Propia a partir de las Personas Mayores. Informe 2004.

Respecto a otras características de este servicio, destacamos en primer lugar el perfil medio de las personas mayores que reciben el SAD: elevado porcentaje de mujeres (71%), así como una mayoría de usuarios/usuarias mayores de 80 años (52%) (TABLA N° 2).

Otro indicador de gran importancia es la distribución de las horas de atención domiciliaria entre tareas domésticas y cuidados personales. Todavía existe una mayor dedicación a las tareas domésticas en la mayoría de las Comunidades Autónomas, excepto en Baleares, Cataluña, Navarra, País Vasco y Rioja que dedican la mayor parte de este servicio a los cuidados personales.

TABLA N° 2

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA. OTRAS CARACTERÍSTICAS. ENERO 2004

Ambito Territorial	% mujeres	%>80 años	% mujeres>80 años	% Tareas domésticas	% Cuidados
Andalucía	-----	-----	-----	-----	-----
Aragón	60%	25%	23%	80%	30%
Asturias	73%	56%	-----	41%	59%
Baleares*	-----	-----	-----	-----	-----
Canarias	-----	-----	48%	80%	20%
Cantabria	76%	63%	-----	-----	-----
Castilla y León	78%	59%	45%	-----	-----
Castilla-La Mancha	-----	-----	39%	-----	-----
Cataluña	73%	70%	50%	24%	76%
C.Valenciana	-----	80%	40%	-----	-----
Extremadura	44%	24%	-----	80%	20%
Galicia	71%	62%	42%	60%	40%
Madrid	82%	62%	47%	66%	34%
Murcia	80%	-----	17%	75%	25%
Navarra	-----	-----	45%	20%	80%
País Vasco**	74%	62%	26%	31%	69%
La Rioja	69%	-----	50%	46%	54%
Ceuta	64%	28%	17%	67%	33%

Mejilla	85%	39%	28%	40%	25%
---------	-----	-----	-----	-----	-----

*Enero 2003

**País Vasco: datos sobre Alava y Guipúzcoa

FUENTE: Elaboración Propia sobre "La Población Mayor en España". Informe 2004.

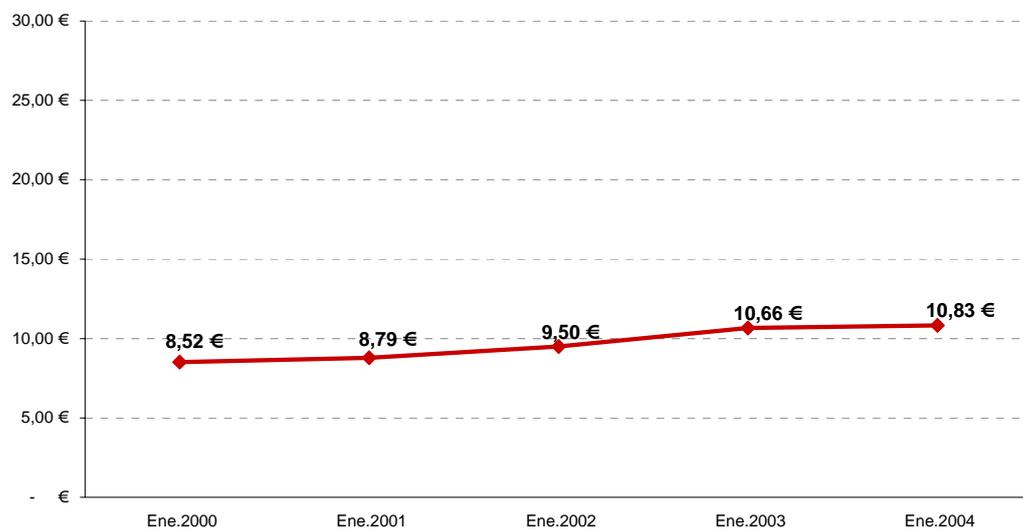
La necesidad de implantar cambios en estos aspectos es incuestionable, si queremos que el servicio de ayuda a domicilio dé respuestas ajustadas a las necesidades de las personas dependientes. Ello no supone la eliminación de las tareas domésticas, imprescindibles para el mantenimiento en el domicilio, sino un incremento claro en la calidad y cantidad de la prestación de cuidados personales, que constituyen la esencia de las atenciones a la dependencia. Todo ello, sin olvidar en ningún momento las consecuencias que el cambio de concepción de este servicio acarrea en el ámbito de la formación y cualificación profesional de sus trabajadores, aspectos de los que hasta el momento, disponemos de escasa información.

Se puede observar la variabilidad en el precio público por hora de servicio, que oscila entre los 7.60 euros de Galicia y los 20.40 euros de Navarra. Parece claro que estas diferencias no sólo se deben al grado de desarrollo socioeconómico y al esfuerzo en esta materia de unas y otras CCAA sino a que realmente se está ofreciendo bajo la misma denominación de SAD, servicios muy distintos. La evolución de precios/medios/hora en los últimos cinco años supone un incremento de un 27,11%, que debe considerarse bastante moderado si observamos el proceso de profesionalización de este servicio que algunas CCAA

están asumiendo así como la evolución de los precios en este periodo (GRÁFICOS N° 12, 13, 14, 15, 16).

GRÁFICO N° 12

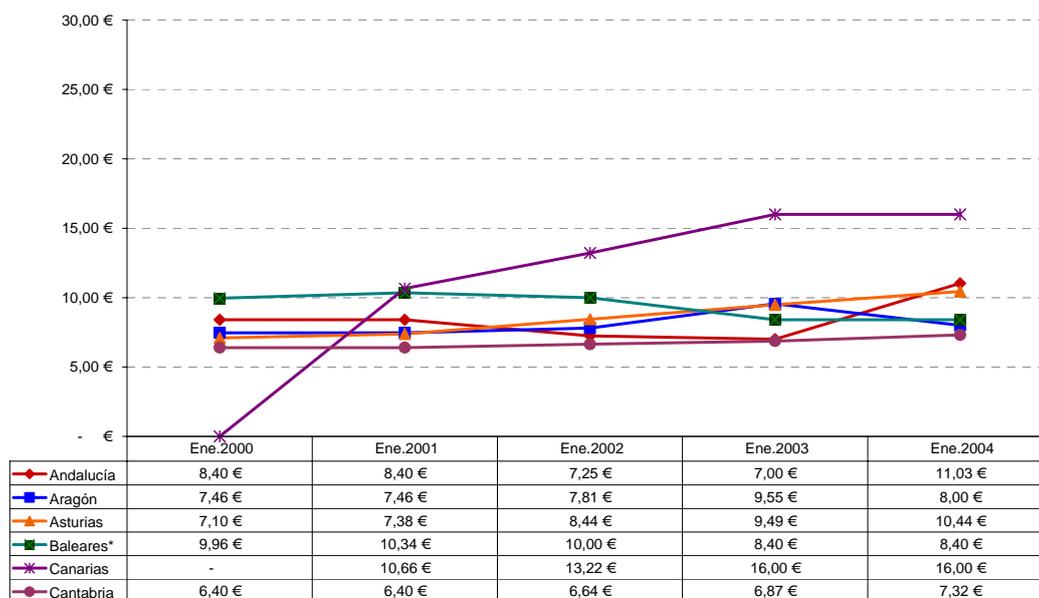
SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA.
PRECIO PÚBLICO (EUROS/HORA) 2000-2004 .MEDIA TOTAL ESPAÑA



FUENTE: Elaboración Propia a partir de "Las Personas Mayores en España". Informe 2004.

GRÁFICO N° 13

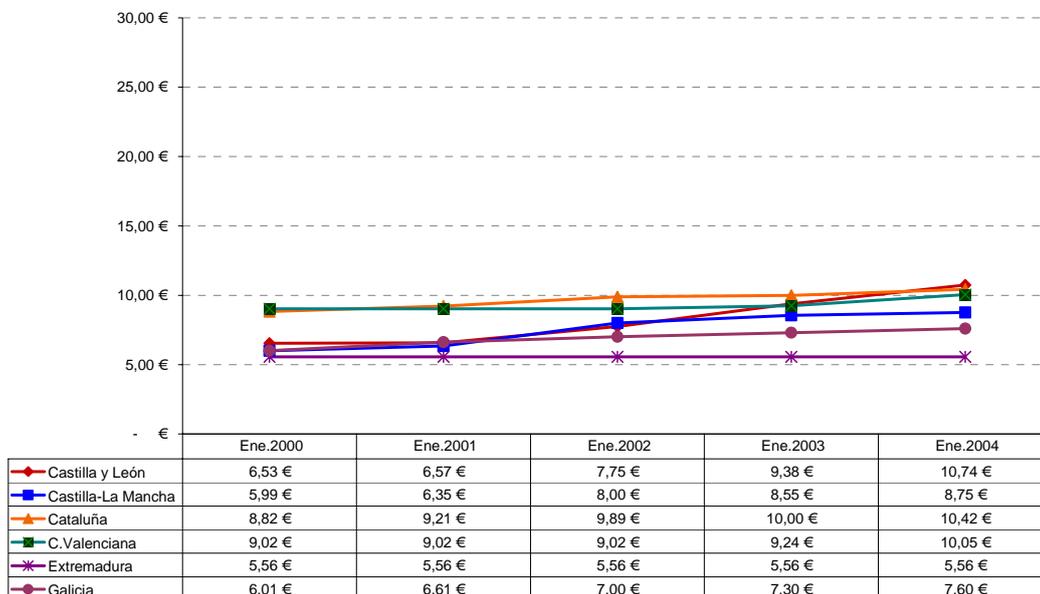
SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (1).
PRECIO PÚBLICO (EUROS/HORA). 2000-2004



FUENTE: Elaboración Propia a partir de "Las Personas Mayores en España".
Informe 2004.

GRÁFICO N° 14

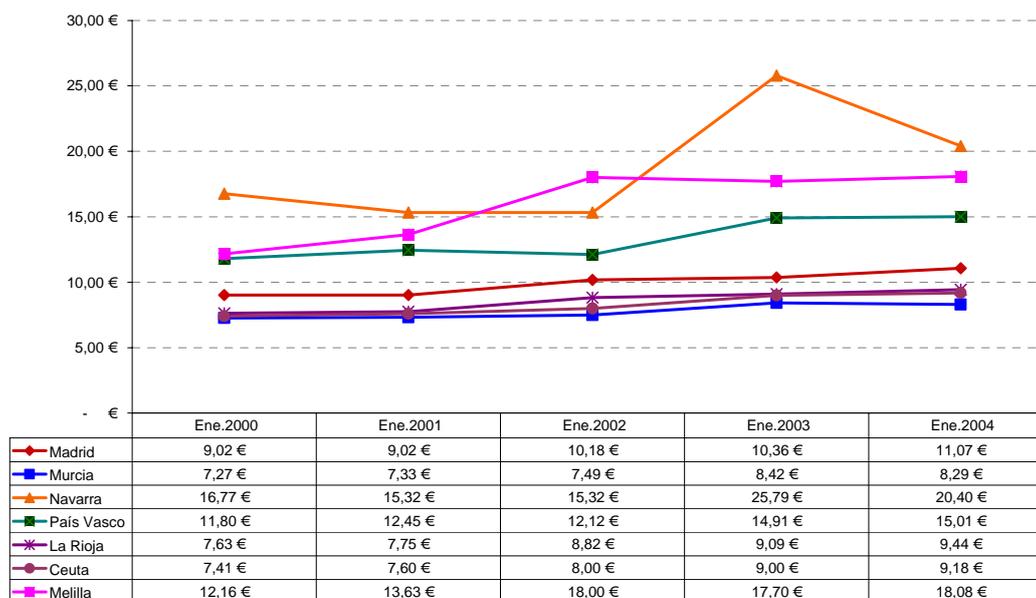
SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2).
PRECIO PÚBLICO (EUROS/HORA). 2000-2004



FUENTE: Elaboración Propia a partir de "Las Personas Mayores en España". Informe 2004.

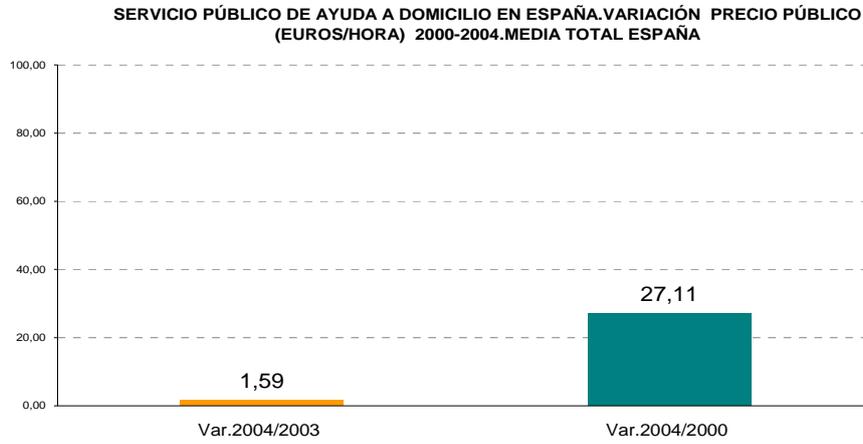
GRÁFICO N° 15

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (3).
PRECIO PÚBLICO (EUROS/HORA). 1999-2004



FUENTE: Elaboración Propia a partir de "Las Personas Mayores en España". Informe 2004.

GRÁFICO N° 16



FUENTE: Elaboración Propia a partir de "Las Personas Mayores en España". Informe 2004.

GRÁFICO N° 17

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO.VARIACIÓN PRECIO PÚBLICO (EUROS/HORA) POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (1)

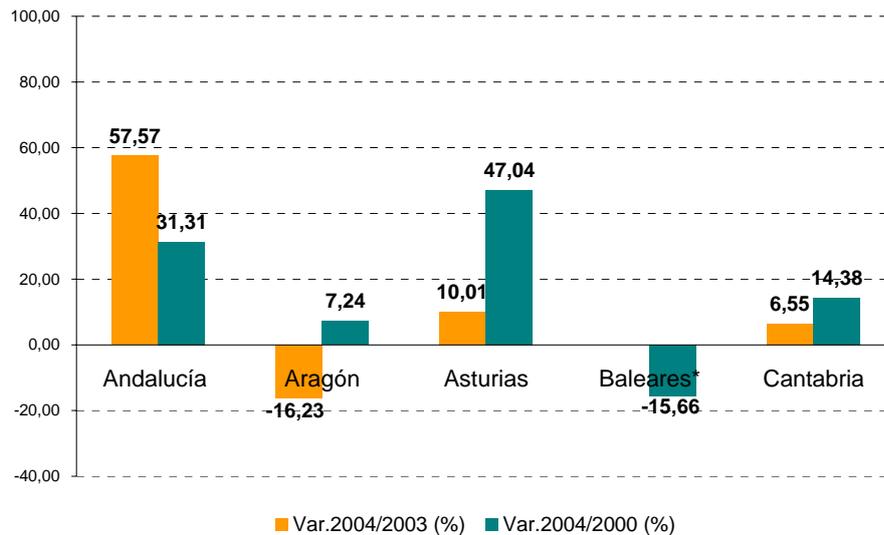


GRÁFICO N° 18

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO.VARIACIÓN PRECIO PÚBLICO (EUROS/HORA) POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2)

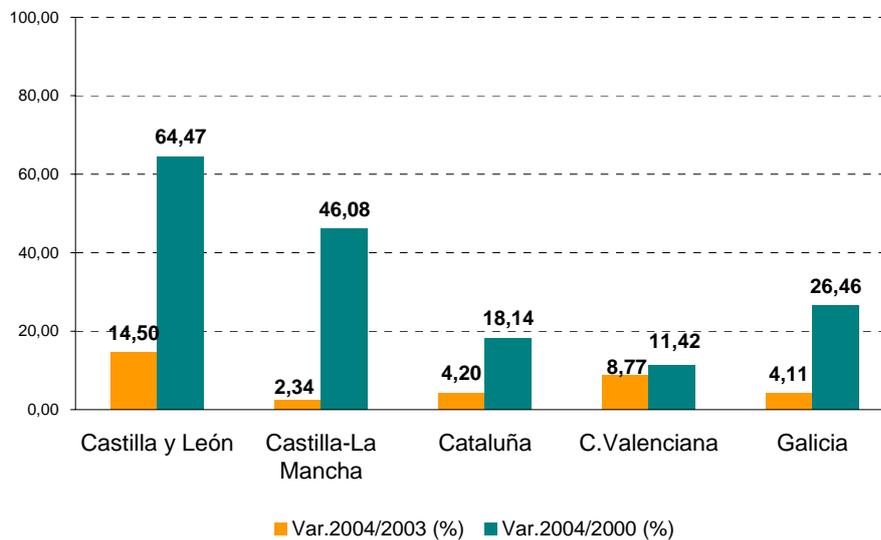
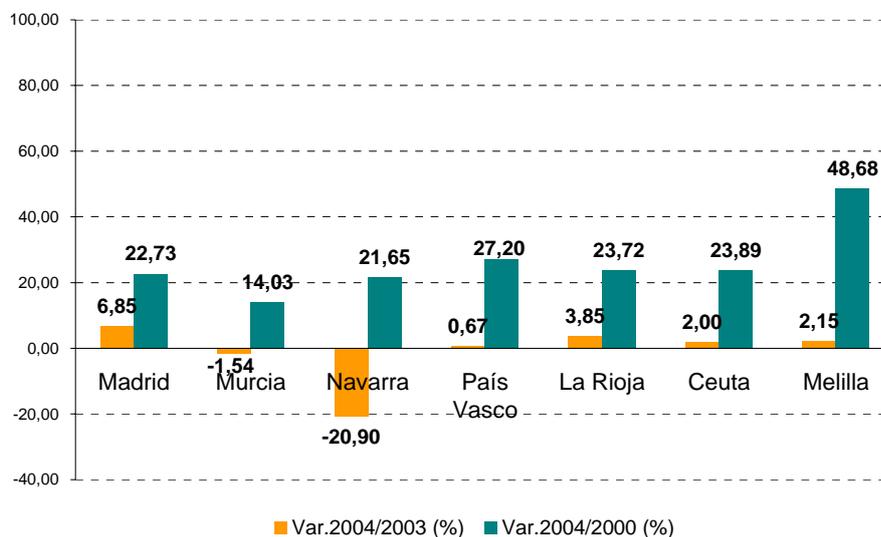


GRÁFICO N° 19

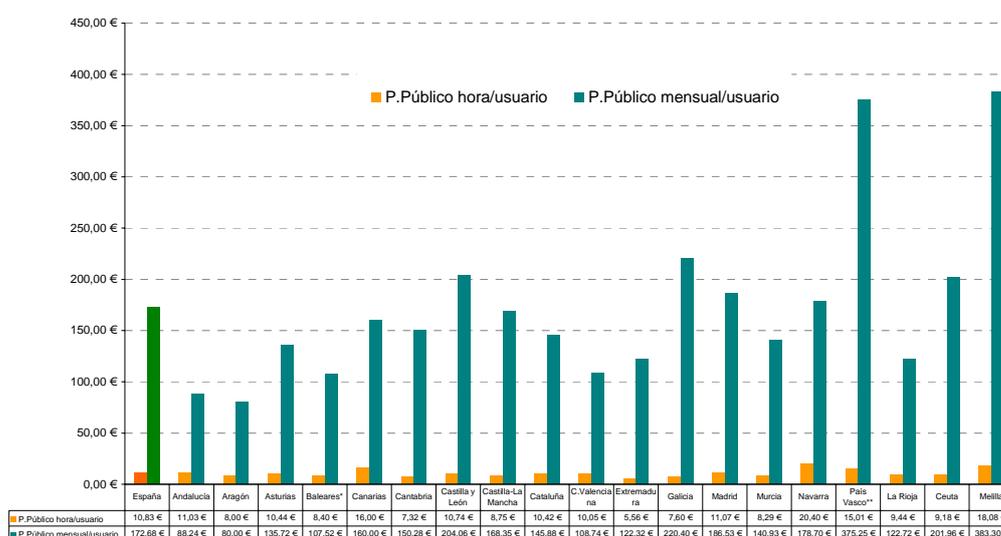
SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO.VARIACIÓN PRECIO PÚBLICO (EUROS/HORA) POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (3)



Por otra parte, los escasos datos disponibles en relación al porcentaje de copago que aportan los usuarios, no permiten analizar este aspecto en profundidad, lo que sin duda es muy relevante a la hora de planificar un SAD para el sistema de protección a la dependencia que deberá ser de mayor calidad e intensidad horaria, y por lo tanto, exigirá un esfuerzo económico por parte de todos los implicados.

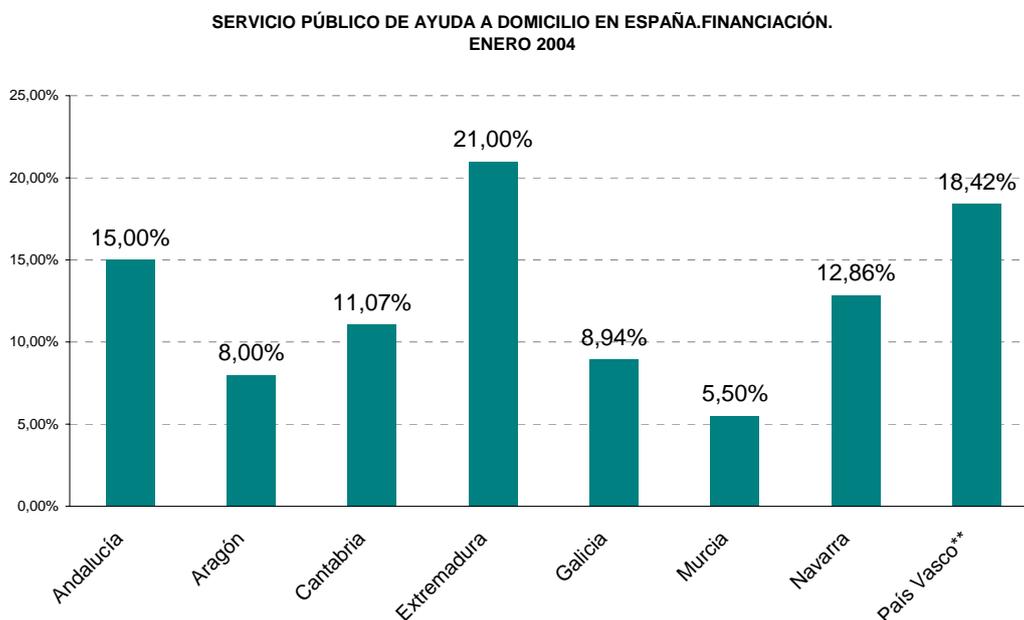
GRÁFICO N° 20

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA.
PRECIO HORA Y PRECIO MENSUAL USUARIO. ENERO 2004



FUENTE: Elaboración Propia a partir de "Las Personas Mayores en España". Informe 2004.

GRÁFICO 21



FUENTE: Elaboración Propia a partir de "Las Personas Mayores en España". Informe 2004.

V.2.- El SAD en las CCAA

A continuación exponemos las principales características del SAD en sus aspectos demográficos dentro del conjunto de las CCAA y su desarrollo desagregado de aquellas Comunidades en donde se ha profundizado en esta investigación.

Los datos publicados por el INE a fecha de 1 de enero 2005, nos indican que el 16,7 % de las personas empadronados en los municipios españoles tienen 65 o más años, en un total 7.328.239 personas., de las cuales el 42,2 % son varones y el 57,8 % mujeres.

TABLA Nº 3

POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS POR SEXO Y COMUNIDAD AUTÓNOMA, 2005

Comunidad Autónoma	Total Población	Población 65 y más años					
		Total		Varones		Mujeres	
		Absoluto	%	Absoluto	%	Absoluto	%
Total	43.975.375	7.328.239	16,7	3.089.212	42,2	4.239.027	57,8
Castilla y León	2.501.534	565.906	22,6	243.483	43	322.423	57
Asturias (Principado de)	1.074.504	236.110	22	96.133	40,7	139.977	59,3
Galicia	2.760.179	587.224	21,3	241.959	41,2	345.265	58,8
Aragón	1.266.972	260.329	20,5	112.418	43,2	147.911	56,8
Extremadura	1.080.823	206.688	19,1	88.526	42,8	118.162	57,2
Castilla-La Mancha	1.888.527	356.225	18,9	156.971	44,1	199.254	55,9
Cantabria	561.638	105.179	18,7	43.592	41,4	61.587	58,6
Rioja (La)	300.685	55.565	18,5	24.048	43,3	31.517	56,7
País Vasco	2.123.791	387.296	18,2	161.008	41,6	226.288	58,4
Navarra (Comunidad Foral de)	592.482	103.639	17,5	44.099	42,6	59.540	57,4
Cataluña	6.984.196	1.150.473	16,5	480.142	41,7	670.331	58,3
Comunidad Valenciana	4.672.657	750.707	16,1	323.484	43,1	427.223	56,9
Andalucía	7.829.202	1.144.987	14,6	485.896	42,4	659.091	57,6
Madrid (Comunidad de)	5.921.066	846.644	14,3	339.761	40,1	506.883	59,9
Murcia (Región de)	1.334.431	183.673	13,8	79.373	43,2	104.300	56,8
Balears	980.472	134.711	13,7	57.598	42,8	77.113	57,2

(Illes)							
Canarias	1.962.193	237.408	12,1	104.247	43,9	133.161	56,1
Ceuta	74.771	8.371	11,2	3.566	42,6	4.805	57,4
Melilla	65.252	7.104	10,9	2.908	40,9	4.196	59,1

Fuente: INE. Avance del Padrón a 1 de enero de 2005. Datos provisionales

Presencia de personas mayores de 65 años, que dibuja un eje Norte-Sur, Este-Oeste. Las comunidades autónomas más envejecidas son las situadas en el oeste y/o mitad norte, mientras que entre las comunidades más jóvenes se encuentran las situadas en el sur, el Levante Mediterráneo y las no peninsulares (Canarias, Islas Baleares y las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla). En el siguiente mapa de la España Peninsular queda muy patente esta "división geográfica".

GRÁFICO N° 22



FUENTE: Elaboración Propia a partir del Avance del Padrón a 1 de Enero de 2005. Datos Provisionales. INE 2005.

Las comunidades autónomas con mayor envejecimiento relativo por orden descendente son Castilla y León (22,6%), Principado de Asturias (22%), Galicia (21,3%) y Aragón (20,5% junto con Galicia, en todas estas comunidades 2 de cada 10 personas cuentan con más de 65 o más años. En el otro lado de la escala se encuentran las comunidades insulares de Canarias (12,1%), Baleares (13,7%) y las Ciudades Autónomas de Ceuta (11,2%) y Melilla (10,9%), que son las regiones menos envejecidas (GRÁFICO N° 22).

En lo que respecta al envejecimiento por género, más allá de la conocida sobrepresencia femenina existente en estas edades, llama la atención el peso que tiene en Madrid la población femenina entre los mayores de 65 años, en la que supone el 59,9%. Castilla-La Mancha, es la comunidad autónoma con mayor peso de varones en su población mayor de 65 años, en concreto el 44,1%.

El envejecimiento de la población que ha experimentado la sociedad española en los últimos 25 años ha sido muy evidente, tanto en términos absolutos como por el porcentaje que suponen los mayores de 65 años sobre el total de la población, con lo que ello significa de cambio en la estructura poblacional.

Desde 1981, los mayores de 65 años han pasado de ser 4.236.700 a superar los siete millones, es decir, en términos absolutos se ha incrementado en un 73%. En 1981, significaban el 11,2% del total de la población, frente al 16,7% actual.

En todas las comunidades autónomas se ha producido un crecimiento absoluto muy intenso (TABLA N° 4). En el caso de Canarias se ha duplicado la población mayor de 65 años, pero este gran incremento ha sido "absorbido", en gran medida, por un también muy alto crecimiento poblacional general. La población residente en Canarias ha crecido en estos años un 35,8%. Esta comunidad junto con la otra comunidad insular -en Baleares el crecimiento ha sido del 43,1% - y en Murcia con un incremento del 39,3% es donde más se ha notado la entrada de inmigrantes, tanto nacionales (ej. Gallegos a Canarias); o en el sector servicios en Baleares como extranjeros en Murcia.

Lo que sucede en el País Vasco es diferente. En esta comunidad si bien casi se ha duplicado la población mayor de 65 años, no se ha absorbido por un crecimiento global paralelo, sino que por el contrario es una comunidad que en este periodo se ha mantenido en las mismas cifras de población (descenso de 0,5%), lo que ha llevado a que se sitúe ahora entre las comunidades autónomas con mayor nivel de envejecimiento al no haberse producido una "renovación" de la población que permita absorber su envejecimiento natural. La Comunidad Autónoma de Madrid con un crecimiento muy similar al País Vasco, sí ha logrado mantenerse entre las menos envejecidas gracias al crecimiento poblacional que en este tiempo ha experimentado a nivel global (25,3%), lo que ha "compensado" el aumento de los mayores de 65 años.

Extremadura y Aragón aparecen como las comunidades autónomas en las que menos se ha incrementado en términos absolutos la población mayor de 65 años y lo ha hecho un 44,6% y un 53,3% respectivamente. Ambas comunidades mostraban ya en 1981 un nivel "alto" de envejecimiento y ahora, 25 años después continúan apareciendo entre las más envejecidas. El incremento en su población general ha sido muy reducido, Extremadura 2,9%, Aragón 4,4%, incremento insuficiente para "rejuvenecer" la población.

Las comunidades que han visto descender su población como Principado de Asturias (- 4,7%) y Castilla León (-2,9%), son ahora las comunidades con un mayor nivel de envejecimiento, lo que es lógico al no haber tenido ningún tipo de renovación poblacional que actúe de "colchón" para el envejecimiento natural de la población.

TABLA N° 4

EVOLUCIÓN DE LA POBLACION TOTAL Y MAYOR DE 65 AÑOS POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (1981-2005) (Cifras absolutas)

Comunidad Autónoma	Población	Población	Población	Población
	Total	Total	> 65 años	> 65 años
	1.981	2.005	1.981	2.005
España	37.742,56	43.975,38	4.236,70	7.328,24
Andalucía	6.441,46	7.829,20	652,3	1.144,99
Aragón	1.213,10	1.266,97	169,8	260,33
Asturias (Principado de)	1.127,01	1.074,50	144,1	236,11
Balears (Illes)	685,09	980,47	83,4	134,71
Canarias	1.444,63	1.962,19	112,2	237,41
Cantabria	510,82	561,64	62,2	105,18
Castilla y León	2.575,06	2.501,53	363	565,91
Castilla-La Mancha	1.626,85	1.888,53	229,5	356,23
Cataluña	5.958,21	6.984,20	658,3	1.150,47
Comunidad Valenciana	3.646,77	4.672,66	408,3	750,71
Extremadura	1.050,12	1.080,82	142,9	206,69
Galicia	2.753,84	2.760,18	377,9	587,22
Madrid (Comunidad de)	4.726,99	5.921,07	434,5	846,64
Murcia (Región de)	957,90	1.334,43	97,6	183,67
Navarra (Comunidad Foral de)	507,37	592,48	61,1	103,64
País Vasco	2.134,76	2.123,79	196,9	387,30
Rioja	253,30	300,69	32,6	55,57
Ceuta y Melilla	129,31	140,02	9,8	15,48

Fuente: 1981. INE censo de población de 1981. Tomo 1, Volumen 1, Resultados Nacionales. Características de la Población. Madrid

1985, 297 pp-226 2005. INE. Avance del Padrón a 1 de enero de 2005. Datos provisionales

GRÁFICO N° 23

CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN TOTAL
POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (1981-2005)

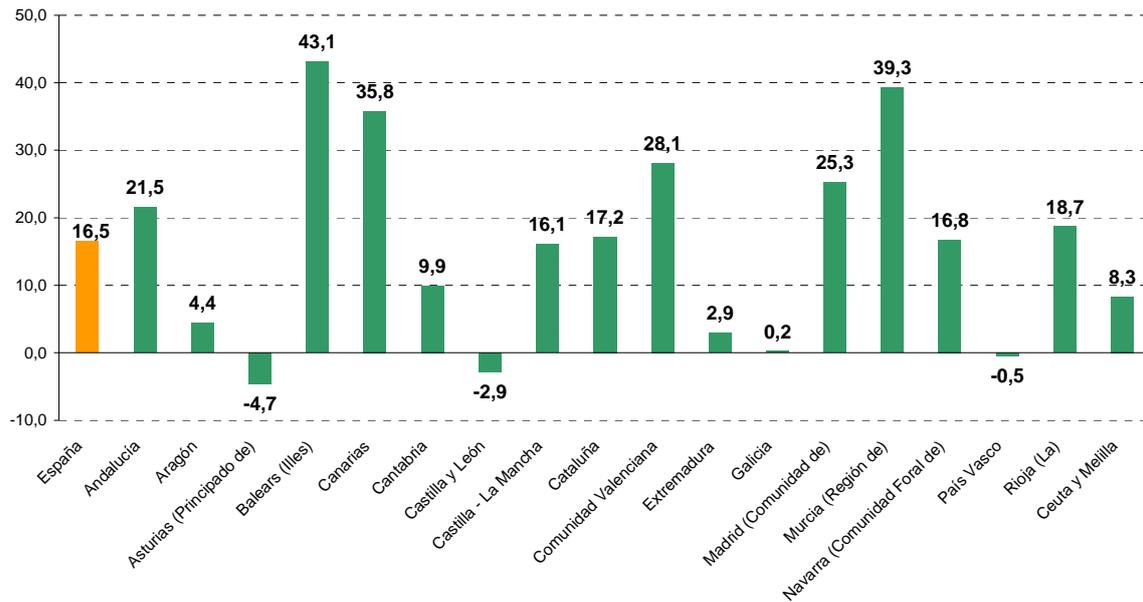
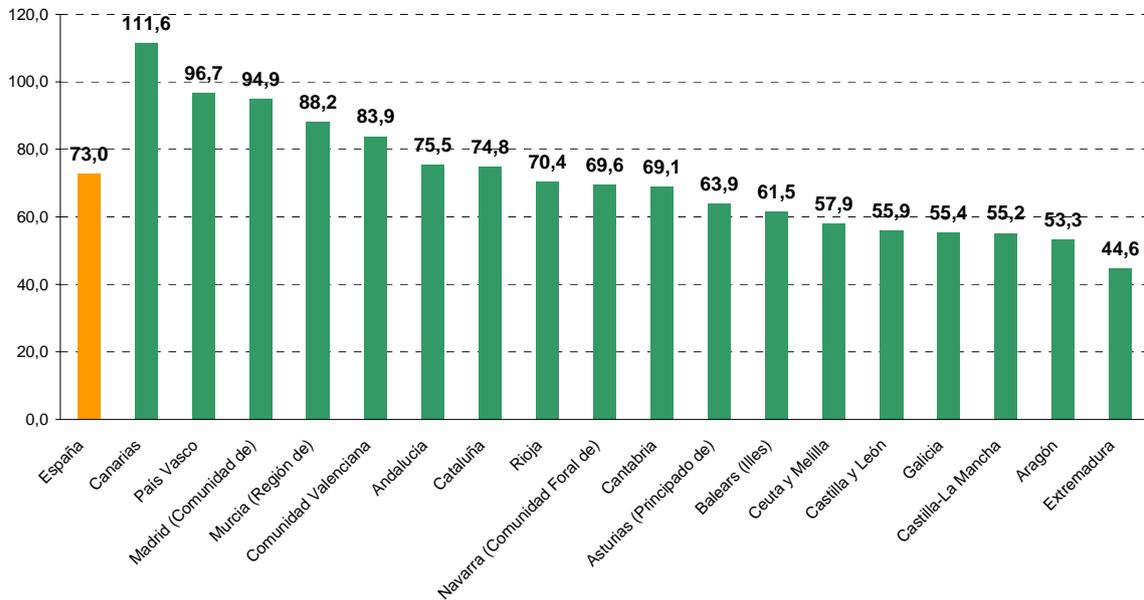


GRÁFICO N° 24

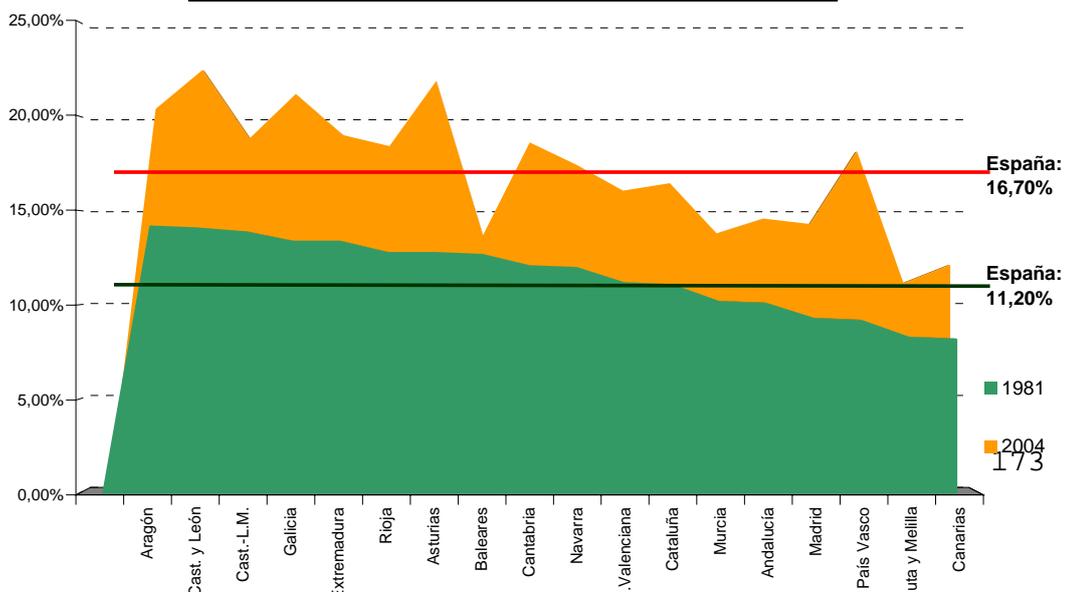
**CRECIMIENTO DE LA POBLACIÓN MAYOR DE 65 AÑOS
POR COMUNIDAD AUTÓNOMA (1981-2005)**



Si bien, el envejecimiento de la población española es muy visible al analizar las cifras absolutas de población, se hace todavía más gráfico cuando nos detenemos en la evolución que ha seguido la impronta de mayores de 65 años en la población general, es decir, la forma específica en que incide este colectivo en las pirámides de población.

GRÁFICO Nº 25

**EVOLUCIÓN DE PRESENCIA DE MAYORES
DE 65 AÑOS SOBRE TOTAL POBLACION
POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS**



La propia forma que adopta el gráfico nos indica el desigual proceso de envejecimiento a nivel de cada comunidad autónoma. SI nos fijamos en el área correspondiente a 1981 se aprecia la alineación de las comunidades autónomas en orden descendente de nivel de envejecimiento, generándose una línea de suave pendiente hacia el descenso. Suave pendiente que nos está apuntando al hecho de que las diferencias entre unas comunidades y otras no es muy acentuada, existiendo cierta homogeneidad entre los niveles de envejecimiento. En 1981 los extremos los constituían Aragón, con un 14,1% como la comunidad más envejecida, frente a Canarias 8,2%, que aparece como la que menos, es decir, apenas 4 puntos porcentuales de diferencia. La situación dibujada en el área correspondiente al año 2005 es distinta. En este año, nos encontramos con Castilla y León con un 22,6% de personas mayores de 65 años entre su población, frente al 11,1% existente en las Ciudades Autónomas de Ceuta y Melilla, es decir, las diferencias entre ambos polos se ha incrementado a más de 11 puntos porcentuales. Además del no mantenimiento del "ranking" de envejecimiento de 1981, los "dientes de sierra" que aparecen, señalan hasta qué punto el proceso de envejecimiento ha sido desigual entre las comunidades

autónomas, lo que ha llevado a un cambio en la "distribución geográfica" del envejecimiento en España. Si nos detenemos en los "gráficos dientes de sierra" vemos como en Castilla y León, Asturias, Galicia, Cantabria y País Vasco, el proceso de envejecimiento ha sido mucho más intenso que en el resto de comunidades.

Los casos más claros son los de Islas Baleares y País Vasco, que muestran dos procesos diferentes. En 1981 Baleares contaba con un nivel de envejecimiento superior a la media nacional (12,7%). Veinticinco años después, el porcentaje de personas mayores de 65 años ha crecido únicamente 1 punto, siendo ahora 13,7%, es decir, no ha habido apenas cambio, lo que ha llevado a que en la actualidad Baleares se encuentre entre las comunidades menos envejecidas. El caso contrario es el que ofrece País Vasco, que - ya señalamos - en 1981 se encontraba claramente entre las menos envejecidas, con un nivel de envejecimiento de 9,2%, y en cambio ahora, se haya entre las más envejecidas tras haberse casi duplicado el peso que tiene en su población los mayores de 65 años, al pasar a suponer un 18,2% del total demográfico.

- Andalucía

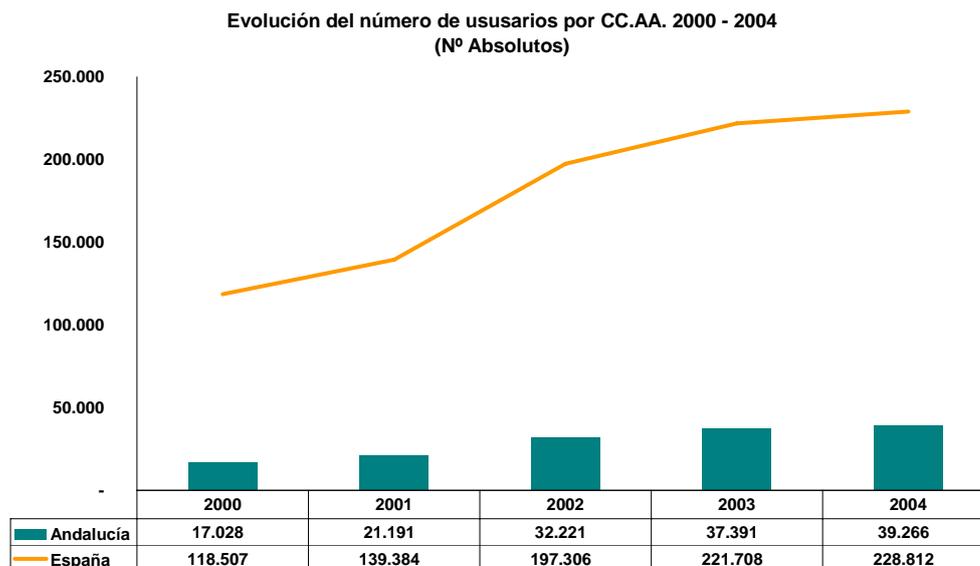
La población de Andalucía (7.829.202) representa el 17,8 % del total de la población de España siendo la comunidad autónoma más poblada. El 14,6% de su población es mayor de 65 años, un porcentaje que lleva a que se encuentre entre las menos envejecidas, estando por debajo del nivel nacional (17%) (TABLA N° 5).

En lo que se refiere a la distribución por sexo de los mayores de 65 años: el 57,6% son mujeres y el 42,4% varones. Esta distribución por sexo es igual a la que nos encontramos a nivel nacional.

Entre 1981 y el 2005, su población mayor de 65 años ha pasado de ser 652.300 personas a ser 1.128.535, experimentando un incremento del 75,5% que ha corrido paralelo a un crecimiento global de su población en el mismo periodo del 21,5%. Crecimientos paralelos que han llevado a que el nivel de envejecimiento de esta comunidad haya experimentado un moderado ascenso, al pasar del 10,1% en 1981 al 14,6% en 2005.

El número de usuarios del SAD en esta comunidad se ha incrementado en el período 2000/2004 en 22.238 personas, un crecimiento bastante mayor a la media nacional. El incremento en Andalucía ha sido del 131%, cuando a nivel nacional la media ha sido 93% (GRÁFICO N° 26).

GRÁFICO N° 26



La tasa de cobertura existente en el 2004 en Andalucía es del 3,48% frente al 3,14% de cobertura media nacional, es decir, casi un 11% más en relación a la media nacional.

TABLA N° 5

Número de usuarios e índice de cobertura (1)

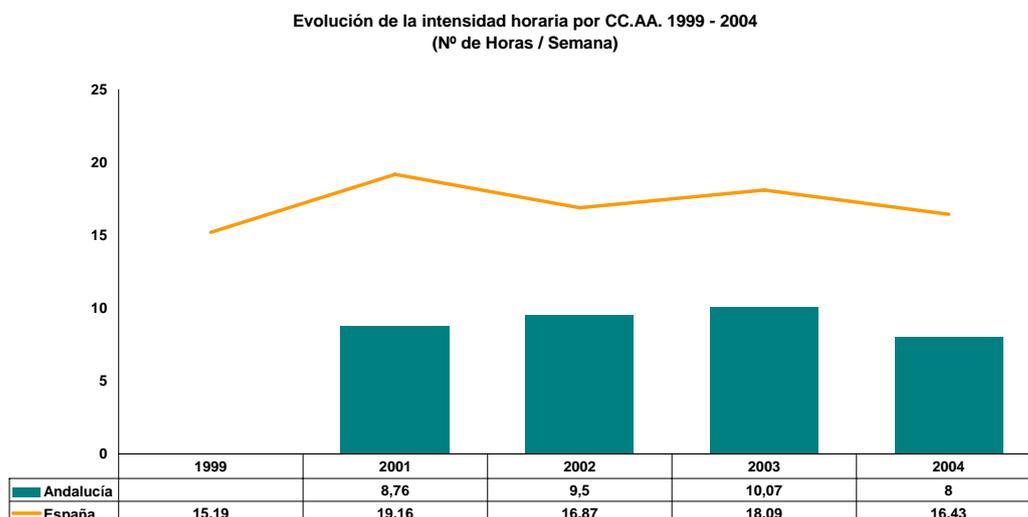
Enero 2004

Ámbito territorial	Población > 65 01/01/2003	N° de usuarios atendidos	Índice de cobertura
Andalucía	1.128.535	39.266	3'48
España	7.276.620	228.812	3'14

FUENTE: Elaboración Propia a partir de "Las Personas Mayores en España". Informe 2004.

Mejor cobertura que sin embargo está acompañada de una menor intensidad horaria que la media nacional, que duplica las 8 horas de cobertura que existen en el 2004 en Andalucía. En cuanto a horas dispensadas, en el 2004 se dispensaron 3.500.000 (GRÁFICO N° 27).

GRÁFICO N° 27



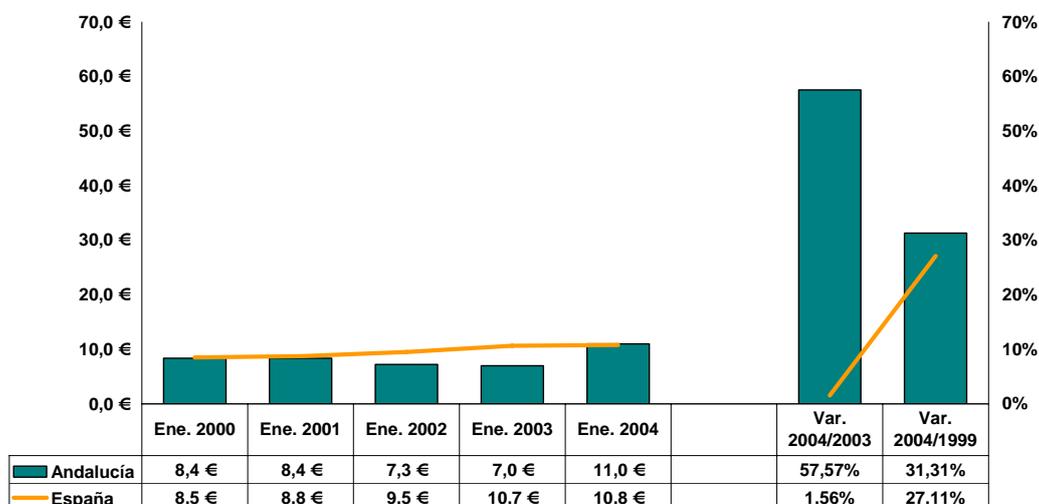
FUENTE: Elaboración Propia a partir de "Las Personas Mayores en España". Informe 2004.

El coste del servicio, con datos referidos a Enero de 2.004, se sitúa en 11,03 € hora. El coste hora es ligeramente superior al de la media nacional, situada en 10,8€. Andalucía sí parece haber realizado un gran esfuerzo presupuestario en este sentido, dado que en el

2003 el coste por hora estaba muy por debajo de la media del Estado. Mientras que a nivel nacional los costes entre 2003-04 se han mantenido estables (un incremento de 1,56%), en Andalucía dicho incremento es del 57,6% (GRÁFICO N° 28).

GRÁFICO N° 28

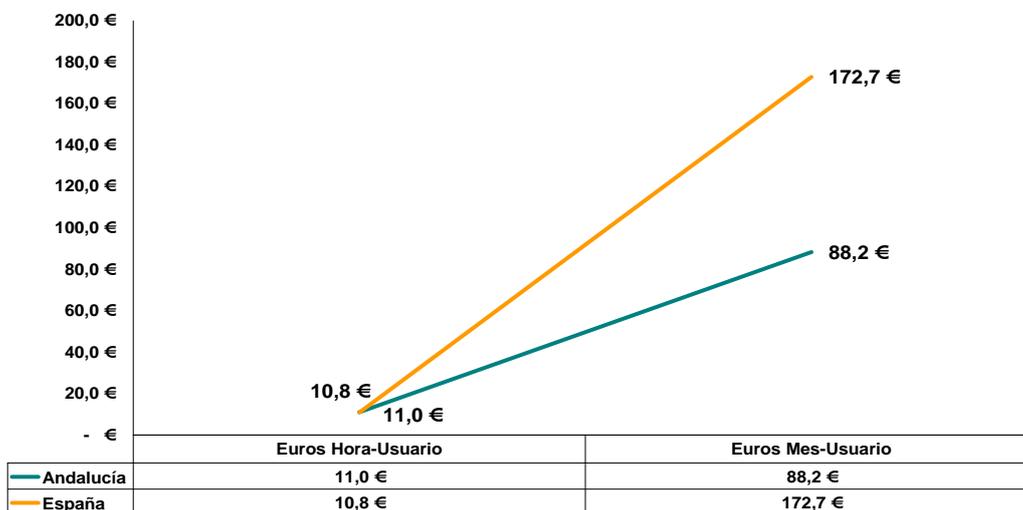
**Variación del Precio Público.
(Euros / Hora)**



El esfuerzo realizado en este último año parece intentar paliar el distanciamiento con respecto a la media nacional que se produjo en el 2002. Si bien a nivel hora Andalucía ha igualado la media nacional, a nivel de coste usuario-mes, se muestra muy alejada de la media general del Estado (GRÁFICO N° 29).

GRÁFICO N° 29

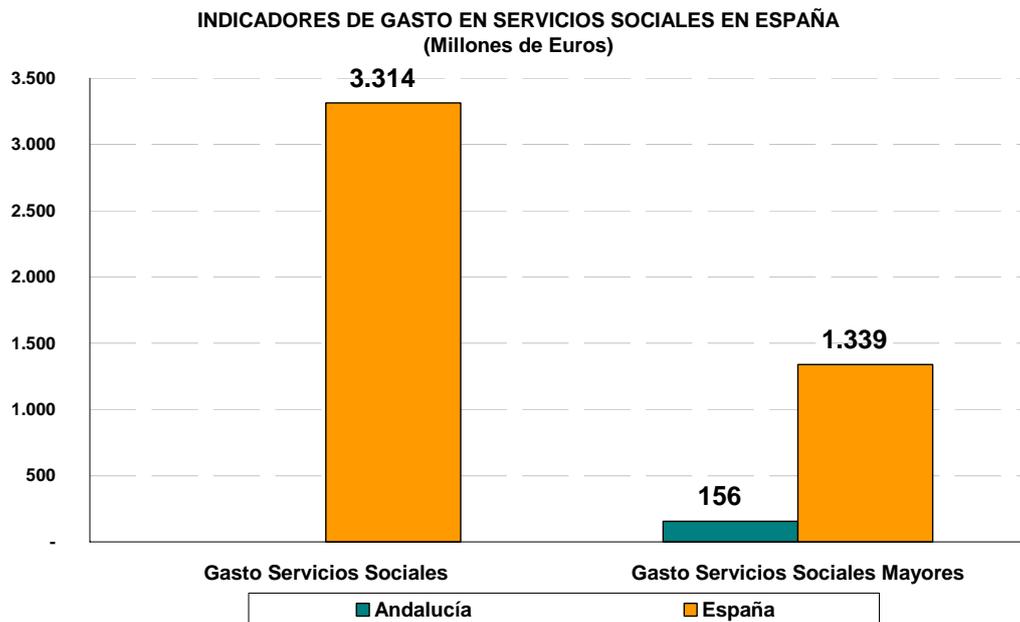
PRECIO Y FINANCIACIÓN
(Euros Hora-Usuario / Euros Mes-Usuario)



En lo que respecta a la financiación no consta en la información oficial el copago de los usuarios.

En cuanto al gasto de servicios sociales en su conjunto no se disponen de las cifras correspondientes a Andalucía, por lo que resulta imposible conocer el porcentaje que supone el gasto en servicios para mayores. En términos absolutos Andalucía dirige al gasto en mayores 156 millones de euros (GRÁFICO N° 30).

GRÁFICO N° 30



SI nos fijamos en el gasto medio por usuario mayor de 65 años, se aprecia un menor gasto que a nivel nacional (TABLA N° 6).

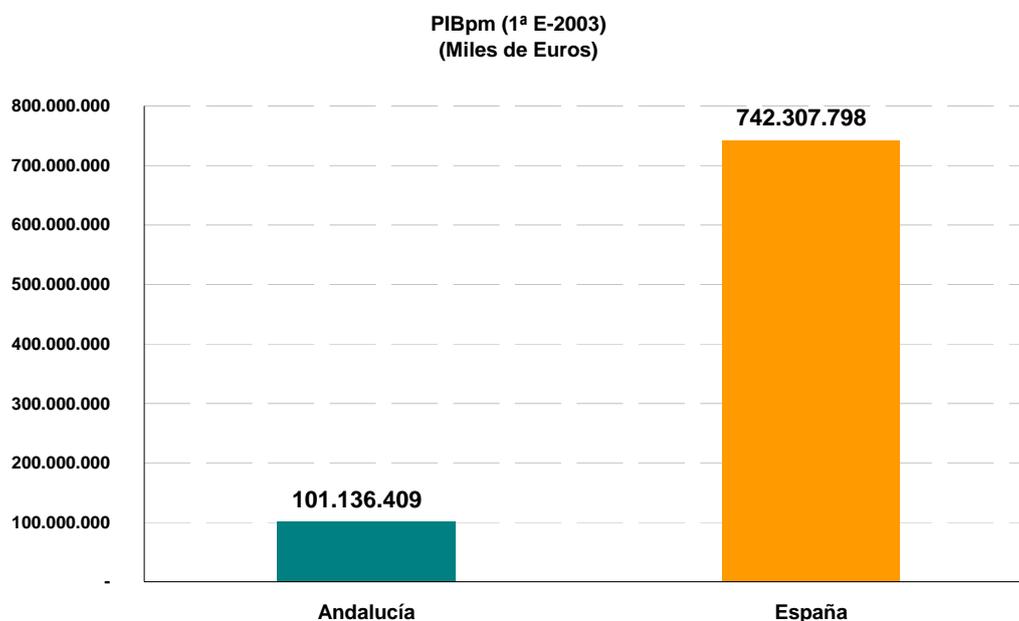
TABLA N° 6

Indicadores de gasto en Servicios Sociales. Enero 2004

Ámbito territorial	G.S.S mayores/ G.S.Sociales (%)	G.S.S mayores/ Pob.>65 Gasto por usuario	G.S.S mayores/ PIBpm (%)
Andalucía	-----	138,12 €	0,15%
España	42,42%	147,35 €	0,21%

Con la información disponible a las macromagnitudes el esfuerzo en términos de PIB a precios de mercado es del 0,15 %, inferior a la media nacional, que es del 0,21%, es decir, muestra un menor esfuerzo dirigido a los servicios sociales que el existente en la media del Estado (GRÁFICO N° 31).

GRÁFICO N° 31



- Principado de Asturias

El Principado de Asturias cuenta a fecha de 1 de enero 2005 con una población de 1.074.504 habitantes, supone el 2,4% del total de la población española. El 22% de su población es mayor de 65 años, siendo la segunda comunidad autónoma más envejecida, sólo tras Castilla y León (supone el 3,2% del total de la población mayor de 65 años a nivel nacional).

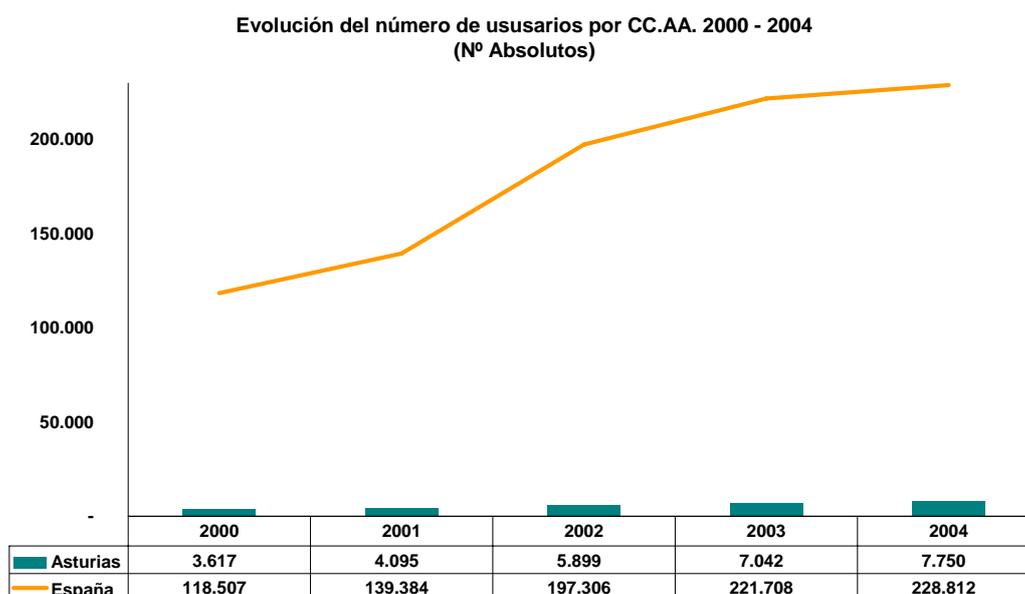
Por sexo, muestra una distribución desigual de sus mayores de 65 años, estando bastante más representadas las mujeres, 59,3%, frente a un 40,3% de varones.

El Principado ha sido una de las pocas comunidades que han visto descender su población desde 1981. Entre 1981-2005 ha descendido un 4,7%. Por su parte, en este mismo periodo, la población mayor de 65 años ha pasado de 144.100 a 236.110, ha experimentado un crecimiento del 63,9%. Este crecimiento unido al descenso en la población general no ha hecho sino reforzar el proceso de envejecimiento de Asturias, que ha significado que esta región pasase de encontrarse en 1981 en una situación intermedia respecto al resto de autonomías, a ocupar la 2ª posición en el ranking de envejecimiento. Se ha pasado de un 12,8% en 1981 a un 22% en 2005, un contundente incremento de 11 puntos porcentuales, que ha modificado el "paisaje" poblacional de Asturias, que no es sino el

triste reflejo del proceso de desindustrialización que ha sufrido esta comunidad. En Asturias 1 de cada 5 personas supera los 65 años.

El fuerte incremento del peso de la población mayor de 65 años sobre la población general ha tenido un lógico reflejo en el incremento experimentado en el número de usuarios de SAD entre el 2000 y el 2004. Se ha pasado de contar con 3.617 usuarios en el 2000 a 7.750 en el 2004, lo que supone un incremento de un 114%, frente al 93% de media nacional (GRÁFICO N° 32).

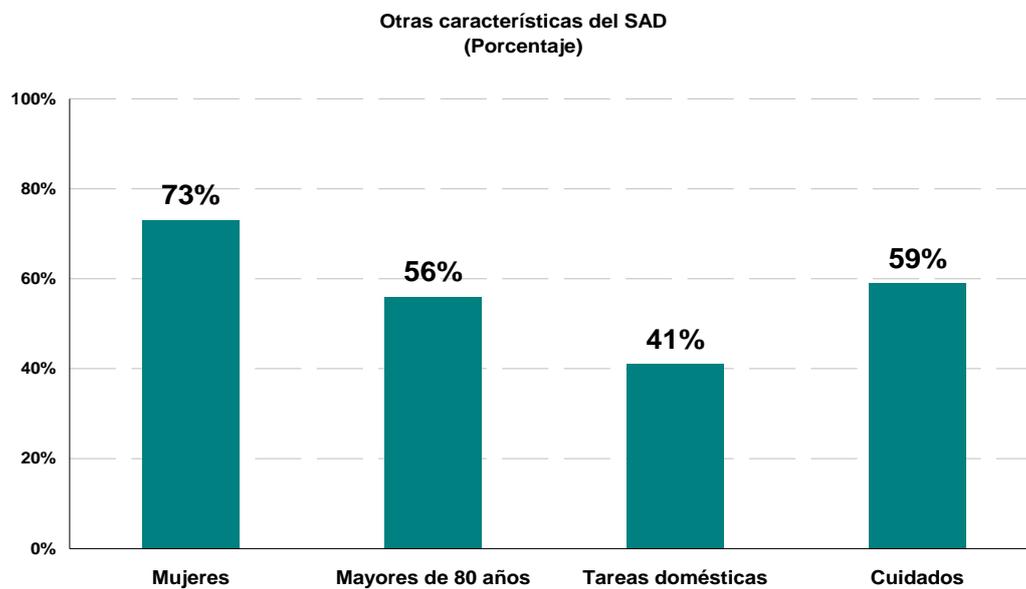
GRÁFICO N° 32



Dentro de los usuarios de SAD durante el 2004 el 73% han sido mujeres. Parece haberse dedicado una atención especial a los sectores más ancianos, el 56% de los usuarios eran mayores de 80 años. En cuanto al perfil de

la asistencia realizada, en el 41% fueron de ayuda doméstica y un 59% de cuidados (GRÁFICO N° 33).

GRÁFICO N° 33



El número de usuarios atendidos dentro del sistema SAD genera una tasa de cobertura de 3,26%, ligeramente superior a la tasa de cobertura nacional, apenas un 3% por encima (TABLA N° 7).

TABLA N° 7

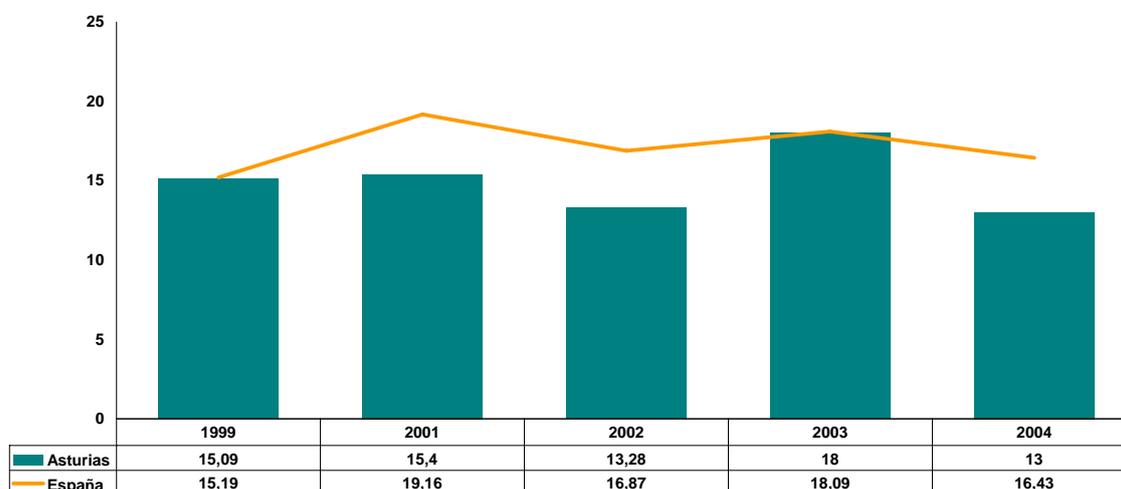
**Número de usuarios e índice de cobertura
Enero 2004**

Ámbito Territorial	Población >65 01/01/2003	Nº usuarios atendidos	Índice de cobertura
Asturias	238.075	7.750	3,26
España	7.276.620	228.812	3,14

En el 2004 la ligera mejor cobertura se acompaña de una menor intensidad horaria que la media nacional. Las 13 horas quedan significativamente por debajo de las 16,43 horas de media nacional. Durante el 2004 en el Principado se dispensaron 9.464 horas.

GRÁFICO N° 34

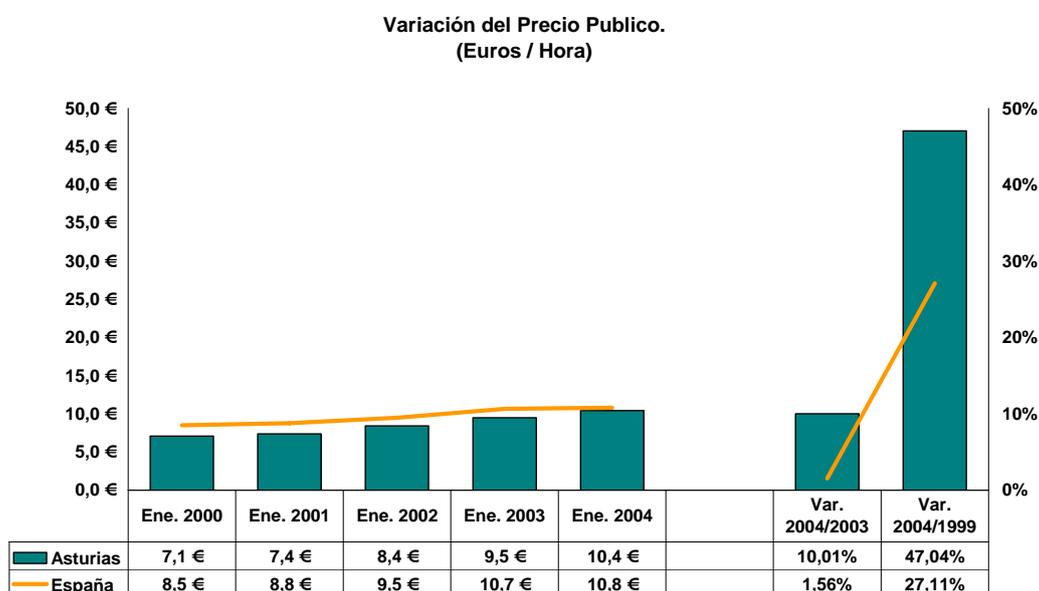
**Evolución de la intensidad horaria por CC.AA. 1999 - 2004
(Nº de Horas / Semana)**



En el caso de Asturias llama la atención la caída en intensidad horaria que se ha experimentado entre el 2003 y el 2004, en estos años se ha pasado de 18 horas (intensidad igual a la media nacional de ese año), a cinco horas menos, lo que ha alejado esta comunidad de la situación media en el Estado (GRÁFICO N° 34).

La evolución seguida por el coste hora refleja el esfuerzo sostenido que parece haber seguido esta comunidad autónoma en el gasto dirigido a SAD. En el 2004 el coste medio por hora fue de 10,4€, prácticamente igual al coste medio nacional, incrementándose un 10% respecto al coste de 2003 (incremento muy superior al que hubo a nivel nacional que en estos años mantuvo constante el coste por hora) (GRÁFICO N° 35).

GRÁFICO N° 35

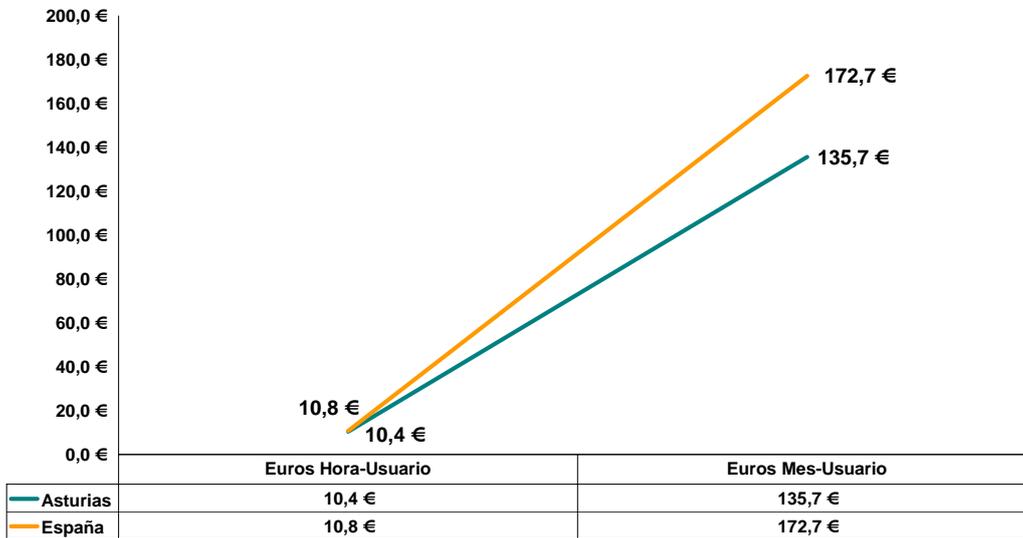


El esfuerzo realizado por Asturias por mejorar sus servicios sociales ha ayudado a recortar la distancia

que pudiera existir en el coste usuario-mes respecto a la media nacional (GRÁFICO N° 36).

GRÁFICO N° 36

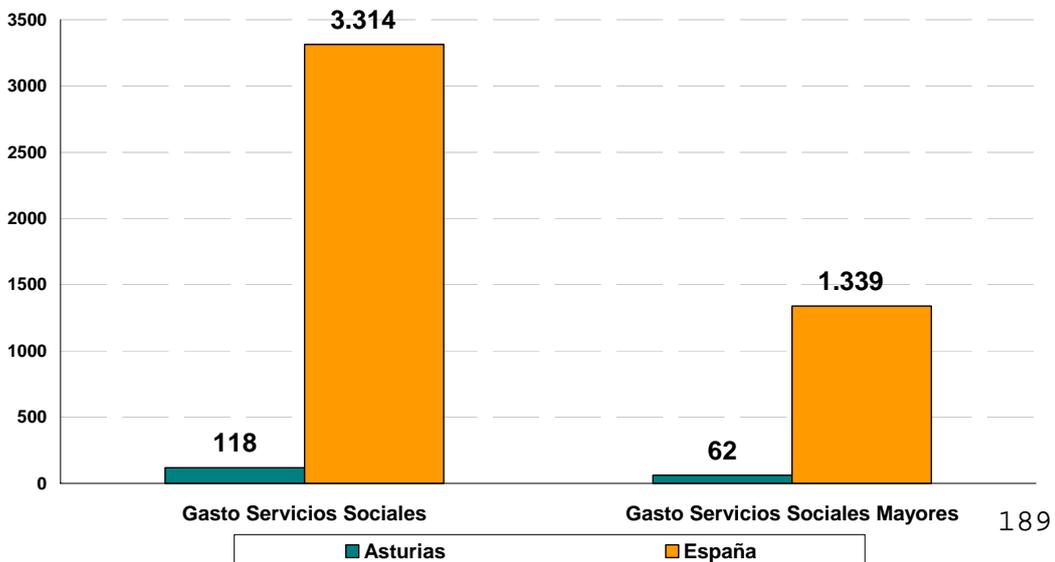
PRECIO Y FINANCIACIÓN
(Euros Hora-Usuario / Euros Mes-Usuario)



El esfuerzo, cuando no apuesta, de Asturias por los servicios sociales es totalmente visible al ver el porcentaje de su PIB que dirige al gasto para mayores. En el 2004 era del 0,38% frente al 0,21% de media nacional. En términos absolutos Asturias dirige a servicios sociales 118 millones de euros de los cuales 62 corresponde a gastos en servicios para mayores de 65 años.

GRÁFICO N° 37

INDICADORES DE GASTO EN SERVICIOS SOCIALES EN ESPAÑA
(Millones de Euros)



Dentro del esfuerzo en servicios sociales que está manifestando el Principado de Asturias en estos años, el colectivo de mayores de 65 años aparece como centro de su política asistencial. El 52,5% de su gasto en servicios sociales se dirige a dicho segmento.

TABLA N° 8

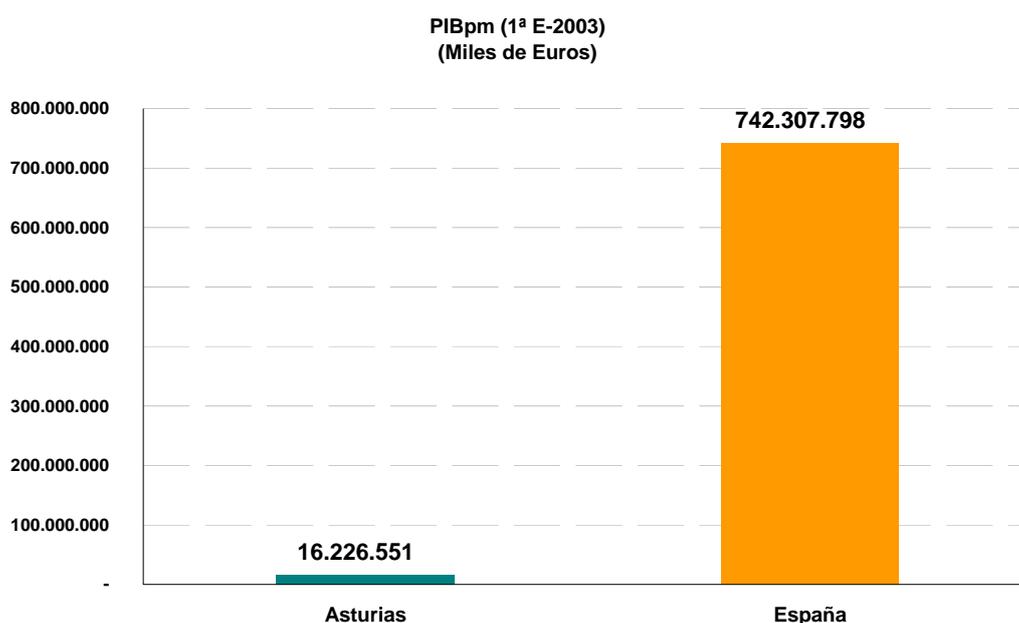
Indicadores de gasto en Servicios Sociales

Enero 2004

Ámbito territorial	G.S.S mayores/ G.S.Sociales (%)	G.S.S mayores/ Pob.>65 Gasto por usuario	G.S.S mayores/ PIBpm (%)
Asturias	52,5%	260,09 €	0,38%
España	42,42%	147,35 €	0,21%

Como es lógico, el mayor porcentaje de PIB dirigido a servicios sociales para mayores de 65 años, tiene su reflejo en un alto gasto medio por usuario (TABLA N° 8).

GRÁFICO N° 38



El gasto medio por usuario es en Asturias muy superior al de la media nacional. 260€ frente a 147€ de media nacional, es decir, un 76,9% mayor.

Baleares

A 1 de Enero de 2005 la población de Islas Baleares era de 980.472 habitantes, es decir, el 2,22% del total de la población española. El 13,7% de su población es mayor de 65 años, un porcentaje que la sitúa entre las menos envejecidas, significativamente por debajo del nivel medio nacional.

La distribución de la población mayor de 65 años por sexo repite la distribución a nivel nacional, 42,8% de varones y 57,2% de mujeres.

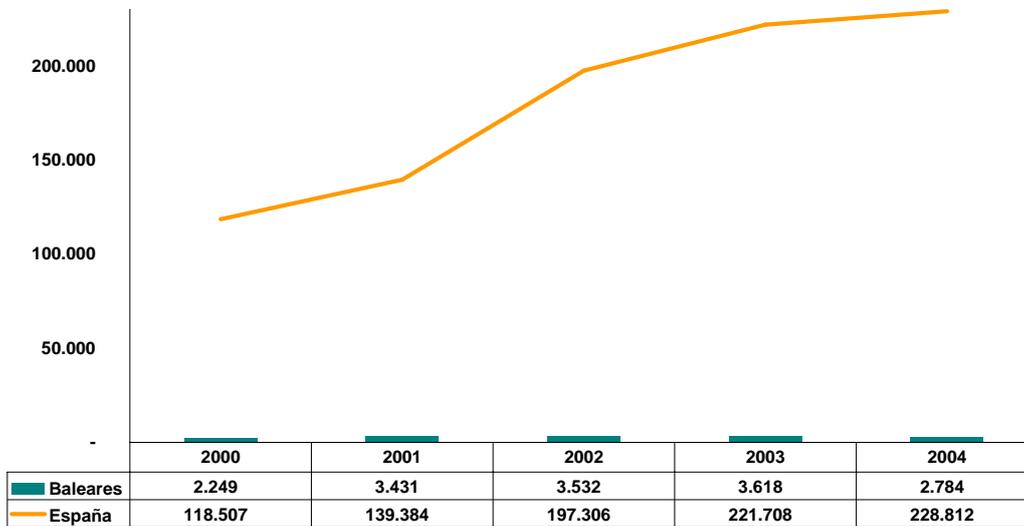
Desde 1981 hasta el 2005 la población mayor de 65 años ha pasado de 83.400 a 134.711 en el 2005, lo que ha supuesto un incremento del 61,5%. Este crecimiento de la población mayor de 65 años es inferior al crecimiento experimentado a nivel nacional que ha sido del 73%. El limitado crecimiento de la población de más edad, unido a un crecimiento muy alto de la población general en este mismo periodo, 43,1%, ha llevado a que la comunidad de Islas Baleares apenas haya visto incrementar el porcentaje de personas mayores entre su población, se ha pasado del 12,7% en 1981 al ya citado 13,7% en el 2005. Si en 1981 se encontraba entre las comunidades de nivel envejecimiento medio ahora está en el grupo de las menos envejecidas. Islas Baleares en estos años ha sido una

región que ha absorbido mucha mano de obra en el sector turístico, convirtiéndose en un centro de atracción para muchos trabajadores de otras regiones españolas, lo que ha tenido su rápido reflejo en su estructura poblacional.

En el 2004, el número de usuarios de SAD en esta comunidad fue de 2.784 (apenas 1,2% del total de usuarios que hubo a nivel nacional, su población mayor de 65 años, supone el 1,8% del total nacional). Durante el periodo del 2000-2004 el número de usuarios atendidos ha seguido una extraña evolución, puesto que en el 2001 se produjo respecto al 2000 un increíble incremento del 52,5% (de 2.249 usuarios a 3.431). Entre el 2002 y 2003 el número de usuarios se mantuvo bastante estable llegando en el 2003 a los 3.618 usuarios y producirse entonces un decrecimiento del 23,05%. Una evolución contraria a la evolución seguida por el resto de las comunidades y contraria igualmente a su propio incremento de población mayor de 65 años. El saldo final de esta comunidad entre 2000-2004 ha sido de un "crecimiento" del 24% frente al 93% de media nacional (GRÁFICO N° 39).

GRÁFICO N° 39

**Evolución del número de usuarios por CC.AA. 2000 - 2004
(Nº Absolutos)**



En el 2004 el índice de cobertura existente en Islas Baleares fue del 2,09%, significativamente por debajo del índice de cobertura alcanzado a nivel medio en el conjunto del Estado que es del 3,14% (TABLA N° 9).

TABLA N° 9

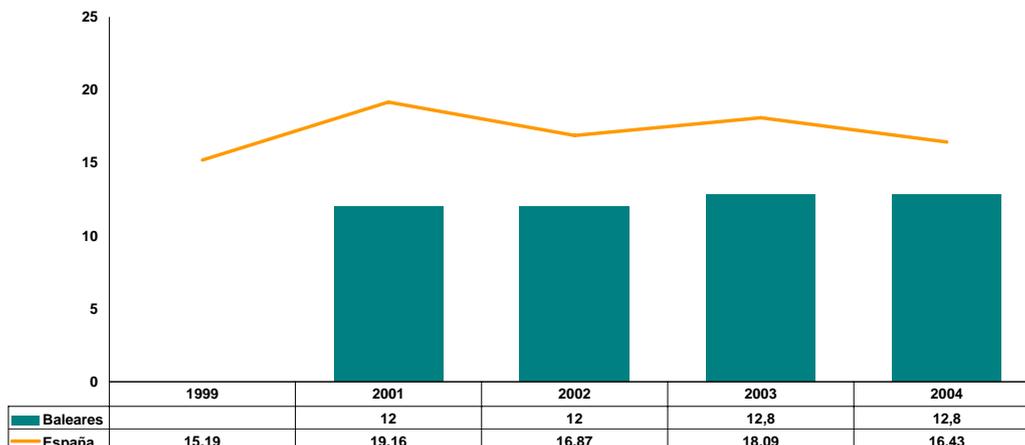
Número de usuarios e índice de cobertura Enero 2004

Ámbito Territorial	Población >65 01/01/2003	Nº usuarios atendidos	Índice de cobertura (1)
Baleares	133.383	2.784	2,09
España	7.276.620	228.812	3,14

No contamos con datos sobre el número de horas dispensadas de SAD en Islas Baleares, el dato disponible es el de intensidad horaria referida a Enero 2003, en el que fue de 12,8. En cuanto a intensidad horaria esta comunidad ha mantenido una gran estabilidad desde el 2000 (GRÁFICO N° 40).

GRÁFICO N° 40

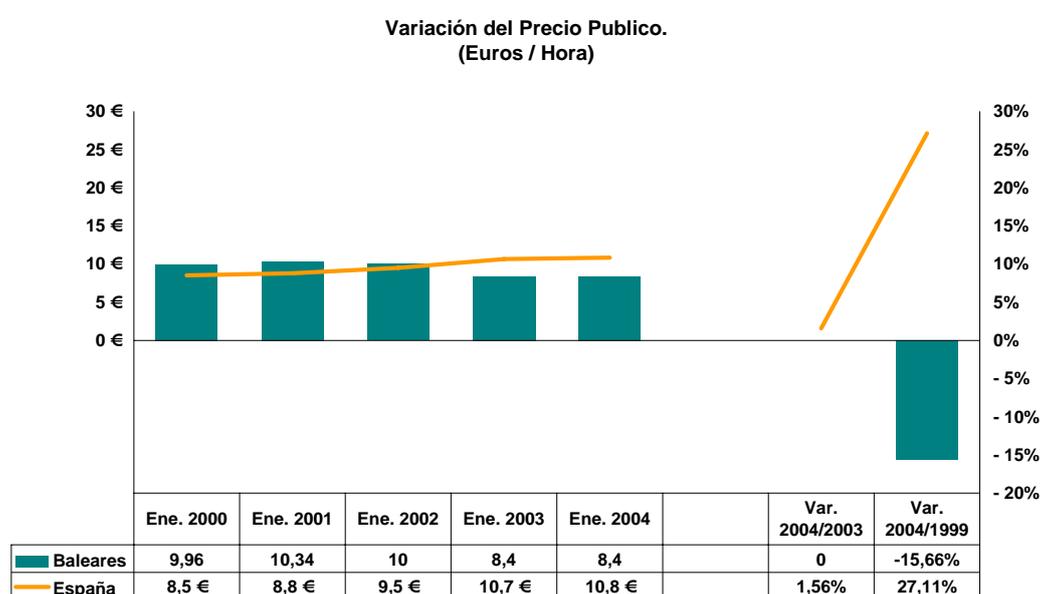
Evolución de la intensidad horaria por CC.AA. 1999 - 2004
(Nº de Horas / Semana)



El limitado esfuerzo que parece estar produciéndose en Islas Baleares en lo referido al SAD se muestra también

en la reducción del coste hora. En el 2003/04 (el último dato se refiere a 2003) el coste hora fue de 8,4€ cuando en enero del 2000 alcanzaba los 9,96€ y los 10,34€ en el 2001. En precio público de hora en el 2004 está un 22,2% por debajo del precio medio nacional (10,8€) (GRÁFICO N° 40).

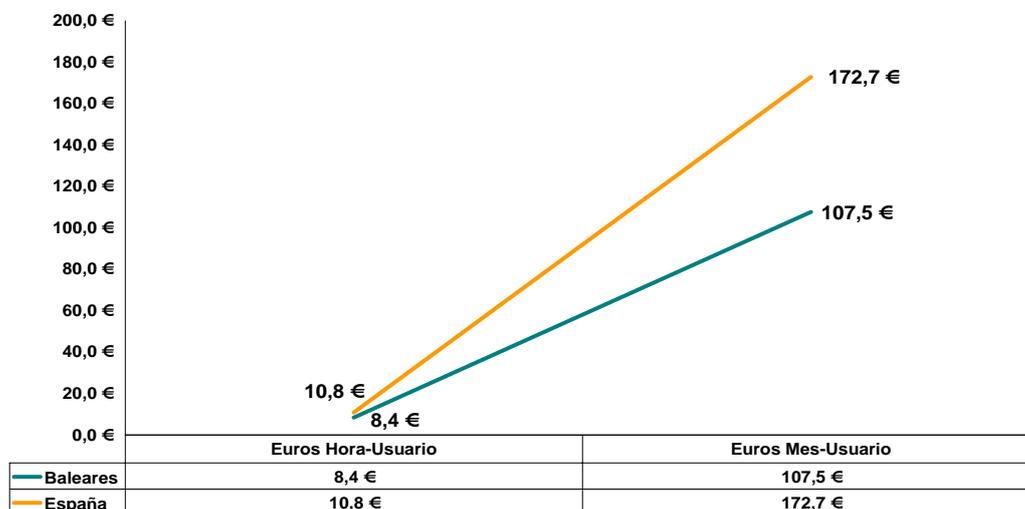
GRÁFICO N° 41



Si nos fijamos, en el coste usuario-mes la diferencia con el gasto medio nacional se intensifica. En el 2004 el precio mensual de este servicio fue de 107, 52 €, un 60,6% menos que el promedio del conjunto de comunidades, 172,7€ (GRÁFICO N° 42).

GRÁFICO N° 42

PRECIO Y FINANCIACIÓN
(Euros Hora-Usuario / Euros Mes-Usuario)



No disponemos de datos sobre el gasto en servicios sociales en Islas Baleares.

- Galicia

A 1 de enero de 2005 la población registrada en Galicia era de 2.760.179 habitantes (significa el 6,3% del total de la población española). En esta comunidad el 21,3% de su población es mayor de 65 años, un porcentaje que la sitúa como la tercera más envejecida (tras Castilla León y Asturias). Cuanta con 587.224 personas mayores de 65 años, que significa el 7,7% del total de este colectivo a nivel nacional (como se ve Galicia "aporta" a la bolsa global nacional de personas mayores un porcentaje superior al que le correspondería por el porcentaje de población sobre el total nacional).

La población mayor de 65 años se distribuye por sexo de forma bastante similar a como lo hace a nivel nacional

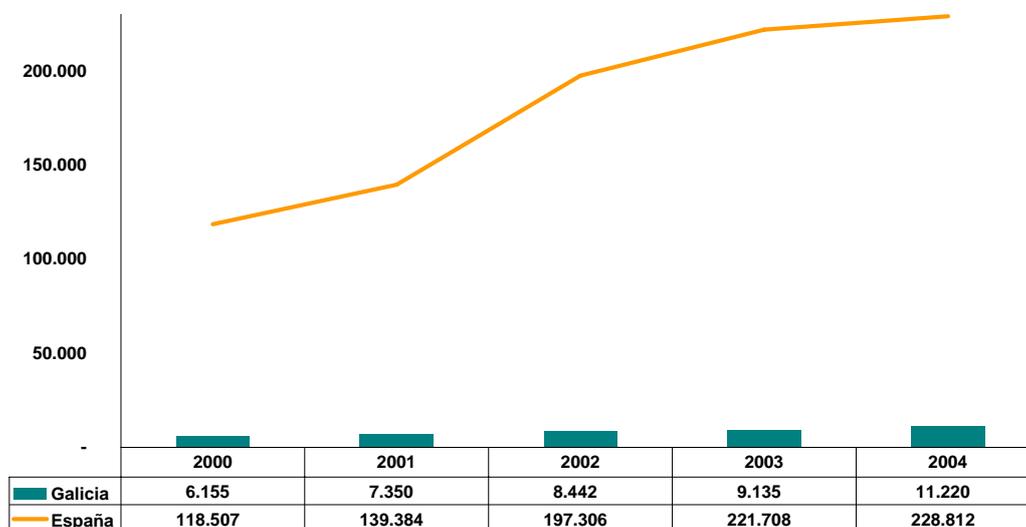
41,2% de varones (a nivel nacional es del 42,2%) y 58,8% de mujeres.

Entre 1981 y el 2005 Galicia ha experimentado un importante crecimiento de su población mayor de 65 años. En concreto ha pasado de 377.900 personas a 587.224 personas de más de 65 años, ha supuesto un incremento del 55,4%. Este incremento se ha producido en un contexto en el que Galicia no ha incrementado su población total - entre 1981 y 2005 la población en Galicia no se ha modificado, se ha movido en un 0,2% más-, lo que ha llevado a que aumente el nivel de envejecimiento en esta comunidad. En 1981 los mayores de 65 años suponían el 13,4%, y ahora es el 21,3%.

Paralelamente a este proceso de intensificación del nivel de envejecimiento de una comunidad autónoma "siempre" envejecida por la emigración que han sufrido históricamente, ha crecido el número de usuarios de SAD. En el 2004 contó con 11.220 usuarios, un 22,8% más que en el año precedente, cuando a nivel nacional este incremento fue de apenas un 3,2%.

GRÁFICO N° 43

**Evolución del número de usuarios por CC.AA. 2000 - 2004
(Nº Absolutos)**

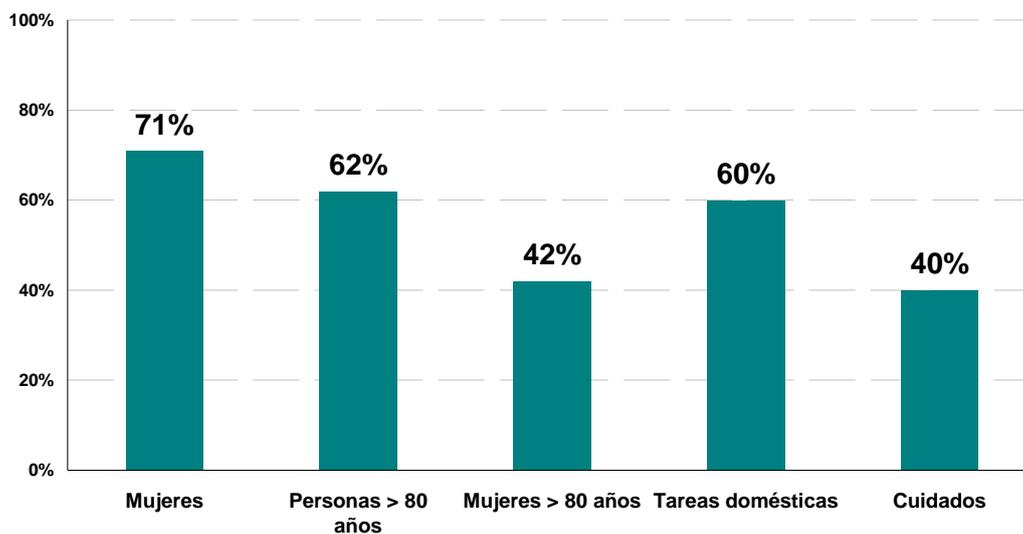


Entre enero 2000 y enero 2005 los usuarios de SAD en Galicia se han incrementado en un 82%, por debajo del incremento del 93% a nivel nacional. En el 2004 se dispensaron un total de 3.880.166 horas.

El colectivo de usuarios de SAD en Galicia es marcadamente femenino, el 71% de sus usuarios en el 2004 fueron mujeres. El 62% eran usuarios mayores de 80 años (42% mujeres mayores de 80 años), lo que da cuenta del nivel de ancianidad de esta región. La asistencia se distribuyó un 60% en la ayuda en las tareas domésticas y un 40% en cuidados.

GRÁFICO N° 44

Otras características del SAD
(Porcentaje)



A pesar de haber tenido una fuerte incorporación de usuarios, si tenemos en cuenta el porcentaje de personas mayores existentes en Galicia, hay que calificar la incorporación de usuarios de bastante limitada. El indicador más claro de lo limitado de los servicios de asistencia en esta comunidad es su índice de cobertura. Éste es uno de los más bajos a nivel nacional, en el 2004 era del 1,91% frente al 3,14% a nivel nacional.

TABLA N° 10

Número de usuarios e índice de cobertura (1)

Enero 2004

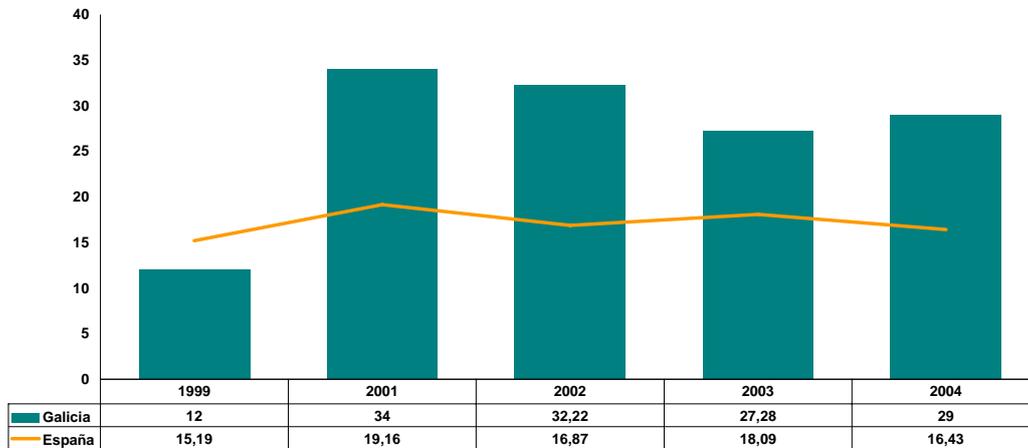
Ámbito Territorial	Población>65 01/01/2003	Nº usuarios atendidos	Índice de cobertura (1)
Galicia	585.977	11.220	1,91
España	7.276.620	228.812	3,14

Como se ve, Galicia es una comunidad con graves insuficiencias, cubriendo de forma mínima las posibles necesidades que pueda tener su población de más de 65 años, una población creciente en esta región.

La menor cobertura del SAD, se acompaña - y en parte se compensa- por una intensidad horaria bastante más alta que la media nacional. En el 2004 la intensidad horaria fue de 29 horas frente a las 16,43 horas de media nacional.

GRÁFICO N° 42

Evolución de la intensidad horaria por CC.AA. 1999 - 2004
(Nº de Horas / Semana)

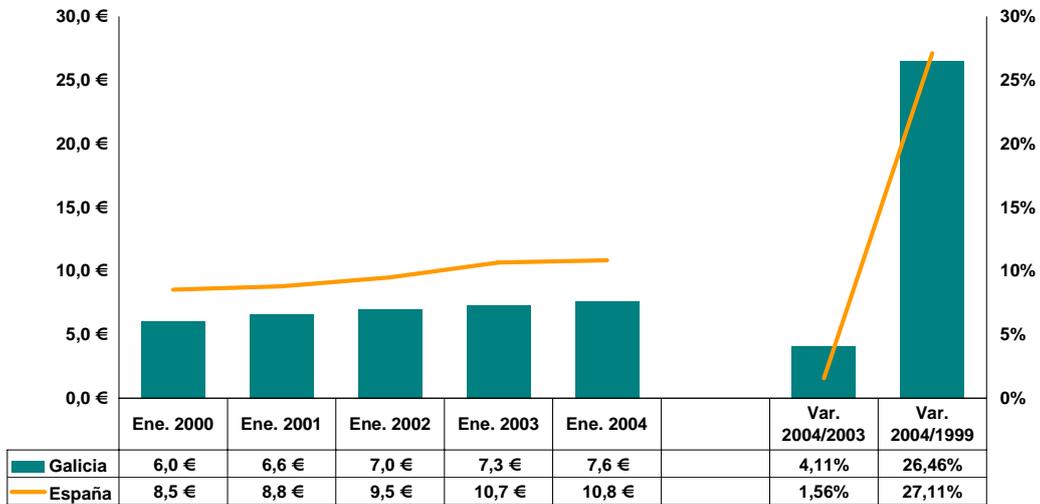


Desde 1999 al 2004, la intensidad horaria se ha incrementado en un 142%, cuando a nivel nacional ha sido del 8%.

En cuanto al precio público-hora, Galicia muestra unos precios más baratos que a nivel nacional, mostrando un incremento sostenido, similar al seguido en el Estado en su conjunto. En el 2004 el coste hora en Galicia era de 7,6 € frente a los 10,8 € de media nacional.

GRÁFICO N° 46

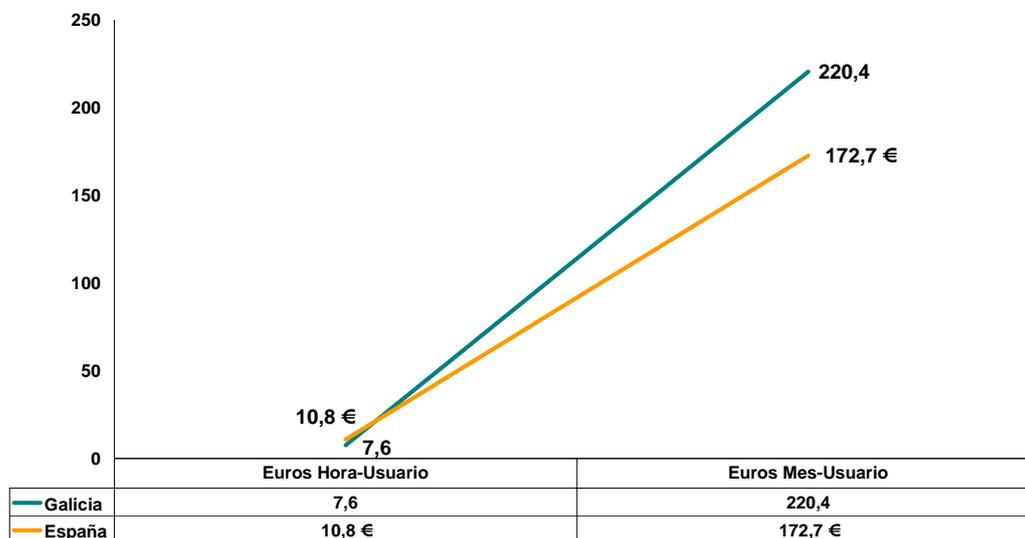
Variación del Precio Público.
(Euros / Hora)



Al poner en relación la intensidad horaria con el coste hora, aparece que el coste usuario mes de SAD en Galicia es superior al gasto medio nacional. En concreto, el gasto por usuario mes en Galicia es un 27,6% superior a la media nacional.

GRÁFICO N° 47

PRECIO Y FINANCIACIÓN
(Euros Hora-Usuario / Euros Mes-Usuario)



En lo que al nivel financiero se refiere, Galicia dirige a los servicios sociales para mayores el mismo porcentaje de su PIB que el conjunto de las comunidades, en concreto un 0,21%. No hay por tanto un "sobreesfuerzo" que trate de responder a las necesidades que puedan surgir a partir de una estructura poblacional más envejecida que la media nacional. En términos absolutos Galicia dirige a Servicios sociales totales 321 millones de euros, de los que 84 millones son destinados a servicios sociales de mayores.

GRÁFICO N° 48

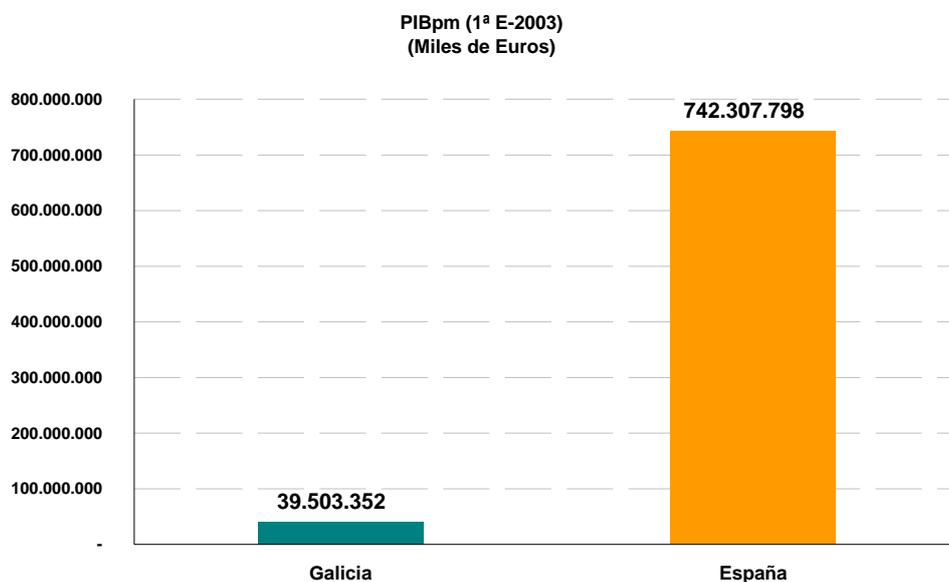
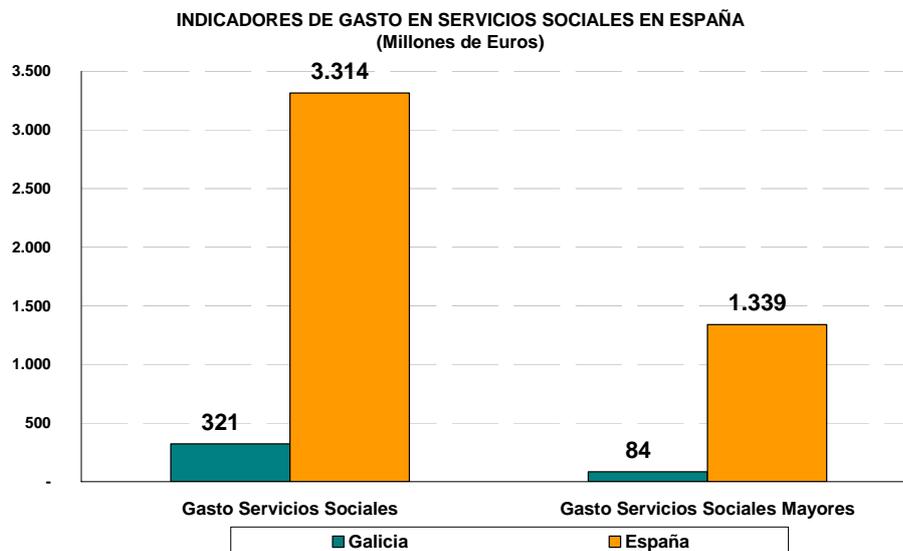


GRÁFICO N° 49



Es decir, el 36,58% del gasto en servicios sociales se dirige a los mayores, cuando la media nacional es del 42,4%. La baja atención a los mayores de 65 años dentro del gasto global de servicios sociales, lleva a que el

gasto social medio por usuario mayor de 65 años sea menor que la media nacional. Datos que no hacen sino reflejar el limitado esfuerzo que en Galicia parecen dirigir al 21,3% de su población, los mayores de 65 años.

TABLA N° 11

Indicadores de gasto en Servicios Sociales

Enero 2004

Ámbito territorial	G.S.S mayores/ G.S.Sociales (%)	G.S.S mayores/ Pob.>65 Gasto por usuario	G.S.S mayores/ PIBpm (%)
Galicia	36,58%	144,49 €	0,21%
España	42,42%	147,35 €	0,21%

- Madrid

Madrid tenía a 1 de enero de 2005 una población de 5.921.066 personas, lo que supone el 13,5% del total de la población nacional, es tras Andalucía y Cataluña la comunidad autónoma más poblada. Madrid se sitúa entre las comunidades menos envejecidas, el 14,3% de su población es mayor de 65 años (con 846.644 "aporta" el 11,5% de los mayores de 65 años a nivel nacional), situándose por tanto por debajo del nivel de envejecimiento medio nacional que es del 16,7%.

La distribución de los mayores de 65 años por sexo refleja una situación especial en la Comunidad Autónoma de Madrid, al ser la más "feminizada", el 59,9% de las

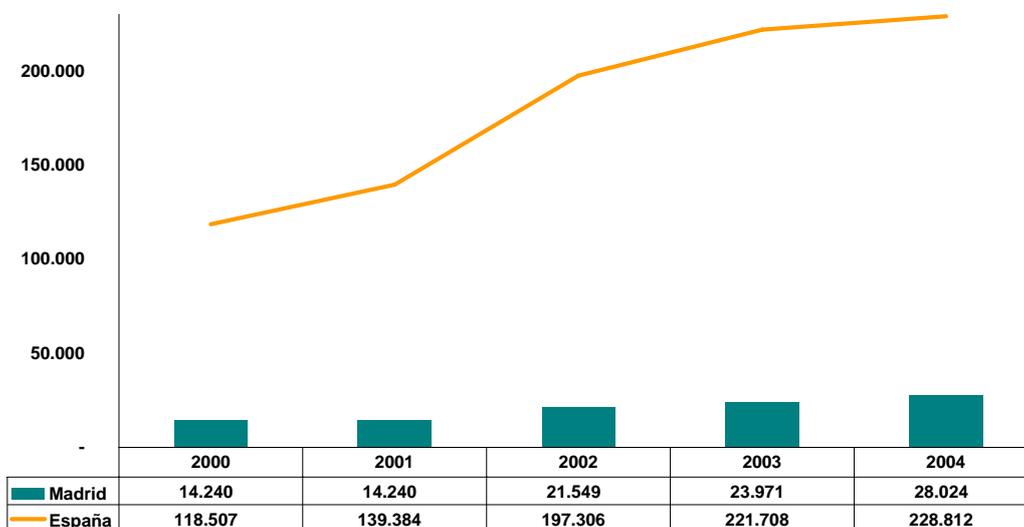
personas mayores de esta región son mujeres (57,8% a nivel nacional), frente al 40,1% de varones.

Entre 1981 y 2005 Madrid ha vivido, al igual que el resto de comunidades, un incremento de su población de mayores de 65 años, pero que ha sido absorbida en el cálculo demográfico por un fuerte incremento de la población general (la llegada de inmigrantes jóvenes), lo que ha llevado a suavizar mucho el nivel de envejecimiento. En 1981 había en la región 434.500 personas mayores de 65 años, que han pasado en el 2005 a ser 846.644, en términos absolutos prácticamente se ha duplicado, experimentando un incremento del 94%. En el mismo periodo la población madrileña ha crecido en un 25,3%. Este crecimiento poblacional general ha llevado a que el nivel de envejecimiento creciera a un ritmo moderado, ha pasado de 9,3% en 1981, al citado 14,3% en el 2005.

En cuanto a los usuarios del SAD se ha vivido un incremento en los últimos años. Desde enero del 2000 a enero de 2004 el número de usuarios de SAD se ha incrementado en Madrid un 97%, algo superior al 93% de media nacional. Entre el 2003 y el 2004 el incremento ha sido del 5%. El gran salto fue entre el 2001 y el 2002, cuando se produjo un incremento del 52%, mientras nivel nacional fue del 41,5% (GRÁFICO N° 50).

GRÁFICO N° 50

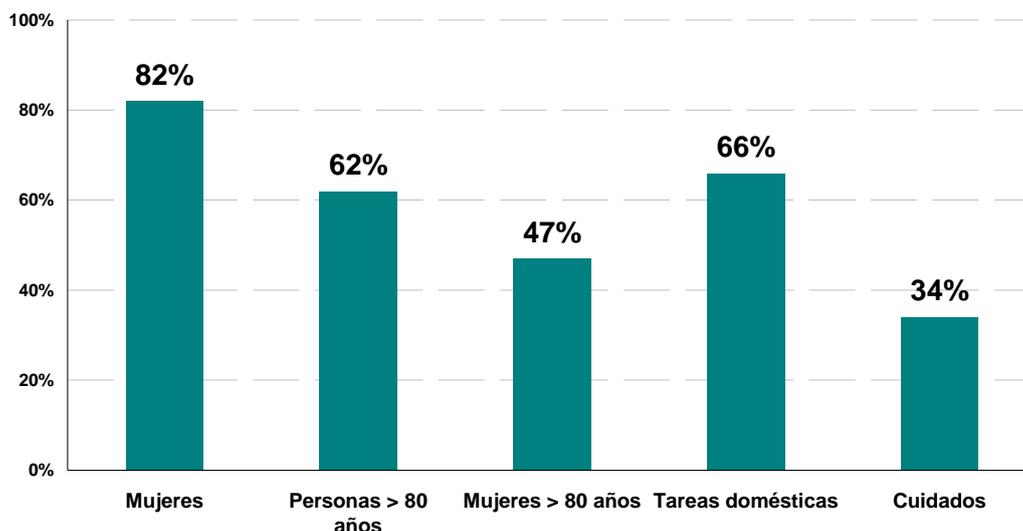
**Evolución del número de usuarios por CC.AA. 2000 - 2004
(Nº Absolutos)**



En el 2004, de los 28.024 usuarios que atendió el SAD el 82% correspondió a mujeres. Un 62% de dichos usuarios tiene más de 80 años (47% mujeres mayores de 80 años). La asistencia ofrecida dentro del SAD se distribuyó en un 66% como ayuda en tareas domésticas y un 34% como cuidados (GRÁFICO N° 51).

GRÁFICO N° 51

Otras características del SAD
(Porcentaje)



Los 28.024 usuarios de SAD existentes en el 2004 suponen un índice de cobertura del 3,37%, ligeramente por encima del 3,14% de la que aparece como media nacional (TABLA N° 12).

TABLA N° 12

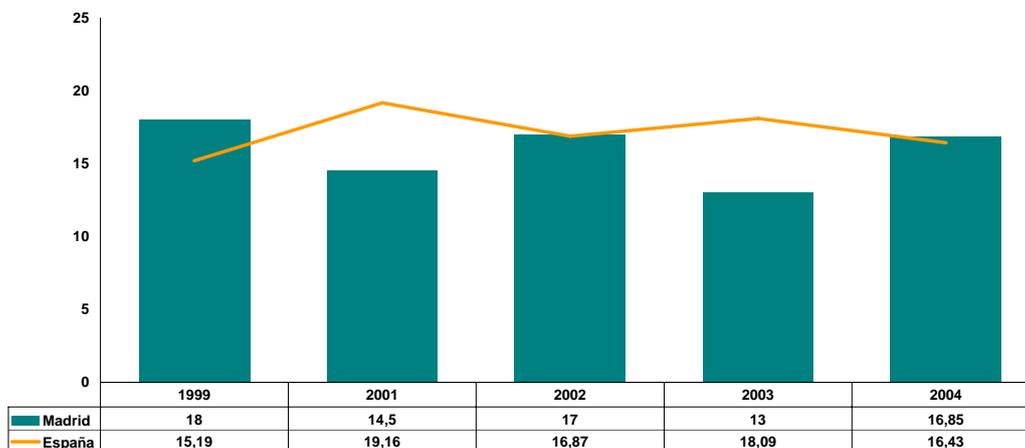
**Número de usuarios e índice de cobertura
Enero 2004**

Ámbito Territorial	Población > 65 01/01/2003	N° usuarios atendidos	Índice de cobertura
Madrid	830.839	28.024	3,37
España	7.276.620	228.812	3,14

Este índice de cobertura, muy similar a la media nacional, se acompaña también de una intensidad horaria muy cercana a la media, 16,85 horas frente a las 16,43 nacionales. En total, dentro del SAD se dispensaron 4.182.248 horas (GRÁFICO N° 52).

GRÁFICO N° 52

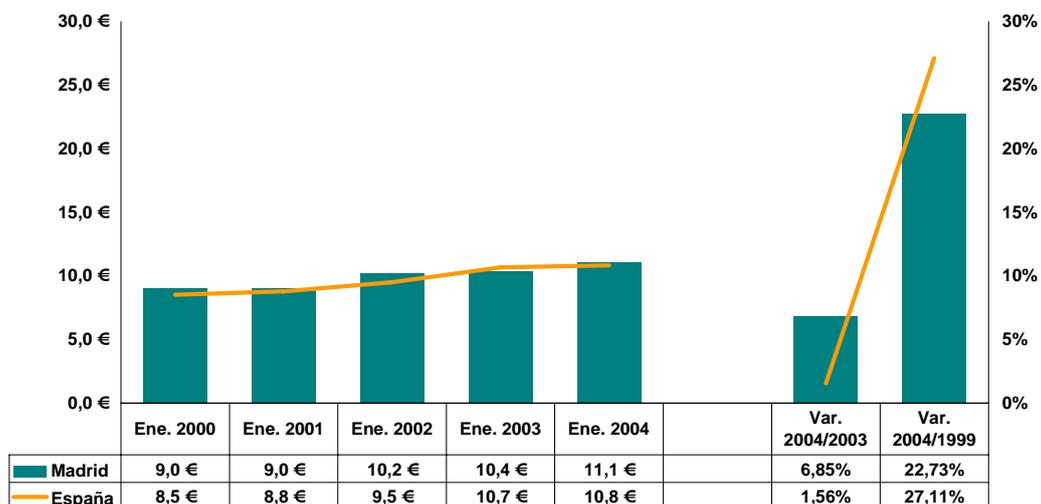
Evolución de la intensidad horaria por CC.AA. 1999 - 2004
(Nº de Horas / Semana)



A nivel de costes, 2004 muestra una situación en Madrid también muy similar al promedio entre comunidades. El coste hora fue de 11,1€ frente a los 10,8€ a nivel nacional. La diferencia se encuentra en que Madrid partía de un coste hora inferior en el 2003 y en el último año se ha producido la equiparación con la media nacional, al incrementarse un 6,85%. Considerando el periodo de 2000-2004 la variación del coste hora en Madrid ha sido inferior a la existente en el conjunto de comunidades (GRÁFICO N° 53).

GRÁFICO N° 53

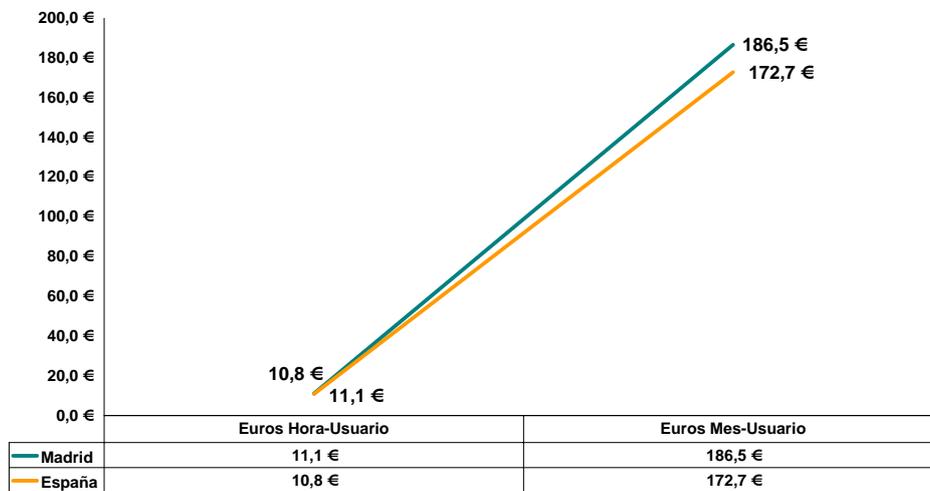
**Variación del Precio Publico.
(Euros / Hora)**



Lógicamente la similitud que muestran los datos de la Comunidad de Madrid con los del conjunto del Estado, llevan a que también el coste usuario mes en SAD estén próximos. El precio usuario-mes fue en el 2004 de 186,5€ (GRÁFICO N° 54).

GRÁFICO N° 54

PRECIO Y FINANCIACIÓN
(Euros Hora-Usuario / Euros Mes-Usuario)



En el plano nivel financiero, el sistema de copago representa el 8,94 %, del precio que abonan los usuarios. La Comunidad de Madrid dirige el 0,23% de su PIB a gasto en servicios sociales para mayores de 65 años (0,21% es la media del conjunto de comunidades autónomas). En cifra absolutas dirige a servicios sociales 678 millones de euros, de los cuales 291 corresponden a servicios sociales para mayores de 65 años (TABLA N° 13).

GRÁFICO N° 55

PIBpm (1ª E-2003)
(Miles de Euros)

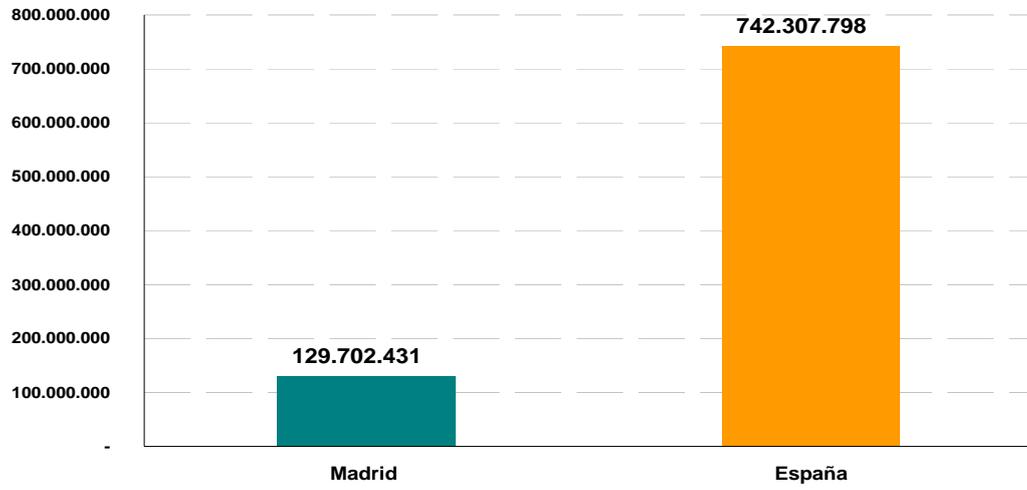
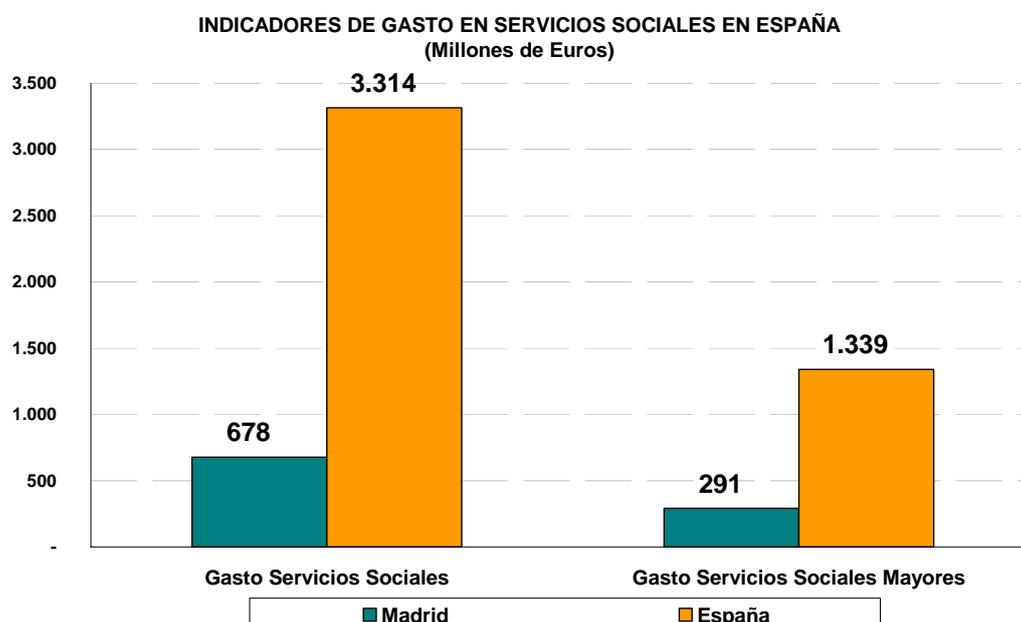


GRÁFICO N° 56



Sobre estos datos del 2004, la comunidad de Madrid sí parece prestar una atención concreta al colectivo de mayores de 65 años dentro de su política social, al dirigirle el 43,05% de su gasto social (muy similar al 42,42% de media en el conjunto de comunidades).

TABLA N° 13

Indicadores de gasto en Servicios Sociales

Enero 2004

Ámbito territorial	G.S.S mayores/ G.S.Sociales (%)	G.S.S mayores/ Pob.>65 Gasto por usuario	G.S.S mayores/ PIBpm (%)
Madrid	43,05%	351,34 €	0,23%
España	42,42%	147,35 €	0,21%

En la frecuencia en la que se aprecia la posición privilegiada de riqueza que disfruta la Comunidad de Madrid es perceptible también la cifra de gasto medio por usuario, que duplica el gasto medio existente a nivel nacional. El alto PIB de esta comunidad permite que si bien los datos relativos sean muy similares a la "media" del Estado, en términos absolutos resulten evidentes tales diferencias (TABLA N° 13).

- País Vasco

En enero de 2005, la población del País Vasco era de 2.123.791 personas, que representa el 4,8% de la población total del Estado. El 18,2% de su población es mayor de 65 años, un porcentaje que le lleva a situarse entre las comunidades autónomas más envejecidas. Es una de las comunidades en las que el proceso de envejecimiento ha tenido un crecimiento muy acentuado, por encima de la media nacional.

La acentuación del proceso de envejecimiento en el País Vasco se debe a la evolución que ha seguido su población general. Esta comunidad es junto con Castilla y León, y el Principado de Asturias las únicas en las que entre 1981 y el 2005 se ha vivido una pérdida de población. En el caso del País Vasco la pérdida ha sido mínima (0,5%), pero es especialmente significativa en un contexto general de aumento de población. Además resulta especialmente significativa en tanto que se trata de una comunidad rica, por lo que esta pérdida o estancamiento de la población es muy significativa.

El estancamiento de la población global, ha llevado a que el proceso natural de envejecimiento de la población vasca - que no ha contado con el "colchón" que supone el incremento de la población general- la haya convertido en una de las comunidades más envejecidas (la 9ª), pero sobre todo que haya cambiado la estructura de su población. En 1981 su nivel de envejecimiento se situaba por debajo de la media, con un 9,20% (la media era 11,2%), lo que la llevaba a estar en una situación privilegiada, estando entre las menos envejecidas (sólo mejoraban su situación Ceuta y Melilla, y Canarias). En el periodo de 1981-2005 se ha duplicado su nivel de envejecimiento, se ha pasado del 9,2% al 18,2% del 2005.

En la actualidad el País Vasco cuenta con 387.296 personas mayores de 65 años el 5,3% del total de personas mayores a nivel nacional). De estas el 58,4% son mujeres.

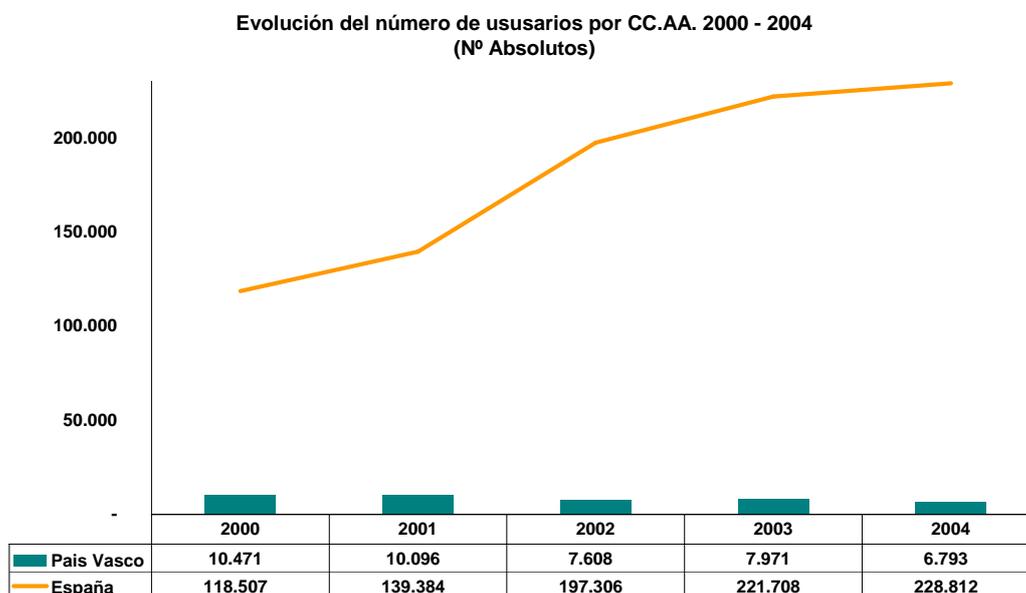
Las peculiaridades del sistema existente en el País Vasco, con tres diputaciones forales con competencias en servicios sociales, dificultan el poder ofrecer datos a nivel de comunidad autónoma. Los datos disponibles de Vizcaya son incompletos, lo que ofrece un importante sesgo a la hora de valorar los "datos globales", puesto que en ocasiones apenas está considerada la situación de la provincia vasca más poblada, hay que tener en cuenta que en Vizcaya se encuentra el 55,6% del total de la población mayor de 65 años. Por ello, y sin olvidar la cautela con la que han de tomarse los datos, haremos un acercamiento a los datos básicamente a nivel de comunidad autónoma (TABLA N° 14).

**TABLA N° 14 Población de 65 años y más y Usuarios SAD.
Enero 2004.**

	PAIS VASCO TOTAL	ALAVA	GUIPUZCOA	VIZCAYA*
POBLACIÓN>65 (2004)	383.761	47.617	122.716	213.428
% sobre población	100%	12,4%	32%	55,6%
USUARIOS	6.793	3.829	2.826	138
% sobre usuarios	100%	56,4%	41,6%	2,03%

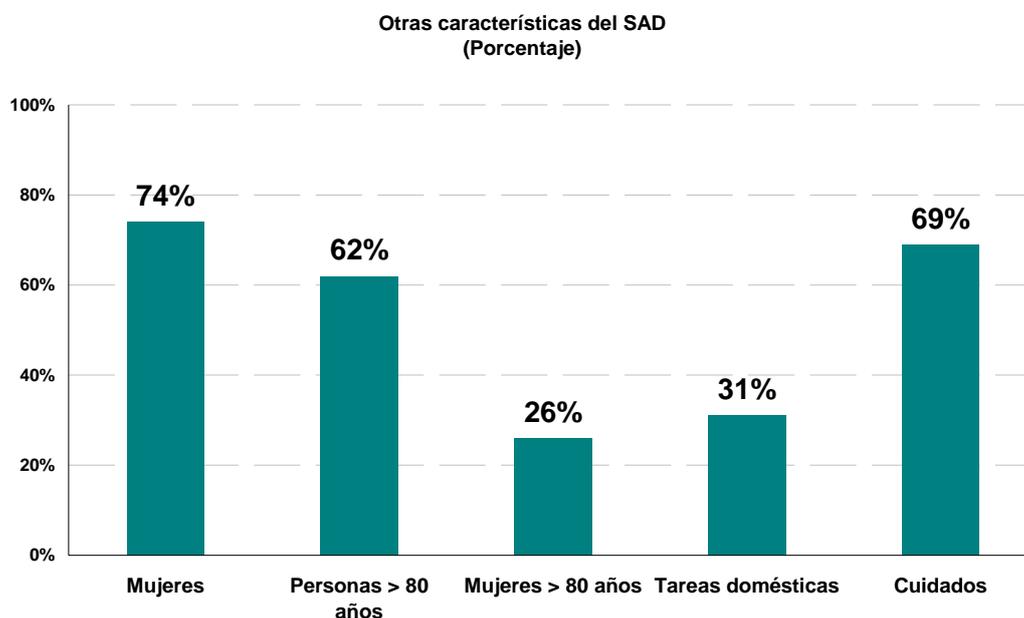
En el conjunto del País Vasco, durante el 2004 hubo 6.793 usuarios. Respecto a lo ocurrido en el 2003 se habría producido un descenso en el número de usuarios del 14,8% (GRÁFICO N° 57).

GRÁFICO N° 57



El 74% de los usuarios de SAD durante el 2004 en el País Vasco han sido mujeres. El 62% de los usuarios eran mayores de 80 años (26% mujeres mayores de 80 años). La asistencia dentro del SAD se ha distribuido de la siguiente forma: un 31% como ayuda doméstica y un 69% en cuidados (GRÁFICO N° 58).

GRÁFICO N° 58



En el 2004 el índice de cobertura de SAD en el País Vasco era del 1,77, por tanto por debajo del 3,14 nacional (TABLA N° 15).

TABLA N° 15

Número de usuarios e índice de cobertura (1)

Enero 2004

Ámbito Territorial	Población > 65 01/01/2003	N° usuarios atendidos	Índice de cobertura (1)
País Vasco	383.761	6.793	1,77
España	7.276.620	228.812	3,14

Por los datos de los que disponemos, la tasa de cobertura de Álava sería muy alta, llegando al 8,04% de la población mayor de 65 años (TABLA N° 16).

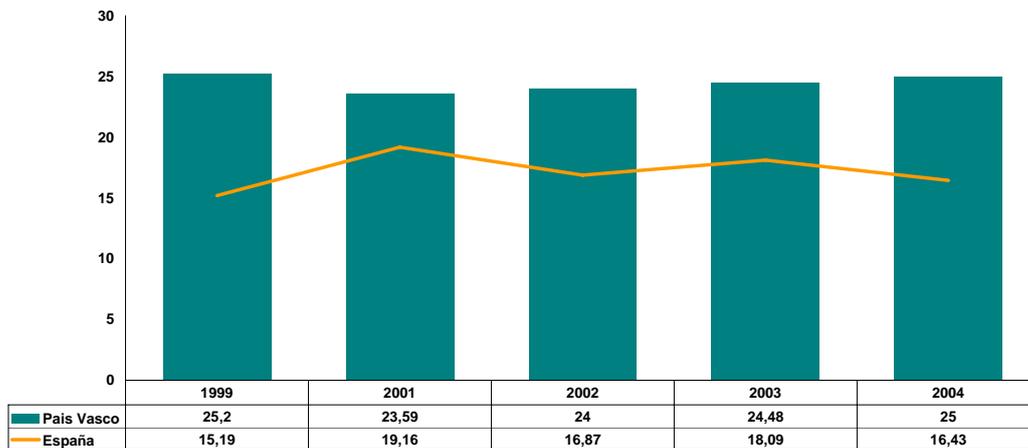
TABLA N° 16 Índice de Cobertura. Enero 2004.

	PAIS VASCO TOTAL	ALAVA	GUIPUZCOA	VIZCAY A
INDICE COBERTURA	1,77%	8,04%	2,3%	0,06%

Con menos cobertura, esta comunidad ha crecido en su intensidad horaria de atención. En total se dispensaron durante el 2004 1.469.061 horas (GRÁFICO N° 59).

GRÁFICO N° 59

**Evolución de la intensidad horaria por CC.AA. 1999 - 2004
(N° de Horas / Semana)**



Dentro de las provincias vascas, -con la ausencia de datos sobre Vizcaya-, Álava refleja una mayor intensidad

horaria y también un mayor número de horas dispensadas
(TABLA 17)

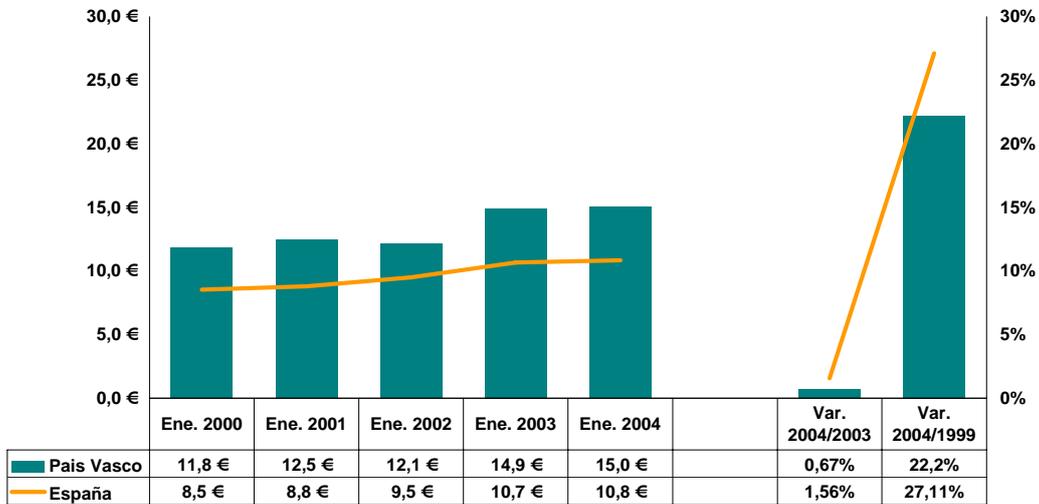
TABLA N° 17 Intensidad Horaria / Horas Dispensadas

	PAIS VASCO TOTAL	ALAVA	GUIPUZCOA	VIZCAYA
INTENSIDAD HORARIA	25	28	21	-
HORAS DISPENSADAS	1.469.061	737.548	721.156	-

En el 2004, el coste por hora en el País Vasco ha sido de 15€ muy por encima del coste medio nacional, en concreto un 38,9% más caro. Respecto al 2003, la variación ha sido mínima (0,67%). Si ponemos como año de referencia el 2000 la variación ha sido del 22,2%, inferior a la media nacional, pero por otra parte resulta lógica si se tiene en cuenta que el País Vasco partía de un coste mayor que la media nacional (GRÁFICO N° 60).

GRÁFICO N° 60

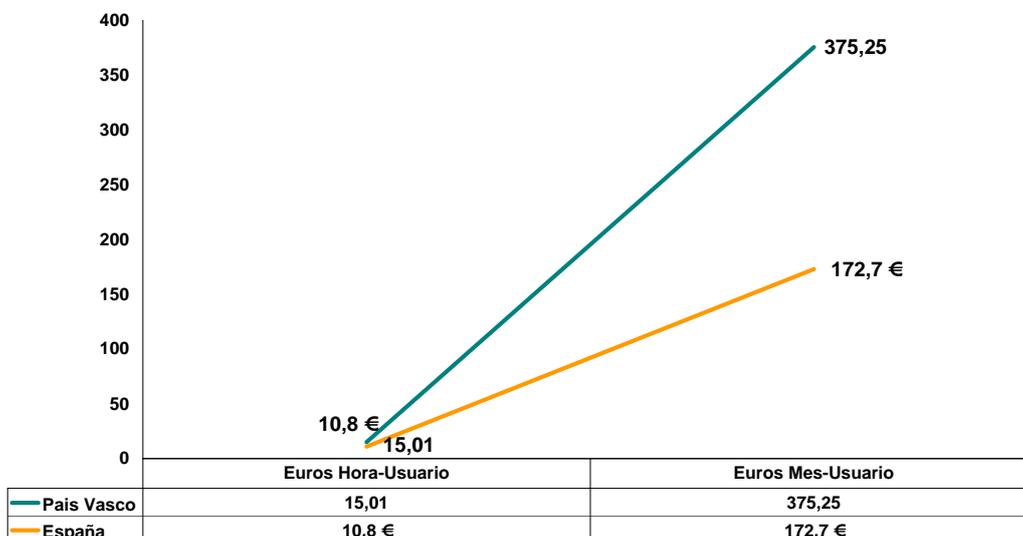
Variación del Precio Público.
(Euros / Hora)



El alto coste por hora existente en el País Vasco lleva a un gasto por usuario-mes también muy alto, muy por encima del gasto medio del conjunto de las comunidades autónomas. En concreto 375,25€ frente a los 172,7€ a nivel nacional.

GRÁFICO N° 61

PRECIO Y FINANCIACIÓN
(Euros Hora-Usuario / Euros Mes-Usuario)



Dentro de las 3 provincias vascas, Álava es la que muestra unos mayores costes, tanto por hora de trabajo como por coste mensual.

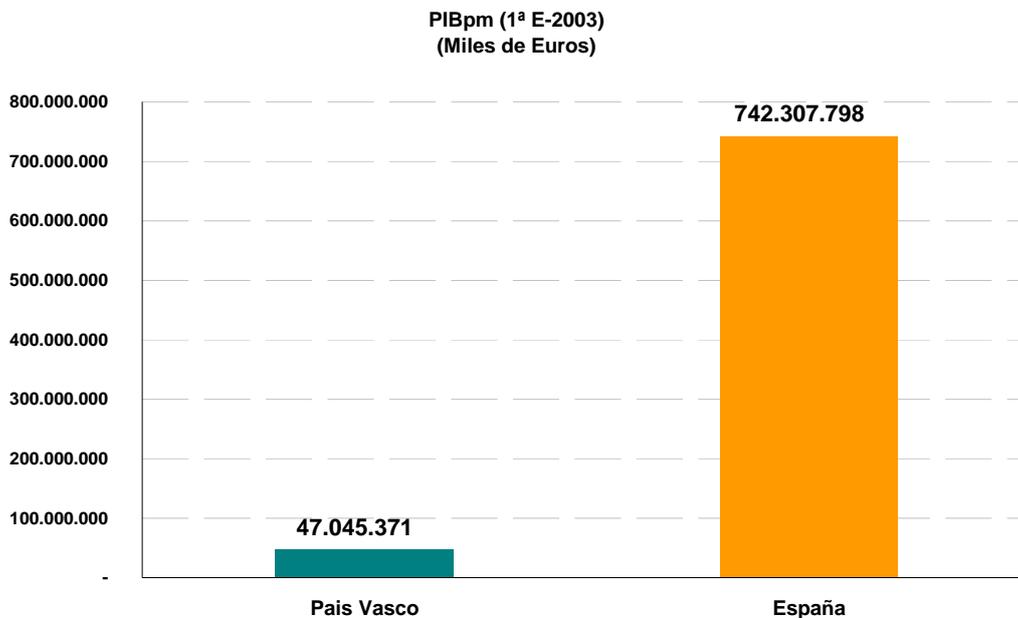
TABLA N° 18

	PAIS VASCO TOTAL	ALAVA	GUIPUZCOA	VIZCAY A
COSTE HORA	15,0€	16,00 €	14,00 €	15,03 €
COSTE MENSUAL	375,35€	448,00€	294,00 €	375,75 €

En el plano financiero, el gasto en servicios sociales para mayores supone el 0,37% del PIB del País Vasco. El esfuerzo realizado en esta comunidad es mayor del existente a nivel medio en el conjunto de las

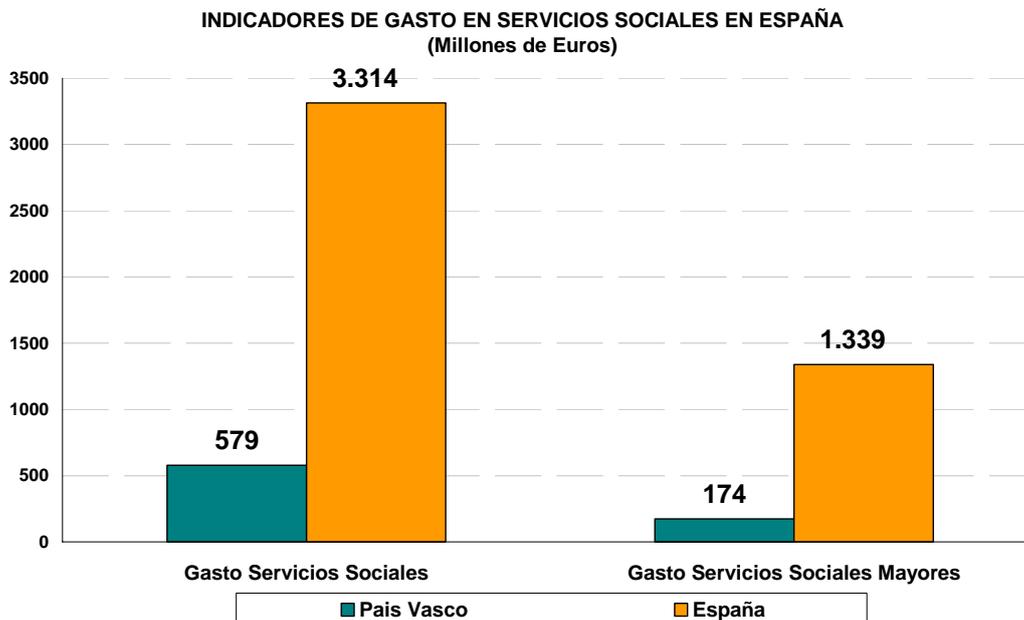
comunidades, que es del 0,21%. El SAD en el País Vasco tiene un sistema de copago del 12,86 % del servicio.

GRÁFICO N° 62



En términos absolutos el País Vasco dirige a servicios sociales 579 millones de euros, de los cuales 174 se dirigen a servicios sociales para mayores, lo que supone un 30,1% (GRÁFICO N° 62).

GRÁFICO N° 63



El gasto por usuario de los servicios sociales en el País Vasco alcanza los 454,81€ , lo que triplica el gasto medio en el conjunto del Estado, que es de 147,35€ (TABLA N° 19)

TABLA N° 19

Indicadores de gasto en Servicios Sociales
Enero 2004

Ámbito territorial	G.S.S mayores/ G.S.Sociales (%)	G.S.S mayores/ Pob.>65 Gasto por usuario	G.S.S mayores/ PIBpm (%)
País Vasco	30,13%	454,81 €	0,37%
España	42,42%	147,35 €	0,21%

V.3.- Recursos económicos destinados a la financiación del Servicio de Ayuda a Domicilio

El objetivo de este apartado del informe consiste en determinar el coste que tiene el Servicio de Ayuda a Domicilio, concientes que es una tarea con serias dificultades en la medida que el sistema protector español se caracteriza por la existencia de varios subsistemas dirigidos a solventar problemas distintos, desde diferentes Administraciones Públicas y con orígenes históricos y efectos distintos, en el que muchas veces se superponen los recursos.

Los indicadores, en tanto que consideran a través del gasto la representatividad del mismo resultan muy limitados ya que por una parte, recoge sólo algunas partidas y, por otra, no todas las comunidades autónomas facilitan dicha información. La cuantificación del gasto en servicios sociales para mayores en España es una tarea sumamente compleja al tratarse de un gasto asignado a servicios descentralizados, tanto a nivel autonómico como local.

Conscientes de estas limitaciones y dificultades, el objetivo que se perseguía en este informe era conocer/alcanzar una cifra global aproximada del gasto realizado o presupuestado en servicios sociales dirigidos a personas mayores en cada territorio autónomo. A partir

de esta cifra se plantean tres indicadores básicos de gasto que permitan tener una idea, aproximada, de la dimensión de estos recursos en el conjunto de la economía nacional y de cada región:

- Peso específico, medido a través de la relación porcentual entre gasto en servicios sociales para mayores y gasto total en servicios sociales.
- Intensidad, que nos permite conocer el gasto per cápita. En este caso se refiere al gasto en servicios sociales para mayores por persona de 65 y más años.
- Y el tercer indicador hace referencia al esfuerzo, medido como la relación entre gasto en servicios sociales mayores y Producto Interior Bruto (PIB) a precios de mercado de cada región. Este último indicador, como su nombre indica, permite medir el esfuerzo que una determinada comunidad autónoma realiza de acuerdo con su riqueza (medida a través del PIB), y por tanto resulta un indicador más riguroso para hacer comparaciones territoriales que si utilizamos sólo la cifra de gasto en términos absolutos. La información disponible, no nos permite elevar los resultados por comunidades a nivel nacional por dos razones: primero porque no existen criterios homogéneos en la definición del concepto de gasto en servicios sociales mayores y, en segundo lugar, porque no todas las comunidades ofrecen esta información.

El SAD es un recurso de los Servicios Sociales aún débil en términos de cobertura y en comparación con otros países de la UE a pesar de su intenso crecimiento durante los últimos años, tal como se podrá comprobar con los datos aportados en otros apartados de este informe. El

desarrollo de los servicios sociales por cada CCAA, como administraciones competentes en la materia ha generado una creciente desigualdad entre regiones en cuanto a cobertura e intensidad protectora a pesar del esfuerzo nivelador que ha supuesto el Plan Concertado de Servicios Sociales Municipales.

En la actualidad existen cuatro tipos de recursos dirigidos a la protección de las personas dependientes: prestaciones monetarias, servicios sociales, ayudas fiscales y ayudas al cuidador.

Servicios Sociales

- Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)
- Teleasistencia
- Centros de Día
- Residencias Asistidas
- Pisos protegidos

Prestaciones económicas de la Seguridad Social y CCAA

- Ayuda de Tercera Persona por Gran Invalidez
- Complemento por invalidez no contributivo 75% discapacidad
- SATP (LISMI)
- Prestación por hijo a cargo con grado de discapacidad superior al 65%
- Ayudas puntuales de las CCAA y Ayuntamientos
- Mínimo Personal:

Desgravaciones fiscales Ley 40/1998, IRPF

- Mínimo Personal: desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos
- Mínimo Familiar: Desgravaciones fiscales en función del grado de discapacidad e ingresos

Conciliación de la Vida Familiar y el Trabajo

- Reducción de jornada
- Excedencia por cuidados hasta un año

El gasto en Servicios sociales con la información a Enero de 2.004 recientemente publicado por el IMSERSO, Las personas mayores en España, informe 2.004, ha sido de 3.113,10 millones de Euros con un gasto para la atención de mayores de 1.338,8 millones de euros, el equivalente al 42,42 % del total del presupuesto. Este esfuerzo por parte de las administraciones públicas ha representado en términos de PIB a precios de mercado el 0,21%.

Estas cifras corrigen los presupuestos ofrecidos en el Libro Blanco, que situaban en 2.356,9 millones de euros el gasto en protección social para la dependencia y un 0,32 % del PIB.

A toda vista, están por debajo del esfuerzo financiero algunos países de nuestro entorno, en donde Italia, Bélgica e Irlanda asignan el 0,7 % de su PIB, o, en caso contrario, Alemania con un 1,2 % , Francia 2,8 % y un 3% Holanda y los países Nórdicos están muy por encima de España.

Las políticas de servicios sociales para personas mayores puestas en marcha en la década de los ochenta del pasado siglo, en lo que respecta al servicio de ayuda a domicilio, decididamente han crecido. Se ha producido el despegue de los servicios sociales y en particular, el servicio que algunos denominan "estrella" y que es el que centra nuestra investigación , aunque también habrá que reconocer que su ritmo de crecimiento ha sido excesivamente lento para dar respuesta a las nuevas necesidades sociales.

La aceleración de los cambios sociales y demográficos a partir de la segunda mitad de la década de los años noventa del pasado siglo (incremento de la población mayor de 80 años, incorporación de la mujer al mercado de trabajo, lento proceso de cambios en la estructura social de cuidados informales) han favorecido el desarrollo de la oferta pública y privada de servicios sociales para las personas en situación de dependencia. De hecho, es evidente a partir de los datos estadísticos disponibles que la responsabilidad del sector público ante la

dependencia se haya en constante incremento de sus partidas presupuestarias asignadas a los Servicios Sociales. Es importante señalar el énfasis que sobre la limitada cobertura de los mismos destacó el Informe del Defensor del Pueblo en 2000. En esos momentos, la oferta pública no se correspondía ni con el grado de desarrollo económico y social de nuestro país ni con las necesidades de cuidados personales, tema que sigue pendiente de ser equiparado desde la oferta de las instituciones tanto autonómicas como locales. Crítica que no resta importancia al crecimiento de la cobertura de algunos servicios como, por ejemplo, el Servicio de Ayuda a Domicilio que ha pasado de una cobertura del 2 % al 3 % en los últimos años.

Aún así los porcentajes de coberturas distan de los objetivos, que ya pusiera de manifiesto el Libro Blanco publicado por IMSERSO en 2004. En el mismo se señala que el Plan Gerontológico escenario 2.000, marcaba un 8 % de cobertura y el Informe para el defensor del Pueblo, escenario 2.006 un 5%, con una intensidad horaria de 28 horas mes. La realidad actual (datos del 2004), sitúa la cobertura en el 3,14% y una intensidad horaria de 16 horas mes.

TABLA Nº 20 CRITERIOS DE CCAA PARA DETERMINAR LA PARTICIPACIÓN DE LOS USUARIOS

ANDALUCIA	<p>BAREMO ÚNICO: No. LÍMITE MÁXIMO: el precio público del servicio. CÁLCULO APORTACIÓN USUARIO: Si Renta personal anual <50% SMI, aportación = 0%. Si Renta personal anual >300% SMI, aportación = 100%. Resto del baremo a desarrollar por las Corporaciones Locales.</p>
ASTURIAS	<p>BAREMO ÚNICO: No. LÍMITE MÁXIMO: 95% del coste del servicio CÁLCULO APORTACIÓN USUARIO: Si Renta personal anual <50% SMI, aportación = 0%. Si Renta personal anual >300% SMI, aportación = 95%. Resto del baremo a desarrollar por las Corporaciones Locales.</p>
BALEARES	<p>BAREMO ÚNICO: No LÍMITE MÁXIMO: No CÁLCULO APORTACIÓN USUARIO: Si Renta personal anual <75% SMI, aportación = 0%. Resto del baremo a desarrollar por las Corporaciones Locales según la renta.</p>
CANARIAS	<p>BAREMO ÚNICO: No LÍMITE MÁXIMO: No CÁLCULO APORTACIÓN USUARIO: Si Renta personal anual <50% SMI, aportación = 0%. Si Renta personal anual >200% SMI, aportación = 100%, excepto los que vivan solos que será >300% SMI. Resto del baremo a desarrollar por las Corporaciones Locales.</p>
CASTILLA LA MANCHA	<p>BAREMO ÚNICO: No se han establecido LÍMITE MÁXIMO: A desarrollar por las Corporaciones Locales CÁLCULO APORTACIÓN</p>

	<p>USUARIO: A desarrollar por las Corporaciones Locales</p> <p>APORTANTES SUBSIDIARIOS: A desarrollar por las Corporaciones Locales</p>
CATALUÑA	<p>BAREMO ÚNICO: No</p> <p>LÍMITE MÁXIMO: A desarrollar por las Corporaciones Locales</p> <p>CÁLCULO APORTACIÓN USUARIO: A desarrollar por las Corporaciones Locales</p>
EXTREMADURA	<p>BAREMO ÚNICO: No</p> <p>LÍMITE MÁXIMO: No</p> <p>CÁLCULO APORTACIÓN USUARIO: La aportación no podrá hacer que la renta per cápita mensual sea inferior al 50% del SMI.</p>
GALICIA	<p>BAREMO ÚNICO: No</p> <p>LÍMITE MÁXIMO: a desarrollar por las Corporaciones Locales.</p> <p>- CÁLCULO APORTACIÓN USUARIO: Si Renta personal anual <50% SMI, aportación = 0%.</p> <p>Resto del baremo a desarrollar por las Corporaciones Locales.</p>
MADRID	<p>BAREMO ÚNICO: No</p> <p>LÍMITE MÁXIMO: A desarrollar por las corporaciones locales</p> <p>CÁLCULO APORTACIÓN USUARIO: A desarrollar por las corporaciones locales</p>
MURCIA	<p>BAREMO ÚNICO: No. a desarrollar por las Corporaciones Locales.</p> <p>LÍMITE MÁXIMO: No. a desarrollar por las Corporaciones Locales. CÁLCULO APORTACIÓN USUARIO: No. Aunque se ha realizado una propuesta orientativa. a desarrollar por las Corporaciones Locales.</p>

La oferta del SAD entre las CCAA presenta importantes desequilibrios ya que existe una amplia dispersión en cuanto a las tasas de cobertura. Además, los requisitos de acceso a los servicios y, sobre todo, las aportaciones del usuario varían también entre CCAAs. Esas variaciones impiden estructurar cifras generales de la participación de los usuarios en el servicio social que estamos analizando al no disponer de información de los Servicios prestados por las empresas privadas.

TABLA Nº 21

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA

INTENSIDAD HORARIA Y COSTE DEL SERVICIO

2001-2004

Años(1)	usuarios	Intensidad Horaria (horas/mes/usuario)	Coste/hora (Euros)	COSTE ANUAL
2001	139.384,00	15,16	8,79 €	208.474.909,34
2002	197.306,00	16,87	9,50 €	315.544.084,72
2003	221.708,00	18,09	10,66 €	343.894.139,30
2004	228.812,00	16,43	10,83 €	417.188.368,04

Cuando se observa el desarrollo del gasto en SAD, es manifiesta la existencia de desigualdades económicas, entre las que cabe destacar la complejidad de recabar información precisa, ya que algunas Comunidades además de no sistematizar la información, contabilizan otros recursos asistenciales diversos y diferentes. La no homologación de formas y contenidos en el tratamiento de la información de los servicios sociales, impide un mejor ajuste de los datos existentes.

TABLA Nº 22

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

2001-2004

Ambito Territorial	2001 USUARIOS	PRECIO HORA	intensidad horaria anual	anual	TOTAL
Andalucía	21.191	8,40 €	8,76	105,12	18.711.822,53 €
Aragón	6.189	7,46 €	16,50	198,00	9.141.648,12 €
Asturias	4.095	7,38 €	15,40	184,80	5.584.859,28 €
Baleares	3.431	10,34 €	12,00	144,00	5.108.621,76 €
Canarias	3.649	10,66 €	12,00	144,00	5.601.360,96 €
Cantabria	1.537	6,40 €	9,83	117,96	1.160.348,93 €
Castilla y León	13.514	6,57 €	21,62	259,44	23.034.894,09 €
Castilla-La Mancha	8.711	6,35 €	20,15	241,80	13.375.130,73 €

Cataluña	13.898	9,21 €	6,80	81,60	10.444.847,33 €
C.Valenciana	14.430	9,02 €	13,00	156,00	20.304.741,60 €
Extremadura	9.659	5,56 €	9,50	114,00	6.122.260,56 €
Galicia	7.350	6,61 €	34,00	408,00	19.822.068,00 €
Madrid	14.240	9,02 €	14,50	174,00	22.349.395,20 €
Murcia	2.667	7,33 €	15,00	180,00	3.518.839,80 €
Navarra	2.938	15,32 €	11,48	137,76	6.200.599,64 €
País Vasco	10.096	12,45 €	23,59	283,08	35.581.797,22 €
La Rioja	1.458	7,75 €	12,00	144,00	1.627.128,00 €
Ceuta	137	7,60 €	12,00	144,00	149.932,80 €
Melilla(2)	194	13,63 €	20,00	240,00	634.612,80 €
España	139.384	8,79 €	15,16		208.474.909,34 €

TABLA Nº 22 (CONTINUACIÓN)

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

2001-2004

Ambito Territorial	2002 USUARIOS	PRECIO HORA	intensidad hora	anual	TOTAL
Andalucía	32.221	7,25 €	9,50	114,00	26.630.656,50 €
Aragón	6.945	7,81 €	16,50	198,00	10.739.609,10 €
Asturias	5.899	8,44 €	13,28	159,36	7.934.145,56 €
Baleares	3.532	10,00 €	12,00	144,00	5.086.080,00 €
Canarias	4.606	13,22 €	12,00	144,00	8.768.350,08 €
Cantabria	1.514	6,64 €	24,14	289,68	2.912.141,45 €
Castilla y León	16.346	7,75 €	19,00	228,00	28.883.382,00 €
Castilla-La Mancha	18.402	8,00 €	18,00	216,00	31.798.656,00 €
Cataluña	39.293	9,89 €	12,50	150,00	58.291.165,50 €
C.Valenciana	12.683	9,02 €	13,00	156,00	17.846.502,96 €
Extremadura	9.433	5,56 €	11,00	132,00	6.923.067,36 €
Galicia			32,22	386,64	

	8.442	7,00 €			22.848.104,16 €
Madrid	21.549	10,18 €	17,00	204,00	44.751.239,28 €
Murcia	3.128	7,49 €	15,00	180,00	4.217.169,60 €
Navarra	3.713	15,32 €	11,48	137,76	7.836.224,12 €
País Vasco	7.608	12,12 €	24,00	288,00	26.556.180,48 €
La Rioja	1.632	8,82 €	12,00	144,00	2.072.770,56 €
Ceuta	145	8,00 €	24,00	288,00	334.080,00 €
Melilla(2)	215	18,00 €	24,00	288,00	1.114.560,00 €
España	197.306	9,50 €	16,87		315.544.084,72 €

TABLA N° 22 (CONTINUACIÓN)

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA

EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS

2001-2004

Ámbito Territorial	2003 USUARIOS	PRECIO HORA	intensidad hora	Total intensidad anual	TOTAL
Andalucía	37.391	7,00 €	10,07	120,84	31.628.299,08 €

Aragón	6.976	9,55 €	11,00	132,00	8.793.945,60 €
Asturias	7.042	9,49 €	18,00	216,00	14.434.973,28 €
Baleares	3.618	8,40 €	12,80	153,60	4.668.088,32 €
Canarias	8.045	16,00 €	12,00	144,00	18.535.680,00 €
Cantabria	1.815	6,87 €	40,00	480,00	5.985.144,00 €
Castilla y León	17.538	9,38 €	19,30	231,60	38.099.691,50 €
Castilla-La Mancha	18.898	8,55 €	20,00	240,00	38.778.696,00 €
Cataluña	43.638	10,00 €	12,50	150,00	65.457.000,00 €
C.Valenciana	11.273	9,24 €	-----		- €
Extremadura	15.434	5,56 €	12,00	144,00	12.357.077,76 €
Galicia	9.135	7,30 €	27,28	327,36	21.830.165,28 €
Madrid	23.971	10,36 €	13,00	156,00	38.740.971,36 €
Murcia	3.130	8,42 €	16,78	201,36	5.306.762,26 €
Navarra	3.712	25,79 €	-----		- €
País Vasco	7.971	14,91 €	24,48	293,76	34.912.673,91 €
La Rioja	1.637	9,09 €	15,39	184,68	2.748.099,34 €
Ceuta	233	9,00 €	24,00	288,00	603.936,00 €
Melilla(2)	251	17,70 €	19,00	228,00	1.012.935,60 €
España	221.708	10,66 €	18,09		343.894.139,30 €

TABLA N° 22 (CONTINUACIÓN)
SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA
EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS
2001-2004

Ambito Territorial	2004 USUARIOS	PRECIO HORA	intensidad hora	anual	TOTAL
Andalucía	39.266	11,03 €	8,00	96,00	41.577.982,08 €
Aragón	8.064	8,00 €	10,00	120,00	7.741.440,00 €
Asturias	7.750	10,44 €	13,00	156,00	12.621.960,00 €
Baleares	2.784	8,40 €	12,80	153,60	3.592.028,16 €
Canarias	6.135	16,00 €	10,00	120,00	11.779.200,00 €
Cantabria	2.025	7,32 €	20,53	246,36	3.651.794,28 €
Castilla y León	17.805	10,74 €	19,00	228,00	43.599.459,60 €
Castilla-La Mancha	17.460	8,75 €	19,24	230,88	35.272.692,00 €
Cataluña	44.472	10,42 €	14,00	168,00	77.850.904,32 €
C.Valenciana	12.363	10,05 €	10,82	129,84	16.132.379,80 €
Extremadura	15.415	5,56 €	22,00	264,00	22.626.753,60 €
Galicia	11.220	7,60 €	29,00	348,00	29.674.656,00 €
Madrid	28.024	11,07 €	16,85	202,20	62.727.632,50 €
Murcia	3.153	8,29 €	17,00	204,00	5.332.227,48 €
Navarra	3.675	20,40 €	8,76	105,12	7.880.846,40 €
País Vasco	6.793	15,01 €	25,00	300,00	30.588.879,00 €
La Rioja	1.894	9,44 €	13,00	156,00	2.789.180,16 €
Ceuta	283	9,18 €	22,00	264,00	685.856,16 € 242
Melilla(2)	231	18,08 €	21,20	254,40	1.062.496,51 €

Lo primero que parece hacerse evidente en un primer acercamiento a los datos recogidos en la tabla anterior (TABLA N° 22), sería sobre cómo desde 2001 hasta 2004, el crecimiento de asistidos ha sido constante, aunque si bien en los primeros años (fundamentalmente en el paso de 2001 a 2002). Este crecimiento es mucho más enérgico, tendiendo a suavizarse esta tendencia a medida que vamos acercándonos a los datos más recientes. En este sentido si los datos de 2002 nos estaban informando de un aumento a nivel nacional de más de un 45% de los asistidos con relación a los datos de 2001, vemos como en 2004, este aumento con relación al año anterior supone poco más de un 3,2%. Estos datos ya nos están informando de una cierta tendencia al freno de este crecimiento de población asistida, por lo que dicha tendencia al alza pareciera tender a ser más asintótica.

Luego veremos las hipótesis, las líneas de análisis que creemos pueden subyacer a este hecho. Por el momento nuestro interés radica en hacer un mayor detenimiento en los datos por períodos temporales. De esta manera podemos observar como deteniéndonos en la comparación de los datos relativos al período temporal comprendido entre 2001 y 2002, período como ya hemos señalado en el que ha sido mayor el crecimiento de asistidos por SAD en números absolutos (incremento de 57.922 personas en este periodo) , lo que implica que en 2002 se produjo un 41,5% de personas más asistidas en España que en el año anterior.

Si hacemos una lectura de estos datos desagregada por CC.AA (tal como se presenta en la tabla anterior), observamos que de manera tendencial pareciera que son aquellas Comunidades de mayor tamaño poblacional, las que registran para este período temporal un aumento de asistencias más significativos. Como ejemplo más patente de esto, encontraríamos a:

- Andalucía, Comunidad que pasa de niveles de 21.000 asistidos en 2001 a los 32.000 en 2002.
- Asimismo encontramos la Comunidad de Madrid con unos valores que en 2001 se situaban alrededor de los 14.000 asistidos para pasar en 2002 a algo de 21.500.
- Otras Comunidades como Cataluña o Castilla La Mancha, en este período doblan (incluso casi triplican) los datos de personas asistidas que tenían en 2001.
- En el caso de Cataluña supone un aumento de un 182% con relación a los datos de 2001
- Por su parte Castilla La Mancha experimenta un aumento de alrededor de un 111%.

Rara es la Comunidad Autónoma que experimenta un descenso en sus datos en relación al año anterior, tan sólo encontramos dentro de esta situación a la Comunidad Valenciana que "pierde" 2.000 usuarios en el paso del 2001 al 2002.

En el resto de las Comunidades podemos observar cómo el aumento en este período es bastante moderado, ya que

aunque se produce un crecimiento progresivo, en ningún caso se trata de datos especialmente significativos.

Por su parte los cambios registrados en los datos del SAD entre el 2002 y el 2003, son mucho menos trascendentes: de hecho a nivel nacional y en volúmenes absolutos aumenta el número de asistidos entre estos dos años en 24.400 personas, lo cual supone un aumento de un 12,3% con relación a los datos del año anterior (2002). Este suave aumento se percibe de un modo evidente en los datos relativos a la situación en las distintas CC.AA, produciéndose - en la mayoría de los casos - aumentos muy moderados en las cifras de asistidos por el SAD a nivel autonómico.

Excepcionales son los casos en los que alguna de las comunidades disminuye en su número de asistidos, casos como el de la Comunidad Valenciana. Por su parte registramos dos comunidades, en la que en este período experimentan un aumento muy significativo de usuarios, se trata de Extremadura y Canarias, casi doblándose en ambos casos el número de asistidos con relación al año anterior, lo que supone porcentualmente unos aumentos de (63,62% y 74,6%, ambas respectivamente).

Si atendemos por último al espacio comprendido entre 2003 y 2004, parece comenzar a evidenciarse la evolución del número de usuarios que logra seguir un camino diferencial, mientras las Comunidades con mayor tamaño siguen viendo crecer (aunque de un modo mucho más suave) el peso de asistidos. En Castilla La Mancha, Navarra,

País Vasco empiezan a registrarse descensos con relación a los datos de 2004.

Esto parecería responder a cierto "nivel de saturación" en aquellas Comunidades más pequeñas o menos pobladas. También es cierto que esta tendencia no parece registrarse en otras Comunidades que, pese a ser más pequeñas, parecen haber comenzado más tardíamente a introducirse dentro de estas políticas asistenciales como puede ser el caso de Galicia, Asturias, La Rioja...la oferta de SAD

Aunque parece evidente que comienza a producirse una ralentización en el número de asistidos por el SAD, habrá que destacar de forma contundente que el dinero destinado a este servicio aumenta de manera constante en tanto tendencia general en todas las CCAA, lo que nos estaría poniendo de manifiesto que se trata de un servicio bien valorado, bien asimilado por las corporaciones locales y en aumento de demanda por parte de la población, todo lo cual es producto de un creciente nivel presupuestario bastante significativo y sobre todo, de un exponencial crecimiento en recursos humano por parte de autonomías, corporaciones locales, empresas y trabajadores.

TABLA N° 23 Incremento 2001 / 2004 Gasto de SAD

Ámbito territorial	Δ % 2002 respecto 2.001	Δ % 2003 respecto 2.001	Δ % 2004 respecto 2.001
España	51,36	64,96	100,11
Andalucía	42,32	69,03	122,20
Aragón	17,48	-3,80	-15,32
Asturias	42,07	158,47	126,00
Baleares	-0,44	-8,62	-29,69
Canarias	56,54	230,91	110,29
Cantabria	150,97	415,81	214,72
Castilla y León	25,39	65,40	89,28
Castilla-La Mancha	137,74	189,93	163,72
Cataluña	458,09	526,69	645,35
C.Valenciana	-12,11	-100,00	-20,55
Extremadura	13,08	101,84	269,58
Galicia	15,27	10,13	49,71
Madrid	100,23	73,34	180,67
Murcia	19,85	50,81	51,53
Navarra	26,38	-100,00	27,10
País Vasco	-25,37	-1,88	-14,03
La Rioja	27,39	68,89	71,42
Ceuta	122,82	302,80	357,44
Melilla(2)	75,63	59,61	67,42

GRÁFICO N° 64

SISTEMA DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA. INCREMENTO ANUAL DEL GASTO EN SAD DESDE 2001 (2002-2004) POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (1)

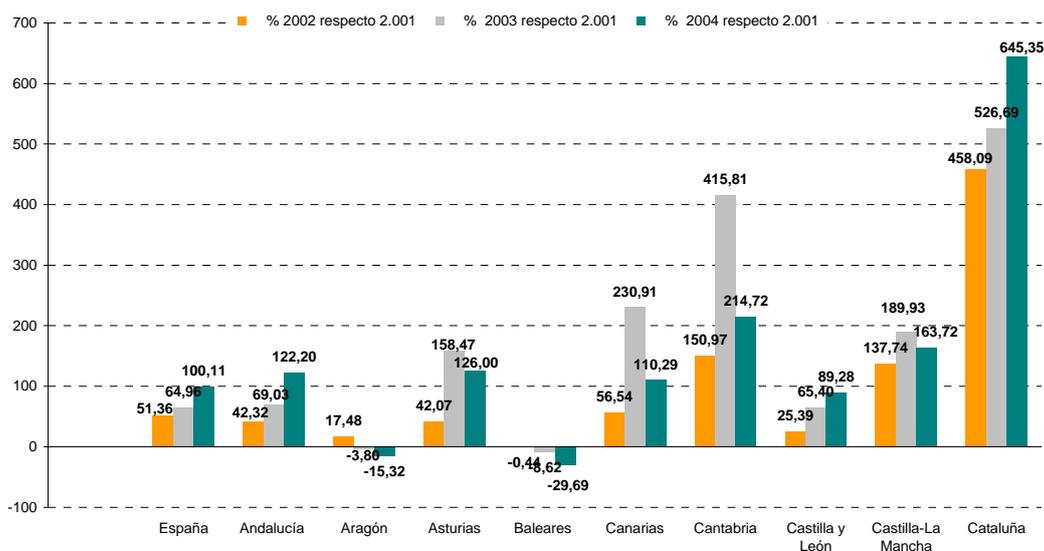
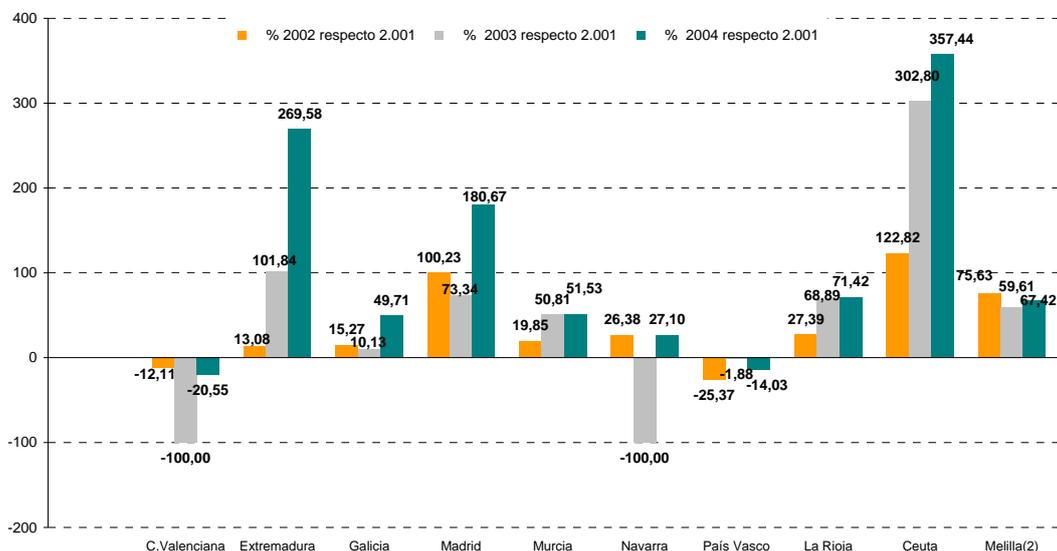


GRÁFICO N° 65

SISTEMA DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA. INCREMENTO ANUAL DEL GASTO EN SAD DESDE 2001 (2002-2004) POR COMUNIDADES AUTÓNOMAS (2)



La estimación del gasto público actual se realiza considerando, únicamente, el gasto que asume la Administración en la financiación de aquellos servicios de responsabilidad pública con independencia de que sean gestionados directamente (gestión pública) o indirectamente, a través de conciertos (gestión privada).

El procedimiento utilizado para estimar el gasto ha sido aplicar al número de beneficiarios de cada tipo de servicio, el precio de los servicios estimados. El precio de referencia que se ha tomado para calcular el gasto, es el del año 2003. Como precios de los servicios se toman los precios de referencia para 2003 que aparecen en el Informe 2004 del Observatorio de Mayores. Los precios del Observatorio se han contrastado con precios actuales, observando que no hay diferencias significativas para

servicios estándar como, por ejemplo, el precio medio de la hora de ayuda a domicilio.

- El precio de la ayuda a domicilio se ha tomado el precio medio de los servicios concertados ya que la consideración individual contempla precios diferentes según que el servicio se preste durante el día, la noche o los festivos, así como dependiendo del número de horas por las que se contrate el servicio.

PROVEEDORES DE SERVICIOS SOCIALES PARA PERSONAS MAYORES

SERVICIO PÚBLICO DE AYUDA A DOMICILIO

PERÍODO 2001-2004

	Enero 2001	Enero 2002	Enero 2003	Enero 2004	Var.2004/2003	Var.2004/2001
Población >65	7.037.553	7.169.439	7.276.620	7.301.009	24.389	537.000
Proveedores						
Número de usuarios	139.384	197.306	221.708	228.812	7.104	89.428
Coste medio de apertura	1,98	2,75	3,05	3,14	0,09	1,16
Coste medio por hora (Euros)	8,79€	9,50€	10,66€	10,83€	1,56%	23,17%
Gasto anual	208.474.909,34€	315.544.084,72€	343.894.139,30€	417.188.368,04€	21,31%	100,11%

VI.- LA SITUACIÓN DEL SAD EN DIFERENTES COMUNIDADES AUTONOMAS

VI.1.- ANDALUCIA

La Comunidad Autónoma de Andalucía es una de las realidades autonómicas dentro del Estado Español más extensa, geográfica y demográficamente. La Autonomía cuenta con ocho provincias de diferente desarrollo económico, poblacional, cultural y con diversa utilización de los recursos. Si bien existe normativa legal única para toda la Comunidad Autónoma, emanada de la Junta de Andalucía sobre servicios sociales, - e incluso de una única regularización del Servicio de Ayuda a Domicilio -, la realidad concreta de cada corporación local ha supuesto la implantación y consolidación de servicios acordes con los propios planteamientos de éstas, no necesariamente coincidentes ni homogéneos para el conjunto del territorio autonómico. En concreto, la dispersión y diversidad de la prestación del SAD en esta Comunidad es un hecho incontestable. Una posible unificación de criterios mínimos precisaría, al entender de algunos interlocutores de este estudio, de un esfuerzo de concertación entre la Junta de Andalucía y las Corporaciones Locales del espacio autonómico que se supone difícil de llevar a cabo. También ha quedado patente, a la luz de este estudio, la existencia de problemas de gran calado que precisarían de una mayor profundización para reestablecer las líneas maestras del SAD, especialmente para recomponer un mapa de ofertas homologadas que en la actualidad no parece fácil de

alcanzar debido a los diferentes conflictos y divergencias que se establecen no sólo en relación a los servicios sociales, sino a una serie de aspectos pendientes de articular dentro de la compleja red de las transferencias locales. Temas como el modelo de sistema de servicios sociales, la financiación de los servicios - y entre ellos del SAD - surgen como una tarea que supera el marco actual de acuerdos por lo que sería necesario plantear alguna forma de participación a nivel del Estado a modo de gran paraguas superador de las actuales discrepancias.

La Junta de Andalucía, a través de la Consejería de Asuntos Sociales expone la realidad del SAD en la Comunidad, su variedad y dispersión y la independencia de criterios y de actuaciones de las distintas corporaciones locales competentes en el tema. Esta variedad se justifica en parte por la coincidencia del nacimiento de la Autonomía con lo que conllevó este hecho en la creación de todo un aparato administrativo así como la asunción de competencias en materia de servicios sociales. Se produjo, entonces, un cierto desamparo en las corporaciones locales, falta de directrices superiores y de planificación. Como respuesta a la situación, cada Corporación Local desarrolló el servicio de Ayuda a Domicilio para el que tenía capacidad jurídica y obligación legal, dotándose para ello de los profesionales adecuados. Desde la Consejería de Asuntos Sociales se aprecia la necesidad de una puesta en común Junta de Andalucía.-Corporaciones Locales que pudiera dar

como resultado la puesta en común de unos mínimos de homologación del SAD.

Antecedentes, encuadre legal y funcional del servicio de ayuda a domicilio.

Andalucía recibe del Estado la competencia en Servicios Sociales en 1982 con el primer decreto de Transferencias, prácticamente igual a lo que sucede en el resto de Comunidades Autónomas. En esas fechas se estaba en una fase de Preautonomía cuando se celebraron - para superar esta situación de transición - las primeras elecciones autonómicas.

La primera norma que regula la Junta de Andalucía (J.A.), en el año 1986, con rango de Decreto es, justamente, sobre Servicios Sociales Comunitarios a través del decreto 49/86, que supone la asunción de competencias en esta materia. Esta es la primera norma y, significativamente, no se refería a personas mayores, ni a personas con discapacidad, sino que su contenido era comunitario. Así, desde el inicio de la competencia en materia de servicios sociales, se hace evidente la apuesta por los Servicios Sociales Comunitarios, como un tipo de servicio de Atención Primaria Comunitaria que se plasma en la norma. Este modelo de servicios sociales se mantiene y desarrolla como sistema en toda la Comunidad hasta el presente, hecho a tener en cuenta para el análisis de las distintas decisiones legales de la J.A. en esta materia y de la práctica emergente de los servicios existentes en las diferentes corporaciones locales andaluzas.

Con posterioridad a este primer Decreto, se aprueba la Ley de Servicios de Andalucía, la ley 2/88 de 4 de Abril de ese año (1988), que define a los Servicios Sociales Comunitarios como estructura básica del sistema - se refuerza el modelo elegido- y entre los servicios o prestaciones básicas se recoge el Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD) con el principal objetivo de evitar el desarraigo y mantener la autonomía de las personas en su propio domicilio. Al mismo tiempo se firman con el Estado los Convenios Programas y se inicia el Plan Concertado para atender aquellas materias en las que las Comunidades Autónomas tienen competencia exclusiva. Con la vía Convenio Programa, se intenta igualar los derechos básicos en todos los territorios del Estado.¹ Andalucía participa del Plan Concertado en primera instancia y comienza a trabajar con el Ministerio correspondiente.

Como desarrollo de la Ley de Servicios Sociales de esta Comunidad Autónoma, se aprueba el Decreto 11/22, de Servicios Sociales Comunitarios, actualmente vigente, en el que persiste -desde sus orígenes- la incertidumbre sobre el sistema de financiación correspondiente a esos servicios. En ese momento el marco de financiación es el

¹ En opinión de algunos interlocutores, los Convenios Programas son un instrumento que intenta suplir la ausencia de una Ley Estatal de Servicios Sociales, necesaria desde todos los puntos de vista. Comienza así un debate no sólo amplio sino de gran profundidad y que desde todos los puntos de vista parece imprescindible para una clarificación básica del cometido de los Servicios Sociales en nuestro país.

del año 1989, consistente en un acuerdo del Consejo de Gobierno, en el que se preveía sólo la relación de la J.A., con diecisiete (17) Corporaciones locales, las ocho (8) Diputaciones Provinciales por un lado y los ocho (8) Ayuntamientos capitales, más Jerez (incorporada finalmente por razones políticas). Estas diecisiete Corporaciones eran las únicas que recibían financiación de la J.A. en materia de Servicios Sociales Comunitarios. Desde los inicios, el desarrollo de las intervenciones y prestaciones en materia de servicios sociales, se va produciendo según el criterio particular de cada corporación, mientras que el seguimiento de la Junta se articula, de manera esencial en exigir el cumplimiento de las fichas del Plan Concertado, lo que proporcionaba una batería importante de datos sobre la diversidad de realidades y circunstancias existentes en el espacio de la demanda. Sin embargo, la Junta de Andalucía no ha tenido una gran intervención en temas referidos a la Orientación, Programación, o incluso, a la Planificación de los servicios con lo cual se produjeron numerosas diferencias y desigualdades en la prestación de éstos y concretamente en el Servicio de Ayuda a Domicilio, ya que la gestión descentralizada de los Ayuntamientos se constituyó adecuándose a sus propios criterios, sin que en ningún caso tuviera que contrastarlos con la administración competente en la planificación a nivel autonómico. Dicho en otros términos, no parecen haber existido mecanismos administrativos de cohesión desde la misma Junta de Andalucía ni tampoco desde las Diputaciones. La situación actual del SAD, con sus aciertos y sus defectos es fruto del respeto estricto a la autonomía municipal y al Decreto que regula el

servicio, por lo que el plano jurídico administrativo, resulta intachable en su capacidad de respeto hacia la autonomía de las corporaciones locales. Sin embargo, la propia dinámica de éste ha llevado a una situación en la que el servicio presenta una dispersión de criterios e incluso de diferencias en las prestaciones a los administrados, que conducen a la misma J.A. al planteamiento de que es necesario intentar, con la participación de las corporaciones locales, un camino hacia la homologación en el que converjan unos mínimos comunes en la prestación del SAD para el conjunto de Andalucía.

La competencia de los Servicios Sociales se inicia en el año 1985 en la Consejería de Trabajo y Seguridad Social. Posteriormente pasa a Trabajo y Bienestar Social y en 1988, con la aprobación de la Ley y en medio de la Legislatura 86/90, se traspassa a la Consejería de Salud y Servicios Sociales. La Ley fue elaborada por la Consejería de Trabajo y el Gabinete del Consejo de Trabajo aunque la presentó en su momento al Parlamento Andaluz para su aprobación, la Consejería de Salud.

La Ley de Servicios Sociales tenía un enfoque cuya referencia era el sistema de Salud que por aquel entonces tenía mucha importancia para las políticas emprendidas por la Junta de Andalucía. La principal pretensión era que los Servicios Sociales tuvieran un esquema similar a los de Salud, área en la que comenzaba a consolidarse el Mapa de Atención Primaria, al que con un planteamiento coherente se intento igualar desde Servicios Sociales.

Ahora, -y tras dieciséis años -, se está revisando la bondad de este modelo.

No ha sido gratuito el hecho de que los Servicios Sociales cambiaran de Consejería. En el año 1990 se dio un paso importante y se creó la Consejería de Asuntos Sociales. El hasta entonces organismo gestor, creado por la Ley de Servicios Sociales del 88, el Instituto Andaluz de Servicios Sociales perdió parte de su fuerza. En el año 1993 se crea la Dirección General de Acción Social, lo que supone una apuesta sólida por los servicios comunitarios y por la descentralización administrativa. La Dirección General, al margen de otras competencias, asume los Servicios Sociales Comunitarios y se inicia el proceso de aplicación de la Ley. Entre los años 1993 y 1994 la Junta de Andalucía - en aplicación de la Ley de Régimen Local Art. 25, 26, 34, - inicia una relación directa con los Municipios de mas de 20.000 habitantes y con las Diputaciones Provinciales en todo lo relacionado con los servicios sociales de atención a los ayuntamientos con población menor a 20.000 pobladores. En esos mismos años se inicia la supresión de los Convenios Programa y la J.A. comienza a tener relaciones con Municipios que hasta entonces habían estado al amparo de las Diputaciones Provinciales. Este hecho supone para la administración central autonómica un acercamiento a la diversa realidad de los Servicios Sociales en la Comunidad a través de la relación directa con otras entidades administrativas del territorio autonómico. Se hace evidente que la propia constitución y consolidación de los servicios técnicos de la Consejería han imposibilitado una evolución similar a la de muchas

corporaciones locales en materia de servicios sociales: La J.A. no puede competir, en el sentido positivo del término, con los Servicios Sociales de Diputaciones y Ayuntamientos grandes que cuentan con auténticos expertos en Servicios Sociales, lo que resulta inédito en la administración autonómica recién constituida y formada por un funcionariado sin previa selección profesional, proveniente de distintas áreas administrativas y que aún tendrá mucho que aprender en materia de Servicios Sociales.

Ante esta realidad los responsables de los Servicios Sociales de la J. A. decidieron, - en esos años 1993 y 1994 -, compartir conocimientos e intentar construir entre las administraciones gestoras y la propia J. A. una normativa que partiera de la participación y concertación con las corporaciones locales, asimilando los conocimientos y la experiencia acumulada por la práctica de éstas. La J. A. se apoyó para esta tarea de inclusión de las intervenciones comunitarias o intervenciones de primer nivel, en el nuevo marco de convenios con los ayuntamientos de mas de 20.000 habitantes intentando, al mismo tiempo incorporar a las Diputaciones y a los Ayuntamientos de las capitales.

El modelo de servicios sociales comunitarios ha tenido diferentes interpretaciones en cuanto a lo que la Ley andaluza de 1988, aún vigente, la que establece que los servicios comunitarios revisten también el carácter de especializados². Según se entiende desde los servicios

² Este tema de los servicios sociales especializados es objeto de polémicas entre los profesionales del área. Los servicios sociales

centrales de la J. A., es servicio social especializado una Residencia de 3ª edad, un Centro de día, un Centro Ocupacional o un Centro para Psíquicos gravemente afectados.; el resto de los dispositivos, o de los programas o de los centros, son Ámbitos o Centros Comunitarios para toda la población, evidentemente de primer nivel o intensificado en función de la necesidad. Esta delimitación de los servicios es esencial para la adjudicación correcta de las competencias y gestión de los servicios, ya que los Servicios Sociales Comunitarios son por ley competencia de las administraciones locales.

En el contexto de la anterior definición de los Servicios Sociales Comunitarios, en los años 1992, 93 y 94, se define la Ayuda a Domicilio como una prestación básica de los servicios sociales comunitarios en términos de Plan Concertado; como un servicio que según la Ley de Servicios Sociales y el Decreto 11/92, prestan las Corporaciones locales con total libertad. Se aprueba en el año 1996 una orden de Ayuda a Domicilio en cuya elaboración no participaron las corporaciones locales de menos de 20.000 habitantes, por lo que nació con una gran lacra y una evidente contestación y resistencia por parte de muchas administraciones locales y de gran número de profesionales.

comunitarios son el primer nivel de atención y los especializados son un nivel de atención derivado de los comunitarios. La puerta de entrada son los servicios sociales comunitarios o de base, pero, algunos profesionales y políticos confunden los niveles de actuación de primero y segundo nivel con los servicios comunitarios especializados con lo cual, cualquier dispositivo, "cualquier chiringuito", cualquier programa que se cree para un colectivo específico, se clasifica como especializado.

Desde los servicios sociales de la J.A. se señala el peligro que supone, a pesar de toda la anterior legislación, la ordenación presupuestaria de los servicios que se está realizando en los últimos años, ya que provoca en la práctica una tendencia a la ruptura del modelo de sistema de los Servicios Sociales Comunitarios. A través del Plan Concertado, - del Estado a la Comunidad Autónoma, y de ésta a las administraciones gestoras de servicios - se financian los servicios sociales comunitarios, pero al mismo tiempo y desde todas las instancias superiores, se están aportando fondos para programas destinados a colectivos concretos: minorías étnicas, inmigrantes, asociacionismo de mayores, segmentos de discapacidad, jóvenes, etc. Estos programas, que deberían, según el modelo, integrarse en los servicios sociales comunitarios, se desgajan de éstos, provocando disfunciones en cuanto al carácter de los servicios en sí y en la función estratégica de puerta de entrada a los Servicios Sociales que deberían ser los servicios comunitarios o de base. Este mismo problema se produce en servicios que tienen que ver con la atención a personas en situación de dependencia, como es el servicio de Teleasistencia, totalmente separado de los servicios sociales que no participan de él de ninguna forma. En este sentido, es fácilmente detectable que la nueva Ley sobre la Dependencia vuelve a incidir en esa confusión al centrarse en la atención de colectivos concretos de la población cuando el tema que trata debería ser atendido desde la concepción y organización de los servicios sociales comunitarios o de base (de competencia y gestión local) y los servicios especializados (de competencia y gestión de organismos de jerarquía administrativa

superior). Otras intervenciones, como son los convenios con entidades sociales privadas o las convocatorias anuales de ayudas públicas con fondos europeos o estatales para entidades públicas y privadas destinadas a la prestación de servicios de carácter comunitario ahondan en la destrucción del mismo modelo teóricamente defendido.

En la polémica suscitada - y en cualquier caso aún no resuelta acerca de las distintas formas de planificación de los servicios sociales y entre ellos del SAD -, se perfila una orientación de la J.A. consistente en asumir como Servicios Sociales Comunitarios (o Servicios Sociales de Atención Primaria, o Servicios de Gestión Local), todos los servicios de gestión local, de primer nivel de intervención, incluyendo en ellos la totalidad del tema de la dependencia, porque consideran incongruente hacer o hablar de dependencia al margen de lo comunitario. sobre el SAD proveniente de esta Comunidad Autónoma de Andalucía.

Competencias y financiación del SAD

Con respecto al SAD, la J.A. es competente en la planificación, mientras que los Municipios con mas de 20.000 habitantes y las Diputaciones Provinciales para los de menor población, son las entidades gestoras responsables.

Desde 1988 la financiación para el SAD proviene en parte del Plan Concertado. El convenio del Plan Concertado entre el Estado y las Comunidades Autónomas se refería a

los créditos para los Servicios Sociales Comunitarios. A partir de estos fondos, la Comunidad Autónoma, siguiendo su planificación, distribuye entre las distintas administraciones locales los correspondientes créditos para los Servicios Sociales Comunitarios de su competencia. En el año 1994, La J.A. amplía el criterio de financiación al entender que los Servicios Sociales Comunitarios no son sólo los atendido por el Plan Concertado (aportación del Estado y aportación de la J. A.) y pasa a transferir fondos propios a las corporaciones locales para intervenciones comunitarias dirigidas a colectivos específicos (inmigrantes, minorías étnicas, marginados, discapacidad, mujeres...). Es necesario tener en cuenta que muchas intervenciones comunitarias, incluso auspiciadas por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales del Estado español, no se podían incluir en el Plan Concertado, por lo que resultaban huérfanas de financiación.

Según el Decreto de Servicios Sociales Comunitarios del año 2002, los criterios que se utilizan para la distribución presupuestaria de los fondos del Plan Concertado desde la Autonomía a las corporaciones locales son prácticamente los mismos que los que utiliza el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para la distribución entre Comunidades Autónomas: población mayor de 65 años, niveles de dependencia, pobreza relativa y número de núcleos de población a atender para compensar la dispersión geográfica.

La aportación estatal no ha variado mucho. Este año 2005 es la misma que el año 2004. En el año 2004 hubo incluso

una bajada inicial con el Gobierno del entonces partido gobernante (Partido Popular) respecto a las cantidades de 2003. Luego el PSOE subió e igualó las cantidades, por lo que prácticamente no ha habido incremento importante. El Plan Concertado, en opinión de algunos técnicos, está decayendo ya que se ha hecho una apuesta por los programas sectoriales -inmigración, dependencia y mujer como los tres pilares fundamentales de la atención-, y no por el sistema público de servicios sociales en su conjunto, que están quedado arrinconados en las políticas sociales.

Las fondos destinados a los servicios sociales comunitarios son considerables. Para el año actual, y según el Boletín Oficial de la Junta de Andalucía (BOJA), la distribución es la siguiente: más de 33 millones seiscientos mil euros de la J.A. y mas de 17 millones de euros del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales lo que supone alrededor de 51 millones de Euros. A esta cantidad se le deben añadir el resto de intervenciones comunitarias y las aportaciones de Corporaciones Locales.

Las cantidades asignadas, unidas a otras dotaciones de los servicios y a la importancia del número y nivel de profesionales adscritos a ellos, deberían plasmarse en unos servicios sociales comunitarios de gran peso e importancia. Pero, - y según la opinión de algunos responsables -, la dispersión del sistema de financiación y ayudas antes señalado, propiciado desde las instancias estatales y autonómica aupa la existencia de redes paralelas de atención primaria, provocando una gran ineficiencia de los servicios. El problema central no

sería por tanto el monto de los recursos destinados a los servicios comunitarios, sino la forma de gestión de la financiación, sustentada lógicamente en la política social imperante.

Ámbito sociosanitario

La consolidación de un área Socio Sanitaria pública está aún muy incipiente, según opinión de los interlocutores consultados. Las relaciones interadministrativas Salud-Servicios Sociales no están formalizadas ni protocolizadas. Se establecen puntualmente acuerdos de colaboración sobre aspectos concretos, tanto técnicos como referidos a la intervención práctica, pero no se ha evolucionado hacia formas estandarizadas de colaboración inter-áreas.

Teleasistencia

En los años 1995, 1996, se inició el servicio de Tele-Asistencia, a partir de una iniciativa privada que acaparó el servicio dado que no había ninguna capacidad de implantar un servicio de estas características por ninguna de las instancia administrativas o públicas. Desde entonces, el servicio de Tele Asistencia está en manos de prestadores externos a las Corporaciones locales y fuera del ámbito de los servicios sociales comunitarios a todos los efectos. La prestación se realiza a través de una empresa privada y con los fondos de la Fundación de Servicios Sociales en el noventa por ciento (el 10 % restante es por copago de los usuarios). El usuario de teleasistencia demanda en los servicios

sociales comunitarios el servicio y desde éstos se tramita a la Fundación de Servicios Sociales que es la que resuelve favorablemente o no la demanda. No se inscribe en las posibles competencias futuras a desarrollar dentro de los llamados servicios comunitarios.

Los datos y la información sobre el SAD en la Comunidad Autónoma.

Es importante tener presente la dificultad para recoger datos concretos del SAD a nivel de la Comunidad Autónoma, debido al hecho de que Andalucía es una autonomía muy extensa, con ocho provincias y con 80 corporaciones que tienen relación directa con la Junta para temas de Servicios Sociales. Unida a esta dificultad, hay que señalar otra no menos importante que es el hecho de que el sistema de evaluación sea estatal, con toda una serie exhaustiva de indicadores generales y otros particulares a cada territorio en módulos específicos que finalmente terminan abandonándose por parte de las administraciones locales. El instrumento estándar a nivel estatal para recoger datos que al entender de la J.A. "*no sirven para nada*", es claramente criticado y denostado, ya que los datos básicos no están suficientemente representados ni se producen documentos de calidad y utilidad práctica. En cuanto a los datos sobre el gasto que supone el SAD en la Comunidad Autónoma, también es cuestionada la calidad de los datos que se aportan al Plan Concertado, debido al modelo de contabilidad existente.

Gestión del SAD

En la Comunidad Autónoma de Andalucía se dan esencialmente tres formas de prestación del SAD: la primera y más extendida es la contratación externa con empresas de servicios, la segunda es la contratación directa de personal por parte de la Administración local y gestora y la tercera, -que en los inicios del servicio estaba muy extendida pero que en la actualidad es residual- , consiste en dar una ayuda económica a la persona interesada y demandante del servicio para que contrate directamente a quien considere más idóneo.

La cantidad fijada por el precio/hora del SAD es una competencia municipal en la que la J. A. no tiene ninguna intervención. Se cita una iniciativa puesta en marcha por los municipios de mas de 20.000 habitantes en la provincia de Jaén consistente en la homologación del SAD a todos los efectos, entre ellos la equiparación del precio/hora.

La J.A. intenta respetar al máximo la autonomía municipal. En cuanto a la posible homologación del precio/hora, consideran que su posible puesta en práctica depende de la universalización del servicio y por tanto de los fondos económicos destinados al SAD de cara al futuro y en relación con la Ley de Dependencia.

Cobertura del SAD

El SAD ha crecido mucho en los últimos años en toda Andalucía. La media de cobertura es de ocho (8) horas mensuales y en los casos de máxima atención es de 2 horas

diarias como media. Según la normativa comunitaria, el máximo está en diez horas semanales y el mínimo en dos, también semanales.

La J.A. no tiene en la actualidad un instrumento para computar el desglose del SAD según la actuación sea de tareas de carácter doméstico o las que son de ayuda personal. A pesar de ello, señalan que el 75% o más del SAD es de ayuda en las tareas domésticas, las más frecuentemente demandadas.

Los usuarios del SAD

El perfil de los usuarios, según datos de 2003, es el siguiente: de un total de usuarios de 39.264, el 78% de los atendidos por el SAD son personas mayores, 8,14% personas con discapacidad, y el 6,26 % correspondería a la atención a familias. No existe una unidad de criterios en cuanto a las condiciones personales para acceder al SAD. Estas son las que determine cada una de las corporaciones locales que gestionan el servicio. En este sentido, la propuesta de la Diputación de Jaén para la homologación del servicio en su conjunto es una novedad sobre la que aún no se ha profundizado lo suficiente como para emitir una valoración.

A la Junta de Andalucía le consta la existencia de listas de espera en los municipios con mas de 20.000 habitantes, exceptuando las capitales de provincia. Sin embargo -y aparte de las listas de espera de demanda no atendida -, son conscientes de la existencia de personas que no llegan siquiera a demandar el servicio aunque

potencialmente cumplen con los requisitos para ser beneficiario de éste. No conocen las razones que determinan esta situación, pero les consta que no se ha realizado ningún movimiento de acercamiento a la población para ofertar la potencialidad de esta prestación..

La Orden que regula el SAD establece la existencia de un pago del servicio por parte del usuario, proporcional a los niveles de renta de cada uno. El copago se desarrolla en las Ordenanzas Municipales que establecen distintos tramos de renta y la consiguiente participación en el pago del servicio.

Las auxiliares de SAD

El perfil del auxiliar del SAD: Como luego veremos que sucede en la totalidad de las CC AA, también en Andalucía el perfil de los auxiliares de SAD es el de una mujer, originalmente sin gran nivel de formación, que se han incorporado por primera vez al empleo remunerado a través de este servicio. Normalmente en los pueblos son mujeres que han trabajado en el campo y en sus hogares y que tienen experiencia personal para el cuidado de terceras personas, dadas las particulares formas que asume la educación informal del género femenino en España. En las grandes ciudades, el perfil es mas variado, aunque se mantiene la feminización de la actividad, pero ya con mujeres de diferentes edades y con distintos niveles de formación.

La J.A. no tiene directrices sobre la formación de las auxiliares de SAD, ni imparte formación para este perfil profesional. Existen cursos y módulos específicos de formación profesional (FP), pero no dentro de la formación reglada por el Ministerio de Educación.³ También el INEM y las Corporaciones Locales de manera conjunta imparten cursos para Auxiliares de SAD aunque no parece estar resuelto qué validez formativa ni qué nivel de homologación de título puedan alcanzar. Sin embargo, la misma J.A. detecta que hay carencias en la formación y cree necesario retomar con prioridad estratégica este tema de la formación de las Auxiliares. A través de su relación con las administraciones que gestionan el SAD resulta evidente la existencia de distintas exigencias en cuanto a la capacitación para la contratación de personal: curso de auxiliar de Ayuda a Domicilio, cursos específicos impartidos por los propios Ayuntamientos o Diputaciones, cursos de Auxiliar Sanitario, etc. aunque ninguno de ellos tiene homologación autonómica. En definitiva, no parece existir un criterio oficial sobre la posibilidad de una formación específica según el auxiliar se dedique a tareas domésticas o a tareas de atención personal. Como posibilidad abierta al debate sí sostienen que se deberían diferenciar ambos tipos de actividades, articulando una formación troncal y común

³ Real Decreto 331/97 de 7 de Marzo, publicado en el BOE 73 de 26 de Marzo, que establece el Certificado de Profesionalidad de la ocupación de Auxiliar de Ayuda a domicilio. En él se incorporan las siguientes unidades formativas:

para todos y luego, otra mas específica para quienes se dedicaran a atención personal⁴.

La consideración social de las auxiliares

Es un tema de especial relevancia porque caracteriza, ante la población en general, el servicio que se presta a través del SAD. La valoración de la tarea y del profesional que la realiza incide en la valoración global del servicio que se presta. El hecho de que sea una profesión muy vinculada a las que se desarrolla desde la identidad femenina que, además, se ejecuta en el ámbito doméstico y nutrida por personas con dificultades para acceder al empleo remunerado dada su falta de formación específica, le hace asemejarse al servicio doméstico, profesión denostada, poco profesionalizada en nuestro país y con negativas connotaciones de subordinación social en la historia particular de Andalucía. Parece imprescindible la realización de un esfuerzo desde las propias instituciones para elevar la consideración de esta profesión.

Posicionamiento ante la futura Ley de Dependencia

⁴ 1. Contribuir al seguimiento de los casos asistenciales con el Trabajador Social (...) de Servicios Sociales,
2. Controlar los hábitos alimenticios del asistido,
3. Asegurar la higiene personal del asistido,
4. Realizar limpieza del hogar,
5. Atender las necesidades sociales del asistido,
6. Contribuir a la integración social del asistido, y
7. Atender la documentación y el mantenimiento del hogar.
El Anexo 2 desarrolla todo lo anterior.

Un conflicto estratégico aparece con la puesta en marcha de la futura Ley de Dependencia, en el mismo sentido de la problemática explicitada sobre el modelo de servicios sociales. Por la Ley de Dependencia, se puede llegar a poner en marcha un SAD especial para dependientes con financiación propia, diferente del SAD para personas mayores (cuestionamiento acerca de si éstas no son también dependientes o predependientes) o bien, y siguiendo el modelo actualmente existente de servicios sociales en Andalucía y en otras muchas Comunidades Autónomas, incluir la atención a las personas dependientes y la financiación destinada a ello dentro de los servicios sociales comunitarios. Esta última es la línea de actuación defendida desde la J.A.

VI.2.- ASTURIAS

Asturias se encuentra entre las nueve comunidades autónomas que superan la media nacional de asistencia a sus ancianos, según datos del informe bianual. Castilla-La Mancha, Navarra y Madrid son las comunidades autónomas que tienen un mayor porcentaje de asistencia a sus mayores, mientras que Galicia y Murcia son las que registran menor cobertura de servicios sociales a la tercera edad.

El índice de cobertura incluye el número de usuarios o plazas para mayores de 65 años por cada cien ancianos, aspecto en el cual, aunque la realidad asturiana dista mucho de ser satisfactoria, es, sin embargo de las que más oferta tienen en este tipo de prestaciones. La Ley del Principado de Asturias 5/1987, de 11 de abril, de Servicios Sociales, estableció un régimen público unificado de servicios sociales con el objetivo fundamental de garantizar la coordinación de los recursos y las iniciativas, de carácter público o procedentes de la iniciativa social, en dicho ámbito.

En la década de los años ochenta se inició la modernización de los servicios sociales y se produjo un notable avance de las políticas sociales; la formulación de una primera Ley contribuyó a ello dándoles expresión a las competencias en materia de asistencia social que otorga al Principado de Asturias el Estatuto de Autonomía.

La Comunidad Autónoma del Principado de Asturias ha aumentado su capacidad de autogobierno con el traspaso de

competencias que en los años ochenta eran gestionadas por la Administración General del Estado. El tiempo transcurrido desde 1987 ha permitido profundizar en el concepto de servicios sociales y valorar la intervención social no sólo por su capacidad para dispensar prestaciones, sino también por las interrelaciones que fomenta y el entramado social que crea. Además, hoy es evidente que el sector de los servicios sociales y su desarrollo tiene una gran importancia como nuevo yacimiento de empleo y como sector generador de actividad económica, aspecto en el que el SAD y su trayectoria misma a lo largo de estos años, da buena cuenta de ellos. De otro lado, la descentralización de los servicios ha contribuido a mejorar las dotaciones de pequeñas entidades de población, a mejorar su calidad de vida, e incluso, a fijar población. La Ley 1/ 2003 del 24 de febrero de ese mismo año recoge todas esas referencias y tiene por objeto la ordenación, organización y desarrollo de un sistema público de servicios sociales que dé respuesta a las necesidades actuales para conseguir una mejor calidad de vida, evitar la exclusión de los sectores más desfavorecidos e impulsar el bienestar social. La distribución de competencias correspondientes al Principado de Asturias en atención a las peculiaridades de su condición de comunidad autónoma uniprovincial y a las entidades locales de acuerdo con lo dispuesto en la Ley Reguladora de las Bases del Régimen Local, contempla la posibilidad de que las Administraciones Públicas competentes en materia de servicios sociales establezcan convenios de colaboración o deleguen o encomienden la prestación de sus servicios. Incluye también la ordenación del sistema público de

servicios sociales, que dichas colaboraciones se aborden tanto desde el punto de vista funcional como territorial.

Para un mejor cumplimiento de sus fines, la Ley establece que los centros de servicios sociales contarán con un equipo multidisciplinar, cuya composición se determinará en función de las características de la zona básica de servicios sociales a través del mapa asturiano de servicios sociales. Para la gestión del área de existirá una estructura de gestión unitaria de los centros, programas y prestaciones de titularidad del Principado de Asturias que se desarrollen en dicha demarcación territorial.

En el título VI de la ley 2003 se garantiza la participación de asociaciones e instituciones sin ánimo de lucro en la realización de actividades en materia de acción social, se regula la autorización administrativa para la puesta en funcionamiento de centros de servicios sociales con el fin fundamental de garantizar la calidad en la prestación de sus servicios, especificando también las formas de relación con la iniciativa privada, cuya presencia y potencialidad dentro del marco de externalización de los servicios sociales, está también regulada dentro de esta propuesta de ley.

Apoyo a las personas dependientes.

Las prestaciones en materia de apoyo a las personas dependientes consistirán en el conjunto de actuaciones, recursos y medidas que tengan por fin dar una respuesta adecuada a sus necesidades y los correspondientes apoyos a sus familias cuidadoras y a la inserción social de personas con discapacidad.

Derechos y deberes de las personas usuarias de los Servicios Sociales

A acceder y disfrutar del sistema público de servicios sociales en condiciones de igualdad, sin discriminación por razón de raza, sexo, orientación sexual, estado civil, edad, discapacidad, ideología o creencia, condiciones económicas y territoriales. ... Cumplir las normas para el acceso al sistema público de servicios sociales, observando veracidad en la solicitud así como una correcta y adecuada .

Las Administraciones públicas competentes podrán establecer la participación de las personas usuarias en la financiación de los servicios y prestaciones del sistema público de servicios sociales. Dicha participación se basará en los principios de solidaridad y redistribución de acuerdo con los criterios generales que se establecen. La participación de las personas usuarias en la financiación del sistema público de servicios sociales vendrá determinada por la ponderación de los siguientes criterios:

- a) El coste del servicio.
- b) El grado de utilización por la persona usuaria de los servicios o prestaciones.
- c) Los ingresos y el patrimonio de la persona usuaria en los términos que reglamentariamente se determinen.
- d) Ninguna persona usuaria quedará excluida de los servicios o de las prestaciones del sistema por carecer de recursos económicos.
- e) La calidad del servicio o de las prestaciones no podrá ser determinada en ningún caso en función de la participación de las personas usuarias en el coste de los mismos.

El perfil sociodemográfico de Asturias

Los asturianos se resienten de su alto índice de decrecimiento poblacional :La población actual se caracteriza por poseer la más alta tasa de mortalidad de España (12 por mil) y la más baja tasa de natalidad (6 por mil), por lo que desde 1987 la población está disminuyendo, aunque las ciudades grandes mantienen su población:

1981	1991	1996	1998	1999	2000	2001	2002	2003	2004
1.077.007	1.098.725	1.087.885	1.081.834	1.084.314	1.076.567	1.075.329	1.073.971	1.075.381	1.073.971

El decrecimiento poblacional de Asturias se ve a su vez agravado, por la emigración interior, es decir la que se produce al resto de España, a pesar de que históricamente se trata de una de las regiones con tradición migratoria más importante después de su vecina Galicia. Pero en efecto, la desestructuración de las tradicionales formas productivas centradas en la minería del carbón y en las industrias químicas y el actual tránsito hacia nuevas formas productivas, (turismo, industrias blancas; servicios, etc.) han marcado una importante fuga demográfica que lleva al Principado de Asturias a ostentar con 0,8 hijos por mujer en edad de procrear, la más baja tasa de natalidad del Estado, dando como resultado un saldo vegetativo negativo de alta potencialidad.

En lo que respecta a uno de los aspectos más importantes de la investigación realizada, aquél que se refiere al índice de envejecimiento de la población, Asturias alcanza el segundo puesto detrás de Castilla León en número de mayores de 65 años, de los que tiene un 22,1 % de la población total. La inmigración que durante la última década ha permitido nivelar el saldo vegetativo en gran parte del Estado, no presenta un gran impacto en Asturias y su baja incidencia va a tener, por el contrario, un importante impacto en la dificultad por alcanzar cuotas de auxiliares de SAD para el complejo territorio astur.

Según el Estatuto de Autonomía de Asturias, a efectos administrativos, la Comunidad está dividida en 78 setenta y ocho concejos, figura que en la actualidad cuenta con

el mismo valor legal que el municipio. La entidad menor que el concejo es la parroquia, que no tiene porqué coincidir necesariamente con la parroquia eclesiástica y dentro de cada parroquia se distinguen los diferentes barrios. El Estatuto también habla de la posibilidad de ordenación de comarcas aunque legalmente, aún no se ha desarrollado.

Seguramente como sucede en tantas otras regiones de España en las que el peso de las culturas comunitarias está muy afianzada, también en Asturias, la implicación con la casa, con el paisaje, con el vecindario y con lo que se considera propio y personal, adquiere ribetes de gran intensidad. Por ello, resulta ser una autonomía en la que la combinación de aspectos diferentes y en algunos casos, contradictorios, resulta francamente especial. En efecto, Asturias es una autonomía uniprovincial en la que la dispersión poblacional es importante y aunque existen algunos focos urbanos, no tiene, por ejemplo como Madrid que es otra autonomía uniprovincial, la fuerte construcción de metrópolis que presenta ésta última. Tiene cultura rural, pero sobre todo, lo que más destaca es la existencia de culturas con tradición solidaria de perfil obrero en el contexto de valles de fuerte implicación emocional paisajística por lo que las redes de solidaridad resultan muy originales. En proporción a su población presenta una de los índices más altos de dependencia institucional ya que el número de prejubilados en Asturias se sitúa muy por encima de la media nacional. Tiene una historia de gran protagonismo femenino tanto en lo que se refiere a nombres propios como a la gran masa de mujeres hacedoras y luchadoras que

caracteriza esta cultura. Pero también domina una cultura de roles tradicionales en los que las mujeres son las responsables del cuidado de los otros, de la casa, del patrimonio de los varones y todos estos aspectos, van a estar presentes en tanto marco estructural de la situación del SAD y de sus potencialidades de desarrollo.

Esta realidad cultural no alivia, sin embargo a las Instituciones Autonómicas a las que se les demanda proveer de todo tipo de medios para lograr que los y las asturianos puedan vivir en sus hogares pero también puedan disponer de servicios, de plazas en los centros de día y sobre todo, de residencias para situaciones límites o de alto riesgo. De esta forma, y bajando a datos concretos, el tiempo de espera medio para una plaza de residencia en la comunidad asturiana está entre seis meses y un año y, según datos del mismo Principado correspondientes año 2003, había en esa fecha más de dos mil quinientas personas esperando por una plaza residencial, lista de espera que - en nombre de la veracidad experiencial -, debe incrementarse porque quienes esperan no son sólo los usuarios directos de una plaza en la residencia, sino el conjunto de todo el entorno familiar directo que es quien soporta la presión de la falta de plazas.

Situación del SAD en la comunidad asturiana

En el particular empeño que el gobierno del Principado de Asturias viene desarrollando en el campo de los Servicios Sociales, dimensión claramente destacada no sólo por los interlocutores de esta misma comunidad sino,

fundamentalmente, por los técnicos y políticos de otras CC AA interlocutoras, el SAD tiene un lugar de gran importancia. Sin ninguna duda, son los mismos responsables de este servicio quienes reconocen que se trata de una "actuación básica" en el campo del apoyo a la dependencia dentro de la cual se inscriben los tres sectores más destacados de todos nuestro estudio:

- PERSONAS MAYORES
- PERSONAS CON DISCAPACIDAD
- INFANCIA (pertenece institucionalmente a FAMILIAS)

En la Comunidad Asturiana, los temas relativos a MENORES, FAMILIA, MONOPARENTALIDAD, etc. corresponden a la misma Consejería y de hecho, se atienden dentro del ámbito de los Servicios Sociales de Base y no desde los llamados Servicios Especializados.

Siendo la DEPENDENCIA reconocida como uno de los grandes retos de los Servicios Sociales en la actualidad, el alargamiento de la vida y el crecimiento de la esperanza de vida así como la caída de natalidad lleva a que en la región existan más de doscientas treinta mil (230.000) personas mayores de sesenta y cinco años, tal como señalamos en párrafos anteriores, todo lo cual va a situar esta centralidad de la dependencia como uno de los aspectos prioritarios de cara a la planificación de los servicios.

El Servicio de Ayuda Domiciliaria, se inscribe en un proyecto más amplio dentro de los Servicios Sociales que pretende, estratégicamente, dar solución a las personas

dependientes de cualquier edad. Y los cuatro pilares de esta política social son:

- SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO
- CENTROS DE DIA
- ESTANCIAS TEMPORALES
- PROGRAMAS RESPIRO A LAS FAMILIAS

Cualquiera de estas propuestas y más aún su encadenamiento de cara a dar un mejor servicio dentro de los llamados servicios de atención comunitaria, requieren tener en cuenta tres factores o elementos centrales: los aspectos económicos, los sociales y los que caracterizan la peculiaridad de cada entorno. Porque de lo que se trata es de que el SAD se constituya como un verdadero servicio integral de ayuda a la persona dependiente pero también a su entorno y, de manera muy específica, como ayuda de su entorno femenino que es el que lleva el gran peso del cuidado de los necesitados.

En efecto, lo que se pretende es la mejora en la calidad de vida de las personas que padecen la pérdida de dicho valor y, al mismo tiempo intentar que esta propuesta reúna lo mejor de las realidades sociales y de las peculiaridades del entorno en el cual esta persona se desarrolla. Por ello el SAD en Asturias aspira, en esta triple realidad de aspectos económicos, sociales y del entorno a:

DIMENSIÓN SOCIAL

- ATENDER A LAS NECESIDADES DE CUIDADO DE AQUELLOS QUE LO NECESITAN
- AYUDAR A LOS FAMILIARES EN DICHAS TAREAS

DIMENSION DEL ENTORNO

- FAVORECER LA PERMANENCIA EN EL ENTORNO DE ORIGEN
- EVITAR EL DESPOBLAMIENTO DE LAS ZONAS RURALES

EN LA DIMENSION ECONÓMICA

- GENERAR EMPLEO Y DESARROLLO ECONOMICO
- FAVORECER LA APARICION DE NUEVAS UNIDADES DE TRABAJO QUE PERMITAN UNA IMPLICACIÓN CON LA REGION Y UN CRECIMIENTO AL DESARROLLO Y EL CONSUMO

El Servicio de Ayuda a Domicilio, propone por tanto, favorecer las necesidades básicas de la población, pero también incorporar "a la mujer" a la actividad económica, valorizar los recursos locales preservando la demografía de los espacios naturales y sobre todo, no provocar amputaciones relacionales innecesarias manteniendo a las personas en sus habitats propios.

Los principales objetivos que intenta cubrir el SAD en Asturias, que depende íntegramente en su política de diseño de la Consejería de Bienestar Social - la misma que cubre las políticas de vivienda - son:

1º) Prevenir y evitar el internamiento innecesario de las personas que con una alternativa adecuada puedan permanecer en su medio habitual

2º) Favorecer en la persona usuaria el desarrollo de sus capacidades personales y hábitos de vida saludables.

3º) Atender situaciones coyunturales de crisis personal o familiar que afecten a la autonomía de la persona en su vida en comunidad.

4º) Colaborar con las familias en la atención a las personas dependientes.

5º) Potenciar las relaciones sociales y las actividades en el entorno comunitario, paliando los posibles problemas de aislamiento y soledad.

6º) Mejorar el equilibrio personal del individuo y de su familia y de su entorno mediante el esfuerzo de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.

Pretende por tanto, ser un servicio normalizador a través de la utilización de los recursos del entorno para la satisfacción de las necesidades por lo que se realiza en el domicilio que es considerado el referente de la identidad histórica y relacional de las personas dependientes. La intención por tanto, no es otra que abordar las necesidades de los sujetos y de sus entornos familiares de forma integrada tratando de prevenir o detener situaciones de deterioro e institucionalizaciones innecesarias. La propuesta, finalmente es ayudar a resolver las necesidades del usuario en tanto sujeto social y miembro de realidades sociales particulares (familia, vecindario, pueblo, barrio, etc.) apoyando en

sus responsabilidades al entorno, pero sobre todo, estimulando las capacidades del usuario aupándole en la condición de agente de su propia realidad.

Por todas estas consideraciones protocolarias que pertenecen - sin ninguna duda - al correcto espectro de las mejores intenciones con las que deben proyectarse las estrategias de los servicios sociales desde las más diversas instituciones, nos acercamos a los aspectos más diversos y particulares que los diversos interlocutores de la investigación han ido exponiendo a lo largo del trabajo en esta Comunidad Autónoma y que modifican, como no podía ser de otra forma, el implícito optimismo que encierra la proyección y diseño de las políticas de alto alcance.

En cualquier caso el Servicio de Ayuda a Domicilio, es una prestación cuya necesidad social no es cuestionada por ninguno de los distintos interlocutores que en Asturias han participado en esta investigación. Sin embargo todos reconocen que sí se encuentra sometido a un debate profesional de intensidad media que, orientado por la necesidad de ampliar y modernizar las potencialidades de este tipo de servicios será necesario muy rápidamente lograr redefinir en determinados aspectos concretos que tienden a una diversificación del modelo.

Desde una perspectiva cualitativa, el trabajo realizado en esta Comunidad Autónoma pone de relieve una serie de situaciones, opiniones, valoraciones y expectativas de los diversos agentes sociales que participan, - desde lugares también muy diversos, en el desarrollo del SAD:

representantes institucionales de las Administraciones Autonómica y Local con competencias en la regulación y financiación de esta prestación básica, responsables técnicos de su gestión municipal, representantes de empresas y asociaciones prestadoras del SAD, así como personas que realizan las tareas que integran el Servicio y personas usuarias del mismo... - en la que todos apuntan a la valoración positiva de la existencia del servicio, pero también a la urgente necesidad de redefinición de los alcances y objetivos estratégicos que pretende. Como resulta fácilmente comprensible, es más fácil detectar las carencias del actual modelo - a pesar de que funciona con rigor y disciplina - antes que poder aportar las esencias específicas de una nueva propuesta que, de una u otra manera, se desplaza siempre a otra instancia institucional como responsables finales de la búsqueda de diseños más eficaces y de mayor alcance.

Condiciones para la adjudicación del SAD y características de éste

Las condiciones que se demandan desde las instancias institucionales asturianas para adjudicar el SAD a un demandante, no difieren de las que se hacen explícitas en cualquier otra entidad autonómica vinculada al Plan Concertado y en la que también - en Asturias como en otras CC AA - tiene la responsabilidad final de gestión y desarrollo del servicio, las propias corporaciones locales, responsables finales a todos los efectos del servicio a prestar.

Para acceder al servicio de SAD, en la Comunidad Asturiana se tiene en cuenta:

A) GRADO DE AUTONOMIA PERSONAL: es decir todas aquellas capacidades instrumentales que permiten o articulan la capacidad del sujeto para practicar el autocuidado.

B) GRADO DE AUTONOMIA RELACIONAL: todas aquellas actividades que facilitan o interfieren el desarrollo de prácticas instrumentales cotidianas como es cuidado del entorno, logísticas de alimentación (compra, movilidad callejera, capacidad de registro de actividades, manejo de dinero, desplazamiento inmediato local y/o utilización de medios de transporte, etc,)...

C) SITUACIÓN SOCIO FAMILIAR: En cuyo epígrafe se valoran niveles de convivencia, relación con el entorno y situación de sobrecarga para el cuidador principal, desestructuración del núcleo de convivencia o claudicación en los cuidados.

Por lo que el carácter estratégico del Servicio de Ayuda a Domicilio en la Comunidad Asturiana, señala que se trata de servicios universales que corresponden a la totalidad de la población que los demandan - en la ley se establece, además que corresponden a derechos subjetivos - pero que, lógicamente al resultar imposible dar cobertura universal, se priorizan aquellos casos que resultan más claramente candidatos primeros a ser beneficiarios:

➤ PERSONAS CON RENTAS BAJAS

- SITUACIONES DE AUSENCIA DE CONTEXTO FAMILIAR
- GRADO O INTENSIDAD DE LA DEPENDENCIA

... y aunque no se le niegan los derechos de acceso al SAD a ninguno que los demanda, lo cierto es que las listas de espera se encuentran en algunos casos muy abultadas porque resulta imposible responder a la demanda, aunque en ningún caso, las listas de espera sobrepasan las medias generales de otras comunidades autónomas. A partir de 2002 se han unificado criterios de planificación tanto demográficos como económicos para ajustar la planificación y la financiación. Todos los Municipios tienen SAD y esta extensión de la oferta ha incrementado, como era previsible, los índices de demanda.

Desde el inicio de la actual legislatura, el SAD corresponde a la gestión municipal y se regula a través de ordenanzas municipales lo que señala la existencia de normativas muy diferentes entre los setenta y ocho ayuntamientos, de los cuales, tan sólo cinco de ellos tienen más de veinte mil habitantes. De allí que exista un amplio abanico de circunstancias diversas que van desde normativas en las cuales se asume por parte de las instancias administrativas el 100 % de la financiación del SAD a otras, en las que el copago o la participación económica en la realización del SAD puede alcanzar hasta el 98 % de pago por parte del usuario o del grupo familiar beneficiario. De igual forma, la concesión del servicio, - o la denegación de éste - así como el paso a la lista de espera en su caso, tampoco se encuentra homogenizada en el conjunto de normativas locales.

Por lo que se refiere a la situación presente, poco tiene que ver la realidad urbana del Principado con la realidad rural. En la primera se está implantando un modelo "tecno-societario" de prestación, un modelo de modernización de los Servicios Sociales en el que el SAD lo ejecutan diferentes empresas con la realidad rural en amplias zonas dominada por la escasez cuando no carencia total de recursos. Una y otra realidad tropiezan, por otra parte, con una financiación pública muy insuficiente que, en el primer caso, introduce elementos de acusada contradicción en la dinámica del SAD: exigencia de calidad del servicio, de formación adecuada del personal Auxiliar y de cumplimiento del Convenio Colectivo del Sector -contrataciones y salarios dignos, cobertura económica de los desplazamientos- a las Entidades prestadoras de SAD, en tanto que se establecen precios públicos para la contratación de la prestación con los que se tiene conciencia de que las Entidades prestadoras - en muchos casos, los mismos ayuntamientos - no pueden cumplir esas exigencias.

Las actuales potestades del SAD

Fruto de un trabajo técnico- político que se realizó entre finales de 1999 y el año 2000, se alcanzó un consenso de formas de actuación que se caracterizó bajo un documento cuyo título general era: "SUGERENCIAS PARA LA REGULACIÓN MUNICIPAL DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO" que fue presentado al conjunto de los trabajadores sociales de los setenta y ocho ayuntamientos y también a la FAC (Federación Asturiana de Concejos).

Uno de los principales efectos más o menos inmediato ha sido la mejora, incremento y homogenización de las ordenanzas Municipales, a pesar de que resulta excesivamente generoso el concepto homogenización dada la evidente y aún no resuelta diversidad de criterios, aspecto que va a situar en posiciones muy desiguales - y no sólo diferentes - el conjunto de los derechos de la población asturiana.

La Ley que regula los Servicios Sociales de Atención Comunitaria, en cuyo marco se sitúa la prestación básica del Servicio de Ayuda en el Hogar, considerada uno de los objetivos generales de los Servicios Sociales se establece "la mejora de la autonomía personal así como la integración y permanencia en el medio familiar y social mientras sea deseada y conveniente (Art.7) . Y para poder dar cumplimiento a este objetivo se dice, que los Servicios Sociales desarrollarán, entre otros programas, "el Programa de Ayuda Domiciliaria para prestar un conjunto de atenciones de carácter doméstico, social, personal o educativo a los demandantes (en general personas en situación de dependencia en su medio".

El cambio hacia las actuales actuaciones ha significado un incremento del 45 % de los Ayuntamientos sumándose a la iniciativa del SAD y en segundo lugar y no menos importante, las nuevas ordenanzas tienden a transformar los llamados precios públicos del servicio adaptándose a las líneas generales que establece el decreto del Principado

Actuales pautas de actuación

- Universalización de la prestación
- Regulación de la forma de concesión
- Establecimiento de una valoración profesional en y para la concesión del servicio
- Caracterización del tipo de atención a prestar (doméstica; personal; de acompañamiento)
- Para el acceso a la prestación se valora:
 - Grado de autonomía personal
 - Situación socio-familiar
 - Situaciones de emergencia

Criterios de planificación

Para garantizar el acceso de los usuarios al SAD en cualquier punto de la Comunidad Autónoma y evitar de esta forma los desequilibrios territoriales se ha puesto en marcha una política redistributiva y compensatoria que permite establecer criterios de financiación que han sido consensuados por la Federación Asturiana de Concejos. En dicha propuesta de financiación se establece un coste por usuario teniendo en cuenta un abanico de prestaciones que va desde una garantía de cuidados mínimos hasta un crecimiento de la cobertura para casos especiales dentro de los llamados servicios de base. Así se financian los usuarios atendidos en el año anterior con un módulo resultado de cálculo de precio hora de acuerdo con el convenio colectivo de SAD. Tomando como media un servicio de cinco horas semanales - con independencia de cómo

realmente se distribuyan en la realidad - y de los cuales, el gobierno del Principado, financia el 75 %.

Es decir que en situación de SAD en activo para cada usuario (o familia beneficiaria) el Principado aporta - después del Plan Concertado - el 75 % del precio hora y los Ayuntamientos o Mancomunidades aportan el 25 % restante. A esta realidad se añade la asunción de la lista de espera y un criterio compensatorio que contempla el peso específico de la población envejecida y la renta familiar disponible en el Municipio a partir de un cálculo de ponderación. Sin embargo, dicha situación entiende que el objetivo general del SAD es el de prestar un conjunto de atenciones, desde una perspectiva integral y normalizadora a los ciudadanos en su domicilio, en aquellas situaciones en que tengan limitada su autonomía personal (por vejez o por diferentes causas) o en los casos de dificultad familiar, facilitando la permanencia en su medio de convivencia y evitando así su posible institucionalización; pero sabiendo que es una prestación de carácter complementario y en muchos casos transitorio que no exime a las familias de su responsabilidad.

Paralelamente hay que señalar la existencia de un PACTO LOCAL adoptado en comisión de trabajo que da estabilidad al Plan Concertado a través de convenios plurianuales que garantizan la financiación de la red básica, con lo que se garantiza la consolidación del personal y de las mismas prestaciones del SAD. También desde el año 2000 se viene elaborando una FICHA DE EVALUACIÓN que ha sido previamente consensuada con las áreas de los Equipos Territoriales de Servicios Sociales, con los y las

trabajadores sociales que ha permitido obtener una información más amplia y detallada que sirven para incorporar elementos correctores en la misma planificación del trabajo.

Evaluación, gestión y planificación del SAD

La planificación de este servicio en Asturias comprende la totalidad del territorio y convierte al SAD mismo en el instrumento de estrategia de intervención de la Red Básica de Servicios Sociales para la Atención a la Dependencia más importante que existe actualmente tanto desde el punto de vista organizativo como presupuestario y sobre todo, el eje sobre el cual se articulan todos los otros servicios de la red. En efecto, al formar parte de las prestaciones sociales básicas, la entidad comprometida en su gestión es la misma corporación local, mientras que la Administración del Principado dentro de sus competencias planifica y financia, es decir que distribuye e intenta compensar las desigualdades a través de la implantación territorial de esta forma particular de gestionar el SAD.

Un total de cuarenta y nueve (49) municipios de los setenta y ocho que conforman las administraciones locales asturianas tiene en la actualidad menos de cinco mil habitantes, lo que supone para el gobierno del Principado de Asturias, tener que asumir el 90 % de la financiación del SAD. Por el contrario, los seis Ayuntamientos que tienen más de cincuenta mil (50.000) habitantes y que son Oviedo, Gijón, Avilés, Langreo, Mieres y Siero, el gobierno del Principado tan sólo aporta el 53 % del coste

del SAD y las corporaciones participan con el 47 % restante. Por otra parte se observa un cambio en la aportación municipal del presupuesto del SAD que indica que en 1999 las administraciones locales participaban con el 46 % del presupuesto y desde el 2002, lo hacen en un porcentaje del 33 % por lo que el gobierno regional ha pasado, en términos absolutos de estar con un 54 % de responsabilidad a estar con el 67 % lo que va a significar un 24 % más de carga anual.

Con respecto a la ejecución presupuestaria, hay que agregar que en los últimos años, los ayuntamientos han tenido tendencias diferentes a las que ha puesto de manifiesto el propio gobierno del Principado. Así mientras éste último ha demostrado una constante voluntad de llevar adelante la ejecución de los servicios, los ayuntamientos han pasado por fuertes caídas y en algunos casos, desresponsabilidad sobre demandas concretas. Por ejemplo en el 2001 mientras el Principado ejecuta el 94 % del presupuesto, las administraciones locales sólo lo harán en un 73 %, aunque también habrá de tenerse en cuenta la existencia de graves conflictos económicos en las administraciones locales que dificultan cubrir la totalidad de las competencias adquiridas. La realidad de los Ayuntamientos tiende al déficit y si no lo hace más es porque algunos de los grandes - entre los que destacada Gijón - mantienen y administran una cuantía de ejecución muy alta.

La cobertura del SAD

Los últimos datos de información sobre SAD corresponden al 2003 toda vez que los que hacen referencia al año siguiente del 2004, aún no han sido procesados ni, por supuesto, publicados. En aquel año, el SAD de Asturias atendió a un total de 9.035 demandantes, lo que supone un aumento con respecto a 2002 de un 12,3 % para el total de los calificados como dependientes que corresponden a un 23 % de la población total del Principado con acuerdo al último censo poblaciones de 2001. A pesar de que la mayor fortaleza de la demanda se registra en las áreas que se corresponden con los grandes núcleos urbanos, el mayor crecimiento se ha observado en el Occidente de la región.

La noción de cobertura del servicio de SAD es el resultado de dividir el Número de Usuarios en un año por la población general potencialmente demandante, en este caso, los mayores de sesenta y cinco años. Si en 1999 este saldo arrojaba un nivel de cobertura del 1,64 % en la actualidad alcanza los 4. 82 %. Lo que implica una cobertura francamente expresiva de su voluntad de crecimiento. Pero aún más, se aplica en esta misma línea de consideraciones la importancia estratégica y el nivel de extensión de uso de la Teleasistencia, pues el índice es mucho más alto, más elocuente y presenta algunos aspectos de gran importancia como es, por ejemplo, la mayor capacidad de crecimiento y cobertura en los particulares enclaves rurales. Existen actualmente en el Principado un total de 31 Ayuntamientos que sobrepasan el 5 % de cobertura y de ellos, un total de nueve, alcanzan más del 10 % de cobertura real. Lo que es más interesante, sin embargo, es que todos (todos estos treinta y un ayuntamientos) corresponden a zonas rurales,

en los que existe un fuerte número de población aislada y en las que el índice de envejecimiento poblacional es aún mayor. Por este motivo, apoyar la fijación poblacional manteniendo a los mayores en sus casas y fomentar al mismo tiempo, la creación de empleo dentro de las zonas rurales en uno de los segmentos con mayor dificultad para acceder al empleo remunerado como es el caso de las mujeres con 35 y más años , parece ser una tarea importante de múltiple articulación . El lo que en definitiva se considera "... una política colchón..." que previene en dos frentes diferentes - dependencia y mujeres - las posibles consecuencias de la exclusión social.

Crecimiento de empleo

El SAD se establece con carácter universal pero "tendrá como objeto prioritario de atención aquellos ciudadanos que por sus condiciones físicas o mentales, socioeconómicas o familiares tengan seriamente limitada su autonomía personal y su capacidad de relación social, precisando alguna/as de las atenciones descritas, siempre y cuando éste sea el recurso adecuado según valoración de los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria".

Loa trabajadores de los Servicios Sociales de Atención Básica tienen encomendada en la Orden la labor técnica de diagnóstico, seguimiento y evaluación del SAD, en coordinación con los profesionales del propio equipo y en colaboración con los de otros servicios y programas de protección social. En un segundo nivel, son los

Auxiliares de Ayuda en el Hogar los encargados de la ejecución directa de las tareas descritas. Entre ambos niveles ha de establecerse una estrecha coordinación así como con el voluntariado que podrá colaborar de forma complementaria. También se establecen las funciones y tareas que competen a cada uno de estos dos niveles de actuación del SAD: El trabajador social, como profesional receptor de la demanda, realizará el estudio y valoración de la situación expuesta y diseñará el proyecto de intervención adecuado a la misma, siendo también responsable de su seguimiento y evaluación; podrá formular propuestas de ampliación, reducción o suspensión del servicio si fuese necesario. También está entre sus funciones el apoyo y promoción de la formación-reciclaje del personal relacionado con el servicio, así como la coordinación con asociaciones, instituciones, profesionales y voluntariado. Al Auxiliar de Ayuda en el Hogar, como profesional que ha de realizar las tareas de carácter asistencial y educativo en contacto directo con el usuario del SAD, le competen las funciones siguientes:

- Asistenciales, de atención personal y doméstica.
- De orientación en actividades de la vida cotidiana.
- Educativas, potenciando y no sustituyendo las capacidades del usuario.
- De colaboración con el trabajador social en la coordinación y evaluación del servicio.

Y para llevar a cabo estas funciones y las correspondientes tareas, según el plan diseñado por el profesional responsable del SAD, este personal ha de ser

formado previa y específicamente, estableciéndose posteriormente un sistema de evaluación y formación que vaya dando respuesta a los problemas concretos que presente el servicio. Las funciones y tareas que correspondan en rigor al ámbito sanitario, tales como curas personales, inyecciones, sondajes, podología... , precisan de una estrecha colaboración sociosanitaria, coordinándose el SAD con los Servicios Sanitarios de Atención Domiciliaria desempeñados desde el Centro de Salud, Centro de Día, Hospital u otro servicio que corresponda.

Sin perjuicio del carácter público del SAD, la gestión y ejecución directa del servicio se podrá realizar según dos modalidades diferentes bien asumiendo el Municipio la responsabilidad directa de la gestión y ejecución del Servicio, aportando los recursos materiales y personales necesarios para llevarlas a cabo, bien encargando la gestión y ejecución a entidades privadas -ONGs, cooperativas, empresas u otras asociaciones- mediante Convenios u otra de las formas previstas en la Ley de Contratos de la Administración del Principado de Asturias.

En el año 2003, el SAD tiene ocupadas a un total de novecientas quince (915) personas, de las que la inmensa mayoría - un 97 % son mujeres - y de éstas, la mayoría se dedican a trabajar como Auxiliares de Hogar dentro del Servicio de Ayuda a Domicilio. En el año 1999, el número de trabajadoras en la misma categoría era de cuatrocientas cincuenta y tres (453), lo que da cuenta suficiente de la manera en cómo se ha incrementado esta

fuente de trabajo. El 70 % de estas mujeres activas están contratadas por empresas o por cooperativas (sin posibilidad de discriminar en esta investigación acerca del volumen de cada una de estas formas de empleo) y el 30 % son contratadas por los mismos Ayuntamientos de la Comunidad. El 46 % de ellas tiene contrato a tiempo parcial, mientras que le 54 % a jornada completa. Como resulta fácilmente comprensible dadas las coordenadas de estos tiempos laborales y más en particular, de este sector de trabajadoras en especial, los contratos que más se incrementan son los que se corresponden a contratos de tiempo parcial.

Las trabajadoras de SAD

La posibilidad de contar con auxiliares varía según el tamaño de los municipios. En los pueblos pequeños, el problema de que no haya nadie disponible o dispuesto a trabajar como auxiliar y tampoco nadie a quien enviar desde otro municipio a cubrir el servicio, debido a que los sueldos son bajos y además el desplazamiento se paga muy poco por lo que resulta finalmente poco atractivo como propuesta de empleo.

En lo que respecta al Perfil del auxiliar de SAD son exclusivamente, más que mayoritariamente, mujeres. En los inicios del servicio, quienes accedían a este empleo eran personas de edad media, con niveles formativos muy bajos, con cargas familiares y en general con dificultades de acceso al empleo. Con el transcurso del tiempo, el nivel de formación de este personal adaptado al empleo se ha elevado considerablemente. En la

actualidad, y debido a la escasez general de ofertas de empleo, la demanda de personal para trabajo en el SAD proviene de mujeres con distintos grados de formación, desde el mínimo de graduado escolar, hasta diplomados, maestras, trabajadoras sociales... No hay presencia de inmigrantes entre las auxiliares del SAD, hecho que tiene que ver con el poco peso global de población extranjera en Asturias, al menos en lo que respecta a este trabajo y las muy variadas zonas rurales. En Gijón, Oviedo, Avilés, en menor medida en Mieres, Ciero y Langreo comienza a aparecer mujeres inmigrantes, fundamentalmente bolivianas y peruanas, pero en general, los puestos ofertados los cubren, preferentemente, las mujeres de cada localidad. Desde la FAC se aventura que el hecho de que la contratación de las auxiliares sea desde las instancias públicas favorece a las mujeres del propio municipio, por la impronta que le confiere a este empleo el hecho de depender del Ayuntamiento y de desarrollarse en el mismo ámbito municipal. Por el contrario, si las auxiliares fueran contratadas por empresas privadas del sector como sucede en los núcleos urbanos más importantes, es posible que muchas de las actuales demandantes de empleo se retrajeran porque el empleo cambiaría de significado al cambiar de ámbito de actuación.

Consideración social del auxiliar de SAD

Desde el Gobierno del Principado, desde los Concejos y desde las propias administraciones locales se trabaja para afianzar la profesionalidad del auxiliar del SAD separándolo de la equiparación con el personal de servicio doméstico privado a pesar de que en muchos casos

- y así lo manifiestan los casos de trayectorias estudiados y las propias trabajadoras entrevistadas - han de realizar de forma exclusiva, tareas domésticas. Además de la formación y el trato permanente con las auxiliares, los profesionales de los servicios sociales de las zonas mantienen una relación permanente con ellas, apoyándolas en su labor. Como otro signo diferenciador se cita la existencia de un contrato laboral con todas sus prestaciones entre algunas trabajadoras y algunos Ayuntamientos, lo que afianza, de alguna manera, jerarquiza, prestigia y diferencia este trabajo del trabajo doméstico. Las auxiliares que son contratadas laborales de empresas de servicios, son aún más enfáticas a la hora de reconocer que es necesaria una campaña de revalorización del SAD y de las trabajadoras que lo realizan, campaña que deberá comprender tanto los elementos simbólicos de jerarquización de las tareas como, fundamentalmente, la valoración económica de sus tiempos de trabajo

Empresas

La presencia de empresas del sector de servicios en Asturias está vinculada a los grandes ayuntamientos. Existen algunas cooperativas formada por trabajadoras del servicio de algunos ayuntamiento, pero no se han desarrollado en la medida en que se esperaba que crecieran y dieran cabida a la cantidad de mujeres desempleadas que hay en la región. La constitución de cooperativas se ha llevado a cabo como un proyecto del equipo técnico de la FAC (Federación Asturiana de Concejos) de la zona de servicios sociales que contó con el apoyo de los correspondientes Ayuntamientos. En todo caso, la falta de preparación para futuras cooperativistas en temas legales y de gestión hizo que la creación de esta propuesta supusiera un esfuerzo desmesurado para los equipo de servicios sociales y dadas las realidades tan diversas de las demandas de los usuarios se priorizó la contratación laboral por parte de las administraciones locales, como forma y contrapartida a la existencia y propuesta de las empresas.

Los servicios técnicos centrales de Servicios Sociales de la Consejería de Bienestar Social se muestran favorables a la contratación externa del SAD porque de esta forma evitarían problemas de gestión de personal con los Ayuntamientos - sustituciones, perfiles y cualificación profesional que, cada vez más, demandan de manera explícita. Muchas trabajadoras de SAD tienen actividades en los mismos centros de día, aunque sea en horarios de tarde, por lo que todo este servicio que se quiere parecer al que se ofrece en las grandes ciudades en su

tendencia sociotecnológica, acaba siendo un homenaje a las culturas comunitarias en las que los habitantes de un mismo Municipio, terminan arropándose mutuamente en diversos espacios a lo largo del día.

El programa "vivir en casa"

El Programa "Vivir en casa", ha venido a completar la perspectiva, ya bastante amplia, de esta investigación sobre las difíciles situaciones vitales que tienen, en amplias zonas de Asturias, las personas dependientes o con muy limitada autonomía, dificultad que no proviene sólo de variables personales como vejez, enfermedad y/o discapacidad sino, también, de variables sociales de soledad y carencia de recursos comunitarios de todo tipo: infraestructuras viarias y de comunicación, recursos de salud, de ocio, servicios sociales y, entre ellos, de un adecuado Servicio de Ayuda a Domicilio.

El programa es originariamente de la ONG Cáritas. Nace en el año 1978 a raíz de un estudio sociológico que pone de manifiesto la situación de las personas mayores, especialmente en el medio rural y una de cuyas conclusiones fundamentales fue que "permanecer en sus casas" era el mayor deseo de estas personas. En consecuencia con ese deseo expresado, el objetivo general de este Programa es el de facilitar la permanencia en su hogar durante el mayor tiempo posible, para lo cual se orienta a la atención y cuidado permanente de estas personas en su propia casa. Se pretende proporcionar a quien se incluye en este programa de cierto grado de

confianza y seguridad -lo que más valoran los usuarios del servicio prestado es "que alguien venga a casa todos los días"- y paliar, en alguna medida, el aislamiento y la soledad en que vive la población mayor en aquellos lugares a los que los recursos de la Administración Local no llegan o llegan insuficientemente. La mayoría de los servicios de atención en el hogar los realizan vecinas de la propia zona en que vive el o la mayor, sólo en algunas situaciones y debido a la inexistencia en el lugar de personas en edad de prestar estos servicios, lo realizan mujeres de lugares vecinos. Las personas mayores que están en el Programa reciben además las visitas -dos veces al mes cuando menos- y las llamadas telefónicas de las coordinadoras / animadoras de Cáritas todos los días.

En el año 2004 la atención domiciliaria ha llegado de manera periódica y permanente a ochenta y cuatro ancianos; se han realizado además otro tipo de acciones o servicios complementarios no periódicos -sin día ni hora fijos- en función de necesidades concretas de las personas mayores -llevarla al médico, a cortar el pelo...-. Estos servicios, que se han prestado al menos en una ocasión a más de doscientas personas mayores de la zona, son realizados en su mayoría por las coordinadoras/animadoras responsables de las diversas zonas, ya que en muchos casos son las únicas que disponen de vehículo para los obligados largos desplazamientos.

La media de edad de las personas atendidas en el Programa es de 85 años, de las cuales, la mayoría de ellas viven solas y sus recursos económicos son escasos ya que perciben pensiones compensatorias o no contributivas. El

porcentaje de población mayor de 65 años -el 100% en bastantes aldeas-, con enorme dispersión del hábitat y gran distancia a los Servicios de Salud y de todo tipo, así como con deficientes o inexistentes - en algunos casos - infraestructuras de comunicación son el centro neurálgico de este programa. Los responsables autonómicos dentro del Principado consideran que es un programa que tiene buen funcionamiento, resulta eficaz en las zonas rurales y ha de extenderse a más usuarios y en todos los Concejos.

VI.3.- BALEARES

La Comunidad Autónoma de las Islas Baleares es una de las realidades autonómicas dentro del Estado Español más complejas e interesantes dadas las peculiaridades geográficas que caracterizan su identidad insular, su demografía en la que existe el porcentaje más alto de extranjeros comunitarios residentes en sus pueblos y ciudades y el hecho de que tenga la mayor renta per cápita del Estado, ostentando, incluso, la ciudad con la renta per cápita más alta de toda la Europa Comunitaria: el Ayuntamiento de Calviá.

La Autonomía cuenta con tres provincias - cada una de ellas con un Concell Insular - , cuatro islas (Mallorca, Menorca, Ibiza y Formentera) y una variada oferta de recursos en el amplio sector de los servicios sociales destinados a diversos colectivos: personas mayores, pero también familia, infancia, mujeres, inmigrantes, etc. . Si bien existe normativa legal única para toda la Comunidad Autónoma emanada del Govern Balear, la importancia estratégica de la gestión y financiación de los servicios sociales dependen de los Concellls que son los verdaderos administradores primeros (que no finales) ya que las instituciones finales en la gestión y distribución de fondos para los servicios sociales comunitarios son los propios Ayuntamientos o las Mancomunidades surgidas para dar cobertura en estos y otros temas a la población.

Se puede adelantar que el estudio realizado refleja ciertos grados de incertidumbre sobre el futuro del SAD

en esta Comunidad, - tal como hemos recogido en otras Autonomías. La necesidad de clarificación se extiende - entre otros - a temas como la distribución de las competencias entre las distintas instituciones involucradas, los problemas de financiación inherentes al modelo actual del servicio, el sistema de precio público y la especialización dentro del SAD de las tareas de los auxiliares. Las miradas se dirigen también hacia la futura Ley sobre la Dependencia, con la esperanza de que sirva de instrumento para una nueva y mejor prestación del SAD.

Las Mancomunidades resultan relativamente frecuentes en la realidad de las Islas Baleares, sobre todo en el áreas de los servicios sociales así como de otro tipo de servicios comunitarios, especialmente la regulación y suministro de agua y la recogida de basura. Estos últimos temas, que en nada se corresponden a nuestros objetivos de investigación resultan de gran importancia porque la realidad insular con una economía cuyo principal valuarte es el turismo, registra unas fuertes diferencias de densidad demográfica con acuerdo a las épocas altas y bajas de turismo.

La regularización del Servicio de Ayuda a Domicilio aún dependiendo de los Concells se administra desde los Ayuntamientos o Mancomunidades - éstas últimas especialmente en el interior de las islas - dependiendo de cada corporación local. Todo lo cual ha supuesto la implantación y consolidación de servicios acordes con los propios planteamientos - no siempre coincidentes ni homogéneos - para el conjunto del territorio insular

autonómico. En concreto, la dispersión y diversidad de la prestación del SAD en esta Comunidad es un hecho evidente. Una posible unificación de criterios mínimos precisaría, al entender de algunos interlocutores del estudio, de un esfuerzo de concertación entre el Govern, los Concellis y las Corporaciones Locales que nadie supone fácilmente realizable, a pesar de que en la práctica funcionan e intentan ofrecer servicio a un número creciente de demandantes.

Temas como el modelo de sistema de servicios sociales, la financiación de los servicios - y entre ellos del SAD - surgen como una temática que supera el marco legal actual por lo que sería necesario plantear alguna forma de vinculación más disciplinada entre los diferentes entes gestores toda vez que no sólo no existe relación entre las diferentes islas en este complejo cometido, sino que, incluso, dentro de cada isla, cada Ayuntamiento o Mancomunidad funciona - paradójicamente - de forma aislada. A lo largo del discurso de las personas que han participado en este estudio se reflejan estas inquietudes mientras se muestran las distintas realidades en la prestación del SAD.

Las administraciones públicas; Govern Balear, concells insulares y ayuntamientos.

El Govern Insular, a través de la Consejería de Presidencia y Deportes, Dirección General de Servicios Sociales expone la realidad del SAD en la Comunidad: la

variedad, la dispersión de tipos de oferta y la importancia de la apertura de criterios y de actuaciones de las distintas corporaciones locales competentes. Esta variedad se justifica en parte por la coincidencia de la Autonomía con la gestión del cuerpo administrativo y la asunción de competencias en materia de servicios sociales por parte de las autoridades, lo que supuso una importante asunción por parte de las corporaciones locales, las que tuvieron que innovar directrices y planificación. Cada Corporación Local desarrolló una propuesta de Servicio de Ayuda a Domicilio para lo que tenía capacidad jurídica pero también tenía compromiso de asumir dicho servicio, dotándose para ello de los profesionales adecuados. Desde la Consejería se propuso la necesidad de caracterizar una puesta en común Consells - Corporaciones Locales que pudiera dar como resultado la homologación del SAD, a pesar de los matices diferenciales, dentro del territorio de las Islas. Desde su responsabilidad autonómico, la Dirección General de Asuntos Sociales procura una visión de conjunto del SAD que sintetizamos a continuación.

Antecedentes, encuadre legal y funcional del servicio de ayuda a domicilio.

Islas Baleares adquiere el Estado de Autonomía en 1983 y la competencia en Servicios Sociales desde 1994 con el primer decreto de Transferencias, prácticamente igual que sucede en el resto de Comunidades Autónomas, aunque algo más tarde. Hasta ese momento se encuentran en una fase Preautonómica, en cuyo contexto se celebraron las primeras elecciones autonómicas generales. La primera

norma del Consell de Govern con rango de Decreto sobre Servicios Sociales, a partir del cual asume las competencias sobre los mismos, supone la asunción de competencias en esta materia. Así se hace evidente la apuesta por los Servicios Sociales Comunitarios, como un tipo de servicio de Atención Primaria que se plasma en la búsqueda de formas de generalización y universalización de los servicios. Este modelo de servicios sociales se mantiene y desarrolla como sistema en toda la Comunidad hasta el presente, hecho a tener en cuenta para el análisis de las distintas decisiones legales que los Consells insulares adoptan en esta materia y de todo lo referido a los servicios existentes en las diferentes corporaciones locales. Al mismo tiempo se firman con el Estado los Programas - Convenios y se inicia el Plan Concertado para atender aquellas materias en las que las Comunidades Autónomas tienen competencia exclusiva pero no pueden autofinanciar su existencia. Islas Baleares asume el Plan Concertado en primera instancia y comienza a trabajar con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de forma inmediata.

Como desarrollo de la Ley de Servicios Sociales de esta Comunidad Autónoma, se aprueba el desarrollo de los Servicios Sociales Comunitarios, actualmente vigente, aunque persiste desde sus orígenes, la incertidumbre sobre su forma más acertada de financiación. En ese momento el marco de financiación consiste en un acuerdo del Consell de Govern con los Consells Insulares y las Corporaciones Locales de cada provincia según el cual, cada una de las corporaciones recibían financiación de las otras en materia de Servicios Sociales pero la

universalización de dichos servicio ha de reconocer el carácter autónomo y específico y, además, implantarlo desde el principio con criterios de co - pago por parte de la población usuaria y/o beneficiaria. Desde los inicios, el desarrollo de las intervenciones y prestaciones en materia de servicios sociales, se va produciendo según el criterio particular de cada corporación, mientras se aplica este criterio de coparticipación como garantía de igualdad y universalidad del servicio. Sin embargo. La importancia del Govern como verdadero administrador y mediador en el Plan Concertado no tuvo una gran intervención en temas referidos a la necesaria Orientación, Programación, o incluso, a la Planificación de los servicios, motivo por el cual se produjeron numerosas diferencias y en la prestación de éstos y concretamente en el Servicio de Ayuda a Domicilio, ya que la gestión descentralizada de los Ayuntamientos se constituyó adecuándose a sus propios criterios sin que en ningún caso tuviera que contrastarlos con los de la administración competente en la planificación autonómica general.. Sin embargo, la propia dinámica de desarrollo de éste ha llevado a una situación en la que el servicio presenta, a nivel de la autonomía, una concentración de criterios - e incluso de prestaciones -, que conducen al planteamiento de la participación de las corporaciones locales, a las que se les reconoce un gran protagonismo y se ha dado una cierta homologación que conlleva unos mínimos comunes en la prestación del SAD en el conjunto de las Islas Baleares.

La competencia de Servicios Sociales en el desarrollo específico del Servicio de Atención Domiciliaria comienza

en 1988, antes incluso que se desarrollaran por completo, el trasvase de responsabilidades en este terreno. Ahora, - y tras los años transcurridos - vuelve a cuestionarse la idoneidad de este modelo que sin embargo es fácilmente perceptible y evidente en la actual oferta de SAD. La Dirección General de Servicios Sociales, al margen de otras competencias, asume estos cometidos y se inicia el proceso de aplicación de la oferta. Entre los años 1993 y 1994 los Consells insulares asumen la correspondiente responsabilidad de financiación aunque los Ayuntamientos venían ofreciendo este servicio desde unos cuantos años antes aupados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales de España, por la FEMP y/o por otros organismos prescriptores.

A mediados de la década de los noventa comienza la autofinanciación insular y el protagonismo de los Municipios que hasta entonces habían estado al amparo de los Consells Insulares. Este hecho supone para la administración autonómica un acercamiento a la diversa realidad de los Servicios Sociales a través de la relación directa con otras entidades. Se hace evidente que la propia constitución y consolidación de los servicios técnicos han imposibilitado una evolución similar a la de muchas corporaciones locales. Ante esta realidad los responsables de los servicios sociales intentan compartir conocimientos e intentar construir entre las administraciones gestoras una normativa que partiendo de la participación y concertación de las corporaciones locales, asimilara los conocimientos y la experiencia acumulada por las prácticas ya realizadas. El Consell de Govern apoyó este tipo de intervenciones

comunitarias o intervenciones de primer nivel en el nuevo marco de convenios con los ayuntamientos intentando al mismo tiempo incorporar a los Consells Insulares y las corporaciones de comarcas más importantes.

En el contexto de la definición de los Servicios Sociales se define la Atención a Domicilio como una prestación básica de los servicios sociales comunitarios en términos de Plan Concertado; como un servicio que según la Ley de Servicios Sociales prestan las Corporaciones locales con total libertad. Se aprueba una orden de Asistencia a Domicilio en cuya elaboración no se dio participación a las corporaciones locales, por lo que nació con un gran handicap y una evidente resistencia por parte de muchas entidades y de gran número de profesionales.

A través del Plan Concertado, - del Estado a la Comunidad Autónoma, y de ésta a las administraciones gestoras de servicios - se financian los servicios sociales pero al mismo tiempo y desde todas las instancias superiores se están aportando fondos para programas destinados a colectivos concretos: minorías, inmigrantes, asociacionismo de mayores, segmentos de discapacidad, jóvenes, etc. Estos programas, que deberían integrarse en los servicios sociales se separan de aquellos, provocando disfunciones en cuanto al carácter de los servicios en sí y en la función estratégica de puerta de entrada a los Servicios Sociales que deberían ser los servicios de base. Este mismo problema se produce en servicios que tienen que ver con la atención a

personas en situación de dependencia, como es el servicio de Teleasistencia, totalmente separado de los servicios sociales que no participan de él ya que se gestionan de forma aislada - aunque en la práctica tienen vinculación - pero que también pertenecen al área de los servicios externalizados. Así, resulta fácilmente detectable que la Ley sobre la Dependencia vuelve a incidir en esa confusión al centrarse en la atención de colectivos concretos de la población cuando el tema que trata debería ser atendido desde la concepción y organización de los servicios sociales de base (de competencia y gestión local) y los servicios especializados (de competencia y gestión de organismos de jerarquía administrativa superior) de manera conjunta y articulada. Otras intervenciones, como son los convenios con entidades privadas o las convocatorias anuales de ayudas con fondos europeos o estatales para entidades y destinadas a la prestación de servicios de carácter comunitario ahondan en la confusión de este modelo que en el caso concreto de las Islas Baleares tiene siempre que enfrentarse al hecho de una realidad autonómica caracterizada por una alta renta económica, aunque la distribución no sea - como es fácilmente comprobable - igualitaria para el conjunto de la población.

En la polémica suscitada - y en cualquier caso aún no resuelta acerca de las distintas formas de planificación de los servicios sociales y entre ellos del SAD -, se perfila una apuesta consistente por asumir como Servicios Sociales Comunitarios (o Servicios Sociales de Atención Primaria, o Servicios de Gestión Local), todos los servicios de primer nivel de intervención, incluyendo en

ellos la totalidad del tema de la dependencia ya que consideran no pertinente referirse a la dependencia al margen de lo social. En este contexto de conflictividad y baja definición asumimos la información sobre el SAD proveniente de las Islas Baleares.

Competencias y financiación del SAD

Con respecto al SAD, los Consells competentes en la planificación en tanto entidades gestoras responsables son los organismos encargados de la administración y cesión a las corporaciones locales que participan en dicho servicio. Existen actualmente un total de ciento setenta y siete, (177) Centros en la totalidad de las Islas entre Ayuntamientos y Mancomunidades. La financiación para el SAD proviene en parte del Plan Concertado. El convenio del Plan Concertado entre el Estado y las Comunidades Autónomas se refería a los créditos para los Servicios Sociales Comunitarios. A partir de estos fondos, la Comunidad Autónoma, siguiendo su planificación, distribuye entre las distintas administraciones locales los correspondientes créditos para los Servicios Sociales Comunitarios de su competencia. En el año 1994, se amplía el criterio de financiación al entender que los Servicios Sociales Comunitarios no son sólo los atendido por el Plan Concertado (aportación del Estado y aportación del presupuesto autonómico insular) y pasa a transferir fondos propios a las corporaciones locales para intervenciones comunitarias dirigidas a colectivos específicos (inmigrantes, minorías étnicas, marginados, discapacidad, mujeres...). Según el Decreto de Servicios

Sociales los criterios que se utilizan para la distribución presupuestaria de los fondos del Plan Concertado desde las Autonomías a las corporaciones locales son prácticamente los mismos que los que utiliza el Ministerio para la distribución entre Comunidades Autónomas: población mayor de 65 años, niveles de dependencia, pobreza relativa y número de núcleos de población a atender para compensar la dispersión geográfica. En concreto, según datos referidos al año 2003, la población Balear mayor de 65 años implica un volumen demográfico de un total de 133.383 personas.

La aportación estatal no ha variado mucho. El Plan Concertado ha ido decayendo ya que se ha hecho una apuesta por los programas sectoriales y no por el sistema público de servicios sociales en su conjunto, lo que ha provocado un cierto desposicionamiento de la importancia de los Municipios en el trabajo de políticas y servicios sociales. Las cantidades asignadas, unidas a otras dotaciones de los servicios y a la importancia del número y nivel de profesionales adscritos a ellos, deberían plasmarse en unos servicios sociales comunitarios de gran peso e importancia. Sin embargo, y según la opinión de algunos responsables, la dispersión del sistema de financiación y ayudas antes señalado, propiciado desde las instancias estatales y autonómicas, provoca la existencia de redes paralelas de atención primaria que tienen en la oferta privada una gran proliferación en las Islas Baleares, provocando una gran desconcentración de esfuerzos realizados en los servicios. El problema central no sería por tanto el monto de los recursos destinados a los servicios

comunitarios, ni la falta de propuestas desde el sector privado que, con el crecimiento de los segmentos inmigrantes en las Islas ha incrementado la oferta de manera desconocida hasta el presente, sino sobre todo, la forma de gestión de la financiación sustentada lógicamente en la política de servicios sociales imperante.

Ámbito sociosanitario

La consolidación de un área Socio Sanitaria pública es muy importante en las Islas Baleares, según opinión de los representantes de los Consells Insulares. Las relaciones Inter-áreas Salud-Servicios Sociales están formalizadas, en muchos casos protocolizadas hasta el punto de que el SAD en algunos Ayuntamientos y Mancomunidades como por ejemplo Algaida, o Sineu en Mallorca; funcionan directamente desde los emplazamientos de los Centros de Salud de dichas corporaciones. Se establecen puntualmente acuerdos de colaboración sobre aspectos concretos, tanto técnicos como en la intervención práctica, y se evoluciona hacia formas estandarizadas de colaboración inter-áreas. Este aspecto - aunque luego regresaremos sobre el mismo -, se debe a que el SAD de las Islas Baleares no ejecuta tareas de servicio doméstico sino que sólo ofrece trabajos de atención personal y de acompañamiento terapéutico.

Los datos y la información sobre el SAD en la comunidad autónoma.

Es importante tener presente la dificultad para recoger datos concretos del SAD a nivel de la Comunidad Autónoma, debido al hecho de que las Islas Baleares son una autonomía insular, con cuatro islas y una población de 780.000 habitantes de los cuales, un 80 % habitan en Mallorca, un 11 % en las Pitiusas (Ibiza y Formentera) y un 9 % en Menorca. La gran ciudad insular es Palma de Mallorca que tiene una población de 300.000 habitantes, lo que representa casi un 40 % de la población. Sin embargo, algunos datos referidos siempre a 2003 ,arroja los siguientes datos:

- La población con 65 años y más de las Islas Baleares es 133.383 personas lo que representa un 17 % de su población total
- En lo que respecta a Centros de Día para Mayores de 65 años Baleares, junto con Canarias y Galicia ostenta los porcentajes más bajos de todo el mapa autonómico español. Cuenta con veintidós (22) Centros de Día que ofrecen un total de trescientas veintidós (322) plazas es decir un índice de cobertura de tan sólo 0,24 %
- El número de viviendas tuteladas es de tres con un total de quince plazas, lo que representa para la población mayor de sesenta y cinco años, un índice de cobertura de 0,01 %
- Las Islas Baleares no tienen Centros Residencias, Sería absurdo calificarlos de insuficientes cuando tan sólo tiene - de carácter público - un centro de

Palma de Mallorca y otro concertado en Mahó, Menorca.

- Para personas dependientes y demandas específicas del área psicogeriatrica, Baleares cuenta con un total de 3.760 plazas
- El número de personas atendidas por el SAD, según estimación de enero de 2004, este servicio llega a un total de dos mil setecientos ochenta y cuatro (2.784) sujetos, lo que representa - de cara a la población de sesenta y cinco y más años un índice de cobertura de 2,09.

Aunque no corresponden los comentarios comparativos entre las diferentes CC AA en las que hemos trabajado, resulta altamente significativa la dificultad para acceder a bases informativas dentro la Comunidad Autónoma Balear.

Prestación del SAD

En la Comunidad Autónoma Balear se da esencialmente una - y en todo caso, dos - formas de prestación del SAD: la primera y más extendida es la de contratación externa con empresas de servicios, la segunda es la contratación directa de personal por parte de la Administración local y gestora.

El SAD se ha desarrollado de manera evidente en la última década tanto en la cobertura de demanda y expansión de ésta como en lo que respecta al número de horas que se cubren en cada caso. La media de cobertura es de seis

horas semanales y en los casos de máxima atención llega a las dos (2) horas diarias. Según la normativa comunitaria, el máximo está en diez horas semanales y el mínimo en dos, también semanales. En cualquier caso, el "inquietante" concepto de densidad horaria sitúa a Baleares en el 12,80, mientras que España en su conjunto se sitúa en 16,43.

Perfil del usuario

Según datos de 2003, del total de usuarios (sin poder especificar qué número exacto de éstos existe en la actualidad ya que cada Ayuntamiento controla sus propios datos y no hay intercomunicación ni intercambio de información entre ellos) 76% de los atendidos por el SAD son personas mayores de sesenta y cinco años, 18 % personas con discapacidad, y el 6 % correspondería a la atención a dependientes menores de edad, por lo que les atiende el SAD pero corresponden a otra Dirección General de Infancia y Familias.

Precio/hora

La cantidad fijada por el precio/hora del SAD es una competencia municipal en la que ni el Consell de Govern ni los Consells Insulars. tienen ninguna intervención. Se cita una iniciativa puesta en marcha por los municipios de mas habitantes en la provincia de Mallorca tras la homologación del SAD a todos los efectos, entre ellos la equiparación del precio/hora, pero lo cierto es que en los tiempos de realización de la presente investigación - y siempre de acuerdo a lo que señalan los interlocutores

de este trabajo intensivo y cualitativo - dicha propuesta no ha prosperado.

El Consell de Govern a través de la Dirección General correspondiente intenta respetar al máximo la autonomía municipal. En cuanto a la posible homologación del precio/hora, consideran que su posible puesta en práctica depende de la universalización del servicio y por tanto de los fondos económicos destinados al SAD de cara al futuro y en relación con la Ley de Dependencia, así como de los aportes del Plan Concertado que permitirían - o no - realizar un incremento de la oferta y por tanto, una mayor demanda a las empresas que se presentan a los concursos municipales.

El sistema de copago

La Orden que regula el SAD establece la existencia de un pago del servicio por parte del usuario, proporcional a los niveles de renta de cada uno. El copago se desarrolla en las Ordenanzas Municipales que establecen distintos tramos de renta y la consiguiente participación en el pago del servicio. Esta valoración acerca de a importancia del copago en la administración del SAD es para los Consells Balears, - al menos para todos sus representantes institucionales - la garantía de posibilidad potencial de universalización del servicio. En la práctica las realizaciones del SAD reciben muy poca aportación por parte de las rentas privadas, toda vez que - también como criterio de gestión del servicio - se da prioridad, dentro de la universalización, a las rentas más bajas que tienen menos posibilidades de acceder a la

oferta privada. Por otra parte, el coste que significaría para una renta media o media alta de Baleares acceder al SAD en tanto servicio público, implicaría un coste económico similar o tal vez proporcionalmente superior al que se paga ante la actual oferta privada.

No sólo el precio hora de Baleares resulta gravoso y poco accesible para amplios segmentos, sino que además es muy limitado en el tiempo de prestación por lo que la actual masa migratoria femenina encuentra en estas islas una de las salidas laborales más clásicas: el servicio doméstico interno, a través del que se evacua una buena parte de la demanda de los segmentos medios, medios altos y - por supuesto altos - de la población de Baleares que no necesariamente es de origen balear sino también de la Europa Comunitaria, especialmente de Alemania y de Gran Bretaña.

Las actuaciones del SAD.

Los Consells Insulars no tiene en la actualidad un instrumento para controlar el trabajo del SAD salvo las tareas y la organización que planifican las empresas que trabajan en dicho servicio. Según las interlocutoras de estas empresas - auxiliares llamadas allí trabajadoras de hogar y las coordinadoras de zonas - sólo se realiza trabajo de ayuda personal. A pesar de ello, señalan que un gran número de casos son tan límites que también reciben ayuda para servicio doméstico, por lo que ésta se ha constituido en una demanda frecuente. Recordemos que las Islas Baleares se encuentran en una situación muy paradójica dentro de la oferta de SAD que realizan: por

una parte se trata de una oferta centrada (y concretada) en la Atención Personalizada ya que no se oferta servicio doméstico. Pero al mismo tiempo, no existen residencias por lo que se hayan en la atención de este servicio que nos ocupa (el SAD) un importante volumen de usuarios que reclaman más tipos de atención que la mera atención personalizada para poder seguir subsistiendo. De hecho el trabajo de investigación de perfil cualitativo nos ha permitido acercarnos a algunas experiencias y trayectorias de usuarios de SAD que lo son, porque no hay residencias en las islas a las cuales poder trasladarlos pero que resultan ser casos flagrantes de demanda residencial. A modo de ejemplo: una mujer de 53 años con esclerosis múltiple avanzada y problema de deformación de las extremidades que le impide cualquier forma de movimiento autónomo; que vive con su madre de 79 años que padece úlceras sangrantes en las piernas y debe trasladarse dentro de la casa - con mínima movilidad - apoyada en un andador. Reciben dos pensiones: de trabajo e incapacidad la más joven y de viudedad la mayor. Sin duda alguna, su condición de ¿beneficiarias? de SAD es nada más que por ausencia de una oferta más integral que resuelva de forma más estructural una situación límite como la que viven.

Las Auxiliares de SAD

El perfil de la auxiliar del SAD en las Islas Baleares es diverso. Lo común dentro de la diversidad insular y común también con respecto al resto del Estado español es que se trata de mujeres en un porcentaje del 97 % de los casos. En las ciudades en las que el servicio de

atención domiciliaria se halla externalizado y lo cubren diferentes empresas, se trata de mujeres que han realizado formación intensiva (dimensión que ratifican los representantes de los sindicatos en las Islas) con cursillos de formación de cuatrocientas (400) horas. Normalmente en los pueblos son mujeres que han trabajado en el campo y en sus hogares y que tienen experiencia personal para el cuidado de terceras personas. En las ciudades intermedias el perfil es variado y resulta más evidente que se ha ido conformando una masa de trabajadoras con dos afluentes diversos: mujeres de la zona y trabajadoras con alguna formación - el curso de convenio señalado - que día a día desplazan más a quienes carecen de titulación para ejercer como trabajadoras o auxiliares sociales.

Los sindicatos, los representantes institucionales, las coordinadoras de empresas y las propias trabajadoras sociales defienden la importancia de la realización de los cursos de formación porque consideran que es la única forma de dotar a este servicio de alguna dimensión de prestigio social.

La Dirección General de Servicios Sociales ha firmado en el año 2004 el correspondiente convenio con las empresas y los sindicatos acerca de los mínimos de formación de las auxiliares (trabajadoras) de SAD. Los Concells no imparten formación pero acuerdan con INEM y Sindicatos la realización de éstos. Se valora, además, la existencia de cursos y módulos de formación profesional, así como la realización de cursos y módulos reglados por el Ministerio de Educación y el Concell de Educació. También

el INEM junto con las Corporaciones Locales imparten cursos de reciclaje y de apoyo dentro de este sector, aunque dichas medidas son muy novedosas y este mismo año de 2005, han comenzado a ponerse en práctica. Sin embargo, los Ayuntamientos y Mancomunidades expresan que se detectan carencias en la formación y creen necesario la existencia de una titulación media a nivel de diplomatura para realmente dar a estos haceres y tareas la profesionalidad que demandan. A través de su relación con las administraciones que gestionan el SAD conocen la existencia de distintas exigencias en cuanto a la formación para la contratación de las auxiliares (curso de auxiliar de Ayuda a Domicilio, cursos específicos impartidos por los propios Ayuntamientos o Diputaciones), aunque nada se ha homologado aún al respecto.

No parece haber un criterio oficial acerca de la posibilidad de que co-exista distinta formación según la especialización de las auxiliares aunque es otro de los temas que se apuntan desde esta autonomía que, - del conjunto de las CC AA en las que se ha realizado el trabajo de investigación - es la que tiene más claro la importancia de la formación, la titulación y la especialización, lo cual debe interpretarse como una consecuencia directa del hecho de que el SAD en las Islas Baleares no ofrece servicio doméstico.

La consideración social de las trabajadoras

La consideración social de las trabajadoras es un tema de especial relevancia porque caracteriza al servicio que

presta el SAD ante la población en general de Baleares. La consideración de mayor o menor profesionalidad que se realiza incide directamente en la valoración global del servicio que se ofrece. El hecho de que sea una profesión que se desarrolla en el ámbito interno de las casas y vinculado a personas con dificultades para desempeñarse por su cuenta, tiende a feminizar en exceso el trabajo y al mismo tiempo, a desprofesionalizarlo o desnaturalizar la profesionalidad que existe en su ejecución. En efecto, se asemeja, a pesar de las diferencias con el servicio doméstico, a las tareas maternas, reducidas a dicha imagen por los mismos interlocutores de diversas áreas de esta investigación.

Condiciones personales para ser usuario del SAD

No existe una unidad de criterios en cuanto a las condiciones para acceder al SAD. Estas son las que determine cada una de las corporaciones locales que gestionan el servicio. En este sentido, la propuesta de Palma de Mallorca a la que se suman de buen grado Ciudadela y Mahó en Menorca abogan por la homologación de criterios del servicio en su conjunto pero, reconocen que aún no se ha profundizado lo suficiente como para realizar dicha propuesta. Sin ninguna duda, la gran consideración acerca de quienes son, o deben ser los usuarios del servicio se sitúa en la misma línea de consideraciones que caracteriza a las otras Comunidades Autónomas sobre las que hemos trabajado y que son las que engloban al amplio colectivo de las personas dependientes, es decir: mayores y personas con discapacidad preferentemente y menores en situación de

necesidades de cuidados, aunque en sentido más minoritario. En las peculiaridades organizativas del SAD BALEAR, familia es otra de las posibles demandas, - aunque administrativamente corresponden a otra Dirección General diferente a la de Servicios Sociales - si bien en la práctica son muy pocos los casos de demanda que se atienden en este orden específico dada la cantidad de dependientes que tienen en atención y, en algunos municipios, la importancia creciente de la lista de espera.

Lista de espera

La Dirección General que depende del Govern Insular sabe de la existencia de listas de espera en los municipios Baleares, especialmente en los que tienen mas de 20.000 habitantes. Sin embargo, y aparte de las listas de espera de demanda no atendida, son conscientes de la existencia de una lista inexistente pero real de personas que no llegan siquiera a demandar el servicio, aunque potencialmente cumplen con los requisitos para ser beneficiario de éste. La importancia de la población extranjera residente en las Islas, por ejemplo en Municipios como Pollensa o como Alcudia con un altísimo porcentaje de europeos comunitarios no españoles, saben que este tipo de servicio, una vez propagada su existencia, sería claramente demandado. Por otra parte, en Mallorca mismo, poblaciones como Inca presentan un gran volumen de campesinos devenidos trabajadores de industria del calzado y afines que también reúnen condiciones de demanda de SAD pero que se inhiben de hacerlo dadas las particularidades de las formas de ser

de las gentes de Baleares que aún mantienen rasgos muy tradicionales en la concepción de las responsabilidades de las familias, o más exactamente de las mujeres dentro de los grupos familiares. Pero idiosincrasias aparte, lo cierto es que existen listas de espera - la más voluminosa en la ciudad de Palma de Mallorca - y en otras ciudades . Listas que no pueden atenderse hasta tanto no se produzca un incremento de los presupuestos y en consecuencia, de la posibilidad de mayor atención por parte de las corporaciones locales, demandando a las empresas o a las trabajadoras sociales directamente.

Los equipos de los servicios sociales del Consell de Mallorca tienen buena experiencia en la gestión de servicios sociales comunitarios y buena relación con los Ayuntamientos para el servicio de ayuda a domicilio. En efecto, existen experiencias de puesta en marcha de este servicio en algunas unidades de trabajo sociosanitario antes de que se asumiera el SAD por parte de las corporaciones locales como una prestación básica de los servicios sociales comunitarios. Las características sociales, económicas y de desarrollo de esta isla han impuesto determinadas formas de adaptación de los servicios sociales y más en concreto, el SAD, a la realidad sobre la que trabajan. Según la Ley de Régimen Local, el Concell Mallorquí tiene participación en las decisiones sobre los servicios sociales en toda la isla aunque en ningún caso parecen existir problemas con los Ayuntamientos a pesar de que - no olvidemos - se trata de la isla con la mayor concentración poblacional de todo Baleares. que refleja en su normativa de servicios sociales, de gestión local o de primera intervención, la

importancia estratégica que representa dicho volumen demográfico.

Desde el Concell se da a los Ayuntamientos los fondos económicos para el SAD y en el caso del Ayuntamiento de Palma se añade a esa cantidad una compensación económica por la gestión del servicio dada la importancia poblacional de este municipio. La organización territorial de la isla es compleja, ya que existen Mancomunidades municipales, algunas generales y otras sólo para servicios sociales. Emergen así otras figuras administrativas, también locales pero con personalidad jurídica diferente de las del Concell y los Ayuntamientos. Cuando éstos últimos integran mancomunidades no coinciden con las Unidades de Trabajo Social (UTS) y tampoco necesariamente con la organización de los centros de salud.. La territorialización de los distintos servicios públicos es diferente según los Ayuntamientos están agrupados en distintas áreas o zonas para Educación, Empleo, Salud, Servicios Sociales, etc. Los intentos de adaptación por parte de las Mancomunidades hacia la comarcalización sería ineficaz pues en ningún caso podría atender a todas las zonificaciones que existen de hecho o de derecho. La disparidad en la organización territorial supone un claro desajuste para la gestión. Cualquier intento de coordinación y de puesta en común de cualquier servicio supone un cúmulo de gestiones que se ve claramente dificultada por este entramado de zonas, comarcas, etc.

En el ámbito de los servicios sociales se plantea el problema de que las Mancomunidades no están suponiendo por ahora una vía para agrupar y consolidar los servicios sociales comunitarios o de base, sobre todo porque no coinciden los ayuntamientos de las zonas de trabajo social con los integrados en aquellas. Por el contrario, más que un elemento clarificador y de unificación y coherencia del sistema, la existencia de las Mancomunidades está dando pie a actuaciones que van contra el sistema de servicios sociales asumido como propio por los Concells, aspecto que resulta más problemático en Menorca y en Ibiza. La mancomunidades tienen personalidad propia por la que pueden también pedir fondos económicos para actuaciones de carácter social financiados por las diferentes propuestas europeas, así como por el Ministerio de Asuntos Sociales, el Concell de Govern e, incluso, los propios Concells Insulars.

Presupuesto

Los fondos para atender el SAD provienen del Plan Concertado, del gobierno insular y de los Concells. En principio y según el mencionado Plan, los fondos para atender el SAD debían proceder por partes iguales de las tres entidades,. En la práctica señalan que entre el Plan Concertado y el Govern aportan la mayor cantidad y el resto lo aportan las Corporaciones Locales. El presupuesto del Plan Concertado está reestimulado desde hace algún tiempo, a partir de la firma del convenio de trabajo Este año 2005 se ha realizado un incrementado superior al de I.P.C. Todos los ayuntamientos de

Mallorca y la mayoría de los de Menorca, exceptuando los mas pequeños que no tienen ninguna capacidad económica, destinan fondos propios para atender el SAD. El servicio está creciendo, pero menos de lo que sería preciso según la población que lo demanda ya que los mismos profesionales frenan la oferta porque son conscientes de la falta de recursos existente y de que no se podría dar respuesta si afloraran todas las necesidades reales que ellos presuponen que existen. En el caso de Palma de Mallorca, Inca y Manacor existen listas de espera, siendo más acusada la que existe en la primera ciudad que tiende a incrementarse de manera importante.

A través del Plan Concertado y de los fondos destinados por el Concell de Govern, se pretende cubrir las prestaciones mínimas establecidas en el Plan Concertado y las otras que proponen los Concellls Insulares como son el Servicio de Información y Orientación, la Atención al familiar con menores en riesgo, dependencia juvenil e infantil, etc. Además del cumplimiento de la normativa estatal, en Baleares se debe cumplir la Ley de Servicios Sociales de la Dirección General de Servicios Sociales que regula además de la atención primaria, gestionada por las administraciones locales, las prestaciones mínimas del Plan Concertado, las prestaciones de Prevención y Promoción Social y la Participación Ciudadana.

Calidad del servicio

Por ahora, intentan mantener un equilibrio para la optimización del servicio buscando el punto - siempre inestable - según el cual aumentar o mantener la calidad

del servicio que se está ofertando pero también intentar llegar a más número de demandantes, aspectos que - reiteramos - resulta especialmente clave en el caso de las ciudades con más densidad demográfica. Cuando alcanzan una subida del presupuesto, éste se reparte entre el aumento de los sueldos de las auxiliares, la incorporación de nuevas prestatarias y en ampliar el número de usuarios atendidos. En todo caso, ni con los presupuestos habituales, ni con las subidas que hasta ahora han tenido, logran cubrir las listas de espera - caso flagrante de Palma de Mallorca - que dado el envejecimiento poblacional aumenta constantemente.

El reparto de los fondos destinados a SAD para cada isla se realiza con acuerdo al censo poblacional, los Índices de Dependencia, los Índice de Mayores, los Porcentaje de Población mayor de 65 años y los porcentaje de mayores de 85 años, aspectos todos que valen para construir índices de calidad de servicio más que para estructurar el servicio de forma proporcional a cada uno de los diversos segmentos. Pero valen, sobre todo, para decidir el reparto del presupuesto entre diferentes segmentos de necesidad de cobertura en los distintos Ayuntamientos y fijar las cantidades destinadas de cada uno de ellos. Desde estas cantidades de base fijadas en su día, aumenta el IPC a todos por igual y el año en que cuentan con diferencial presupuestario, se incrementa la atención de quienes están en la lista de espera.

Desde los Concells, los Ayuntamientos o Mancomunidades pero también desde las empresas - probablemente las más interesadas en clarificar sus potencialidades y límites

en el servicio - se intenta homologar la amplia disparidad de criterios que existen, pero es evidente que las urgencias para responder a las demandas de los mismos usuarios obliga a postergar el debate y optar continuamente por usuarios del SAD vinculados a las más graves circunstancias de desatención. Es necesario tener presente que la priorización de la necesidad de los demandantes como forma de acceso al SAD, con el consiguiente rechazo o incorporación a la lista de espera de los casos valorados como menos graves, puede producir un efecto perverso en la relación familiar, en el sentido de que las familias que no se desentienden de sus familiares dependientes no reciben apoyo de la administración mientras que las familias que no se responsabilizan consiguen que la persona dependiente sea atendida, reforzando así la irresponsabilidad familiar.

Control y seguimiento del servicio

Los trabajadores sociales realizan una vez al mes la tarea de supervisión de la labor de las trabajadoras de domicilio. Realizan reuniones periódicamente en las que se repasa la situación de los distintos usuarios y además se trata de algún tema o caso concreto que demanden las trabajadoras así como se pasa revisión de las nuevas demandas que puedan existir. En cualquier caso hay que tener en cuenta que Ayuntamientos como Alcuñia, Algaida, Pollensa, etc. suelen tener entre treinta y ocho casos - el que menos tienen actualmente y cuarenta y cinco -, el que más demanda soporta en el momento de realizar la investigación.

El control laboral de las trabajadoras (horarios, vacaciones, bajas, etc) lo lleva cada Ayuntamiento contratante, aunque se establece también una vigilancia desde los centros de servicios sociales dependientes de la Dirección General de Servicios Sociales. Las auxiliares informan de sus ausencias en la jornada laboral al ayuntamiento del que dependen y a la trabajadora social de su zona. Es muy frecuente que cuando una auxiliar se ausenta del trabajo, informe además al usuario. Las ausencias de las auxiliares suelen también ser conocidas por su propias compañeras y el trabajo se redistribuye o adecua siguiendo el criterio de atender los casos más importantes (aseo personal y comida), que dado el perfil del SAD en las Islas Baleares, tiene muy poco margen para dejar fuera de atención a ninguno de sus usuarios.

La responsable de servicios sociales del Ayuntamiento o Mancomunidad realiza al menos una visita domiciliaria al mes a cada uno de los usuarios. En cuanto a las variaciones del servicio y la situación del usuario, se considera y verifica que la mejor fuente de información es la trabajadora de casa misma, por ser la presencia más frecuente en el domicilio y porque es quien asume la tarea encomendada siendo ella, sin ninguna duda, el principal referente entre el usuario y la Administración y la representante por excelencia del SAD.

En los grandes Ayuntamientos, - principalmente en el caso de Palma de Mallorca que representa la gran concentración urbana de todas las Baleares se externaliza el servicio y se subcontrata a empresas que son las que ejecutarán el

mismo. Las trabajadoras de las empresas han de tener una formación acorde con las propuestas acordadas por los diferentes agentes - incluidos los sindicatos - y dicha formación es acatada y ratificada por los convenios de las empresas con las trabajadoras.

VI.4.- GALICIA

Es difícil situar y valorar la prestación básica del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito de la Comunidad Autónoma de Galicia sin tener en cuenta las especiales coordenadas sociodemográficas de esta Comunidad: acusada desigualdad en la densidad de población, con gran dispersión y despoblamiento del medio rural frente a gran concentración en las zonas costeras y urbanas y alto índice de envejecimiento. La gran variedad del amplio territorio gallego, que introduce especiales dificultades para el desarrollo de las comarcas interiores de montaña, y las características de su historia reciente, sobre todo la emigración del pasado siglo, han venido a configurar una situación de desigualdad básica -no corregida por actuaciones políticas de discriminación positiva- cuyo resultado ha sido el de una profunda dualización social y económica de la sociedad gallega que ahonda la desigualdad de derechos sociales entre sus ciudadanos.

La población gallega se resiente, en su alto índice de envejecimiento actual - 21,3 % de personas mayores de 65 años frente a 16,9 % de la media de España- por la emigración pasada. Los que se marcharon a mediados de los años cincuenta del siglo xx -a Alemania, Suiza, Francia e incluso todavía a Argentina- estaban en edad de procrear y, en la década de los años ochenta, bastantes de ellos comenzaron a regresar, ya mayores, al jubilarse o por la situación económica menos favorable en sus países de acogida.

A este regreso de personas emigradas a sus lugares de origen -mayoritariamente de las zonas rurales más deprimidas de la Comunidad- se viene a sumar el general aumento de la esperanza de vida de los ciudadanos españoles y la baja tasa de natalidad de Galicia -con 0,9 hijos por mujer en edad de procrear, es la segunda más baja del Estado, tras Asturias-, dando como resultado esta conjunción de factores un saldo vegetativo -diferencia entre nacimientos y defunciones por cada mil habitantes- negativo en todas las provincias gallegas pero especialmente acusado en las de Lugo y Orense -con -7,73 y -7,66 respectivamente, siendo el saldo vegetativo para el conjunto del Estado de +1,34-.

La inmigración de las últimas décadas, que ha contribuido a nivelar el saldo vegetativo en gran parte del Estado, no ha tenido sin embargo en Galicia un impacto significativo; así encontramos hoy que la situación sociodemográfica está alimentado el desequilibrio socioeconómico territorial de la Comunidad Autónoma en una medida importante -según datos de la Xunta existen actualmente en Galicia 8.194 núcleos rurales a punto de desaparecer y hay 261 aldeas abandonadas.

Permanece por otra parte muy arraigado en la Comunidad Gallega -sobre todo en las generaciones mayores del medio rural- un modelo cultural "pre-moderno", de contenido claramente "comunitario" y ordenado básicamente en torno a un intenso sentimiento de apego a la "propia tierra" y a la "propia casa" -es explícita la voluntad firme de morir en la "propia cama"-. En coherencia con estos sentimientos y los valores que dominan en este modelo

cultural, la resistencia de las personas mayores de amplias zonas de Galicia para acceder a una Residencia es casi invencible.

Esta realidad cultural no deja de favorecer a las Instituciones Autonómicas a las que compete proveer de "plazas públicas residenciales" a aquellas personas mayores que las soliciten y las necesiten, siendo la escasez de este recurso público un hecho plenamente contrastado en Galicia: el tiempo de espera medio para una plaza de Residencia de tercera edad está entre ocho meses y un año y, según datos del Defensor del Pueblo Gallego, de junio de 2004, había en esa fecha 3.425 gallegos en lista de espera para acceder a una plaza pública en una Residencia de ancianos, y 2.700 de ellos requería una plaza "asistida", es decir para personas que no pueden valerse por sí mismas.

Situación del SAD en la Comunidad de Galicia

En el contexto que dibujan las coordenadas sociodemográficas, económicas y culturales someramente descritas, parece obvio valorar "a priori" de extremadamente importante la función que puede y debe cumplir un adecuado Servicio de Ayuda a Domicilio -Ayuda en el Hogar / SAF en Galicia- en el ámbito de esta Comunidad Autónoma.

La investigación realizada pone al descubierto no sólo una situación actual del SAD tan profundamente dual como toda la realidad gallega lo es, sino también la conveniencia de un planteamiento heterogéneo/diversificado para el futuro de esta prestación. Por lo que se refiere a la situación presente, poco tiene que ver la realidad urbana del SAD, en la que está en vía avanzada de implantación el modelo "tecno-societario" de prestación, liderado por una generación de profesionales del trabajo social -con responsabilidades técnicas y/o políticas en el ámbito del SAD- que desean "militantemente" la modernización de los Servicios Sociales en su Comunidad, con la realidad rural del SAD en amplias zonas de la geografía gallega -las del interior de forma más acusada-, dominada por la escasez cuando no carencia total de recursos sociales de todo tipo, un contexto en el que apenas puede pervivir un modelo "familiar-comunitario" de SAD, de contenido meramente asistencial, próximo a la beneficencia, y sostenido en numerosas ocasiones por el trabajo solidario de Organizaciones sociales sin ánimo de lucro.

Una y otra realidad tropiezan, por otra parte, con una financiación pública muy insuficiente que, en el primer caso, introduce elementos de acusada contradicción en la dinámica del SAD: exigencia de calidad del servicio, de formación adecuada del personal Auxiliar y de cumplimiento del Convenio Colectivo del Sector -contrataciones y salarios dignos, cobertura económica de los desplazamientos- a las Entidades prestadoras de SAD, en tanto que se establecen precios públicos para la contratación de la prestación con los que se tiene

conciencia de que las Entidades prestadoras no pueden cumplir esas exigencias. Y, en el segundo caso, la insuficiente financiación del SAD -que da lugar en ocasiones a la suspensión del Servicio a mitad del año- contribuye a agrandar cada vez más el déficit social y económico del medio rural gallego, impidiendo el acceso de los habitantes de esas zonas a sus derechos ciudadanos.

De cara al futuro, un futuro condicionado por esta extrema dualidad presente, tampoco puede pensarse en la implantación de un modelo homogéneo de Servicio de Ayuda a Domicilio, en tanto subsistan realidades sociodemográficas y formas de vida cotidiana tan dispares como las observables en la realidad de la Comunidad Autónoma. La diversidad de la demanda -expresa o latente- hace obligada la segmentación de la oferta y, obviamente, la aplicación de medidas integrales de discriminación positiva en las comarcas de más acusadas carencias.

En cualquier caso el Servicio de Ayuda a Domicilio, una prestación cuya necesidad social no se cuestiona por ninguno de los distintos interlocutores que en Galicia han tomado parte en esta investigación, sí se encuentra en cambio sometido en el presente a un debate profesional de bastante intensidad que, orientado por el paradigma modernizador, se centra en determinados aspectos concretos que tienden a una diversificación del modelo.

Desde una perspectiva cualitativa, el trabajo realizado en esta Comunidad Autónoma pone de relieve una serie de situaciones -narradas y observadas en el proceso de

trabajo de campo-, opiniones, valoraciones y expectativas de los diversos agentes sociales que participan, desde lugares también muy diversos, en el desarrollo del SAD: representantes institucionales de las Administraciones Autonómica y Local con competencias en la regulación y financiación de esta prestación básica, responsables técnicos de su gestión municipal, representantes de empresas y asociaciones prestadoras del SAD, así como personas que realizan las tareas que integran el Servicio y personas usuarias del mismo.

La regulación autonómica DEL SAD

La Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales, derogó la Ley 3/1987, de 27 de mayo, de Servicios Sociales y es la normativa actualmente vigente en esta materia en el ámbito territorial de la Comunidad Autónoma de Galicia. En el Capítulo II, Sección I, la Ley regula los Servicios Sociales de Atención Primaria, en cuyo marco se sitúa la prestación básica del Servicio de Ayuda en el Hogar. Como uno de los objetivos generales de los Servicios Sociales de Atención Primaria se establece "la mejora de la autonomía personal así como la integración y permanencia en el medio familiar y social mientras sea deseada y conveniente (Art.7) . Y para poder dar cumplimiento a este objetivo se dice, en el Art. 8, que los Servicios Sociales de Atención Primaria desarrollarán, entre otros programas, "el Programa de Ayuda en el Hogar para prestar un conjunto de atenciones de carácter doméstico, social, personal o educativo a los ciudadanos en su medio". De conformidad con lo previsto en la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local, "compete a los Ayuntamientos la creación y gestión de los servicios sociales de atención primaria" (art.21) -a cuyo ámbito pertenece el Servicio de Ayuda en el Hogar-. A las Diputaciones Provinciales les compete garantizar, en todo el territorio provincial, la prestación integral y adecuada de los Servicios Sociales de competencia municipal, para lo cual han de proporcionar apoyo económico, técnico y jurídico a los Ayuntamientos, en especial a los de menos de 20.000 habitantes y cuando sea necesario recurrir a las Asociaciones de Municipios (art.22).

Por lo que se refiere a la financiación de los Servicios Sociales, el Título VII, Capítulo Único, establece que tanto la Comunidad Autónoma como las Diputaciones Provinciales y los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes, han de incluir en sus presupuestos partidas específicas, en cuantía suficiente para hacer frente a los gastos derivados del ejercicio de sus competencias en materia de Servicios Sociales. Los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes que opten por asociarse en materia de Servicios Sociales han de consignar como mínimo un 4 % de sus presupuestos para esa finalidad y los que opten por abordar en solitario esas competencias habrán de consignar como mínimo un 6 % de los presupuestos para esa finalidad (arts. 75,76,77). Asimismo establece la Ley que "los usuarios de los Servicios Sociales participarán, en la medida de sus posibilidades, en la financiación de los mismos, de conformidad con los principios de solidaridad y redistribución" (Art.78).

El Decreto 240/1995, de 28 de julio, en desarrollo de la Ley 4/1993, de 14 de abril, regula los Servicios Sociales de Atención Primaria en el territorio de la Comunidad Autónoma. En el Capítulo I, Art.4, el Decreto establece que "la creación y gestión de los Servicios Sociales de Atención Primaria corresponde a los Ayuntamientos, que distribuirán los servicios de forma homogénea atendiendo al criterio de proximidad a los usuarios". En el Art.5 se fija la obligación de las Diputaciones Provinciales de "garantizar la prestación integral y adecuada de los Servicios Sociales de Atención Primaria en la totalidad del territorio provincial".

En el Capítulo II, Art.9, el Decreto establece, como una de las prestaciones básicas de los servicios sociales de atención primaria, la implantación del Programa de Ayuda en el Hogar, para "prestar un conjunto de atenciones de carácter doméstico, social, personal o educativo a los ciudadanos en su medio". En los Arts. 12, 13 y 14 del Decreto se desarrollan los objetivos, tipos de prestaciones y destinatarios de este Programa, adjudicándose a los Servicios Sociales de Atención Primaria la función de realizar el diagnóstico y valoración de los casos que "por sus características económicas y sociales deban ser incluidos en este programa".

El objetivo general del SAD (art.2) es el de prestar un conjunto de atenciones, desde una perspectiva integral y normalizadora a los ciudadanos en su domicilio, en aquellas situaciones en que tengan limitada su autonomía personal o en los casos de desintegración familiar, facilitando la permanencia en su medio de convivencia y evitando así su posible institucionalización; es una prestación de carácter complementario y transitorio que no exime a las familias de su responsabilidad.

Para cumplir este objetivo el SAD ha de ofrecer una atención integral y polivalente a los usuarios, abarcando las diferentes necesidades de las personas o familias, siempre con carácter preventivo, educativo y rehabilitador (art.3). Las diferentes prestaciones que se ofrecen a los usuarios se concretan en:

1. Atenciones de carácter personal; aquellas que se dirigen al usuario cuando éste no pueda realizarlas por sí mismo o precise ayuda para realizarlas:

- Aseo y cuidado personal para mantener la higiene personal.
- Ayuda para comer.
- Supervisión, si procede, de medicación sencilla prescrita por personal facultativo y del estado de salud del usuario, para la detección y comunicación de cualquier cambio significativo.
- Apoyo para la movilización dentro del hogar.
- Compañía.
- Acompañamiento fuera del hogar para realizar gestiones tales como visitas médicas, tramitación de documentos u otras análogas.
- Facilitar actividades de ocio en el hogar, con entrega de materiales para trabajos manuales, prensa, libros, revistas o similares.
- Otras atenciones de carácter personal que puedan ser incluidas con carácter específico para la finalidad del SAD.

2. Atenciones de carácter psicosocial y educativo; aquellas referidas a las intervenciones técnico-profesionales formativas y de apoyo al desarrollo de las capacidades personales, la afectividad, la convivencia y la integración en la comunidad en que se desenvuelve la vida del usuario, así como el apoyo a la estructuración familiar.

3. Atenciones de carácter doméstico; aquellas actividades y tareas que se realicen de forma cotidiana en el hogar, referidas a:

- Alimentación; comprende tareas de compra y preparación de alimentos en el hogar.
- Ropa; comprende tareas de lavado, planchado, coser, ordenar, marcar y otras análogas.
- Limpieza y mantenimiento de la vivienda así como pequeñas reparaciones u otras tareas que no requieran la participación de especialistas.

Tareas que han de tener carácter excepcional y complementario de las propias capacidades del usuario o de otras personas de su entorno inmediato.

4. Atenciones de carácter técnico y complementario; aquellas gestiones o actuaciones que puedan ser necesarias, bien para la puesta en funcionamiento del servicio bien para que continúe en condiciones adecuadas, o para permitir, con el apoyo de nuevas tecnologías, una atención inmediata en situaciones de emergencia, tales como la teleasistencia y otras actuaciones orientadas a la adecuación funcional del hogar.

El SAD se establece con carácter universal (Art.4), pero "tendrá como objeto prioritario de atención aquellos ciudadanos que por sus condiciones físicas o mentales, socioeconómicas o familiares tengan seriamente limitada su autonomía personal y su capacidad de relación social, precisando alguna/as de las atenciones descritas, siempre

y cuando éste sea el recurso adecuado según valoración de los profesionales de los Servicios Sociales de Atención Primaria". Los potenciales usuarios del Servicio de Ayuda en el Hogar son:

- Familias o personas que presentan disfunciones susceptibles de mejora con una adecuada atención en el hogar.
- Personas mayores con cierto nivel de dependencia, que no tienen quien los atienda suficientemente y que, con esta ayuda, pueden continuar viviendo en su hogar.
- Personas con discapacidad a las que esta ayuda puede favorecer en su autonomía.
- Menores a los que haya que atender por ausencia de los padres o tutores, o cuando éstos por circunstancias coyunturales diversas, suficientemente justificadas, no puedan ejercer sus funciones.
- Colectivos específicos que presenten situaciones de riesgo y exclusión social.

Los trabajadores sociales de los Servicios Sociales de Atención Primaria tienen encomendada en la Orden la labor técnica de diagnóstico, seguimiento y evaluación del SAD, en coordinación con los profesionales del propio equipo y en colaboración con los de otros servicios y programas de protección social. En un segundo nivel, son los Auxiliares de Ayuda en el Hogar los encargados de la ejecución directa de las tareas descritas. Entre ambos niveles ha de establecerse una estrecha coordinación así

como con el voluntariado que podrá colaborar de forma complementaria (art.5).

En el Art.6 se establecen las funciones y tareas que competen a cada uno de estos dos niveles de actuación del SAD: El trabajador social, como profesional receptor de la demanda, realizará el estudio y valoración de la situación expuesta y diseñará el proyecto de intervención adecuado a la misma, siendo también responsable de su seguimiento y evaluación; podrá formular propuestas de ampliación, reducción o suspensión del servicio si fuese necesario. También está entre sus funciones el apoyo y promoción de la formación-reciclaje del personal relacionado con el SAF, así como la coordinación con asociaciones, instituciones, profesionales y voluntariado relacionados con el Servicio. Al Auxiliar de Ayuda en el Hogar, como profesional que ha de realizar las tareas de carácter asistencial y educativo en contacto directo con el usuario del SAD, le competen las funciones siguientes:

- Asistenciales, de atención personal y doméstica.
- De orientación en actividades de la vida cotidiana.
- Educativas, potenciando y no sustituyendo las capacidades del usuario.
- De colaboración con el trabajador social en la coordinación y evaluación del servicio.

Y para llevar a cabo estas funciones y las correspondientes tareas, según el plan diseñado por el profesional responsable del SAD, este personal ha de ser formado previa y específicamente, estableciéndose

posteriormente un sistema de evaluación y formación permanente que vaya dando respuesta a los problemas concretos que presente el servicio.

Las funciones y tareas que correspondan en rigor al ámbito sanitario, tales como curas personales, inyecciones, sondajes, podología... , precisan de una estrecha colaboración sociosanitaria, coordinándose el SAD con los Servicios Sanitarios de Atención Domiciliaria desempeñados desde el Centro de Salud, Hospital u otro servicio que corresponda.

El Art.9 de la Orden regula el trámite de acceso al Servicio de Ayuda en el Hogar, que incluye la "formalización por escrito, entre las partes, de las condiciones de prestación del Servicio. Y en el Art.11 se establecen los criterios para la concesión del mismo; la valoración de necesidades por parte de los profesionales de los Servicios Sociales se realizará en torno a las variables siguientes:

- Autonomía personal para la realización de actividades de la vida cotidiana, tanto de carácter personal como doméstico, puntuándose niveles de dependencia o necesidades derivadas de deficiencias de salud física o mental.
- Situación socio-familiar, estableciendo el grado en que la familia u otras personas del entorno del usuario ayuden o pueden ayudar.
- Situación económica de la unidad de convivencia, tomando como base la renta disponible mensual - cantidad resultante de restar de los ingresos de la

unidad de convivencia los gastos fijos de alquiler o de amortización de la vivienda-.

- Otras situaciones o factores más específicos, como la localización, estado y equipamiento de la vivienda, recursos disponibles en el entorno y acceso a ellos.

La financiación del SAD se realizará con las aportaciones de la Comunidad Autónoma de Galicia, de las Diputaciones Provinciales, de los Ayuntamientos y de los propios usuarios, de conformidad con lo establecido en la Ley 4/1993, de 14 de abril, de Servicios Sociales.

En relación con su participación en el pago del Servicio, los usuarios son clasificados en tres grupos: los exentos de pago, los de pago porcentual y los de pago total. Quedan en todo caso exentos de pago los usuarios que perciban, como mínimo, una renta per cápita anual inferior al 50 % del salario mínimo interprofesional, entendiéndose por renta per cápita anual, la suma de los ingresos que, por cualquier concepto, perciba la unidad familiar dividida por el número de miembros que la integran. Para la determinación concreta de la posible aportación de los usuarios, los Ayuntamientos deberán establecer, mediante la normativa municipal adecuada, el precio público y los baremos que se aplicarán, garantizando su difusión, publicidad y objetividad.

Regulación del cheque asistencial

Por Decreto 176/2000 de 22 de julio, de la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales, la Xunta de Galicia crea y

regula el "Programa de atención a personas mayores dependientes, a través del Cheque Asistencial". Se trata de un Programa de la Xunta que, al menos en una de sus modalidades, entra en clara competencia con el SAD municipal y su legalidad, en este sentido, es cuestionada -de forma explícita en ocasiones y latente siempre- tanto por los responsables políticos de los Servicios Sociales municipales como por los técnicos responsables del Servicio de Ayuda a Domicilio, que resaltan su propósito clientelar y de privatización de la atención a las personas dependientes.

El Decreto, tras poner de manifiesto la situación de envejecimiento de la Comunidad Autónoma y la necesidad de dar respuesta a la misma a través de un sistema de actuaciones específicas que "contribuyan a garantizar condiciones de vida digna para las personas afectadas y un apoyo para sus familias", implanta el Programa de Cheque Asistencial, que incluye un "sistema de ayudas económicas para co-financiar los gastos de personas mayores que presenten importantes situaciones de dependencia y precisen de ayuda de otra persona para llevar a cabo las actividades de la vida cotidiana".

Las entidades prestadoras de servicios que se creen podrán acogerse a las ayudas para la creación de empleo en los términos que fije la normativa de la Xunta de Galicia. A los Servicios Sociales municipales se les atribuyen competencias de gestión, tramitación y seguimiento de las diversas fases del programa.

Se establecen (Art.3) cuatro modalidades del Programa:

- Cheque Residencia.
- Cheque Centro de Atención Diurna.
- Cheque Atención de Ayuda en el Hogar: comprende las ayudas destinadas a cubrir los costes ocasionados por servicios profesionales de atención integral, prestados en el propio hogar familiar por las entidades incluidas en el programa, que aparecen reguladas en la Orden de 22 de julio de 1996, por la que se regula el Servicio de Ayuda en el Hogar.
- Cheque Estancia Temporal o Programas de Respiro.

El importe máximo de las distintas modalidades del Cheque las fijará anualmente la Consellería competente en materia de Servicios Sociales y la cuantía de la ayuda se establecerá en función de los ingresos de la unidad de convivencia y del crédito disponible anualmente para este programa (Art.7).

El beneficiario, ayudado en su caso por su unidad de convivencia o cualquier otra instancia que le preste ayuda, participará en el pago del Servicio en una cuantía mínima del 50% del coste total del mismo (Art.10.2)

Actuaciones autonómicas relacionadas con el SAD

Más allá del hecho de que la vigente normativa autonómica reguladora de la prestación básica del Servicio de Ayuda a Domicilio, en el marco de los Servicios Sociales de Atención Primaria, se pueda considerar similar a la del

resto del territorio español, la "realidad" de esta prestación, en su aplicación, formas de financiación y colaboración entre Administraciones ofrece en Galicia notables peculiaridades y, en general, un desarrollo desigual y poco atento a las importantes necesidades de los sectores más vulnerables de su población.

En el Organigrama General de la Xunta de Galicia, el SAD depende de la Consellería de Asuntos Sociales, Empleo y Relaciones Laborales y, dentro de ésta, de la Subdirección General de Inclusión y Cooperación con las Corporaciones Locales, dentro de la Dirección General de Servicios Comunitarios e Inclusión Social.

Se da la circunstancia de que se ha producido -en septiembre de 2004- una reorganización de las Consellerías que afecta negativamente, en opinión de diversos informantes cualificados que han colaborado en esta investigación, a la operatividad y rentabilidad social del Servicio de Ayuda a Domicilio: la Dirección General del Mayor y Personas con Discapacidad, que dependía hasta esa fecha de la Consellería de Asuntos Sociales, Empleo y Relaciones Laborales -de la que dependen los Servicios Sociales de Atención Primaria, y en su marco el SAD-, ha pasado a depender de la Consellería de Familia, Juventud, Deporte y Voluntariado. Dado que la demanda del SAD se concentra muy mayoritariamente en los grupos de personas mayores y personas con discapacidad, especialmente en los primeros, esta dispersión de competencias en diferentes Consellerías genera confusión, aumento de la burocracia e ineficacia en definitiva. Como ejemplo de la

disfuncionalidad que ha venido a representar la dispersión de competencias en materia de Servicios Sociales en diferentes Consellerías, el Programa de Cheque Asistencial, en su modalidad de Ayuda en el Hogar -una de las cuatro que el cheque contempla-, subvencionado por la Xunta con una aportación máxima del 70% del coste total -aunque no suele superar el 50%-, destinado a personas mayores de 65 años dependientes y ejecutado por empresas privadas, ha pasado a depender, en la reorganización, de la Consellería de Familia, Juventud, Deportes y Voluntariado, manteniendo no obstante delegada su tramitación en los Servicios Sociales de Atención Primaria municipales, cuya cooperación administrativa y económica con la Xunta está adscrita a la Consellería de Asuntos Sociales, Empleo y Relaciones Laborales.

La actuación de la Xunta -además de la normativa ya descrita- se centra en gestionar, desde la Dirección General de Servicios Comunitarios e Inclusión Social, los créditos del Plan Concertado para las prestaciones básicas de los Servicios Sociales de Atención Primaria. Una vez recibida la subvención del Estado, la Xunta está obligada a igualar como mínimo, a cargo de los presupuestos autonómicos, la cantidad recibida.

El procedimiento de traspaso de recursos económicos "Plan Concertado-Xunta" para la prestación básica del SAD a las Corporaciones Locales -competentes, por Ley, de la creación, gestión y ejecución de las prestaciones básicas de Servicios Sociales- se lleva a cabo de la forma siguiente: los Ayuntamientos solicitan a la Xunta la

subvención económica para los casos de atención que consideran van a tener en el programa a lo largo del año, remitiendo al inicio del siguiente año una memoria evaluativa que incluye el gasto realizado y el número de casos atendidos; la Xunta garantiza en todo caso la prórroga de casos para el año siguiente con objeto de mantener la atención al usuario; en función posteriormente de las disponibilidades presupuestarias se intentará siempre, dicen en la Xunta, atender casos nuevos, que serán a su vez prorrogables para el siguiente año una vez justificados en la memoria correspondiente.

En el marco del Servicio de Ayuda a Domicilio se contempla también en la Xunta el Programa de Teleasistencia Domiciliaria. En el año 1999, se estableció un Convenio de Colaboración entre la Consellería de Sanidad y Servicios Sociales -en esa fecha la competente en esta materia- y las cuatro Diputaciones Provinciales de Galicia, las cuales tienen a su vez establecido, desde el año 1998, un Convenio de Colaboración con el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (IMSERSO) y la Federación Española de Municipios y Provincias para desarrollar el Programa de Teleasistencia Domiciliaria.

Sin embargo, la información obtenida nos sitúan frente a una "realidad" sumamente desigual de esta prestación básica, con carencias muy acusadas y generalizadas en las comarcas más deprimidas y envejecidas de la Comunidad Autónoma, en las que no queda garantizado el derecho de los ciudadanos al Servicio de Ayuda a Domicilio, tal como la Ley obliga a las Diputaciones Provinciales, cuando los

Concellos no pueden hacer frente a los costes económicos de la prestación.

Faltan además por completo, son insuficientes o están muy alejados en esas comarcas, otros recursos especializados para la atención de las personas dependientes, recursos cuya creación y mantenimiento compete a la Administración Autonómica -Centros de Día, plazas asistidas de Residencia, Centros de Salud -. La proximidad de los recursos es un elemento fundamental si se tiene en cuenta la dispersión geográfica de la población de Galicia, pues la lejanía de los mismos constituye un factor de injusta discriminación para las personas dependientes de los pequeños núcleos rurales, especialmente los de montaña.

La extrema dualización del SAD en Galicia se concreta y manifiesta en la presencia, en paralelo, de dos modelos de gestión y, sobre todo, de ejecución del SAD, en desconexión prácticamente completa en algunos ámbitos y en convivencia conflictiva en otros:

- o Por una parte, en el medio urbano gallego el SAD se encuentra inmerso en un proceso avanzado de modernización, un proceso orientado a la plena implantación del modelo de prestación "tecno-societario" que domina actualmente en el ámbito institucional global. Este proceso se revela en Galicia claramente liderado por una generación de profesionales del trabajo social -mujeres en su práctica totalidad- que, en los últimos años, vienen detentando responsabilidades técnicas y/o políticas en el

campo de los Servicios Sociales, especialmente en el ámbito de la Administración Local.

Característica fundamental de este modelo es su apuesta firme por la tecnificación y homogeneización de la gestión municipal del SAD, protocolizando rigurosamente los procesos de tramitación y adjudicación de la prestación. Una característica que, enfrentada al discurso sobre la necesidad de una mayor diversificación en la prestación del SAD, para mejor responder a la gran diversidad de situaciones que coexisten en el territorio gallego -manifestada incluso en los diferentes tipos de habitat urbanos-, no deja de representar un elemento de contradicción al que habrán de estar muy atentos los responsables políticos y técnicos de las diferentes instancias planificadoras y gestoras del SAD en la Comunidad Autónoma, para acertar a conciliar la homogeneidad de la gestión con la necesaria heterogeneidad /diversidad de la atención.

- o Por otra parte, la realidad del SAD en el medio rural gallego -y muy especialmente en las zonas montañosas del interior de la Comunidad-, aparece por completo dominada por la escasez, cuando no ausencia total, de todo tipo de equipamientos y recursos sociales y por unas infraestructuras de comunicación y otros servicios básicos, como el teléfono, obsoletas -en algunos lugares medievales- que dificultan

sobremañera el trabao de las personas encargadas de la prestación directa del SAD, aun cuando se recurre siempre para este Servicio a la contratación de personas vecinas de esas zonas de especiales dificultades, "familiarizadas" por tanto con el medio. En este peculiar y precario contexto apenas puede pervivir -de hecho el Servicio se interrumpe en ocasiones a mitad de año por falta de presupuesto- un modelo de SAD premoderno - "familiar-comunitario"-, de contenido meramente asistencial y apoyado en muchos casos por el trabao altruista de Organizaciones sociales sin ánimo de lucro.

Ambos modelos de SAD aparecen en Galicia profundamente afectados -si bien en distinta medida y con distintas consecuencias- por una financiación pública por completo insuficiente. El Plan Concertado, en cuanto modelo de financiación a tres bandas -Estado Central, Comunidad Autónoma y Concellos- de las prestaciones básicas de los Servicios Sociales o Servicios Sociales de Atención Primaria, funcionó bien en sus inicios -como intento de sentar las bases para un Sistema Público de Servicios Sociales- pero actualmente el Plan se encuentra varado, porque ni el Estado central ni la Xunta han ampliado en estos últimos años su financiación y, por tanto, lo han descapitalizado. El peso de la financiación de las prestaciones básicas -el SAD entre ellas- ha venido así a recaer mayoritariamente en los Concellos -del 30% inicial a cargo de éstos se ha pasado al 60% y más en algunos casos- lo que representa una inversión difícil de asumir

para gran parte de éstos y, mucho más, para los Concellos rurales de las zonas más deprimidas del interior de la Comunidad, porque además existen muchas resistencias para constituir Mancomunidades en territorio gallego.

En el caso del modelo urbano -"tecno-societario"-, la insuficiente financiación del SAD entra en abierta contradicción con el paradigma que informa el modelo, el paradigma de "calidad total" del Servicio, y que exige:

- equipos técnicos eficientes al servicio de la planificación y la gestión del SAD,
- personal Auxiliar de Ayuda a Domicilio con formación adecuada a sus funciones y tareas,
- servicios complementarios -rehabilitadores, lúdicos, educativos, preventivos...- que proporcionen una atención integral a las personas usuarias,
- condiciones laborales y remuneración de los trabajadores de las entidades prestadoras del SAD -en sus diferentes categorías-, que cumplan rigurosamente la normativa laboral vigente y los Convenios Colectivos del sector.

Todo lo cual es incompatible con la fijación por parte de los Concellos -a los que compete por Ley la gestión del SAD- de unos precios públicos a las Entidades prestadoras del Servicio, con los cuales se sabe de antemano que es imposible a éstas -ya sean entidades sin ánimo de lucro o empresas privadas convencionales- cumplir con dichos requisitos de calidad.

En el caso del modelo rural, la insuficiente financiación del SAD -que puede dar lugar a que algunos Concellos dejen, a mitad del año, sin ningún tipo de atención domiciliaria a la población más necesitada de ella- constituye un motivo más de agravio para un sector de la población gallega ya bastante agraviada por las carencias de todo tipo en que se desenvuelve su vida cotidiana. Las Diputaciones Provinciales incumplen sistemáticamente el compromiso -al que les obliga la normativa autonómica en materia de Servicios Sociales- de garantizar el derecho de los ciudadanos al SAD cuando los Concellos no puedan hacer frente a los costes económicos de la prestación, y hacen a menudo un uso clientelar de las subvenciones favoreciendo a los Concellos políticamente afines. La Administración Autonómica, plenamente consciente de la transgresión de la Ley, elude cualquier función inspectora en relación con el SAD y contribuye así a agrandar en vez de paliar, con medidas financieras de discriminación positiva, el déficit social y económico de amplias zonas del medio rural gallego.

En todo caso el SAD, cuya necesidad social no se cuestiona en ninguno de los plurales ámbitos investigados, se encuentra sometido en la actualidad a un amplio debate profesional que, orientado siempre por el paradigma modernizador, se centra en determinados aspectos concretos de la prestación que apuntan a las posibilidades de diversificación del modelo. De cara al futuro, el horizonte cercano de la Ley de Dependencia está muy presente en las expectativas de las trabajadoras sociales responsables de la gestión del SAD en los diferentes Concellos. La expectación que suscita la

futura Ley tiene sin embargo, en este colectivo profesional, un contenido ambivalente: por una parte, se confía en que la dotación presupuestaria de la nueva Ley permita adecuar la oferta del SAD a la demanda, en continuo crecimiento, de las situaciones de gran dependencia, para las que en la actualidad es por completo insuficiente la cobertura que puede proporcionar el SAD; por otra parte, se expresa el temor de que la futura Ley deje a los Servicios Sociales de Atención Primaria sin dotación económica suficiente para la cobertura de aquellas otras situaciones, hoy atendidas por el SAD, ajenas a la dependencia en sentido estricto - familias desestructuradas o con otros problemas especiales, drogodependencias, alcoholismo, etc- y por las cuales se viene trabajando con gran intensidad en los Servicios Sociales municipales.

Más allá de la generalizada preocupación de las responsables -políticas y técnicas- de la gestión municipal del SAD, por la insuficiente dotación presupuestaria que afecta a esta prestación básica en todos los ámbitos de la Comunidad Autónoma, y que exige con urgencia de un cambio cualitativo muy profundo que implique a todas las Administraciones públicas; otros aspectos concretos del modelo "tecno-societario" de SAD son objeto de las preocupaciones y el debate profesional en el ámbito de la Comunidad de Galicia.

- o La disfuncionalidad que representa la actual dispersión de competencias, en materia de Servicios Sociales, en diferentes Consellerías del Gobierno de la Xunta. La Dirección General

del Mayor y Personas con Discapacidad, que dependía hasta fecha muy reciente de la Consellería de Asuntos Sociales, Empleo y Relaciones Laborales - de la que a su vez dependen los Servicios Sociales de Atención Primaria, y en su marco el SAD- , ha pasado a depender de la Consellería de Familia, Juventud, Deporte y Voluntariado. Dado que la demanda del SAD se concentra muy mayoritariamente en las personas mayores y personas con discapacidad, esta dispersión de competencias sólo genera confusión, aumento de la burocracia y, en definitiva, ineficacia.

- o La piedra angular del SAD de la que, en última instancia, va a depender la calidad del Servicio prestado a los usuarios, es el personal Auxiliar de Ayuda a Domicilio. En relación con este colectivo, sobre cuya función central y necesidad de una formación adecuada existe consenso pleno, son varios los aspectos sometidos a debate profesional:

- Rotación de las Auxiliares. En torno a esta cuestión existen dos posiciones matizadamente diversas: una de ellas, más orientada a favorecer la profesionalización del servicio y el mayor bienestar de la Auxiliar, se inclina en mayor medida a la rotación relativamente frecuente de las Auxiliares en un mismo domicilio; la otra, orientada más bien al bienestar del usuario

y a responder a su demanda afectiva expresa, se inclina porque la rotación sólo se produzca cuando lo exija la dinámica cotidiana del Servicio. En cualquier caso se acepta que el cambio de Auxiliar no puede ser meramente caprichoso e intempestivo para el usuario, que éste y su familia deben ser advertidos con tiempo del cambio y argumentada su pertinencia.

- Desglose de tareas de las Auxiliares. También existen sobre este aspecto dos posiciones diferentes: la primera pone más énfasis en la racionalización económica que representa desglosar los diferentes tipos de tareas -domésticas, atención personal, preventivo/educativas... - en diferentes tipos de Auxiliares -formación y remuneración diferentes -; la segunda apuesta por las ventajas que representa mantener el contenido polivalente que caracteriza al SAD, aunque esta opción pueda tener mayor coste económico; esta segunda posición es muy mayoritaria entre las técnicas de los Servicios Sociales.

- Condiciones laborales de las Auxiliares. Sobre este aspecto el debate no se da entre las técnicas del SAD sino entre éstas y las entidades prestadoras del Servicio en los diversos Concellos. Para la adjudicación del SAD se exige a las entidades prestadoras que

la remuneración económica de las Auxiliares se ajuste a la que fija el Convenio Colectivo del Sector, pero las entidades prestadoras, especialmente las empresas privadas que actúan bajo la ley del beneficio, se quejan de que los precios públicos fijados por los Concellos para la contratación del SAD no les permiten cumplir con esta exigencia. Se percibe entre las responsables del SAD un sentimiento latente -que en alguna ocasión se explicita-, de que recae sobre estas trabajadoras, en una medida excesiva y poco compensada social y económicamente, el esfuerzo que representa la exigencia de calidad de la prestación hecha a las empresas.

La participación de los usuarios en el coste total del SAD está establecida en la normativa autonómica vigente y posteriormente en las Ordenanzas Municipales que regulan la prestación en el ámbito territorial de cada Concello, puesto que son éstos los que tienen por Ley las competencias sobre los Servicios Sociales de Atención Primaria, en cuyo marco se gestiona el SAD. Sin embargo, y a pesar de estar fijados en la Ordenanza Fiscal de la mayor parte de los Concellos las cuotas que corresponde pagar a los usuarios del SAD, en función de la cuantía de los ingresos totales de la unidad de convivencia, salvo a aquellos que por lo exiguo de esos ingresos estén exentos del copago de la prestación, no se lleva a efecto en casi ninguno de los Concellos esta exigencia formal del copago. Al hecho objetivo de la baja renta que posee la

población más demandante del SAD -las personas mayores de 65 años con autonomía limitada- se une el fuerte rechazo social a pagar por un servicio público contemplado como derecho ciudadano, pues no existe, en el imaginario colectivo de esta población, conciencia alguna sobre la "universalidad", hoy por hoy sólo formal, de los Servicios Sociales y, aun cuando existiera se reclamaría para ellos la gratuidad que poseen la Sanidad y la Educación. Los responsables políticos de los Servicios Sociales se resisten por tanto en muchos casos a enfrentar el rechazo social que suscita el copago del SAD y van demorando su puesta acción. Las responsables técnicas por el contrario apuestan firmemente por hacer realidad la fórmula de copago, argumentando su importante función en la profesionalización y universalización del SAD.

VI.5.- COMUNIDAD AUTONOMA DE MADRID

La Comunidad Autónoma de Madrid (CAM) participa del Plan Concertado en la puesta en marcha de su servicio de Ayuda a Domicilio. No cabe ninguna duda de que Madrid, municipio capital de la Autonomía y del Estado, con la mayor concentración de población en todo el ámbito nacional, define con su Servicio de Ayuda a Domicilio una parte sustancial de la realidad del servicio en el ámbito de la Comunidad, por lo que será atendida en este informe de manera más intensa y extensa, sin por ello dejar de lado las aportaciones de otros municipios de la región.

El SAD en el Ayuntamiento de Madrid

El denominado Programa de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Madrid se concibe como un servicio de carácter general y comunitario (aunque el 94,2% de los usuarios son personas mayores), que se realiza en el seno de los hogares de personas que precisan ayuda y que pretende conseguir la autonomía que posibilite la permanencia del usuario en su entorno. Se entiende que es un servicio flexible que se debe adaptar en su contenido e intensidad al nivel de dependencia de cada usuario.

El SAD del Ayuntamiento de Madrid integra las siguientes prestaciones:

- Auxiliar de Hogar
- Lavandería domiciliaria
- Teleasistencia domiciliaria
- Camas articuladas

- Actividades de prevención y mantenimiento.

El servicio de ayuda a domicilio en el Ayuntamiento de Madrid se ejecuta con un único contrato, pero desde el año 2004 la gestión se ha dividido en las tres direcciones generales que atienden respectivamente a los mayores, a infancia y familia y a discapacidad. El SAD es pues un único servicio, pero su gestión está repartida por el tipo de usuarios que se atiende. Aun siendo las empresas prestatarias las mismas, el seguimiento de los usuarios y las directrices que se dan anualmente dependen de los objetivos que se haya marcado cada Dirección General. Oficialmente el contrato para todos los distritos de Madrid data de octubre de 1984, fecha que se puede considerar como la de inicio del SAD en el conjunto del municipio aunque algunos distritos como Ciudad Lineal, Centro y Chamberí ya contaban con él desde los años 1982/83. El servicio tiene usuarios con veinte años de antigüedad y auxiliares que están en él desde el año 1983.

Presupuestariamente, el Ayuntamiento de Madrid cuenta para 2005 con 58 millones de euros para el SAD de mayores, con los que espera aumentar el número de usuarios atendidos por el servicio. Para ello ha llevado a cabo una campaña de información a la población para que se conozca el servicio y se produzcan mas demandas.

El Servicio de Ayuda a Domicilio está en constante movimiento, crece con altas, disminuye con las bajas, bajas temporales, hay reincorporaciones, cambios de prestaciones, y ampliaciones del servicio según demanda.

Esto es lo que diferencia sustancialmente al SAD de otros dispositivos como pueda ser un Centro de Día, donde existen un determinado número de plazas que se cubren y las demandas que superan la capacidad del centro quedan en lista de espera

Los usuarios del SAD

El acceso al SAD se realiza a través de la demanda a los servicios sociales comunitarios. Esta demanda la realizan sobre todo los propios interesados, los hijos de éstos y en menor número los cónyuges. El Ayuntamiento ha detectado que el SAD es un servicio poco conocido lo que le ha llevado a realizar una campaña de información.

Según datos de 2003, el número de usuarios total de SAD ascendía a 21.749, de los cuales, 20.485 eran personas mayores, 388 eran de atención a familia y menores, 619 a personas con alguna discapacidad y 256 de otros casos no especificados. En abril de 2005, se atendían 20.942 casos de personas mayores. La proporción de varones y mujeres en los mayores de 80 años es de 1-6.

El perfil mayoritario del usuario de SAD es: mujer mayor de 80 años, que vive sola. Mas concretamente se aportan los siguientes datos del año 2004 sobre las personas usuarias de SAD:

- El 61,39% vive sola
- El 20,77% vive con una persona que presenta dependencia similar a la de la persona que se atiende

- El 25% vive con una persona mayor que tienen mayor dependencia que la atendida por el SAD por lo que se atiende a las dos.

En cuanto a los niveles de dependencia, el Ayuntamiento aplica la valoración funcional de Barton. Como objetivo de este año se han marcado el realizar la valoración según este método en todos los casos atendidos. La demanda del servicio es muy dispar según los distritos, sin que haya razones claras que justifiquen estas diferencias, aunque se barajan la falta de demanda por el copago, la no atención de casos poco urgentes por criterios de los profesionales, o el desconocimiento del servicios por parte de los posibles demandantes.

La ayuda informal

Se dan algunos casos de personas que están solas, pero lo más habitual es que tengan algún apoyo, normalmente de los hijos y del vecindario, aunque sea sólo de colaboración en distintas actividades y de pequeñas ayudas. La función esencial que cumplen estas personas es la de estar alerta ante cualquier tipo de incidencia. El SAD no intenta suplantar esta ayuda informal, sino y al contrario se procura potenciarla.

Copago

Se establece un pago proporcional a la renta y a las necesidades de atención, al grado de dependencia, al

número de personas atendidas en cada domicilio y a la utilización o no de otros recursos especializados (Centro de día). Existen unos tramos de pago que van desde la gratuidad total, a 0,63 euros hora, 1,23 euros hora, 2,45 euros hora - si tienen una renta mensual por cápita comprendida entre los 453,63 y los 542 euros al mes (cantidad prorrateada de los ingresos anuales de la pensión)- , 3,62 euros hora , 6,09 hora y el máximo que pagaría 8,69 euros hora. Los usuarios pagan lo mismo sean días laborables o festivos pues se entiende que la persona a la que se atiende en festivos es la que está mas necesitada del servicio. Como ejemplo de la participación de los usuarios en el pago se señala que en Abril de 2005, de 20.942 domicilios 8.825 (el 42% aproximadamente) no pagaban nada (4.452 de atención doméstica, 770 de atención personal y 3.543 de atención mixta),

El copago tiene una gran complejidad de aplicación, por el rechazo de muchos usuarios a pagar el servicio y por los diferentes factores a considerar en la fijación de las cantidades a pagar en cada caso. El hecho de que se pague por horas de servicio, y no una cuota fija, provoca también en los usuarios confusiones y malentendidos. Como indicativo del peso económico del copago se hace referencia a los datos de la Memoria de 2003⁵: de un total de coste del servicio de 36.125.286 euros, la aportación del Ayuntamiento ascendió a 32.976.637 Euros, de lo que se infiere que el resto, 3.148.649 de euros

⁵ "Programa de atención a las personas mayores. Memoria 2003". Dirección General de Mayores. Ayuntamiento de Madrid. Informe citado.

fueron aportaciones de los usuarios. La media de la aportación por domicilio atendido fue de 153,71 euros.

El servicio de auxiliar

Precio/hora

El precio hora abonado por el ayuntamiento para la atención de usuarios por las auxiliares es en 2005 de 13 euros el más barato y de 14,14 el más caro; en días festivos las cantidades varían: 16,25 la más barata y 17,68 la mas elevada.

Cobertura del servicio

El diseño de intervención para la atención de la auxiliar domiciliaria se atiende a unas tipologías del usuario por la que se establece la intensidad del servicio:

- Tipología 0 y 1: usuarios que presentan niveles de dependencia leve, hasta 24 horas al mes.
- Tipología 2: usuarios con dependencia moderada, hasta 40 horas al mes
- Tipología 3 : usuarios con dependencia severa, hasta 60 horas al mes.

El SAD de Madrid funciona los 365 días del año. El tiempo máximo de atención es de 2 horas diarias aunque se pueden dar casos excepcionales en los que el número de horas prestadas sea mas elevado. El mínimo de prestación es de dos horas semanales y con servicios mínimos de una hora, según lo fijado en el pliego de condiciones del concurso de adjudicación del servicio. Funciona desde las siete de la mañana hasta las diez de la noche. El objetivo que se ha fijado el Ayuntamiento es alcanzar las veinte horas y media de media de atención, lo que sería un claro incremento sobre la actual media de 18,25

horas. Para alcanzar este objetivo se pretende dejar en un máximo de 15 horas mensuales los servicios que sean sólo de atención doméstica, tiempo que se considera suficiente para apoyar en las tareas de la casa. Se entiende que la persona que precise el SAD como apoyo para las tareas domésticas tiene una autonomía que no se debe anular realizándole las actividades que ella pueda hacer, el SAD es un servicio preventivo en estos casos. En los casos que requieren atención personal se intenta garantizar el mínimo de una hora diaria, es decir un mínimo de veintiocho o treinta horas mensuales.

Los servicios sociales municipales no establecen los horarios de atención, tarea de cada empresa en su correspondiente zona. De todas formas y según el pliego de condiciones hay tareas que deben realizarse en una determinada franja horaria: el levantar del descanso e incorporar a una persona de la cama no mas tarde de las 9,30 horas, comer entre las 13 y las 15 horas y volver al reposo entre las 20,30 horas y las 22 horas. El resto de las actividades se organizan lo más adecuadamente posible para satisfacer al usuario y respetar las condiciones laborales de los auxiliares. Durante las vacaciones estivales, navideñas, etc, se sigue prestando el SAD pero sólo para los casos en los que el usuario mantiene autonomía. En el resto de los casos, y ante la ausencia de los familiares se puede recurrir a la solicitud de una plaza residencial de la Comunidad Autónoma que tiene plazas de residencia temporales para vacaciones y periodos festivos.

Atención doméstica/ atención personal

En Madrid se presta, fundamentalmente, ayuda doméstica. Las personas mayores demandan sobre todo este tipo de ayuda y según la encuesta realizada desde el Ayuntamiento, lo que quieren y esperan es que les ayuden en esas actividades. El Ayuntamiento está intentando incrementar los servicios de atención mixta y reforzar los de atención personal con el objetivo de alcanzar un reparto del SAD en el que el 60% sea de atención personal y el 40% restante de atenciones domésticas.

En el mes de abril de 2005 se prestaron 383.000 horas en total de las cuales el 38% fueron exclusivamente de atención doméstica con un media de trece horas mensuales; la atención mixta ocupó 250.670 horas, el 65% del total y con una media de 25 horas mensuales.

La figura del auxiliar

En el ayuntamiento de Madrid la prestación del SAD ha estado siempre externalizada por lo que las auxiliares siempre han sido contratadas de empresas de servicios, Fundaciones, empresas sin ánimo de lucro, etc. Madrid tiene actualmente cerca de las tres mil auxiliares de SAD que están contratadas según el convenio colectivo provincial del sector. Los sueldos son por jornadas de treinta y siete horas semanales, aunque la mayoría de las auxiliares tienen contrato por tres cuartos de jornada ya que son mujeres que necesitan compatibilizar el trabajo con sus obligaciones familiares. Hay muy pocos varones auxiliares de SAD, aunque en la comparación con otras CC AA resulta ser un número importante.

El perfil del auxiliar de SAD en Madrid ha sido tradicionalmente el de mujeres de alrededor de cuarenta años. Actualmente, y dependiendo de las empresas se están incorporando mujeres mas jóvenes. Lo que es una novedad reciente y creciente es la presencia de mujeres inmigrantes como auxiliares del SAD, que cubren actualmente el 50% de las plantillas.

Formación de los auxiliares

Uno de los grandes problemas que se encuentra el Ayuntamiento es la escasa formación de las auxiliares. Saben que muchos ayuntamientos incorporan como cláusula en el concurso de adjudicación del SAD el que estos auxiliares cuenten con el cursillo de Auxiliar de Ayuda a Domicilio (Decreto 797/1995 de 19 de Mayo), cursillo de

cuatrocientas horas en las que se atienden varios campos - envejecimiento, nutrición, organización, temas sanitarios de las personas mayores - y que culminan con un período de prácticas. Madrid no exige específicamente ninguna titulación concreta para el acceso al empleo de auxiliar; lo que exige de las empresas es que las auxiliares tengan "formación y capacitación para el desarrollo de las funciones". Desde el Ayuntamiento son concientes de que una exigencia más concreta sobre formación podría desembocar en la falta de auxiliares. En esta situación lo que están haciendo las empresas adjudicatarias es formar a los trabajadores en distintos módulos dentro de su marco de formación para que con el tiempo puedan adquirir la titulación de Auxiliar. El pliego de condiciones de adjudicación puntuaba la formación dentro de la jornada de trabajo, ante lo que las empresas han ofrecido ocho horas de formación al año por trabajador en el marco de dichas condiciones. La profesión de auxiliar de SAD ha sido y es una de las esferas de mercado posibles para la incorporación de las mujeres con dificultades de acceso al empleo. Debido a ello, el Ayuntamiento inició los primeros cursillos de formación con la Dirección General de la Mujer de la Comunidad de Madrid; posteriormente se realizaron por parte de alguna entidad de la Consejería de Empleo y Mujer, también de la CAM propuestas específicas de formación. Ambas experiencias han resultado muy satisfactorias. Posteriormente la Corporación intentó desarrollar convenios de formación con dos empresas, pero dado que una de ellas presentaba problemas de infraestructura y sólo se firmó con la otra. En todo caso, el Ayuntamiento siempre ha estado abierto a

colaborar con las distintas empresas y organizaciones para la formación de las trabajadoras de SAD. De hecho, y a través del Instituto Madrileño de Formación (IMF) se están impartiendo cursos específicos que se completan con las prácticas a realizar en colaboración con las empresas adjudicatarias del SAD.

Tanto el Ayuntamiento como las empresas advierten de la posibilidad de un efecto perverso y adverso para el SAD provocado por la formación y es que sirva como trampolín para el acceso laboral a los centros especializados (residencias, centros de día), con lo que el esfuerzo de preparación de las auxiliares del SAD no revierta finalmente en el propio servicio. También es cierto que las empresas adjudicatarias de SAD tienen como política de promoción la exigencia según la cual, para llegar a ser trabajadora de un centro de día es preciso haber sido con anterioridad, auxiliar de SAD.

En el marco de este debate, es valorado con carácter de imprescindible la regulación de estudios de auxiliar de SAD a través de la Formación profesional. La creciente presencia de inmigrantes en el SAD está generando problemas en cuanto a la cualificación ya que se hace imprescindible dedicar muchas horas a temas que no eran habituales en la formación de las españolas dada la pertinencia cultural de éstas con la cultura de los usuarios. En los últimos años se han tenido que introducir en la formación módulos de cocina, de limpieza del hogar y otros que absorben un alto número de horas de formación. Las empresas pagan las ocho horas formativas anuales dentro de las mismas horas de trabajo de las

auxiliares. El resto de la formación la deben realizar los propios trabajadores/as fuera del horario laboral aunque la empresa abona las matriculas de los cursos correspondientes. La presencia de auxiliares en los cursos de formación es muy irregular. Es mas frecuente la asistencia a cursos de las coordinadoras y los ayudantes de coordinación. Por otra parte, la elección de los cursos a recibir es decisión personal de las auxiliares con lo que son mas frecuentados cursos orientados al posible "salto" hacia los servicios especializados antes que los que profundizan en el saber hacer de las tareas de las mismas auxiliares.

El trabajo de la auxiliar domiciliaria requiere un rendimiento del 100% en cada casa en la que está. A diferencia de cualquier otro trabajo, - incluido el de los centros especializados -, en los que hay momentos de rendimiento más bajo e incluso de descanso, el aprovechamiento del tiempo en los domicilios de los usuarios es una constante de estas trabajadoras que llevan con mucha fatiga. Otro handicap del SAD es que se trata de un trabajo en solitario, sin posibilidad de apoyo inmediato por parte de otro profesional. En muchas ocasiones el trabajo de auxiliar es una salida laboral no deseada que se abandona ante la primera oportunidad, aunque también hay circunstancias claramente vocacionales. En muchas empresas se recoge la realidad de trabajadoras (siempre se trata de mujeres) que tienen una trayectoria profesional como auxiliares cercana a la jubilación. En todo caso, las condiciones laborales, la no regulación de estudios específicos y el hecho de ser el eslabón más bajo de la carrera profesional dentro de

las empresas de prestación de servicios, abocan a una consideración de la profesión del auxiliar del SAD mucho mas baja de lo que realmente le corresponde.

Reglamentación de tareas

Las auxiliares no deben hacer curas ni administrar medicación. El corte de uñas en los casos de personas sin enfermedad está recogido en el pliego de condiciones como una actividad de la auxiliar aunque se está planteando la posibilidad de eliminarla en los próximos pliegos. En los casos de usuarios con diabetes u otras enfermedades, no se permite la realización de este tipo de tareas por parte de las auxiliares. En el Ayuntamiento consideran que lo más apropiado en todos los casos es que el usuario sea atendido por un podólogo, servicio que existe en los centros municipales de mayores a precios muy asequibles.

Empresas prestatarias del SAD

El Ayuntamiento exige de las empresas que tengan una coordinadora, diplomada en Trabajo Social por cada 150 domicilios o 2.700 horas de prestación del servicio. Además, las empresas proponen como una mejora poner ayudantes de coordinación, encargados de realizar todos los cuadrantes burocráticos y administrativos que son responsabilidad del coordinador, con lo que se le descarga a éste de tareas a fin de que pueda centrarse en el control del servicio de manera directa a través de visitas domiciliarias. La gestión del servicio en cuanto a temas de personal, encaje de horarios, realización de tareas, etc. es muy compleja sobre todo en épocas estivales y de vacaciones.

Las empresas están obligadas a llevar signos de identificación del servicio de manera visible y clara,

que lo relacionen como servicio público del Ayuntamiento de Madrid.

Entre las empresas que tienen actualmente adjudicados los servicios existen empresas sin ánimo de lucro con presencia estatal, fundaciones también sin ánimo de lucro con presencia regional, asociaciones pequeñas de ámbito municipal centradas en la integración e inserción laboral de inmigrantes, empresas medias que están expandiéndose al ámbito estatal y tres grandes empresas de ámbito estatal y con crecimiento europeo.

Las diferencias entre las empresas tienen que ver con la atención que prestan a las auxiliares y con la mayor o menor disposición ante las demandas del Ayuntamiento. Así, las pequeñas y las que no tienen ánimo de lucro son empresas que trabajan muy bien, son muy "voluntariosas" y se preocupan más de la formación y la promoción interna de sus trabajadores; por el contrario, debido a su origen y naturaleza son empresas que precisan de apoyo por parte de las administraciones. Las grandes empresas se muestran más tecnocráticas y funcionales y con mayor eficacia a la hora de atender y dar siempre respuesta a las demandas del servicio.

La externalización del SAD es una forma de prestación incuestionable en los municipios grandes aunque también tiene sus inconvenientes. En muchas ocasiones las empresas presentan unos proyectos muy bien elaborados pero que poco tienen que ver con la realidad de la compleja casuística existente en la demanda. En otros casos, las empresas intentan actuar igual en las distintas localidades en las que son adjudicatarias, sin

percatarse de que el SAD de cada municipio tiene sus propias características, muchas veces contradictorias entre sí. En todo caso estas dificultades causan conflictos que se han ido subsanando hasta la acomodación al modelo de SAD aprobado en cada corporación pública.

Lista de espera en el servicio de auxiliar de SAD

Hay lista de espera en todo Madrid, aunque se debe matizar esta afirmación: No hay una lista de espera para atenciones personales, pero sí, en cambio, hay distritos en los que la lista de espera para atención doméstica es considerable. Se produce un importante conflicto entre los profesionales ante la demanda de ayuda doméstica ya que en ocasiones se interpreta como una demanda de servicio doméstico por lo que se pasa automáticamente al demandante a la lista de espera. El conflicto en cuestión se produce, entonces, entre los servicios centrales y las empresas o los mismos trabajadores a quienes se les demanda actuar sin prejuicios y valorar la demanda de tareas domésticas en su justo término.

Coordinación del SAD

La coordinación del SAD en un Ayuntamiento de las características del de Madrid es una tarea de gran importancia y complejidad ya que los 21 distritos funcionan como auténticos ayuntamientos. Existe un cierto número de reuniones fijas al año entre los servicios centrales y los distritos para analizar temas presupuestarios, gasto, variaciones en el servicio por razones de vacaciones, compensación entre uno y otro

distrito, etc. Sin embargo son también concientes de la necesidad de una mayor coordinación para lo cual reclaman mayor presencia de profesionales capaces de acometer tareas de diverso tipo en la gestión del SAD y en la relación de las áreas institucionales - servicios sociales, salud, mayores, etc. - y las empresas adjudicatarias del servicio.

El servicio de lavandería domiciliaria

Es también un servicio externalizado. El número de domicilios usuarios se mantiene en un número de alrededor de trescientos (300), lo que se estima como muy bajo pero que es imposible acometer en mayor cuantía. También es siempre la misma empresa la que lo presta pues es la única que concursa a este servicio. Esta empresa surgió de una actuación del INEM con jóvenes que posteriormente se constituyeron en cooperativa para prestar sus servicios a distintas administraciones públicas. El Ayuntamiento está muy satisfecho con esta labor sobre todo por la buena realización de su cometido en el que existe un alto grado de dificultad de gestión. Para este servicio también está establecido un sistema de copago por parte de los usuarios.

Servicio de comida a domicilio

Hasta 2004, la comida a domicilio estaba descentralizada en los 21 distritos municipales. A partir de ese año se centralizó toda la oferta de catering para lograr una homogeneidad en este servicio en todo el municipio.

El servicio de teleasistencia

Es un servicio municipal subcontratado con empresas, algunas de ellas también prestatarias en el servicio de auxiliares del SAD. La concesión de la teleasistencia a las empresas es a través de un concurso específico y tiene legislación y marco jurídico independiente. Además existe un servicio específico de teleasistencia de la Comunidad de Madrid y el Ayuntamiento de Madrid dirigido exclusivamente a personas mayores que viven solas. La Comunidad aporta el 65% de la financiación y el 35% corre a cargo del Ayuntamiento. En Madrid el número de usuarios de teleasistencia es de alrededor de las 50.000 personas. Han realizado campañas de promoción desde la misma corporación comenzando por las personas mayores y descendiendo por grupos de edad. Aseguran que en la actualidad, todas las personas mayores de 80 años de la CAM tienen servicio de Teleasistencia, salvo que lo hayan rechazado expresamente. El ayuntamiento considera que este servicio es un recurso muy útil y de bajo costo ya que en realidad moviliza recursos existentes.

Apoyos técnicos

El Ayuntamiento de Madrid cuenta, en el servicio de SAD con dos tipos diferentes de apoyos técnicos que por su importancia ocupan un lugar estratégico:

- Camas articuladas de propiedad municipal (actualmente 70 unidades y prevista la compra de otras 60 más). Se va a llevar a cabo una revisión de

las que actualmente están en uso para sustituirlas o acondicionarlas a más diversidad de usos

- Sillas de ruedas, adaptadores de baños, sillas giratorias, grúas y en general soportes técnicos y ortopédicos que facilitan la tarea del auxiliar y procuran una confortabilidad a los usuarios. Estas son propiedad municipal, aunque no son elementos que el ayuntamiento adquiriera sino que forman parte del contrato de prestación del servicio de las empresas - verdaderas propietarias de los instrumentos - que ofertan estos apoyo técnicos como mejoras en el servicio.

Servicios de respiro familiar

El ayuntamiento de Madrid facilita servicio de respiro familiar utilizando los Centros de día, centros especializados que no forman parte del Servicio de Ayuda a Domicilio. Se inició con la utilización de los centros de día para enfermos de Alzheimer por ser los más necesitados. Posteriormente se ha abierto su utilización durante los fines de semana a todos los que lo precisen, o más exactamente para provocar sustituciones familiares. Si la persona es llevada por la misma familia al Centro de día, éste hospeda al mayor o discapacitado desde las nueve de la mañana hasta las 17 hs los sábados y domingos y sólo se paga la comida. En el caso de que el usuario requiera ser trasladado, el transporte es pagado además de los costes de alimentación. Durante 2004 y 2005 se ha puesto en marcha el apoyo a cuidadores. Esta actividad se realiza en los Centros de día, o a través de

grupos que trabajan fuera del domicilio o asesorando a personas que piden información en el mismo domicilio del usuario o a través de grupos dirigidos por psicólogos. Se da una charla semanal dirigida a los cuidadores y si es necesario se cubre la ausencia del asistente al curso con el SAD. El papel de cuidador sigue siendo asumido por mujeres y la tendencia es a que esta feminización se refuerce.

El SAD como recurso

El SAD es un recurso idóneo para algunas situaciones pero no para aquellas donde el grado de dependencia sea muy alto. En el Ayuntamiento de Madrid consideran que el límite de dependencia de la persona para poder ser atendido correctamente por el SAD tienen que ver con la capacidad de movilidad para realizar las actividades básicas: que sea capaz de levantarse, comer, alimentarse, usar el baño y ser capaz de ir a hacer sus necesidades fisiológicas básicas... con ayuda humana o técnica. Si la persona vive sola y necesita ayuda en cualquiera de estas actividades básicas, el SAD es sólo un parcheo que no asegura la correcta atención del usuario y debe pasarse a otro recurso más adecuado (residencial, sociosanitario). En los casos en los que el usuario, a pesar de no contar con las habilidades antedichas, tiene familiares, puede plantearse la prestación de SAD si la familia continúa ayudando. En estos casos, el Servicio de Ayuda a Domicilio se volvería inadecuado cuando el usuario requiere unos cuidados intensivos desde el punto de vista sanitario, o por procesos de deterioro cognitivo, o cuando se produce un abandono o claudicación familiar. En

estas situaciones hay que pensar ya en una residencia como el recurso más adecuado.

Coordinación Sociosanitaria

En el tema de servicios a ancianos en riesgo, se ha estudiado un protocolo, aún no validado, entre Salud y Servicios Sociales. Se parte del hecho de que los ancianos acuden al médico de cabecera con mayor facilidad que a cualquier otro servicio público. La idea es que si se detecta problemas en el paciente se derive o informe del caso al resto de las instancias de atención: salud, servicios sociales, familia, etc que empezarían a actuar en su área de competencia.

Se lleva muchos años intentando la coordinación sociosanitaria. En algún área y en algún distrito se han creado documentos protocolizados para pasar información. Los Servicios Sociales han hecho hojas de derivación, de notificación para los hospitales y los centros de atención primaria de Salud.

Voluntariado

El SAD en Madrid trabaja con todo tipo de ONG y grupos pequeños. Desde la Dirección General de Mayores del Ayuntamiento se tiene relación con los grupos organizados de voluntariado (subvenciones, programas, etc). También hay relaciones puntuales para la puesta en marcha de actividades con pequeños grupos de voluntarios que no pertenecen a las grandes ONGs sino pequeñas organizaciones de jóvenes. El criterio es que el

voluntariado siempre ha de realizar tareas complementarias y en ningún caso asume responsabilidades de cuidado personal.

En el campo de la actividad voluntaria se ha puesto en marcha desde el ayuntamiento el programa "Vive y Convive". Es un programa que pone en relación a una persona mayor relativamente válida y a un estudiante, programa por el cual, el mayor deja una habitación al estudiante y éste se compromete a hacer compañía al mayor (sobre todo por la noche). Al receptor de la propuesta se le abona una cierta cantidad por parte del Ayuntamiento para compensarle los posibles gastos adicionales provocados por la estancia del estudiante y también a éste se le asigna una ayuda económica. El programa no está teniendo excesiva aceptación por parte de las personas mayores, reacias a convivir con una persona desconocida. Por el contrario, si hay demanda por parte de los jóvenes estudiantes. Esta propuesta se inscribe, en cualquier caso, dentro de los programas de complementariedad del SAD y en ningún caso como sustitutos del mismo.

El SAD en la experiencia de otros ayuntamientos de la CAM: el caso de la Mancomunidad LAS VEGAS

Los criterios son los estipulados por la Comunidad de Madrid con algunas modificaciones para adaptarlos a la realidad local y algunas ampliaciones que a lo largo del tiempo se han considerado necesarias y que han ido surgiendo de la práctica cotidiana. El servicio de Ayuda a Domicilio es un servicio que se presta a aquellas

personas o familias que se encuentran en una situación de especial necesidad, a la que no pueden hacer frente por sus propios medios, para facilitar la autonomía personal en el medio habitual. Consiste en una serie de atenciones de carácter doméstico, social, de apoyo psicológico y rehabilitador. Los objetivos del servicio son:

- Potenciar la autonomía personal y la integración en el medio habitual de los usuarios de la prestación, estimulando la adquisición de competencias personales.
- Evitar, en la medida de lo posible, institucionalizaciones innecesarias.
- Apoyar la organización familiar evitando situaciones de crisis, sin suplir en ningún caso la responsabilidad de aquella.
- Evitar el deterioro de las condiciones de vida de las personas que por diversas circunstancias se encuentren limitadas en su autonomía personal.

El SAD procura distintos tipos de prestaciones que incluyen actividades determinadas:

1.- La prestación de carácter doméstico:

- Limpieza y mantenimiento de la vivienda
- Preparación de alimentos en el hogar
- Lavado, planchado y repaso de la ropa, bien dentro o fuera del hogar
- Adquisición de alimentos y otras compras por cuenta del usuario

- Suministro a domicilio de alimentos preparados o servicios análogos

2.- La prestación de carácter personal:

- Apoyo en la higiene personal
- Ayuda personal para aquellos usuarios que no puedan comer por sí mismos
- Apoyo a la movilización dentro del hogar
- Adiestramiento en la realización de actividades de la vida cotidiana en el entorno doméstico, que potencien la autonomía del usuario
- Compañía, tanto en el domicilio como fuera de él, para evitar situaciones de soledad y aislamiento
- Acompañamiento fuera del hogar para la realización de diversas gestiones, visitas médicas, tramitación de documentos y otras acciones de contenido similar
- Facilitación de actividades de ocio en el domicilio mediante la entrega de material para la realización de manualidades, así como prensa, libros, juegos y otros materiales que se precisen para la realización de estas actividades
- No deberán realizarse atenciones sanitarias auxiliares tales como: inyecciones, curas, enfermería, podología y otras que serán proporcionadas por la red normalizada de salud.

3.- La prestación consistente en Ayudas Técnicas y Adaptaciones del Hogar que puede incluir:

- Adaptaciones del hogar, infraestructura o equipamiento, que favorezcan la autonomía del usuario
- Acondicionamiento de la vivienda tales como limpiezas a fondo, pintura, adquisiciones, reparaciones y otras tareas que requieran la actuación de especialistas.
- Teleasistencia y otras ayudas técnicas que eviten aislamiento y garanticen unas condiciones mínimas de seguridad.

Evolución del SAD

Cuando se constituye la Mancomunidad en 1992, el Servicio de Ayuda a Domicilio ya existía en algunos municipios de la Mancomunidad por el sistema de contratación directa de las auxiliares de SAD y con financiación de la Comunidad Autónoma a través del Plan Concertado. A partir de 1992 se negoció un convenio con el INSERSO para toda la Mancomunidad que se renueva anualmente y con él se cofinancia la Ayuda a Domicilio. A mediados del año 1996 pasa a ser financiado exclusivamente por la Comunidad Autónoma de Madrid a raíz de las transferencias. A partir del primer convenio con el IMSERSO, el Servicio de Ayuda a Domicilio sale a concurso público y se adjudica a una empresa, manteniéndose este sistema hasta la actualidad.

Los usuarios del servicio

Los posibles beneficiarios del servicio son aquellas personas, familias o núcleos convivenciales que residan en la Mancomunidad de Las Vegas y requieran de un apoyo

especial por razones de edad, salud o situación familiar para la permanencia en su medio habitual, siempre que reúnan los requisitos que para la concesión de la prestación se establezcan reglamentariamente.

La tipología de los usuarios en 2005 es: el 82,61% de las personas que se encuentran en los domicilios atendidos son mayores, el 15,22 % discapacitadas y el 2,17 % familias con menores en situación de riesgo. De los 92 domicilios atendidos 56 son unipersonales (60,87 %) y 36 son familiares (39,13 %). El 43,08 % de las personas atendidas viven solas y el 56,92 % viven acompañadas generalmente de su cónyuge y en algunos casos son personas mayores con hijos discapacitados. El número total de usuarios en 2005 es de 130 personas, en un total de 92 domicilios. La distribución por municipios se manifiesta en la siguiente tabla.

Los usuarios tienen una serie de derechos que se concretan en:

- A recibir asistencia sin discriminación por razón de sexo, raza, religión, ideología o cualquier otra condición o circunstancia personal o social.
- A un trato digno por parte del personal que le atiende
- A la confidencialidad de los datos conocidos en función de la realización del servicio
- A una asistencia individualizada acorde con sus necesidades específicas y según los términos y la periodicidad que previa valoración técnica se determine

- A cesar en la utilización del servicio por voluntad propia.

Al mismo tiempo, también tienen una serie de obligaciones como son las de comunicar cualquier variación de las circunstancias personales, familiares o económicas que pudieran afectar a las condiciones de la prestación del servicio, facilitar a los auxiliares de hogar el acceso al domicilio en las condiciones adecuadas para la prestación del servicio, dar un trato digno al personal que les atiende. También deben responder al pago, si hubiera lugar, de la aportación económica correspondiente. En el caso de la concesión de cuantías económicas para ayudas y adaptaciones, deberá destinarlas a la finalidad para la que se concedieron. Y devolverlas en el caso de cantidades percibidas indebidamente.

Para ser usuario del SAD se establecen una serie de requisitos como son:

Estar empadronado o ser residente en alguno de los municipios que integran la Mancomunidad Las Vegas, donde se solicite la prestación. Cuando se trate de personas mayores que residan temporadas con los hijos que no excedan de 6 meses al año, será suficiente que éstos estén empadronados.

Encontrarse en alguna de las siguientes situaciones:

- o Personas de 65 años o más con problemas de autonomía personal reducida o limitada.
- o Personas menores de 65 años que padezcan alguna enfermedad o limitación física o psíquica que les limite en la autonomía personal.

- o Familias con minusválidos, ancianos o enfermos a su cargo.
- o Núcleos convivenciales en situaciones de crisis temporal motivada por muerte de alguno de los progenitores, ausencia de alguno de los cónyuges, enfermedades y hospitalizaciones temporales, graves conflictos de convivencia, o diversas circunstancias que imposibiliten la atención adecuada de los menores en el medio familiar.
- o Que la ayuda a domicilio sea el recurso idóneo y técnicamente adecuado.
- o Que no existan circunstancias excepcionales que por su gravedad o complejidad imposibiliten la correcta utilización de la prestación o suponga riesgos no controlados para los trabajadores del servicio.
- o Obtener la puntuación mínima que figura en el baremo.

En el supuesto de ayudas para adaptaciones del hogar, además de los requisitos anteriores, se requerirá:

- Acreditar documentalmente que el hogar donde se va a producir la adaptación o equipamiento es el de uso y disfrute habitual del beneficiario.
- Que la adaptación o el equipamiento del hogar sea necesario para cumplir los objetivos de una intervención social dirigida al mantenimiento de la persona o de la familia en su hogar.
- Que la Ayuda a Domicilio que se esté prestando o se vaya a prestar se realice de forma efectiva en el

domicilio del beneficiario, dado el carácter complementario de esta modalidad.

En el caso de requerir teleasistencia, el interesado deberá cumplir con los requisitos exigidos para ser usuario del SAD antes señalados (exceptuando el de la obtención de puntuación mínima del baremo) y además deberán darse las siguientes condiciones:

- Tener cumplidos 65 años o ser menor de 65 años y padecer alguna enfermedad o minusvalía que le limite en su desenvolvimiento personal.
- Tener capacitación física y psíquica suficiente que permita la correcta utilización del dispositivo.
- Tener teléfono dado de alta y activo y
- Garantizar la posibilidad de acceso a la vivienda en caso de emergencia.

Cobertura del SAD

La extensión e intensidad, así como el tipo de las ayudas que puedan reconocerse, están condicionadas por la limitación presupuestaria anual del servicio. En el caso de que, por ese carácter limitado de los créditos, se haga necesario fijar un orden de prelación por no poder ser atendidos todos los solicitantes, se concederá en primer lugar el SAD a los interesados que lo tuvieran reconocido en ejercicios anteriores y siempre que persista la situación de necesidad que motivó su primera concesión; en segundo lugar, a aquellos que hubiesen obtenido mayor puntuación en la aplicación del baremo. El resto permanecerá en lista de espera, siendo incorporados

a la prestación del servicio en función de la valoración obtenida y, en caso de igual valoración, de la fecha de solicitud, a medida que vayan produciéndose bajas entre los actuales beneficiarios.

Cuando se aplican las modalidades de Teleasistencia y ayudas técnicas del hogar, se consigna presupuesto independiente y se aplica también independientemente el baremo de acceso y aportación. En supuestos de urgencia, ausencia temporal o definitiva de los responsables del cuidado del solicitante o comunicación de terceras personas de situaciones de emergencia, se valora la pertinencia de la aplicación del servicio mediante la puesta en marcha del procedimiento de urgencia, iniciando el servicio si procede en un plazo máximo de 48 horas, cumplimentándose posteriormente el expediente correspondiente y procediendo a su valoración definitiva.

Las bajas que se producen con carácter temporal, por un máximo de tres meses, por hospitalización, traslado a otro domicilio, u otras causas de fuerza mayor, no dan lugar a la extinción de la prestación y, transcurrido el tiempo de la baja, se procede a su incorporación inmediata.

El tiempo de atención personal o doméstica que recibirá cada usuario será prescrito por los trabajadores sociales correspondientes, atendiendo a la situación de necesidad del solicitante y a la finalidad de la prestación. Salvo circunstancias excepcionales, debidamente justificadas, el tiempo de atención reconocido a cada usuario no excede de dos horas diarias. Los trabajadores sociales de cada

municipio llevan el control y seguimiento y mantienen actualizada la información de los casos. Realizan visitas a domicilio por lo menos dos veces al año, actualizando los datos que sean necesarios sobre las condiciones personales, familiares, económicas y de salud de cada usuario. Cuando de dicha actualización se derivan modificaciones en las condiciones iniciales reconocidas para la prestación del servicio, se proponen éstas por escrito utilizando los soportes correspondientes.

Los trabajadores sociales que llevan analizan la demanda de SAD tienen que considerar una serie de aspectos a los que se asigna una puntuación determinada. Estos aspectos son:

- Autonomía personal (hasta 15 puntos): se valoran las características personales y grado de incapacidad por deterioro físico o psíquico, crónico o transitorio y, en general, todas aquellas condiciones que limiten o disminuyan el desenvolvimiento personal en la vida diaria del individuo.
- Situación socio-familiar (hasta 15 puntos): se incluyen los datos del entorno familiar y las relaciones de convivencia que vendrán a determinar el grado de abandono, soledad, desarraigo, etc., en relación con su familia más directa.

La situación económica se valora exclusivamente a efectos de determinar las aportaciones de los beneficiarios en el coste de la prestación. Se considera que un solicitante posee los requisitos necesarios para ser beneficiario de

la prestación de Ayuda a Domicilio, cuando, tras la aplicación del baremo, alcance una puntuación mínima en las dos variables consideradas, autonomía personal y situación socio-familiar, es decir, siempre que no haya obtenido cero puntos en alguna de ellas. Las causas de denegación o extinción del servicio serán, en el primer caso las de no reunir los requisitos exigidos, no alcanzar la puntuación mínima exigida en baremo y la falsedad u ocultación en los datos facilitados para determinar la pertinencia de la ayuda.

La extinción de la prestación vendrá determinada por distintas causas como son: el fallecimiento del beneficiario o ausencia del domicilio por un periodo superior a tres meses, la realización del servicio durante el tiempo para el que fue concedido, la renuncia del beneficiario a la prestación del servicio, la desaparición de los requisitos generales o específicos exigidos para la concesión del servicio, el no hacer efectiva, en su caso, la aportación económica correspondiente o por incumplimiento de los compromisos adquiridos por el usuario o sus familiares, el falseamiento u ocultación de los datos tenidos en cuenta para la concesión de la ayuda y cualquier otra causa de carácter grave legalmente prevista que impida la prestación del servicio. Excepto en el supuesto en el que la extinción del servicio se deba al cumplimiento del plazo para el que fue concedido, el Presidente de la Mancomunidad dicta resolución fundamentando la causa de extinción del servicio, que se notifica al interesado y contra la que se puede interponer recurso ordinario ante el órgano superior jerárquico. También se regula en esta

Mancomunidad que la prestación de las diferentes modalidades de la prestación de la Ayuda a Domicilio son incompatibles con otros servicios o prestaciones de análogo contenido o finalidad, reconocidos por cualquier otra entidad o institución, pública o privada.

Los criterios de asignación de horas de servicio por mes y el tiempo de atención personal o doméstica lo prescribe la Trabajador/a Social responsable de cada caso, no superando el máximo de 2 horas diarias, excepto circunstancias excepcionales debidamente justificadas. Se considera recomendable establecer, en la asignación de tiempos a cada tipo de beneficiario, unas pautas que incluyan unos topes máximo y mínimo entre los cuales exista un razonable margen de fluctuación. Dichas pautas o criterios podrían ser aplicables, junto con la variable económica y de recursos humanos empleados, a la valoración de la eficiencia en la gestión de la prestación y por tanto a la distribución del presupuesto destinado a Ayuda a Domicilio. Estas variables han sido ya diseñadas en la Mancomunidad: partiendo de las variables A (autonomía personal) y B (situación familiar) del baremo, y del fraccionamiento en tres tramos de cada una de ellas, se obtiene una tipología de usuarios en relación a su grado de limitación personal y otra en relación a sus necesidades de atención.

A. Autonomía personal

A.1.Limitaciones Ligeras	Puntuación entre	1 - 5
A.2.Limitaciones Severas	Puntuación entre	6 - 10
A.3.Gran Dependencia	Puntuación entre	11 - 15

B. Situación Socio - Familiar

- B.1. Recibe atención continuada. Puntuación hasta 5
- B.2. Recibe atención esporádica. Puntuación entre 6 - 10
- B.3. Recibe atención mínima o nula. Puntuación entre 11 - 15

Se considera que los tramos A.1, A.2 y A.3 pueden implicar una atención máxima inicial de 20, 30 y 40 horas / mes respectivamente. Esta cifra se verá incrementada por la conjugación de los factores B.1, B.2 y B.3 en 0, 10 y 22 horas / mes adicionales. El margen de fluctuación no deberá ser superior al 40% del tope máximo, por lo que los topes mínimos se obtendrán reduciendo el máximo en un 40%. Combinando estas seis tipologías entre sí, se obtiene un total de nueve categorías que orientan sobre las necesidades de atención del usuario y el límite mínimo y máximo de la extensión del Servicio.

Tramo del baremo Tope máximo Tope mínimo

A.1 = 20 hs/ mes

A.1 + B.1 20 hs/ mes (-40%) = 12 hs/ mes

A.1 + B.2 30 hs/ mes (-40%) = 18 hs/ mes

A.1 + B.3 42 hs/ mes (-40%) = 26 hs/ mes

A.2 = 30 hs/ mes

A.2 + B.1 30 hs/ mes (-40%) = 18 hs/ mes

A.2 + B.2 40 hs/ mes (-40%) = 24 hs/ mes

A.2 + B.3 52 hs/ mes (-40%) = 32 hs/ mes

A.3 = 40 hs/ mes

A.3 + B.1 40 hs/ mes (-40%) = 24 hs/ mes

A.3 + B.2 50 hs/ mes (-40%) = 30 hs/ mes

A.3 + B.3 62 hs/ mes (-40%) = 38 hs/ mes

Si tomamos en cuenta los domicilios atendidos el grado de cobertura se sitúa en el 1,26 % y si consideramos las personas atendidas en el 1,79 % porcentaje muy por debajo de la media de la Comunidad de Madrid que está en el 3,37 %, incluso de la media nacional que se encuentra en el 3,14. Esto se debe a que inciden otros factores que tienen que ver con la cultura local, muy diferente entre unos municipios y otros a pesar de la cercanía. Hay que tener en cuenta el arraigo a la casa y al pueblo donde se ha vivido toda la vida, las redes de apoyo familiares y vecinales, la disponibilidad de residencias para personas mayores en el municipio donde viven, el rechazo a que una persona extraña entre en la casa, etc.

Proceso de intervención

El proceso de intervención forma parte del Manual de procedimientos del Centro de Servicios Sociales, y ha surgido de la práctica cotidiana así como de los criterios metodológicos que rigen la prestación del SAD y está sometido a un proceso de continua revisión y adaptación a la realidad. Los pasos fijados a seguir en el SAD son los siguientes:

1. Recepción de la demanda en el Equipo de Zona.
2. Petición de documentos al solicitante.

3. Recogida de documentos: cuando están completos se coloca el sello de Registro de entrada en la "Solicitud de Ayuda a Domicilio", y se entrega una fotocopia sellada al solicitante.
4. Recabar la información necesaria mediante visita a domicilio y entrevista.
5. Redacción del "Informe Social" en base a la información obtenida cumplimentando todos los apartados.
6. Entrega de la hoja de "Datos sanitarios y autonomía personal" al médico para su cumplimentación.
7. Valoración técnica del caso que comprende: diagnóstico social, objetivos de la intervención, propuesta de atención domiciliaria y otras propuestas u orientaciones.
8. Entrega del expediente completo al Centro de Servicios Sociales que debe incluir el oficio de remisión con el registro de salida del Equipo de Zona de Servicios Sociales, la solicitud de Ayuda a Domicilio debidamente firmada por el solicitante y con Registro de Entrada en el Equipo de Zona, el informe social. Los baremos aplicados y la documentación aportada por el solicitante. El Equipo de Zona deberá quedarse con copia de la documentación entregada con el sello de entrada en el Centro de Servicios Sociales.
9. Estudio del caso por la Directora y el Apoyo Técnico.
10. Aprobación, denegación o solicitud al interesado de documentación complementaria por parte de la Directora del Centro de Servicios Sociales.

11. Visto bueno o denegación por el/la Presidente/a de la Mancomunidad. El plazo máximo para dictar resolución será de tres meses contando desde la entrada de la solicitud en el órgano competente.
12. Envío de la carta de notificación al solicitante desde el Centro de Servicios Sociales con "Acuse de recibo" y copia al trabajador social. La resolución se notifica al interesado en el plazo de 10 días y contra la misma se puede interponerse recurso ordinario ante el órgano superior jerárquico del competente para resolver.
13. En el caso de concesión se cita al interesado (o bien en la misma visita a domicilio para poner en marcha el servicio) para formalizar el documento de aceptación del servicio en el que, como mínimo, se especificará: la entidad que va a realizarlo, funciones, número de horas, frecuencia, importe, porcentaje de la subvención, cuantía de ésta y en su caso cuantía de la aportación del beneficiario. Igualmente, si procede, se harán constar los compromisos del beneficiario y de la familia.
14. También se incluirá en el expediente el parte de variaciones donde se recogerán por escrito los cambios e incidencias relativas a la prestación que habrán de comunicarse igualmente al usuario.

En situaciones de urgencia, en los que el SAD se podrá poner en marcha en el plazo máximo de 48 horas, existe también un procedimiento de urgencia, similar al de los casos de demanda normal, cuyo tiempo de resolución no puede excederse de los dos meses.

Atención personal/atención doméstica

El 66,30 % de los domicilios reciben atención mixta, doméstica y personal, un 7,61 % sólo atención personal y un 26,09 % sólo atención doméstica. Es decir, un 73,91 % reciben atención personal y un 92,39 % atención doméstica.

En cuanto a la intensidad horaria, en el año 2005 se encuentra en una media de 7,24 horas. semanales. La media en los casos de atención doméstica es de 6,02 horas semanales y en los casos de atención personal de 8,57 horas. La media de atención por domicilio es de 26 horas y media al mes y de 19 horas por persona. En este caso la Mancomunidad está muy por encima de la media de la Comunidad de Madrid que se sitúa en 16,85 hs./mes y de la media nacional que está en 16,43 hs./mes. Esta diferencia está relacionada, al igual que ocurre en otras partes del territorio nacional, con una priorización de la calidad de la atención sobre la extensión del servicio ya que se considera que no puede prestarse un servicio de atención personal adecuado si al menos no se dedican dos horas diarias. Del total de horas prestadas al mes un 98,45 % se realizan en horario laboral y un 1,55% se consideran festivas. Las horas festivas son las que se realizan en horario nocturno (de 21 a 7) y a partir de las 14 hs. del sábado hasta las 7 de la mañana del lunes. Además aquellas que se realizan los días festivos nacionales, autonómicos y locales.

Las auxiliares del SAD

La media de edad de las auxiliares de hogar oscila entre los 35 años y los 45 años, exceptuando algún caso donde la auxiliar es mas joven. Esta edad es la más adecuada por la madurez alcanzada, que ayuda a comprender y a tratar mejor la situación de los mayores. La totalidad de las auxiliares son mujeres. Los hombres no se presentan a las ofertas de empleo. Generalmente la auxiliar es de la misma localidad que el usuario, sobre todo porque así lo demanda la auxiliar ya que en esta Mancomunidad el transporte público es prácticamente inexistente entre los distintos municipios o tiene poca frecuencia. En estos momentos de las 41 auxiliares que están trabajando sólo hay 3 que son inmigrantes cuyos países de origen son de Sudamérica (Cuba, Perú, Colombia), una cifra que irá aumentando ya que hay mucha demanda de trabajo de inmigrantes en este sector.

La formación exigida por la empresa es mínima aunque es obligatorio tener un curso de formación sobre la ayuda a domicilio o en su defecto aportar una larga experiencia.

La antigüedad en el puesto de trabajo oscila entre los 3 y 5 años. Existe un alto compromiso auxiliar-usuario, incluso se llega a traducir en un compromiso familiar que únicamente se rompe cuando el mayor se da de baja en el servicio por fallecimiento o por traslado a residencia o a casa de sus familiares. La media de casos que atienden las auxiliares oscila entre los 2 y los 4, este factor depende del número de horas que tengan concedidas los usuarios. La media de horas contratada oscila entre las 15 y 20 horas semanales, factor que va cambiando porque a lo largo del año se producen altas y bajas de usuarios.

A fin de garantizar la calidad, profesionalidad y eficacia del servicio, se presta especial atención a la cualificación del personal que hace efectiva la prestación de Ayuda a Domicilio. En este sentido, hay que tener en cuenta que dicho personal debe conocer la finalidad y principios de la prestación, las dificultades específicas que pueden derivarse de la atención a personas con limitaciones físicas o psíquicas en su autonomía, como actuar ante posibles situaciones de emergencia y la importancia de preservar la intimidad del usuario y el secreto profesional.

Coordinación y seguimiento

La coordinación con la empresa es adecuada y fluida. Existe una oficina de la empresa en uno de los municipios más grande donde se encuentra una coordinadora contratada a media jornada. Los trabajadores/as sociales se comunican con frecuencia por teléfono para comentar incidencias. Una vez al mes la coordinadora se reúne con la directora del centro para cuadrar el número de horas realizadas en cada municipio con el objeto de facturar las horas trabajadas. Los trabajadores/as sociales hacen llegar al Centro de Servicios Sociales un parte de incidencias donde apuntan las sucedidas a lo largo del mes. La coordinadora a su vez comenta las suyas y se registran en unas tablas por municipios que permiten el cálculo total del número de horas, laborables y festivas y la aportación correspondiente a ese mes de los usuarios del servicio.

Área sociosanitaria

No existe un espacio formalizado sociosanitario. Las relaciones entre los servicios sociales y los Centros de Salud son cordiales y fluidas aunque no se percibe una gran implicación en el SAD por parte de los servicios sanitarios. Sólo existe una adecuada coordinación en casos puntuales en los que así se ha demandado, dada la gravedad del caso, por parte de Servicios Sociales.

VI. 6 .- PAIS VASCO

Por la propia naturaleza organizativa de esta Comunidad Autónoma en la que el sistema administrativo y financiero recae en las Diputaciones Forales, el papel de la Autonomía se limita a la función legislativa y planificadora de los Servicios Sociales. Es por esta razón, por la que el SAD es un servicio cuya gestión, financiación, y organización depende de las Diputaciones Forales y los Ayuntamientos, quedando la autonomía prácticamente al margen de obligaciones en esta materia.

Es preciso señalar que por sus especiales condiciones de financiación, el País Vasco junto con Navarra, son Comunidades que no participan del Plan Concertado con el Estado. En el País Vasco, comunidad autónoma donde los territorios forales tienen competencia recaudadora, Vizcaya, Guipúzcoa y Álava asignan en sus presupuestos provinciales las partidas económicas correspondientes a los Servicios Sociales provinciales y dentro de ellas, las destinadas a las distintas prestaciones sociales, entre las que se encuentra el SAD. La Financiación del SAD se establece según la distribución de competencias en materia de Servicios Sociales. Las Diputaciones Forales, asignan presupuesto para atender su área competencial (personas dependientes) y los Ayuntamientos al suyo: servicios sociales comunitarios y SAD como prestación básica de personas no dependientes.

La Ley 5/1996 de 18 de Octubre , de Servicios Sociales sustituyó a la primera Ley Vasca de Servicios Sociales de 1982 y es la normativa actualmente vigente en la materia.

En el capítulo 1, artículo 5, se fijan las prestaciones generales del sistema de los servicios sociales y entre ellos figura "...La prestación de servicios o programas de convivencia mediante actuaciones de ayuda en el propio domicilio de la persona interesada, o mediante la prestación de alojamientos alternativos..." (Art.5. 2.b). También se define el SAD como uno de los servicios sociales de base cuya competencia recae en los Ayuntamientos. En cuanto a la financiación, la ley establece que se realizará a través de los Presupuestos Generales de la Comunidad Autónoma Vasca, de los Presupuestos Generales de los territorios históricos, de los Presupuestos de los Ayuntamientos, de las contribuciones de las personas usuarias y de cualquier otra aportación económica que pudiera producirse (art. 28).

El Decreto 155/2001 de 30 de Julio, de determinación de funciones en materia de servicios sociales, desarrolla las funciones que corresponden a las distintas Administraciones Públicas Vascas. A través de esta norma legal se hace una clara diferenciación entre las personas dependientes y los no dependientes, señalando al tipo de servicios que cada grupo requiere, servicios especializados en el caso de personas con problemáticas específicas, y servicios sociales de base para el conjunto de la población. Las Diputaciones Forales serán, según esta normativa, las competentes en los servicios sociales especializados de atención a las personas dependientes, mientras que son los Ayuntamientos los que deberán asumir la competencia de los servicios sociales de base y entre ellos el de "prestar servicios o

programas de convivencia mediante actuaciones de ayuda en el propio domicilio de la persona interesada". (art. 4.1.2). De esta manera, se cumple lo establecido en la ley 5/1996 sobre Servicios Sociales, en donde se define el SAD como un servicio social de base. Así, el Servicio de Ayuda a Domicilio queda claramente enmarcado dentro de las competencias municipales, junto con otras modalidades de atención como son la teleasistencia y fórmulas alternativas de convivencia.

La disposición legal sobre distribución de competencias plantea una interrogante de principio: si el Decreto establece que el SAD es de competencia municipal y la atención a las personas dependientes es competencia de las Diputaciones Forales, ¿Dónde se enmarca el SAD para personas dependientes?. La respuesta a esta duda no es unívoca y su resolución afecta a las diferencias entre los modelos adoptados en cada provincia.

Siguiendo el texto del citado decreto, el servicio de asistencia domiciliaria se entiende como "*la realización, en el domicilio de la persona usuaria, de tareas de atención doméstica, de cuidado personal o de educación familiar y/o doméstica, que mejora la calidad de vida en el hogar*" (art. 4.1.2.2). Los objetivos de este servicio quedan recogidos de la siguiente manera:

- "a) Prevenir y/o compensar la pérdida de autonomía, prestando ayuda para realizar las actividades de la vida diaria y/o mantener el entorno doméstico en condiciones adecuadas de habitabilidad.
- b) Prestar apoyo a las personas cuidadoras que constituyen la red natural de atención.

- c) Favorecer la integración de las personas usuarias en su entorno comunitario evitando situaciones de aislamiento.
- d) Mejorar el clima convivencial mediante intervenciones tendentes a evitar situaciones de aislamiento.
- e) Servir como elemento de detección de situaciones de necesidad que pudieran requerir la intervención de otros servicios."

Otra de las prestaciones establecidas como mínimas en la normativa vigente del País Vasco es la que se refiere a "*los programas de intervención orientados a proporcionar recursos y medios que faciliten la integración social de personas, familias y grupos, atendiendo prioritariamente la prevención de la marginación*" (art. 4.1.3.). En estos programas se incluyen los programas básicos de intervención familiar, que se pueden realizar en el domicilio familiar - con Servicio de Ayuda a Domicilio como una de las modalidades posibles- , en el entorno comunitario o en la calle.

Las instituciones gestoras del SAD

Álava

En el territorio histórico de Álava, debido a sus características poblacionales (sólo el municipio capital tiene mas de 20.000 habitantes), la Diputación Foral asume la responsabilidad y la gestión del SAD en todo el territorio y para todo tipo de usuarios, sean dependientes o autónomos; sólo la capital, Vitoria, gestiona un SAD para su población de personas autónomas. Es decir que depende de Diputación Foral todo el SAD del

territorio histórico, excepto el destinado a ciudadanos no dependientes de Vitoria que son atendidos por un SAD municipal. El hecho poblacional simplifica la actuación de la administración provincial en la prestación del servicio. En la capital, se materializa la distribución de funciones entre Diputación y Ayuntamiento, sin que se produzcan conflictos de competencias.

No existen baremos comunes a la Diputación y al Ayuntamiento de Vitoria para determinar la dependencia.

En Vitoria utilizan la escala de Geronte para proponer a la Diputación la atención de las personas dependientes. La Diputación utiliza otro tipo de baremo. Se producen algunos problemas en la calificación de personas que se hallan en la frontera entre la dependencia y la autonomía, pero en todo caso, se mantienen las buenas relaciones interinstitucionales y se acuerda quién es, en cada caso, la institución competente.

Dentro del presupuesto de Servicios Sociales de la Diputación Foral, el SAD tiene un peso importante con un 18 % del total. El crecimiento mínimo anual de este presupuesto es del 10%. En 2004 el precio/hora base fijado para el SAD en el concurso público osciló entre los 15,41 euros hasta los 22,03 en días laborables. Las diferencias del precio hora base son debidas a las diferencias geográficas y de acceso (ciudad, zonas agrícolas dispersas y con mala comunicación...)

El acceso al SAD

Al SAD se accede en todo el territorio foral a través de la demanda ante los servicios sociales de base, puerta de entrada a todas las prestaciones. Todo el territorio de Álava tiene servicios sociales de base creados a través de mancomunidades de ayuntamientos (llamadas allí "cuadrillas"), con personal dependiente de los ayuntamientos o de la propia mancomunidad, excepto Vitoria y los dos municipios con mayor población, Amurrio y Llodio que cuentan con servicios sociales propios. Cuando la demanda se refiere a la atención de personas dependientes, se remite desde los servicios sociales de base a la Diputación Foral. Esta tiene su propia red de profesionales que estudian y valoran los casos y definen el tipo de recursos necesario en cada uno de ellos.

Por el contrario, cuando la demanda de SAD es para personas válidas, son estudiadas y valoradas por los mismos servicios que la reciben. En caso de que la valoración sea favorable, elaboran una propuesta de resolución que recoge la tipología del servicio, el número de horas de SAD y el tipo de tareas a realizar. Estas demandas con su expediente y propuesta de actuación se tramitan desde los centros de servicios sociales a la Diputación Foral, que aprueba la correspondiente resolución, establece el precio público a pagar y el seguimiento de las empresas que llevan a cabo el servicio. A partir de la resolución y la puesta en marcha del servicio desde la Diputación, el seguimiento de los casos lo llevan los servicios sociales de base. Este esquema de funcionamiento es válido en la provincia. En el caso de la capital, los expedientes elaborados por los servicios sociales de base se envían para su tramitación

al departamento de Servicios Sociales del Ayuntamiento que es el que resuelve, aprueba y fija las condiciones del SAD en cada caso. El seguimiento de los casos es también aquí competencia de los servicios sociales de base..

Las empresas prestatarias del SAD. Externalización del servicio

El SAD siempre ha sido en Álava un servicio externalizado desde que la Diputación Foral lo inició en 1984. Comenzó con personal de Cruz Roja, primero con voluntarios, posteriormente pagando a ese organismo las horas trabajadas y por último con contrato de adjudicación a una cooperativa que surgió de esa misma entidad. A finales de los ochenta se inició el proceso de adjudicación por concurso. Empezaron con cuatro empresas y actualmente tienen seis.

La contratación de las empresas que prestan SAD dependiente de Diputación se realiza a través de concurso de adjudicación. La Diputación Foral tiene una división del territorio y de la capital y las empresas adjudicatarias son contratadas para llevar el servicio en uno o mas de esos sectores territoriales. Las cláusulas del concurso con las condiciones a cumplir por las empresas adjudicatarias del servicio de la Diputación Foral son variadas y complejas. Entre ellas, el precio del servicio no es considerado un factor fundamental.

Control y seguimiento del SAD

El seguimiento concreto de los casos lo llevan los trabajadores sociales de base. Ellos son los que en primera instancia se relacionan con el usuario y la familia de éste y con la trabajadora familiar (auxiliar de SAD) y la empresa concesionaria del servicio. Formalmente se establece un control sobre los casos de SAD cada tres meses, aunque en la práctica no se cumple con este requisito. Los controles realizados y las incidencias detectadas desde los Servicios Sociales de base se comunican a la Diputación Foral que en ocasiones considera oportuno intervenir.

El segundo nivel de intervención y control es el que se realiza desde el servicio de la Diputación Foral (una persona encargada del SAD), para la relación con las empresas adjudicatarias. Están establecidas de manera formal tres reuniones anuales con cada una de estas empresas, pero en la realidad se superan estos niveles, pues el trabajo conlleva una permanente relación entre el servicio de la Diputación y las empresas.

Las relaciones en el SAD de la Diputación Foral se establecen así en distintos niveles:

- Auxiliar (trabajador familiar): con la empresa de quien depende laboralmente y con el trabajador social de base que lleve el caso en el que esté trabajando.
- Usuario: con el trabajador familiar y el trabajador social de base como referente para cualquier tema relacionado con el servicio.

Cobertura del servicio

El SAD dependiente de la Diputación Foral funciona los 365 días del año, debido a que se atiende con este servicio a personas dependientes. También debido a la atención a personas con altos grados de dependencia se realizan muchos servicios dobles, de concurrencia de dos trabajadores en el domicilio, por lo que tienen un alto número de trabajadores (auxiliares) de apoyo.

El SAD dependiente de la Diputación Foral presta alrededor de 300.000 horas al año, de ellas prácticamente la mitad en Vitoria (dependientes)

Atención personal/labores domésticas

El 80 % de la atención total del SAD de la Diputación Foral es de atención personal y se destina a usuarios de la capital, en dónde la Diputación sólo atiende a personas con dependencia. En el resto de la provincia, con atención a todo tipo de usuario, el 60% del servicio sería de atención personal y un 40% de labores domésticas.

Otras prestaciones del SAD

Álava incorpora en su SAD todos los servicios o programas de convivencia que se pueden dar en el domicilio del usuario. La Diputación Foral incluye en el SAD una multiplicidad de servicios; siguiendo el decreto de determinación de funciones en materia de Servicios

Sociales anteriormente citado, según el cual conviven dentro del SAD:

- La prestación de un servicio de atención a las tareas doméstica, y tareas de cuidado personal
- El servicio de teleasistencia o telealarma. Es un servicio público dependiente de Interior que recibe todas las llamadas de emergencia y pone en marcha todos los dispositivos de emergencia precisos. No depende de la Diputación, es un servicio general en todo el País Vasco, que la Diputación oferta a todos los usuarios del SAD debido a su buen funcionamiento. El crecimiento de los usuarios de telealarma es muy alto. Los usuarios pagan una cantidad prácticamente simbólica (1,56 euros el mínimo y 6,94 euros el máximo).
- los servicios de respiro familiar, destinados sobre todo a las personas en situación de dependencia y sus familiares. Es un servicio que funciona dentro del SAD y que atiende la demanda de la familia cuidadora para sustituirla cuando precisa contar con tiempo libre.
- Las ayudas técnicas. Tienen cabida en el SAD todas aquellas ayudas técnicas que estén directamente vinculadas con la prestación del SAD: grúas, camas articuladas, grúas de bañera, etc. La Diputación Foral alquila estas ayudas a precios mensuales muy bajos, 1,56 euros el mínimo y 6,05 euros el máximo. Actualmente se están introduciendo sillas de rueda

eléctricas que suben y bajan escaleras, como un nuevo dispositivo técnico que pueda paliar las situaciones de aislamiento en viviendas sin ascensor y con personas dependientes.

La frontera que marca la diferencia entre que la prestación sea de SAD o no quepa en este dispositivo de atención, no es la situación del usuario, su grado de dependencia, sino el hecho de que el servicio se preste en el hogar del usuario o fuera de éste. Así, no se plantea ninguna duda al encuadrar los centros de día y las salidas y estancias fuera del hogar, como competencias de la Diputación Foral incluidas en los servicios sociales especializados destinados a personas dependientes, y siempre como una prestación no encuadrada en el SAD.

Centros de día y salidas y estancias fuera del domicilio.

Estos servicios existen pero no son parte del SAD, sino servicios especializados que el usuario puede demandar a través de los servicios sociales de base. En el territorio histórico, los centros de día atienden a personas que por su situación de dependencia requieran ese recurso. En Vitoria, la demanda a la Diputación Foral se realiza a través de los servicios sociales de base o directamente a través del centro de día. La Diputación tiene un equipo de 8 trabajadoras sociales que atienden esta demanda y controlan el servicio.

Los usuarios del SAD

El perfil de los usuarios en el conjunto del SAD atendido por la Diputación Foral, es en un 90% el de personas mayores y predominantemente, mujeres; el perfil tipo del usuario es la mujer mayor de 70 años y dependiente. El resto de usuarios se compone de un 8% de personas con discapacidad y un 2% de intervenciones en temas de familia e infancia. Estos últimos se atienden en todo el territorio foral, excluida la capital, desde el Departamento de infancia de la Diputación y a través de educadores. Puede recurrirse al servicio de ayuda a domicilio para casos de desestructuración familiar u otros que afecten a menores, pero como una prestación de apoyo a la actividad central de los educadores.

El perfil del usuario se desvirtúa por el gran peso que tiene el servicio en Vitoria, en donde la Diputación Foral sólo atiende a personas con alto grado de dependencia. El peso de la capital es esencial en los porcentajes totales de usuarios.

No hay lista de espera en el SAD de la Diputación en donde toda la demanda es atendida. La no existencia de lista de espera tiene una relación directa con las condiciones del copago y con la existencia de contratación privada de servicio fuera del SAD. En Álava se estimula a las personas para que cubran sus necesidades de ayuda en tareas domésticas fuera del SAD, con el fin de no se sobrecargar con horas de atención en tareas domésticas y poder así centrar el servicio en prestaciones de ayuda personal.

Las personas que reciben el servicio tienen una serie de compromisos que deben atender para el sostén y buen funcionamiento de éste. Entre estas obligaciones está la del copago o precio público del servicio. Los usuarios de SAD pagan parte del servicio que reciben. El precio establecido depende de los ingresos y condición económica del usuario y de la cobertura que le preste el servicio. Lo máximo que puede llegar a pagar un usuario es el 30% de sus ingresos (SAD de más de 80 horas al mes) y lo mínimo el 1,5 % de los ingresos. Estos porcentajes varían según las características del servicio, el número de personas que aportan económicamente en la unidad familiar, etc. También hay exenciones al copago en circunstancias límites. Todos los años se actualiza el precio público a abonar en el SAD.

Con esta matización del copago, el SAD es un servicio universal, abierto a todas las personas siempre que cumplan con la condiciones establecidas en el servicio. La Diputación Foral de Álava cobra al usuario mensualmente a través de su cuenta bancaria las cantidades establecidas de este precio público que se actualiza anualmente.

Otra obligación de los usuarios es la utilización de ayudas técnicas y adecuación del medio para facilitar la atención. Algunos usuarios del SAD muestran resistencias en la utilización de ayudas técnicas. También los hay que se niegan a cualquier cambio material en su domicilio, cambios precisos para llevar a cabo un buen servicio. Ante estas situaciones, y siempre que es posible, desde

la Diputación se insta y presiona a las familias para que lleven a cabo los cambios. Si es preciso llegan a suspender el servicio ante la falta de colaboración ya que se dan situaciones en las que se hace difícil cumplimentar la legislación sobre seguridad en el trabajo y previsión de riesgos laborales. También son obligación del usuario el informar al trabajador social de las incidencias del servicio y mantener un trato correcto con el auxiliar que le atiende.

Se han producido algunos incidentes de tipo racista contra las auxiliares extranjeras pues algunos usuarios no quieren admitirlas. La posición de la Diputación Foral en este sentido ha sido clara y terminante: se han fijado resoluciones en las que se insta al usuario a renunciar o aceptar el servicio.

Las auxiliares de ayuda a domicilio.

También denominadas "trabajadora familiar", son las que atienden el SAD de prestación de un servicio de atención a las tareas domésticas y de cuidado personal.

La disponibilidad de personas para el empleo en el SAD en Álava es escasa ya que se ha producido un movimiento económico importante con mucha rotación de trabajadores; los que se dedicaban a la prestación de servicios domésticos han podido optar a otro tipo de empleo por lo que en la actualidad es difícil encontrar auxiliares para el SAD. La paulatina entrada de personal de otros países en los puestos de Auxiliar de SAD es un realidad evidente; inmigrantes de países sudamericanos, marroquíes e incluso subsaharianos empiezan o ocupar un porcentaje

apreciable en las plantillas. Se interpreta que esta realidad tiene que ver con la falta de consideración profesional y social del puesto de auxiliar de SAD, y con la dureza del trabajo en sí. La conjunción de ambos factores: poca consideración y trabajo poco agradable y posibilidad de otros empleos, provoca que el de auxiliar de SAD sea un empleo escasamente deseado en general y por tanto ocupado por los sectores más marginales del mercado laboral.

En cuanto al perfil de la auxiliar, prácticamente el 99% de las Auxiliares de SAD en Álava son mujeres, y los pocos varones que trabajan en este sector están muy solicitados y tienen aseguradas sus horas de trabajo para realizar servicios que requieren fuerza física en la atención de personas dependientes.

Hay diferencias de edad y de formación entre las auxiliares de la capital y las que trabajan en el resto del territorio foral. Las primeras tienen menos edad y mayor formación mientras que las últimas suelen tener de cuarenta años en adelante y menor formación, mujeres que tienen experiencia en el trabajo en el campo y en la casa, trabajo doméstico y de cuidado de terceros y que llevan muchos años trabajando como auxiliares de SAD.

En cuanto a la formación de las auxiliares, se detecta un desfase entre lo que se exige teóricamente para optar al empleo de Auxiliar de SAD y la realidad del mercado. La Diputación Foral exige que las personas que optan a este puesto de trabajo estén en posesión de un curso homologado de trabajadores familiares, curso regulado por el Gobierno Vasco y que consta de 240 horas: 160 teóricas

y 80 prácticas. Hasta hace 6 años, la mayoría de las Auxiliares que trabajaban en el SAD de la Diputación tenían este curso que era un requisito imprescindible para ser admitidos por las empresas adjudicatarias del SAD. Estas contaban con suficiente demanda de empleo como para poder desestimar a aquellos trabajadores que no cumplieran el requisito de la formación. En la actualidad, y debido a la dificultad para encontrar trabajadores para el SAD, se ha bajado el nivel de exigencia para los aspirantes a este empleo y se estima que sólo el 60% de los auxiliares de SAD tienen esa mínima formación exigida.

La Diputación Foral no imparte cursos de formación. Son las entidades de distinta índole, ONGs, sindicatos, empresas de inserción, Cruz Roja... las que cubren este aspecto. La posibilidad de que se establecieran estudios reglados de educación para obtener la formación necesaria como Auxiliar de SAD es bien vista por la Diputación Foral de Álava, aunque se señala la necesidad de que se articulara la convivencia entre distintas formas de acceso y permanencia en el empleo en el SAD, convalidaciones, y otras medidas que recogieran la realidad de los actuales auxiliares, para que pudieran mantenerse en su empleo. Señalan la novedad de que en Cataluña existen ya módulos de FP de Auxiliar de SAD.

Las condiciones laborales del auxiliar de SAD se rigen por el Convenio Colectivo vigente en lo económico hasta el 2006 y en lo social hasta 2005. Según convenio, el sueldo está alrededor de 9 euros la hora de trabajo, a lo que se añade los desplazamientos y el kilometraje. Se

asegura como mínimo 115 horas mensuales de trabajo que se cobran según convenio, se hayan realizado o no. Según estas cifras, el sueldo mínimo alcanza los 1.035 euros al mes.

Entre las funciones de las auxiliares no se encuentra la administración de medicamentos y otros cuidados sanitarios. Está expresamente recogido en las condiciones de prestación del servicio que las auxiliares de SAD de la Diputación Foral no tienen que realizar ningún acto sanitario; sólo se admite y en todo caso, el que recuerden al usuario la medicación que debe tomar. Cuando el auxiliar de SAD se encuentra con cualquier tipo de problema sanitario del el usuario, automáticamente debe recurrir a los servicios de salud.

La consideración social del trabajo de los auxiliares de SAD es baja, sobre todo por ser un trabajo que se relaciona con las tareas domésticas, (adscritas normalmente y aún a las mujeres) que no tienen ni siquiera regulación laboral. La falta de consideración social no tiene que ver con la formación, sino que sobre todo tiene que ver con el carácter domestico del trabajo.

Área sociosanitaria

La relación entre los servicios de salud y el SAD es razonablemente buena. No existen protocolos, por lo que se está un poco al albur de las voluntades de los trabajadores de ambos dispositivos. Se plantea la necesidad de una profundización en el ámbito sociosanitario para dar mayor identidad al trabajo y

cubrir con mayor eficacia las demandas de los usuarios. Las derivaciones de y hacia los dispositivos de salud, como por ejemplo hacia hospitales desde el mismo SAD y viceversa, tampoco están protocolizados. Se ha logrado un buen entendimiento entre profesionales e incluso se han puesto en marcha mecanismos organizativos entre la red de salud y salud mental con los auxiliares de SAD para tratar los casos en los que hay intervención de ambos. El área de Salud precisa en muchos casos de SAD para algunos de sus pacientes. Dentro del ámbito sanitario existe un servicio de hospitalización a domicilio, pero este no supe al SAD.

La ayuda informal y el servicio doméstico

Se entiende por ayuda informal toda aquella que no está regularizada y que en la práctica se concreta en la ayuda de los familiares cuidadores, muy frecuentemente las mujeres de las familias. Dado el nivel de renta de esta provincia, la contratación de servicio doméstico interno en el hogar o externo es una realidad considerablemente extendida entre los usuarios del SAD. Se recoge aquí la valoración sobre esta realidad por la importancia de la tarea encomendada a estas personas de servicio doméstico, sus similitudes e interferencias en aspectos relacionados con el SAD.

Las redes familiares tienen aún mucha fuerza en Álava, sobre todo en el ámbito rural. También parece de importancia la estructura de apoyo informal del vecindario en ese mismo ámbito. Contrariamente a lo que se pretende, la presencia del SAD ha roto con esa natural

solidaridad entre vecinos, que ahora retraen su apoyo al estar presente una institución considerada poderosa económica y socialmente, como es la Diputación Foral y su oferta de servicios de base. Por otro lado, en el territorio foral el trabajo doméstico ("menajero") se cubre, en un alto porcentaje a través de empleadas de hogar, es decir de personas contratadas privadamente por los usuarios, sea directamente o a través de empresas del sector. Esta opción se da en muchos de los casos de usuarios que tienen SAD con atención personal pero que cubren las necesidades domésticas a través de la contratación de personas en el mercado libre privado.

Los servicios externos al SAD

Son aquellos servicios que sirven de apoyo para la atención de los usuarios de SAD. Con ellos se externaliza parte del trabajo del auxiliar domiciliario, o del propio usuario y su familia. La existencia de estos servicios externos pueden suponer una manera de reducir las tareas y horarios de los auxiliares y en ocasiones pueden también servir como otra vía de seguimiento y control de la situación de los usuarios. Entre estos servicios externos cobran especial protagonismo los servicios de comida y los de lavandería. Otro, menos usual, es el de pequeñas reparaciones en el hogar propuesto por algunos municipios.

En Vitoria, tanto el Ayuntamiento como la Diputación están utilizando el servicio de comidas que tiene en marcha el Ayuntamiento en uno de sus centros residenciales. Las auxiliares de SAD cocinan en cada

domicilio cuando el usuario es dependiente (competencia de la Diputación) y no puede beneficiarse de este servicio municipal por saturación del mismo. En el ámbito rural, las auxiliares cocinan en cada casa cuando dicha tarea está dentro de las funciones previamente acordadas.

Voluntariado

Desde la Diputación Foral no se ha llevado a cabo un trabajo específico con el voluntariado. Sin embargo, consideran que se deberá plantear el tema de la participación social de este indefinido segmento, pero siempre respetando que sus actividades no interfieran con el trabajo de los auxiliares para evitar así conflictos de intereses con los trabajadores del SAD y los sindicatos.

Futuro del SAD

El futuro del SADS se percibe como un tema de gran complejidad en el que se van a aunar una serie de realidades y de adaptaciones del servicio:

- Por un lado, es un servicio que va a seguir creciendo pues crecen las necesidades con la evolución demográfica.
- Cada vez son más las personas llegan a edades muy avanzadas y sobre todo, en situaciones de dependencia.
- Va a ser necesario flexibilizar el SAD como servicio para poder llegar a más demanda y más diversa.

- El SAD de cara al futuro, va a ser sobre todo de servicios personales, fortificados con apoyos técnicos: teleasistencia, y especialmente de respiro familiar.
- Es imprescindible asegurar la estabilidad a las plantillas de trabajadores de SAD y exigir formación acorde con su trabajo.

La Diputación Foral propugna y favorece que el SAD sea sobre todo un servicio dirigido a la atención personal; se pretende que el trabajo de tipo doméstico se cubra a través de terceras personas: en el caso de los dependientes, al ser personas que no pueden vivir solas en su domicilio, el SAD se encargaría de la atención personal mientras que la familia se ocuparía de las labores domésticas. El hecho de que en esta provincia las rentas son considerablemente altas facilita la contratación por parte de las familias de personas para tareas domésticas dentro del mercado laboral. Sin embargo, en las zonas rurales, las posibilidades de contratación de personas para dichas tareas domésticas están mucho más limitadas que en la capital y los grandes pueblos, por lo que se tendrá que mantener en el SAD la atención de tareas domésticas que apoyen al usuario para que pueda residir en su domicilio; al mismo tiempo,

En todo caso, el gran problema que se encuentra par el futuro del SAD es el de su financiación, ya que no hay presupuesto que crezca al ritmo en que crece el servicio, con un 10% mínimo anual. El problema del presupuesto es determinante pues el precio/hora tiene que ver con las plantillas, con la formación, con la fidelización del

personal, etc.; Al barajar los recursos económicos y su destino se está además definiendo el servicio ya que todo lo que se destine a que éste sea bueno, se detrae de la posibilidad de ampliación numérica. Se plantea así el eterno problema de "extensión del servicio versus buena calidad del mismo"

Guipúzcoa

Dentro de la distribución de competencias establecidas en el Decreto 155/2001 de 30 de Julio, el Ayuntamiento Capital de Guipúzcoa, San Sebastián, considera que:

- La diputación Foral de Guipúzcoa es la entidad competente en la atención a las personas mayores dependientes.
- El Ayuntamiento está obligado a atender a las personas mayores autónomas.
- El Ayuntamiento se considera competente en todo los servicios "de cercanía en comunidad", independientemente de la participación de la Diputación en el mantenimiento de estos servicios. Estos servicios de cercanía son no sólo el SAD sino todos los que permitan o ayuden a que el mayor autónomo pueda vivir en su comunidad.

El Ayuntamiento parte del criterio de que todo empadronado que esté residiendo en la comunidad precisa servicios de atención primaria, o cuasi primaria y que en cualquier caso es el Ayuntamiento la primera instancia para su atención si está residiendo en su propio

domicilio. Esta interpretación es sólo del Ayuntamiento de San Sebastián y no es compartida por el Gobierno Vasco ni por la Diputación Foral.

Están en cuestión las fronteras o límites que determinan que sea una u otra entidad la que preste el Servicio de Ayuda a Domicilio en función del nivel de dependencia del usuario. El Ayuntamiento de San Sebastián asume la atención de todas las personas, sean dependientes o autónomos, que demanden el SAD. Esta medida es considerada más beneficiosa para el usuario aunque sea una mayor carga para los ayuntamientos. La administración local es la entidad más cercana al ciudadano y por tanto la que mejor puede atenderle en su cotidianidad. Históricamente se ha venido prestando el SAD a todas las personas que lo precisaran y la proporción entre los dependientes y los autónomos se mantenía en un 50 % aproximadamente. La aprobación del Decreto de reparto de competencias supuso un cambio inesperado, que modificaba la realidad del servicio no sólo en cuanto al organismo administrativo competente y obligado a su prestación, sino incluso, porque podía llegar a suponer cambios en la propia prestación. El ayuntamiento ha seguido prestando el mismo servicio en el entendimiento de que al usuario lo que le importa es el servicio que recibe y no le interesa ser objeto de clasificaciones de dependencia o no dependencia. El Ayuntamiento y la Diputación Foral están en un permanente estado de negociación. Si el Municipio se encontró con que el Decreto limitaba sus competencias a prestar el SAD a las personas autónomas, por lo que alrededor de la mitad de sus usuarios quedaba fuera de ésta, la Diputación se encontró con que tenía

que poner en marcha o asumir un servicio que no tenía: el SAD para personas dependientes.

Desde un primer momento, el Ayuntamiento de San Sebastián ha seguido prestando el SAD a todos la persona del municipio que lo precisase, independientemente de su grado de dependencia. En los supuestos en el que el SAD se preste a personas dependientes, la Diputación establece las características del servicio fijando unos límites y formas de control, y el número máximo de horas anuales de prestación y según este criterio, paga al ayuntamiento que es el que presta el servicio. Se produjeron algunos problemas de adaptación y ajuste entre ambas administraciones, sobre todo por el cupo de horas del servicio que resultó ser excesivamente corto en opinión del Ayuntamiento. Actualmente se mantiene el SAD en el Ayuntamiento y la Diputación fija el número de horas máximo así como su precio de una manera mas acorde a las necesidades detectadas por la corporación municipal.

La determinación de la dependencia es competencia de las Diputaciones Forales. En Guipúzcoa como en toda la Comunidad Autónoma se utiliza la escala de Goodman.

Desde la Diputación Foral se financia a cada Ayuntamiento que en cumplimiento de sus atribuciones aprueba su presupuesto y dentro de este, las consignaciones para los distintos servicios. Los Servicios Sociales de San Sebastián tienen un presupuesto de alrededor de 20 millones de Euros y, de ellos casi la tercera parte, se dedica al SAD (6 millones de Euros). La financiación de

este servicio conlleva como problema añadido el ya señalado de los fondos que asigna la Diputación para la atención de personas dependientes. El conflicto de la financiación del SAD entre Diputación Foral y Ayuntamiento se produce sólo en este servicio porque la Diputación no quiso incorporarlo en los acuerdos de "encomienda de gestión", con los que se llegó a acuerdos sobre servicios que se compartían por ambas instituciones e incluso sobre servicios que, según entró en vigor el Decreto 155 sobre competencias, estaban siendo prestados por la institución no competente. En todo caso, parece que el plazo de transferencia de competencias y el período de encomienda de gestión acaba en 2006, momento en el que cada entidad podrá y deberá hacerse cargo de los servicios en los que son competentes con todas sus consecuencias.

En San Sebastián, y a pesar de las diferencias entre personas mayores dependientes y autónomas, no se han dado dos tipos diferentes de SAD, ni dos distintas vías de demanda. Dado que todo el SAD lo lleva el Ayuntamiento, éste ha mantenido la unidad del servicio, sobre todo en cuanto a los aspectos cualitativos de éste aunque, lógicamente, en cuanto a lo cuantitativo, los mayores dependientes ocupan la mayor parte del SAD en relación a horas, festivos, atención personal, etc.

El acceso al SAD

La solicitud se hace en los servicios sociales de base, que son del tipo ventanilla única. La demanda de SAD debe hacerla el interesado o su tutor en el supuesto de que

exista una situación de incapacidad. En los últimos años se ha regularizado las solicitudes y actualmente no se admite ninguna demanda que no provenga del propio interesado o su tutor. En los casos de personas mayores que presentan signos de incapacidad, se procede a actuar a través de la fiscalía para regularizar la situación de esta persona. Para este tipo de actuaciones, el Ayuntamiento de San Sebastián tiene un convenio con una Fundación dedicada al tema de gestionar incapacidades, búsqueda de tutores, etc. En cualquier caso, sólo se actúa en situaciones problemáticas con conocimiento y consentimiento de los juzgados y compromiso por parte de éstos acerca de que van a actuar. Se atienden todos los casos, pero con un estricto respeto a los derechos civiles de las personas. Esta forma de actuación, respetuosa con la legalidad, provoca malentendidos con terceras personas que pretenden que Servicios Sociales actúe de oficio y de manera impositiva.

La gestión del SAD

Todos los casos de demandas de SAD se envían a la Diputación Foral para la valoración de dependencia. Este trámite puede durar una semana. La valoración la realiza un profesional médico de la Diputación Foral en el domicilio del demandante o un centro de la Diputación. Las declaraciones de discapacidad tardan entre cinco y seis meses. En estos casos, independientemente de la declaración de discapacidad, si el Ayuntamiento valora que el demandante precisa SAD, se pone éste en marcha y luego se cuadra el coste entre la Diputación y Ayuntamiento. Una vez realizada la valoración y diseñado

el servicio que se precisa en cada caso, se pone en conocimiento de la empresa prestataria para que lo lleve a cabo.

Las empresas prestatarias del SAD

Una sola empresa lleva todo el servicio del municipio de San Sebastián. Hasta 2004, el SAD lo realizaban asociaciones de mujeres que llegaron a convertirse en cooperativas para posteriormente volver a ser asociaciones. Estas asociaciones tenían una estructura poco empresarial y confusa. El panorama empresarial se aclaró definitivamente con el concurso de 2004, en el que pudieron concurrir libremente tanto las asociaciones como las empresas del sector. Las situaciones irregulares en las que se hallaban las asociaciones que trabajaban en el SAD tenían sus repercusiones en el propio Ayuntamiento, que hasta el año 2004 - en el último concurso de adjudicación -, ha estado en una situación de precariedad que no le permitía exigir condiciones como las de formación de los auxiliares del SAD. La realidad de las empresas, los conflictos internos de éstas y los problemas laborales y sindicales han ocupado gran parte de los esfuerzos del Ayuntamiento, muchas veces en detrimento del servicio prestado a los ciudadanos.

Control y seguimiento del SAD

La relación con la empresa adjudicataria se ha establecido a través de una serie de acuerdos que protocolizan las vías y niveles de relación. Los niveles se establecen por cada caso entre la Auxiliar de SAD o la

coordinadora de ésta con la Trabajadora Social responsable de aquel; un segundo nivel de relación es el de la coordinadora de zona y la responsable del Centro de Servicios Sociales, y un tercer nivel, más institucional, es el de la empresa y el ayuntamiento.

Un tema esencial para la gestión del servicio es la informatización de los datos. En la actualidad se siguen los datos aisladamente pero se ha puesto en marcha la creación de una base de datos con sistema cartográfico a partir del cual se podrá acceder a la información de la situación de cada usuario, a las ayudas que percibe, a las situaciones y circunstancias de necesidad, etc. La racionalización del servicio y la utilización de los recursos de las nuevas tecnologías son instrumentos que el Ayuntamiento potencia para asegurar que el servicio dado a sus ciudadanos llegue a ser de buena calidad.

Cobertura

El máximo de horas posible de atención para un usuario de SAD, sea o no dependiente es de 3 horas al día y 18 horas de lunes a sábado. El mínimo está en la media hora diaria que se concreta en la preparación de la persona y el acompañamiento hasta el autobús que le recoja para ir al centro de día. La media del servicio es de una hora y cuarto por persona y día. También se atiende los domingos, festivos y vacaciones con tarifas y horarios diferentes.

Atención Personal/ atención doméstica

El SAD tiene tanto servicios de tareas domésticas como de apoyo personal y mixtas. Aunque mayoritariamente los usuarios son personas no dependientes, el mayor número de horas del SAD lo absorben las personas dependientes, lo que conlleva un alto número de horas dedicadas a labores de ayuda personal.

Otras prestaciones del SAD. Teleasistencia, ayudas técnicas, Programas de respiro familiar.

La Teleasistencia es un servicio que se sitúa dentro de la competencia de los ayuntamientos pero que está siendo prestada por la Diputación Foral con una encomienda de gestión. En realidad más que teleasistencia, se trata de un servicio de telealarma, más limitado en sus cometidos, fundamentalmente de aviso y emergencia que no desarrolla las potencialidades de este dispositivo de atención y control de los usuarios. Las ayudas técnicas y

la eliminación de barreras están siendo estudiadas por los equipos creados desde el Ayuntamiento, en la misma dirección de aunar esfuerzos de las distintas administraciones, racionalizar el gasto, conocer las actuaciones de unos y otros etc. Para ello, se ha puesto en contacto a la empresa adjudicataria de la Diputación Foral (sobre la que recae la competencia en esta materia de ayudas técnicas como grúas, camas articuladas, adaptaciones de baños...) y la empresa que lleva a cabo la rehabilitación de las zonas degradadas de San Sebastián, con el fin de que conozcan la actividad de cada una y puedan aunar criterios y esfuerzos, con el fin de que la inversión pública, ya sea de la Diputación Foral o del Ayuntamiento, alcance el máximo de eficacia posible. En este intento de racionalización se ha fomentado la creación de un itinerario razonable y una ventanilla única para todo ciudadano que precise los servicios de estas empresas.

Existen programas de respiro familiar para las vacaciones y fines de semana en los que se utilizan, además del SAD otros recursos.

Los usuarios del SAD

El Ayuntamiento percibe que el nivel de satisfacción de los usuarios del SAD es bueno, pero no así el de las familias, mas exigentes con el servicio. Desde la corporación se realizan periódicamente encuestas de satisfacción de los servicios municipales, entre ellos del SAD. Este servicio plantea problemas de distinta índole en el seno de las familias, como son:

- Diferencias de criterios entre las personas mayores, beneficiarias directas del servicios y los de sus familiares.
- Desaparición o limitación de las estructuras de apoyo familiar ante la existencia del servicio.

También la Administración encuentra con problemas con los usuarios, como son:

- Las personas mayores que no admiten el servicio y están en situaciones de necesidad
- Aquellos que se generan en la relación de los usuarios con las auxiliares, dándose los dos extremos: personas que desconfían de cualquier auxiliar (acusaciones de robo), y las que sólo aceptan a una auxiliar concreta por haber establecido un determinado vínculo de dependencia con ella.

El SAD, aún siendo un servicio universal, es utilizado sobre todo por las clases medias bajas y bajas. Como todo servicio social tiene imagen de "amparo" hacia los más desfavorecidos de la sociedad, dimensión que es evidente en San Sebastián, ciudad dualizada en la que a bolsas de desfavorecidos se le opone un nivel alto que desarrolla contratación privada de servicio doméstico.

Los usuarios del SAD en San Sebastián tiene un perfil mayoritario de personas mayores y personas con discapacidad, sean o no dependientes. El usuario tipo es una mujer, muy mayor y no dependiente No se atiende desde

el SAD temas de familia o de menores que es materia de otro departamento, el que corresponde Prevención e Infancia, con un proyecto específico diferente y distintos profesionales para la intervención. El gran peso de los usuarios son las personas mayores. Sólo un 5% de las atendidas en SAD son personas con alguna discapacidad.

No hay lista de espera en el sentido de demanda que no se pueda atender desde el SAD. Existe sin embargo población que necesitaría el servicio pero que por razones de coste del SAD optan por servicios privados, y en ocasiones a través de la economía sumergida. Los usuarios participan del coste del servicio a través de la fórmula del copago. El precio que deben pagar los usuarios está regulado en el Reglamento de Ayuda a Domicilio, en uno de sus dos anexos, como "baremo de copago". Pagan un porcentaje del servicio de acuerdo a sus rentas. Pueden llegar a pagar el 100% del servicio si su renta supera el 300% de IPREM (Indicador Público de Rentas de Efectos Múltiples). Los usuarios deben exigir el cumplimiento del servicio tal y como está diseñado y advertir de las deficiencias a la trabajadora social de referencia.

La ayuda informal, aquella que se presta a través de los familiares o de las personas mas cercanas al usuario de SAD, confiere un peso importante al papel de la familia. Sin embargo, se va detectando un debilitamiento de las estructuras familiares y por tanto de este apoyo. Aún así, y a través de un programa de la Diputación se viene realizando una interesante labor de formación, grupos de autoayuda, servicios de respiro, etc. Estas actividades,

tienen el mismo problema que el voluntariado y no es otro que la baja participación en términos cuantitativos.

Las auxiliares del SAD

El perfil de las auxiliares es el de mujer, de edad media, 35 años en adelante. Hay pocos varones y muy pocos inmigrantes. La formación de las auxiliares no es un tema exigido por el Ayuntamiento de San Sebastián en ningún caso, debido fundamentalmente a los conflictos de carácter empresarial y sindical que han venido arrastrando desde 1982 en que se inició el SAD. Sin embargo, si se establece una diferenciación de tareas según la preparación y características de cada auxiliar de SAD.

Las auxiliares de SAD administran medicación siempre que tengan explicaciones claras y las dosis preparadas. También y siguiendo las mismas condiciones, inyectan insulina. Dentro de lo que es la higiene de la persona atendida, cuidan de las heridas y escaras, pero no realizan curas en profundidad. Todos los aspectos referidos a cuidados que rozan el ámbito de la sanidad están pendientes de ser protocolizados entre los servicios sociales y los de salud.

Área Sociosanitaria

La organización del SAD plantea la necesidad de que desde la administración se funcione como un área sociosanitaria de atención a los que demandan servicios. En Guipúzcoa existe formalmente un área sociosanitaria, creada por la Diputación Foral que ya ha dado algunos pasos en temas

de dependientes con la creación de un centro especial de grandes dependientes. El Ayuntamiento de San Sebastián no comparte los criterios de puesta en marcha de esta área, llevada a cabo con una estructuración que no arranca de la raíz de las propias organizaciones interesadas (salud y servicios sociales). Tampoco comparte la actuación de la creación de un centro específico para grandes dependientes, pues se entiende que lo único que se pretende con este centro es abaratar el coste de las plazas que actualmente están en hospitalización, ya que funcionarían bajo sistema de copago como servicios sociales especializados.

Servicios externos

No tienen ningún tipo de servicio externo de apoyo al SAD, ni lavandería, ni catering de comidas, etc. Tras consultar y conocer diferentes realidades donde se externalizaba el servicio de comedor, decidieron que no era una demanda real en su municipio y siguieron el consejo de otros servicios de SAD, en concreto el de Navarra, de no introducirlo por los problemas que acarrea, que parecen ser mayores que las ventajas que pueda proporcionar. Por tanto, la lavandería y la comida siguen entrando dentro del trabajo del auxiliar del SAD. Sin embargo, el Ayuntamiento está intentando animar a las personas con SAD para que vayan a los comedores de los centros sociales de mayores. En la actualidad tiene cuatro zonas en las que trabajan en esta dirección: en dos de ellas, con los centros sociales de mayores de la propia zona, en una tercera, a través del comedor de una

residencia y en un cuarto caso ensayando con cheques comida concertados con dos o tres restaurantes de la zona.

Voluntariado

El Ayuntamiento tiene concertado servicios de apoyo con tres entidades de voluntariado, pero siempre referidos a servicios limitados al acompañamiento, y con gran cuidado de que no se produzcan intromisiones de ningún tipo con el cometido del auxiliar del SAD. En 2004 se han puesto en marcha, desde el sector privado, propuestas formativas de voluntariado con la intención de recoger todas las iniciativas posibles dirigidas a personas mayores; el compromiso del Ayuntamiento ante estas acciones es el de prestar el apoyo preciso para su puesta en marcha. A pesar de estas iniciativas, el voluntariado mueve a pocas personas y llega también a pocos beneficiarios.

VIZCAYA

En el acuerdo interinstitucional la Diputación definía el porcentaje de población que debería beneficiarse y el número de horas de servicio que se iban a ofrecer y a partir de estas decisiones se transfería a cada Ayuntamiento el 75% del dinero correspondiente para afrontar los gastos del servicio. Los Ayuntamientos aportaban de sus propios presupuestos el 25% restante,

una vez descontada la parte que pagaba cada uno de los usuarios. Desde hace dos años (2003), - y como fruto del reparto de competencias -, el SAD es de estricta incumbencia municipal por lo que la Diputación no presta ni financia este servicio salvo en los casos en que se trate de personas dependientes. Son, en definitiva, los municipios, - solos o agrupados en mancomunidades - los que prestan el SAD. En el caso de las personas dependientes, la Diputación Provincial subvenciona hasta un máximo de 26 horas al mes de SAD siempre que estas personas dependientes hayan solicitado ingreso en residencia. Es decir que aquellas personas que quieran seguir en su casa, aún siendo dependientes, no son atendidas por el SAD con cargo a la Diputación, ya que es requisito inamovible la demanda de plaza residencial para poder acceder al SAD. Se desprende de esta política que el SAD no es un recurso adecuado para las personas con dependencia, ya que sólo se utiliza como fase transitoria hasta que obtener plaza en un recursos especializado, la residencia. La Diputación abona a los Ayuntamientos la atención en SAD a partir del momento en el que valora que una persona tiene derecho a entrar en una residencia, pero que por falta de plazas no puede ofertarle dicho servicio. La prestación o ejecución de SAD, tanto para dependientes como para personas autónomas la lleva a cabo los Ayuntamientos.

Consecuente con la estructura competencial anterior, la Diputación Foral sólo subvenciona el servicio que los Ayuntamiento prestan a las personas dependientes. El SAD para personas no dependientes se financia con el presupuesto municipal con sus partidas correspondientes.

Bilbao tiene un presupuesto de SAD de 10.941.511 Euros para el año 2005. Dicho presupuesto se incrementa por partidas a lo largo de los años según las necesidades del servicio, de la demanda, pero también con acuerdo a los intereses políticos de cada momento.

Acceso al servicio

El acceso al SAD es a través de los Centros Municipales de Servicios Sociales, lugar donde se hace la primera demanda. Los demandantes son fundamentalmente los mismos usuarios y/o sus familiares. Las condiciones establecidas para acceder al SAD son las siguientes:

- 1 año de empadronamiento (en caso de personas mayores que roten por casa de los hijos, se le otorga el SAD como máximo por 6 meses).
- Situación de necesidad de ayuda por edad o por discapacidad, avalada por un informe médico.
- Estudio de la situación económica para delimitar la aportación del usuario.

Corresponde a los Servicios Sociales municipales la resolución sobre los casos de SAD para personas no dependientes a partir de las propuestas de los servicios sociales de base que tramitan, analizan y diseñan el posible servicio en cada caso específico. En el caso de los dependientes, es la Diputación Foral la que resuelve ante las demandas de plaza de residencia.

Gestión del SAD

En Vizcaya se produjeron problemas a partir de la aprobación del convenio colectivo de Auxiliares del SAD. En efecto, se había establecido previamente un precio/hora entre las empresas y el Ayuntamiento, y el salario fijado en el convenio suponía una cantidad imposible de deducir de ese precio/hora. Esta situación provocó que la empresa que llevaba el SAD en toda la provincia acabara cerrando. Como en todo el País Vasco, la intervención y control de los sindicatos sobre el SAD es muy importante y ha provocado conflictos, enfrentamientos, problemas de salarios, conflictos de competencias, etc., Actualmente, el precio/hora establecido en el concurso de adjudicación del servicio viene marcado por el convenio de Auxiliar de Ayuda a Domicilio, vigente pero en revisión. Los salarios absorben un gran volumen del precio del SAD. Estos precios son muy elevados y difieren considerablemente entre el precio exigido a las administraciones públicas y el fijado en el mercado libre. Por ejemplo una de las empresas que trabaja con el ayuntamiento tiene un precio de 18 o19 euros en la tarifa pública y en cambio en el privado está cobrando 10 euros (para pagar estos sueldos acogen al convenio estatal, más bajo en los salarios de los auxiliares que el convenio provincial).

El precio hora fijado para este año es de veinte (20) euros de lunes a viernes y más de treinta (30) euros en el caso de fin de semana. Para las personas dependientes que cumplen los requisitos hasta que ingresan en un

residencia, la Diputación estipula un precio/hora de 15 euros/hora y el exceso de tarifa lo asume el Ayuntamiento

Las empresas

En este año hay tres empresas adjudicatarias del SAD en Bilbao. El municipio está dividido formalmente y a efectos del servicio, en cuatro sectores por lo que podría haber un máximo de cuatro empresas, pero una de las concursantes, una Cooperativa, ganó la adjudicación en dos de los cuatro sectores. Además de esta cooperativa que funciona desde el principio de la existencia de SAD en el municipio, las otras entidades adjudicatarias son empresas: una de ámbito estatal y otra de ámbito provincial. El Ayuntamiento, a través de sus Servicios Sociales, mantiene muy buena relación con las empresas adjudicatarias y muy en especial con la empresa Cooperativa que ha sido adjudicataria en todos los concursos y que según los citados servicios ha asumido siempre todas las iniciativas del Ayuntamiento: vacaciones, aseos, pisos de rehabilitación, servicios especiales, etc

Control y seguimiento

Está estipulado que el control del servicio sea al 50 % entre las empresas y Servicios Sociales, pero éstos últimos tienen dificultades para llevarlo a cabo por el volumen de trabajo. La plantilla de Servicios Sociales no aumenta proporcionalmente al crecimiento de la demanda de SAD y del resto de tareas que deben realizar, por lo que

su capacidad de seguimiento está muy reducida con el consiguiente deterioro del control institucional.

Cobertura

En el caso de las personas dependientes, la Diputación estipula un máximo de 26 horas mensuales de cobertura. Por convenio se exige que no haya servicios de menos de una hora en cada casa. Los distintos tipos de servicios que se dan en SAD son los siguientes:

- Básico: el máximo sería un servicio de 2 horas por día. A partir de este máximo, el servicio puede, siempre que se respete el mínimo de una hora, tener la periodicidad que se quiera: diario, días alternos, dos días por semana, uno, etc...
- Intensivo: en servicios destinados para casos de familias con menores (5 horas al día), matrimonios muy mayores, personas en situación terminal o sin alternativa residencial, personas que han estado con ingreso hospitalario y que salen en situación de personas no válidas y además no tienen hijos, y demás situaciones de alta dependencia. Habitualmente son personas que están en convalecencia y reposo y el servicio es sólo de atención personal. En estos casos, se cubren los 3 momentos claves del día: mañana, mediodía y noche. Este servicio se tuvo que suspender en 2004 por problemas de presupuesto. Actualmente de un total de 3.000 servicios, 50 ó 70 tienen la consideración de intensivos.

Atención personal/doméstica

La mayor carga del servicio se acumula en las prestaciones de tipo doméstico. Se plantean serias dudas ante la propuesta - más activa en Guipúzcoa - de separar los dos tipos de actuación, actividades personales y actividades domésticas, como dos formas distintas de SAD ya que esta medida supondría:

- distintos costos según el servicio prestado,
- una mayor complicación en la gestión que llevan las empresas
- peligro de que la gestión por parte de las empresas sea la adecuada, ya que los intereses de éstas no tienen por qué coincidir con los de la Administración y porque las empresas tienen poca agilidad para adaptarse a los cambios en las situaciones de los usuarios.
- dificultad para delimitar y gestionar el servicio necesario ante la demanda de atención mixta (doméstica y personal).

Otros servicios complementarios del SAD

El Ayuntamiento de Bilbao tiene dispositivos y ayudas que fortalecen la intervención del SAD. Son servicios incluidos en el SAD por lo que en esta localidad también sería más adecuado hablar de Servicios de Ayuda a Domicilio en plural que en singular. Estos servicios son los siguientes:

- 1.- Dos centros de convalecientes para usuarios del SAD. Se atiende en estos centros a usuarios del SAD que

abandonan estancias hospitalarias y regresan a sus domicilios. El plazo máximo de estancia en estos centros es de 3 meses. No es una estancia transitoria para el ingreso en residencia, ni para personas con demencia. El servicio existe desde hace 10 años y cuenta con presupuesto independiente del SAD de prestación de servicios a través de las auxiliares. La gestión la lleva una empresa (la cooperativa) por convenio y el costo/plaza que abona el Ayuntamiento a la empresa es de 45 euros el día por plaza, esté esta ocupada o no. El usuario paga 9 euros diarios a la empresa adjudicataria del servicio.

2.- Ayudas económicas para apoyar situaciones de servicios especiales en casos de demencia, partos múltiples (más de dos niños), etc. En la actualidad hay aproximadamente 130 ayudas de este tipo al mes. Para fijar la cuantía de estas ayudas se considera el valor de mercado que tendrían las horas de atención según la normativa del servicio doméstico. El presupuesto para estas ayudas es independiente también del presupuesto del SAD de atención por auxiliares.

3.- Servicio de respiro. Este servicio tiene también presupuesto separado del SAD de auxiliares. Desde hace tres años se lleva a cabo contratando a personas que cobran la renta básica a través de un convenio de inserción. Se ha diseñado un programa de "Compañía o paseos" con el que se cubre este tipo de acompañamiento. La empresa cooperativa que trabaja en SAD para el Ayuntamiento ha creado otra cooperativa con las personas de pensión mínima que llevan este servicio de respiro y a

las que les imparte un curso de formación específico. En la actualidad hay unas 80 auxiliares de acompañamiento que trabajan sólo 4 horas diarias y cobran el máximo que les corresponden como ingreso de inserción, el 50% del salario mínimo interprofesional.

4.- Dos viajes a Salou al año, en sistema de pensión completa para personas dependientes y usuarios de SAD. En esta franja de personas estarían de manera más específica quienes padecen artrosis, problemas de corazón, problemas de movilidad o motricidad, etc. y que necesitan salir pero no pueden hacerlo por carecer de la figura del acompañante informal. Los usuarios pagan la mitad de su pensión y el Ayuntamiento la diferencia. El viaje consiste en estancias de tres semanas y suele participar un número de usuarios que supera el centenar (alrededor de 100 personas en Octubre pasado y otras tantas en Mayo), atendidas por cuatro auxiliares de SAD.

En cuanto a las ayudas técnicas, la única incluida en el SAD es el préstamo de camas articuladas. El resto de ayudas (adecuación de viviendas, servicios estacionarios, etc), se gestionan desde una empresa municipal de rehabilitación que queda exenta al SAD.

Los usuarios del SAD

Los servicios sociales del Ayuntamiento, y mas en concreto los profesionales que gestionan el SAD consideran que los 65 años de edad base para demandar SAD es en la actualidad un condición inadecuada. Normalmente, las necesidades vinculadas a este servicio no vienen

determinadas por la edad, sino por el grado de dependencia. Las condiciones actuales de las casas y sus equipamientos, las costumbres alimenticias y de manutención, el cuidado personal y de los espacios en general, hacen innecesario el SAD en personas que son autónomas, que como mucho necesitan una ayuda doméstica de limpiezas generales en las casas, servicio que en muchas ocasiones pueden sufragarlos ellas mismas. La tipología dominante del usuario del SAD es la mujer mayor. Un 11% de usuarios del SAD en 2004 eran personas con discapacidad de edades entre 18 y 64 años. Por edades, y en este mismo año (datos de diciembre 2004), los usuarios se agrupaban de la siguiente manera:

- Mas de 94 años, un 3,5%
- Entre 90 y 94 años, un 9,9%
- Entre 85 y 89 años , un 16,4%
- De 75 a 84 años , el 37%
- De 70 a 74, un 9,4
- Entre 65 a 69, un 3,8%

De los datos anteriores se infiere que el gran volumen de usuarios se hallan en edades superiores a los 75 años.

La atención de familias a través del SAD es diferente al resto del servicio. Mensualmente se está atendiendo entre 24 y 26 casos. Como dato diferencial, en la atención a estos casos intervienen también educadores de familia que dependen de los Servicios Sociales municipales, y equipos de intervención socioeducativa. En estos casos de atención a familia, la Trabajadora Social de base valora si lo que le falta a una familia es capacidad económica,

organizativa, social, o de otro tipo. Según esta valoración se ponen en marcha los recursos adecuados.

En la actualidad no hay lista de espera, pero sí la han tenido durante 2 años por motivos presupuestarios. Por ejemplo el año pasado (2004) el presupuesto no cuadraba con las demandas y compromisos al haber pasado de 12 a 18 euros el precio hora.

Entre los deberes de los usuarios se halla el copago, tasa municipal que el ayuntamiento cobra como otros servicios (aguas, basuras...). Todos los usuarios pagan algo, proporcionalmente a su situación socioeconómica. Incluso las personas con rentas mínimas pagan cantidades, aunque sean simbólicas. Toda persona puede ser beneficiaria de SAD, ya que es un servicio universal, pero las personas de rentas más altas a las que les puede corresponder el pago total del servicio (20 euros /hora), no suelen demandarlo, ya que optan por el servicio doméstico privado o incluso al SAD privado, ofertado por las mismas empresas del sector.

Desde el Ayuntamiento de Bilbao se están cuestionando el sistema de copago, por diversas razones:

- Por un lado porque a las personas mayores les molesta mucho el estar aportando datos sobre su economía.
- Por otro, porque se considera que el copago o la gratuidad del servicio es un tema de decisión política sobre la oportunidad de la universalidad y la gratuidad del un servicio, entendido como

servicio público para todas las personas de una determinada edad en tanto un derecho similar al derecho a la educación.

El planteamiento que va alcanzando más adhesiones es el que defiende la universalidad del servicio (se equipara a educación, más que a salud pues este último servicio se vincula con la cotización por trabajo a la Seguridad Social). De hecho el Ayuntamiento de Bilbao está dando pasos en esta línea de universalización del SAD gratuito. Se ha constituido un Observatorio de personas mayores que ha iniciado una experiencia piloto sobre la población mayor de 85 años de todo el municipio, para detectar sus necesidades. Esta experiencia va dirigida a la prestación de SAD con carácter universal para toda persona que supere esta edad y en la que los usuarios no pagarían. A través del estudio realizado se han establecido tres categorías entre las personas mayores de ochenta y cinco años: las personas que viven solas, las que viven con algún familiar mayor, o los que viven con familia más joven.

La edad es la condición que limita el derecho de los usuarios al SAD. Se tiende a considerar que a partir de los 85 años toda persona debería ser usuaria de SAD; mientras que se cuestiona el usufructo que por el hecho de tener los 65. Las razones que se aducen para justificar la posibilidad de un SAD totalmente gratuito y universal son fundamentalmente las siguientes:

- En los casos de personas con recursos económicos altos, el SAD sería de mínimos pues estas personas

cuentan generalmente con servicio doméstico privado.

- Se obviaría al grupo de personas que oculta información económica, que tampoco es significativo en el monto del servicio.
- Se evitaría el que las personas con menos apoyos familiares y de asesoramiento, sean las que sufran un mayor control económico por parte de la Administración.

En todo caso, la posible universalización del servicio estará determinada por la disponibilidad económica y el número de personas que lo precisen.

Las auxiliares del SAD

La demanda de este puesto de trabajo depende de la situación del mercado laboral. Cuando hay poca oferta de empleo se dan mas demandas para auxiliar de SAD y viceversa, confirmándose el carácter "residual" de este tipo de empleo y su falta de estabilidad laboral.

El perfil actual de los auxiliares es el de una mujer en edad laboral, normalmente a partir de los 22 años. Algunas empresas (la cooperativa, por ejemplo) tiene sus propias normas de edades mínimas y máximas para admitir a las auxiliares y no admite mujeres de mas de 45 años. Están llegando inmigrantes en las empresas de Ayuda a Domicilio, especialmente desde el afluente latinoamericano. Para completar las plantillas en los períodos vacacionales (se da permiso al 50 % del personal) las empresas contratan a mujeres inmigrantes que, según sospecha del Ayuntamiento, pueden encontrarse o no en situaciones legales regularizadas. En cuanto a la formación, se han dado pasos importantes. Cuando comenzó el SAD, las auxiliares debían tener realizado un curso de 200 horas, impartido por el Ayuntamiento, y subvencionado por el Gobierno Vasco y la Diputación foral. Actualmente, las auxiliares no están especializadas aunque todas parten de una formación similar, consistente en un curso a través del INEM y del Gobierno Vasco, con horas lectivas y áreas de contenido. Todas las instituciones, las locales, las autonómicas, y también los sindicatos, imparten cursillos pero la oferta es excesivamente dispersa y múltiple. En cuanto a la regularización y posibilidad de que se establezcan unos

estudios reglados valoran que la medida tendría aspectos positivos porque se reconocería la importancia central de la formación y redundaría positivamente en el servicio, en las trabajadoras y en las empresas.. Pero también se señalan algunos inconvenientes en la implantación de estudios reglados, como por ejemplo que se convirtieran en unos perfiles formativos para jóvenes con poco interés en estudiar, dada la poca consideración social del trabajo de Auxiliar de SAD y la excesiva juventud de quienes acaban los estudios reglados.

Las condiciones laborales de los auxiliares se rigen por el convenio colectivo. La jornada es de 5 horas diarias. Según el convenio, las auxiliares cobraban en bruto 15 pagas de 954,59 euros mas el IPC. Las auxiliares organizan y administran medicación siempre que no sea inyectable. No realizan curas aunque mantienen higiénicamente las realizadas por el profesional sanitario. El sistema de salud cuenta con servicio de podólogos y de enfermería a domicilio para cuidado de escaras y administración de medicación cuando el usuario no está capacitado para la autoadministración, por lo que no suele haber dejación de esas funciones en el auxiliar del SAD. Sin embargo, al no estar protocolizada la relación enfermera-auxiliar, algunas enfermeras no permiten que la auxiliar intervenga para nada en las curas, inyecciones, etc, y en cambio otras sí lo hacen.

Área sociosanitaria

Las relaciones con salud son fluidas. Los servicios del sistema de salud pública están bien dotados y su

actuación es muy buena. Las derivaciones entre ambos dispositivos, Salud y Servicios Sociales, se realizan ágilmente aunque la relación no está protocolizada.

Servicios externos del SAD

El SAD no tiene en la actualidad servicio externo de lavandería ni de comidas. El primero no se lo plantean como necesario en ningún caso y el de comidas está pendiente de solucionar. Hace 6 ó 7 años probaron este servicio por primera vez y, más recientemente, hace 3 años volvieron a realizar otra prueba piloto con una empresa de catering. Lo que resulta mas complicado de este servicio externo es el traslado, la entrega al usuario, la recogida, es decir la logística del servicio, antes que la preparación de los alimentos.

Voluntariado

La experiencia en este Ayuntamiento es que el voluntariado no ha funcionado. La puesta en marcha del programa de "Compañía o paseos", realizado con personas que cobran la renta básica y a través de un convenio de inserción, pretende cubrir esta función que podría ser realizada por voluntariado.

Futuro del SAD

La tendencia que se detecta es el afianzamiento del SAD como servicio asistencial debido, casi exclusivamente, a la penuria presupuestaria. El servicio se está polarizando: o la demanda es hacia servicios de atención personal o hacia servicios de tareas domésticas. Las entrevistas y reuniones con los interlocutores de Vizcaya, confirma que los datos del Libro Blanco sobre tipos de servicios que se prestan en el País Vasco no se corresponden con la realidad). De alguna manera, esta realidad hace que el SAD tienda al incumplimiento de una de sus objetivos. Se debería atender a los usuarios antes de que llegaran a ser grandes dependientes, lo que evitaría el carácter meramente asistencial del SAD.

VII.- EL SAD EN LOS AYUNTAMIENTOS DE MENOS DE 250.000 HABITANTES

En el presente capítulo se ha realizado un acercamiento cuantitativo, a las corporaciones municipales, como base de análisis y por lo tanto como unidad muestral, para conocer de manera directa la realidad del SAD en dichas corporaciones.

La población de referencia sobre la que hemos extraído la muestra ha sido, por lo tanto, los ayuntamientos o mancomunidades españolas de menos de 250.000 habitantes.

Con la finalidad de hacer más sintético el acercamiento a dicha realidad municipal se propuso dividir nuestro universo en una serie de estratos en base al tamaño poblacional de los ayuntamientos. La división realizada responde a la siguiente división por tamaño de hábitat:

- Hasta 5.000 habitantes
- De 5.001 a 10.000 habitantes
- De 10.001 a 50.000 habitantes
- De 50.001 a 100.000 habitantes
- De 100.001 a 250.000 habitantes

Establecer una muestra de 250 casos, proporcional al número de ayuntamientos / mancomunidades dentro del panorama geográfico español, presentaba el siguiente problema:

- Debido a la gran cantidad de ayuntamientos / mancomunidades de menos de 5.000 habitantes que existen en nuestro estado y habiendo establecido una muestra proporcional en base al número de ayuntamientos, en la muestra resultante no se representaban ayuntamientos de una serie de tamaños de hábitat.

TABLA 1. N° DE MUNICIPIOS MENORES DE 250.000 HABITANTES
POR CC.AA.

	Hasta 5.000	De 5.001 a 10.000	De 10.001 a 50.000	De 50.001 a 100.000	De 100.001 a 250.000
Andalucía	530	106	111	11	9
Aragón	710	8	11	0	0
Baleares	36	14	16	0	0
Canarias	27	24	32	1	2
Cantabria	84	8	8	1	1
Castilla La Mancha	859	32	23	4	1
Castilla León	2206	19	15	4	3
Cataluña	772	76	77	12	8
Extremadura	343	27	10	2	1
Galicia	193	66	49	4	2
Madrid	121	20	23	8	6
Murcia	9	10	23	1	1
Navarra	256	9	6	0	1
País Vasco	186	24	33	4	2
Asturias	48	9	18	1	1

La Rioja	167	4	2	0	1
Comunidad Valenciana	401	54	74	8	2
Ceuta / Melilla	0	0	0	2	0
Total	6948	510	531	63	41

TABLA 2. DISTRIBUCIÓN PROPORCIONAL DE LOS PUNTOS DE MUESTREO

	Hasta 5.000	De 5.001 a 10.000	De 10.001 a 50.000	De 50.001 a 100.000	De 100.001 a 250.000
Andalucía	17	2	1	0	0
Aragón	23	0	0	0	0
Baleares	1	0	1	0	0
Canarias	1	0	1	0	0
Cantabria	3	0	0	0	0
Castilla La Mancha	28	0	0	0	0
Castilla León	73	0	0	0	0
Cataluña	24	2	2	0	0
Extremadura	11	1	0	0	0
Galicia	7	2	2	0	0
Madrid	4	1	1	0	0
Murcia	0	0	1	0	0
Navarra	8	0	0	0	0
País Vasco	7	0	1	0	0
Asturias	2	0	1	0	0
La Rioja	5	0	0	0	0
Comunidad Valenciana	13	2	2	0	0
Ceuta / Melilla	0	0	0	0	0
Total	227	10	13	0	0

En la Tabla 1 presentamos la distribución a nivel nacional de los ayuntamientos y/o mancomunidades de hasta 250.000 habitantes por CC.AA. y Tamaño de Hábitat

En la Tabla 2, presentamos los puntos muestrales en caso de haber llevado a cabo un muestreo proporcional.

- Observamos tal y como exponíamos anteriormente, como no tendríamos en nuestra muestra ningún ayuntamiento comprendido entre los 50.000 y 100.000, ni entre los 100.000 y 250.000 habitantes.

Para evitar dicha situación, hemos establecido un criterio de corrección muestral, por medio del cual hemos podido garantizar la representatividad dentro de nuestra muestra de ayuntamientos / mancomunidades pertenecientes a todos los tamaños de hábitat seleccionados en un principio.

DISTRIBUCIÓN MUESTRAL CORREGIDA DE LOS PUNTOS DE MUESTREO

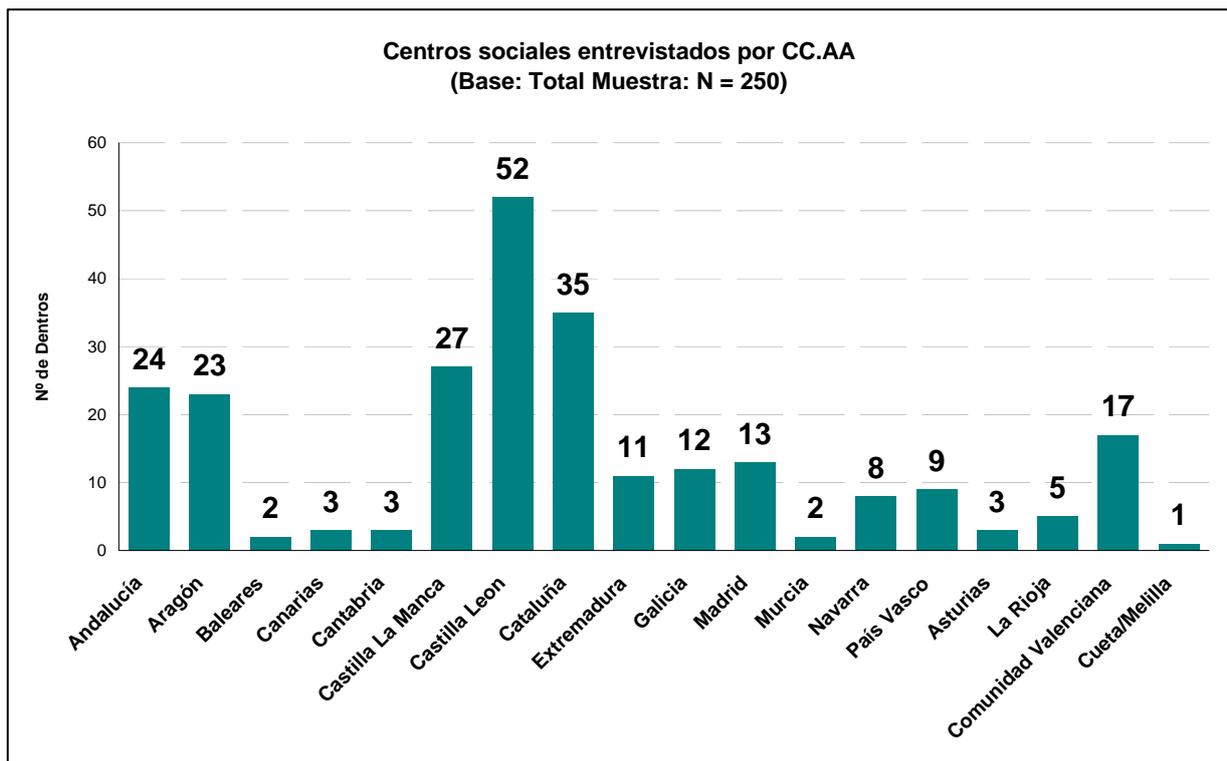
	Hasta 5.000	De 5.001 a 10.000	De 10.001 a 50.000	De 50.001 a 100.000	De 100.001 a 250.000
Andalucía	12	2	1	0	0
Aragón	23	0	0	4	2
Baleares	1	0	1	0	1
Canarias	1	0	1	1	0
Cantabria	2	0	0	3	1
Castilla La Mancha	24	0	0	0	1
Castilla León	67	0	0	0	0
Cataluña	19	2	2	2	1
Extremadura	9	1	0	2	1
Galicia	4	2	2	1	1
Madrid	1	1	1	3	3
Murcia	0	0	1	2	3
Navarra	7	0	0	3	1
País Vasco	3	0	1	1	0
Asturias	1	0	1	0	0
La Rioja	4	0	0	0	0
Comunidad Valenciana	7	2	2	0	0
Ceuta / Melilla	0	0	0	3	2
Total	185	10	13	25	17

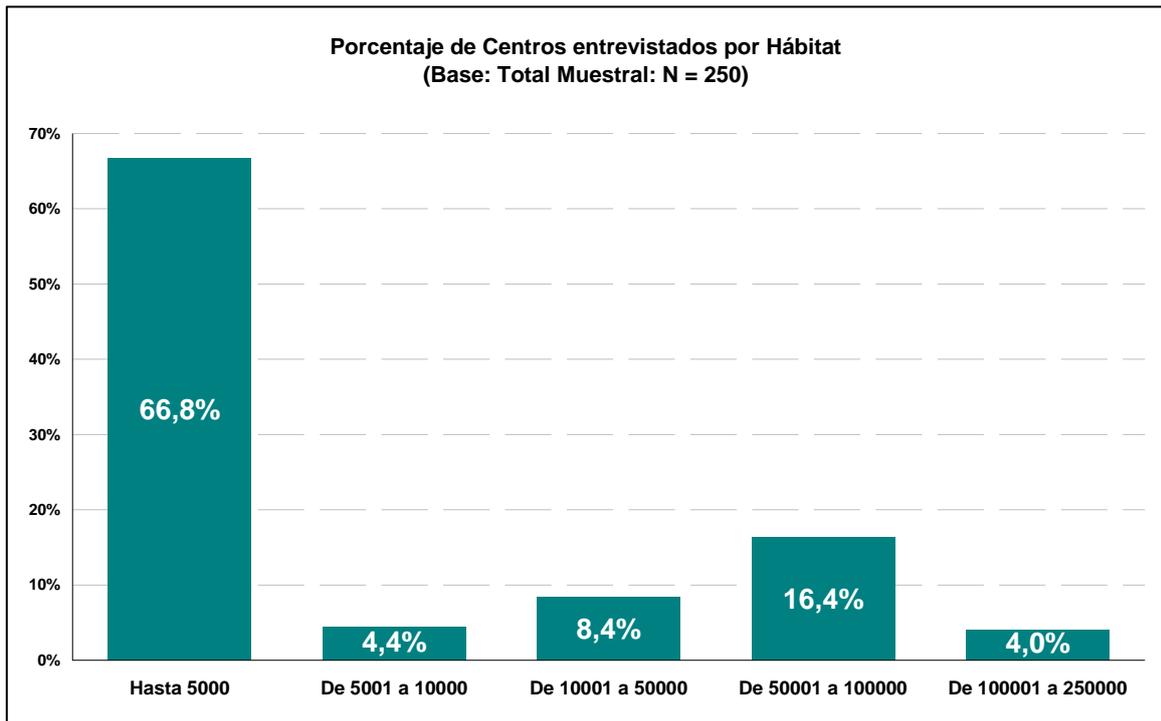
Como veremos más adelante, en esta primera propuesta se han producido unas leves modificaciones en los puntos muestrales debido fundamentalmente a las dificultades

estructurales a la hora de llevar a cabo el campo. Modificaciones éstas que no han supuesto una variación en los criterios básicos establecidos en la elección de la muestra, tales como:

- Criterio de Proporcionalidad ajustada
- Criterio de Representatividad por Hábitat
- Criterio de Representatividad Geográfica.

La muestra final queda constituida del siguiente modo:





Vemos por lo tanto como la muestra se ha constituido finalmente, con un tamaño muestral de 250 casos con representación de ayuntamientos de todos los tamaños de hábitat y una distribución de los ayuntamientos o mancomunidades por hábitat muy similar a la distribución real poblacional.

Con esta muestra, por lo tanto, se da el mismo peso a todos los ayuntamientos o mancomunidades, independientemente del tamaño poblacional de los mismos. Este hecho pone de manifiesto como el objetivo final del presente estudio no es tanto la representatividad del SAD desde un punto de vista estricto en base a número de usuarios, sino a como se pone en práctica, su funcionamiento, sus limitaciones y sus fortalezas, desde la perspectiva de las diferentes corporaciones.

Contextualización

La dificultad fundamental a la hora de hacer un acercamiento y en consiguiente una valoración del funcionamiento del SAD, es la heterogeneidad de este sistema como tal. En este sentido desde las formas de financiamiento hasta los modos y procesos de actuación, varían en gran medida dependiendo del ayuntamiento o mancomunidad que lo ponga en práctica.

La forma de financiación de este Servicio de Asistencia a Domicilio por medio del Plan Concertado de Prestaciones Básicas nos presenta una situación en la que, en la búsqueda de cooperación entre la administración central y los diferentes ayuntamientos, se produce una derivación de presupuestos a estos entornos más pequeños, siendo ellos (en base a unas normativas o no), los que organizan el destino de los mencionados presupuestos

En ocasiones encontramos a las CC.AA. como posibles intermediarias entre ambas instancias, así como la Diputaciones Provinciales (en algunos casos concretos en los que no se produce esta derivación del plan concertado a las anteriores)

Estos datos por lo tanto, nos estarían presentando un panorama en el que una vez más se hace patente la gran heterogeneidad de modelos y de formas de aplicación del SAD.

Desde esta perspectiva, hacer un acercamiento a la realidad global del SAD se torna realmente complicado,

por lo que en el presente capítulo, nuestra intención será el llevar a cabo un rastreo y una aproximación a los datos que puedan presentárenos como más representativos de determinadas situaciones.

Marcar tendencias de comportamientos y presentar diferencias entre modelos o posibles comportamientos comunes en casos similares sería, en definitiva, nuestro propósito último.

Acercamiento al SAD

Es en la década de los 70 cuando aparecen los primeros Servicios de Asistencia a Domicilio (en adelante SAD) en algunos de los ayuntamientos de España. Pese a ello, habrá que esperar a la década comprendida entre 1986 y 1990, para que se produzca la expansión de este servicio de un modo más evidente. Según los datos recogidos en el estudio publicado por el MTAS: "Evolución y Extensión del Servicio de Ayuda a Domicilio en España⁶", ya en 1998, la cobertura de estos servicios a nivel municipal era muy alta, llegando al 70% de los ayuntamientos o mancomunidades con poblaciones que oscilaban entre los 501 y 3.000 habitantes, porcentaje que aumentaba hasta acercarse al 100% cuando se dirigía a municipios de mayor tamaño.

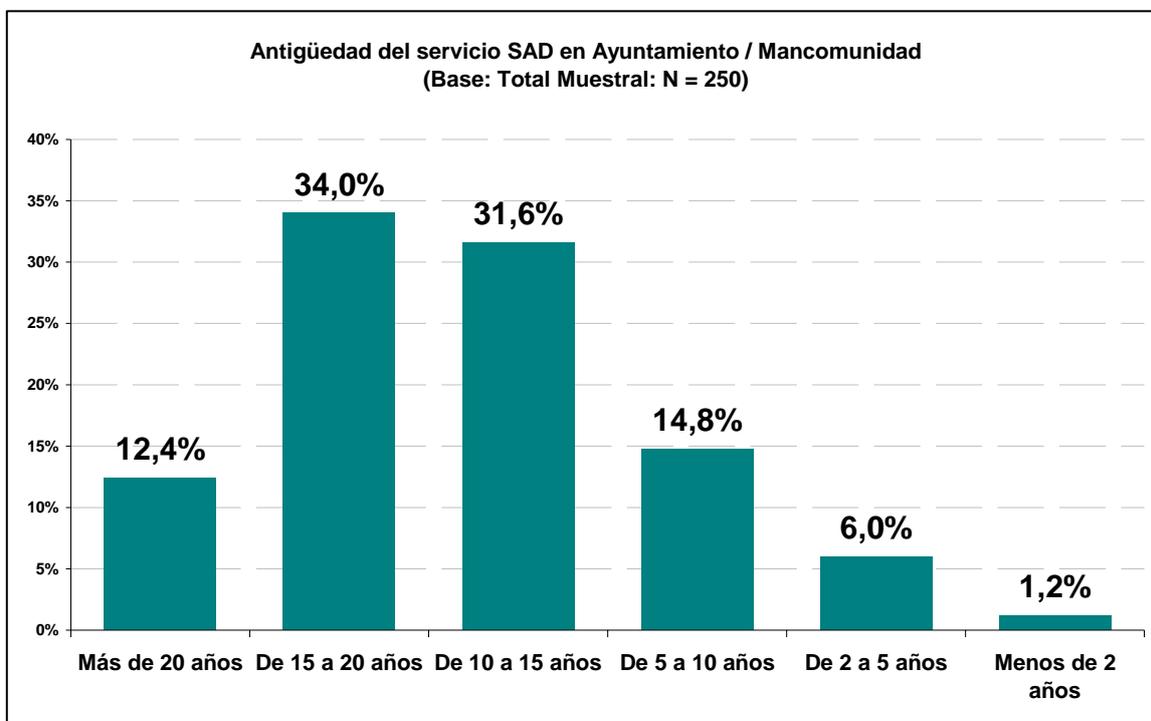
En base a los datos antes referidos, nos estaríamos acercando a un panorama de fuerte cobertura de este servicio, consolidándose entre aquellos municipios de

⁶ "Evolución y extensión del servicio de ayuda a domicilio en España". MINISTERIO DE TRABAJO Y ASUNTOS SOCIALES. Secretaría de Asuntos Sociales. Instituto de Migraciones y Servicios Sociales.

mayor tamaño, como ya se veía en 1998 y tomando mayor presencia entre aquellos municipios más pequeños.

Si detenemos la atención en este momento en la antigüedad, en los años que se lleva ofertando el SAD en los distintos ayuntamientos a los que nos hemos acercado, observamos como en base a los datos:

- Pareciera que estamos ante un servicio medianamente asentado puesto que algo menos de la mitad de los ayuntamientos, llevan aplicando el SAD desde hace más de 15 años, no llegando al 10% aquellas corporaciones en las que hace menos de 5 años que se oferta.



Estos datos, independientemente del grado de extensión de este servicio, nos están presentando un panorama de relativa estabilización y arraigo del SAD dentro de la actual realidad municipal española.

También es cierto y no conviene pasar por alto, que pese a este panorama de relativa estabilización del SAD, de los ayuntamientos que ofrecen este servicio desde hace menos tiempo (menos de cinco años), un 95% de ellos tienen un tamaño poblacional de hasta 5.000 habitantes, lo cual deja abierta aun la situación de un posible déficit de cobertura de este servicio en los ayuntamientos más pequeños.

El tamaño de hábitat en el que nos estemos moviendo está determinando como parece evidente, el número de asistidos por el SAD en cada uno de estos ayuntamientos.

La media de asistidos por el SAD en los ayuntamientos de hasta 5.000 habitantes es de 96 personas. No obstante teniendo en cuenta que:

- Más del 30% de estos ayuntamientos asisten a menos de 10 personas.

- Y que otro 10% asiste entre 100 y 200 personas.

podemos comprobar la gran diferencia que encontramos también en cuanto a cobertura y tamaño entre los municipios englobados dentro de este hábitat

Nº de personas atendidas por el SAD según tamaño de Hábitat

(Base: Muestra Total. N = 250)

	TOTAL	Menos de 5.000	De 5.001 a 10.000	De 10.001 a 50.000	De 50.001 a 100.000	De 100.000 a 250.000
De 0 a 5	10,4 %	15,6 %	-	-	-	-
De 6 a 10	10,8 %	15 %	9,1 %	4,8 %	-	-
De 11 a 20	10,8 %	13,2 %	27,3 %	9,5 %	-	-
De 21 a 40	14,5 %	19,2 %	9,1 %	9,5 %	2,5 %	-
De 41 a 60	11,2 %	11,47 %	27,3 %	23,8 %	2,5 %	-
De 61 a 80	5,6 %	6,0 %	9,1 %	9,5 %	2,5 %	-
De 81 a 100	4,4 %	3,6 %	-	14,3 %	5,0 %	-
De 101 a 200	13,3 %	9,6 %	18,2 %	23,8 %	25,0 %	-
De 201 a 400	9,6 %	2,4 %	-	4,8 %	42,5 %	20,0 %
De 401 a 1500	9,2 %	4,2 %	-	-	20,0 %	80,0 %

También es cierto que esta medida, contrasta con las 334 y 664 personas de media que asiste el SAD en aquellos ayuntamientos de entre 50.000 a 100.000 y de 100.000 a 250.000 respectivamente.

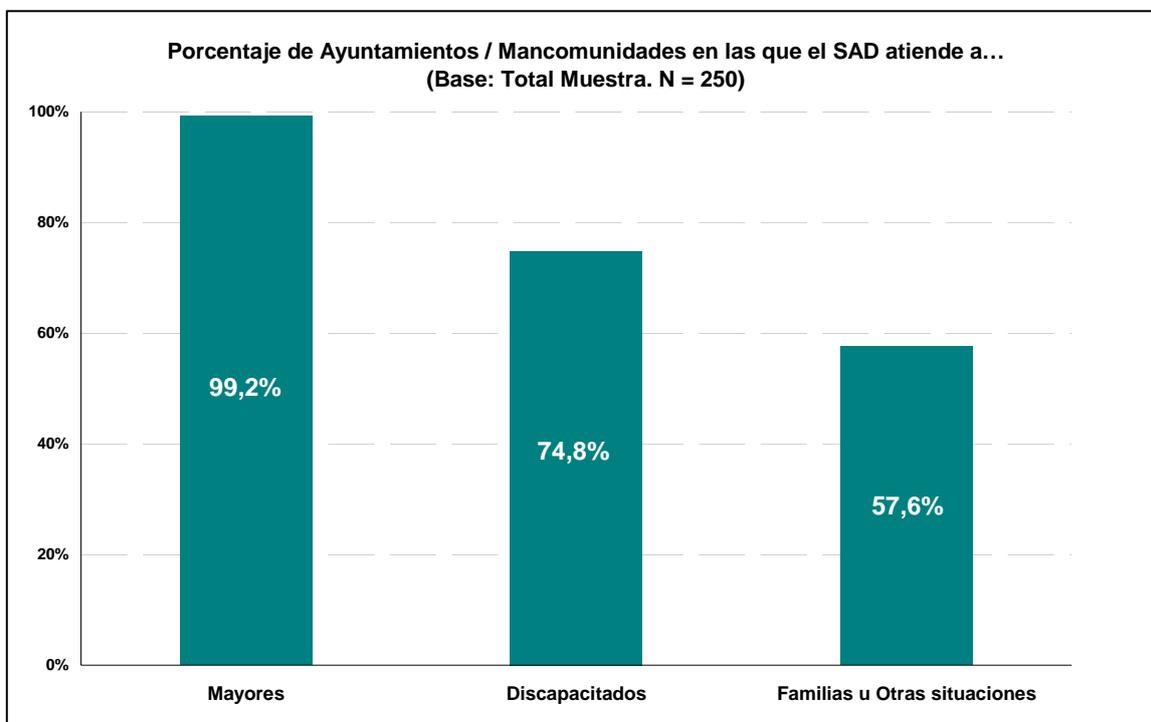
El número de personas asistidas por el SAD, se convierte en algo relativamente secundario desde este planteamiento, ya que, la dispersión de situaciones es tan grande, que no se puede pretender buscar un elemento interno capaz de dar una lectura homogénea en todos los momentos, combinándose más bien una variedad de situaciones que en determinados momentos puedan responder a una tendencia, una cierta existencia de estructuras latentes entre los datos.

Antes de introducirnos de lleno en un análisis de los elementos más estructurales y organizativos del SAD, pasaremos, en un primer momento, a ver los perfiles de asistidos con los que mayoritariamente se desarrolla su actividad, así como una serie de elementos cercanos a éstos.

Perfil del asistido por el SAD

Este Servicio de Asistencia al Domicilio, dirige su atención a una serie de colectivos como son: personas mayores, personas con discapacidad y familias con diferentes situaciones, que les lleven a necesitar una ayuda externa.

Haciendo un acercamiento a los datos, observamos como prácticamente el 100% de los ayuntamientos / mancomunidades a las que nos hemos dirigido, llevan a cabo asistencia a personas mayores.



Del mismo modo, casi tres de cada cuatro corporaciones municipales, asisten a alguna persona con discapacidad también por medio del servicio SAD.

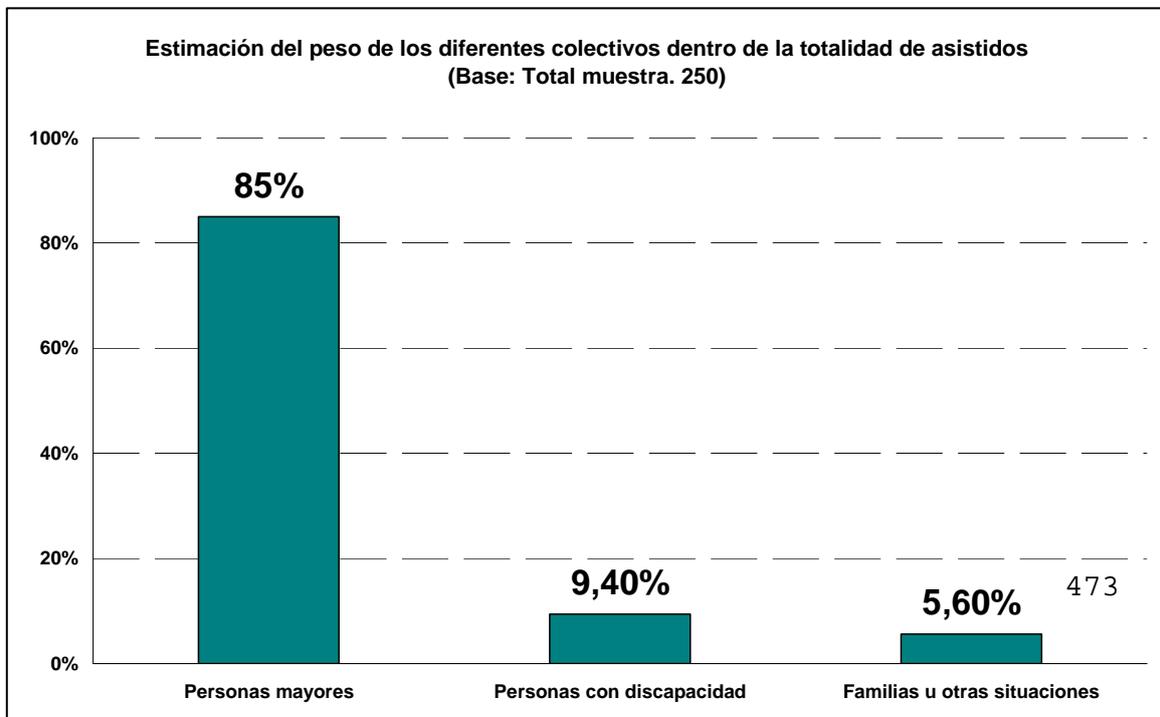
Es la asistencia a familias u otras situaciones la que registraría un "nivel de uso", una presencia dentro de estos servicios de asistencia menor. Pese a esto, supera un 50%, es decir, más de la mitad de los ayuntamientos / mancomunidades a las que nos hemos dirigido, asisten a alguna familia o alguna otra situación.

Es evidente por lo tanto, que los receptores mayoritarios de este servicio son las personas mayores,

fundamentalmente en distintos estados o grados de dependencia.

Si nos fijamos en este momento, en el peso que tienen estos diferentes colectivos dentro de la totalidad de asistidos por el SAD, observamos como:

- El porcentaje medio de personas mayores asistidas en cada uno de estos ayuntamientos / mancomunidades con respecto al total de asistidos, es aproximadamente de un 85%, es decir, casi nueve de cada diez asistidos por el SAD serían personas mayores.
- En el caso de las personas con discapacidad, vemos como este porcentaje medio se reduce significativamente, pasando a posicionarse entorno al 9,4% de los asistidos.
- Las familias u otras situaciones por su parte, obtienen en menor peso, situándose alrededor de un 5,6% de los casos asistidos por el SAD.



Estos datos, ratifican el peso central que tiene el colectivo de mayores dentro de este servicio de asistencia y complementariamente, el relativo poco peso dentro de estos procesos que tienen las familias con determinadas situaciones singulares.

En este sentido, pareciera empezar a ponerse de manifiesto la centralidad de este servicio a nivel municipal para dar respuesta a las necesidades de las personas mayores residentes en él.

Atendiendo a los datos publicados por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y más en concreto por el IMSERSO, bajo el título de la investigación: "Evolución y extensión el servicio de ayuda a domicilio en España", observamos como los datos recabados en la presente investigación serían coherentes con la tendencia ya recogida en el texto antes mencionado.

**Evolución del peso de los distintos colectivos asistidos
(Base: Total Muestra N=250)**

	1990 ⁷	1995	2005
Personas Mayores	84%	85%	85%
Personas con discapacidad	7%	9%	9,4%
Familia y otras situaciones	9%	6%	5,6%

⁷ Los datos tomados como referencia del porcentaje medio del perfil de asistidos en 1992 y 1995 por el SAD, pertenecen a los datos del estudio ya mencionado "Evolución y extensión el servicio de ayuda a domicilio en España" publicado por la Subsecretaría de Asuntos Sociales. IMSERSO, MTAS.

La manera en la que ha ido evolucionando el porcentaje de mayores, personas con discapacidad y familias u otras situaciones, desde 1990⁸ hasta hoy, parece estarnos presentando un panorama que tiende a la estabilidad, ya que comparando los datos de la presente investigación con los de 1995 (extraídos del estudio mencionado del IMSERSO), observamos como la distribución porcentual de los pesos de cada uno de los colectivos de referencia se mantienen prácticamente iguales.

Entre 1990 y 1995, esta variación en los pesos, aunque sutil, sí era algo más evidente. Variación que en parte pudo venir dada por estar inscrita en una época en la que se produce una relativa extensión geográfica de este Servicio de Asistencia a Domicilio, extensión llevada a cabo en núcleos, en entornos algo más pequeños, con lo que el perfil asistencial pudo variar de alguna manera.

Pese a estos cambios, lo que sí nos estarían arrojando los datos, es el fuerte porcentaje que supone dentro de la actividad del SAD, la asistencia a personas mayores y como esta situación es muy similar haciendo una segmentación tanto por hábitat, como por CC.AA. Está claro, que se trata de una situación muy general y estabilizada dentro del panorama nacional.

⁸ El estudio mencionado recoge la distribución porcentual del peso de cada uno de estos colectivos sobre el total de asistidos en 1990 y 1995.

Igualmente se nos presenta como evidente, a tenor de estos resultados, el peso reducido que tienen los problemas familiares u otras situaciones dentro de este colectivo asistencial. Pese a este peso reducido, encontramos que dentro de esta tipología de situaciones, las más frecuentes serían:

- El 62% de las familias asistidas, se deben a problemas relacionados con menores e infancia.
- El 26% a familias desestructuradas o monoparentales
- Algo más de un 7,5% a problemas de drogodependencia

**Estimación de la evolución del peso de los distintos
colectivos asistidos**

(Base: Total Muestra N=250)

	1990 ⁹	1995	2005
Personas Mayores	84%	85%	85%
Personas con discapacidad	7%	9%	9,4%
Familia y otras situaciones	9%	6%	5,6%

Motivos de asistencia a Familia u otras situaciones

(Base: Ayunt. / Manc. asisten familias u otras
situaciones N=106)

	%
Familia / Menores / Infancia	62,2%
Familias desestructuradas / Monoparentales	26,4%
Drogodependencia	7,5%
Otros	3,9%

Qué tareas lleva a cabo el SAD

Las dos actividades asistenciales fundamentales que lleva a cabo el SAD, son: Tareas Domésticas por una parte y Cuidados Personales por otra.

⁹ Los datos tomados como referencia del porcentaje medio del perfil de asistidos en 1992 y 1995 por el SAD, pertenecen a los datos del estudio ya mencionado "Evolución y extensión el servicio de ayuda a domicilio en España" publicado por la Subsecretaría de Asuntos Sociales. IMSERSO, MTAS.

El reparto del tiempo dedicado a cualquiera de estas dos actividades, puede arrojar información tanto del perfil del asistido, como del tipo de servicio o política concreta de cada una de las entidades que ponen en práctica el SAD.

Si atendemos a los totales, observamos como el peso de cada una de las dos posibles formas de asistencia es muy similar. Si bien destacan levemente los cuidados personales como el servicio más usado, observamos como en realidad, están casi a la par.

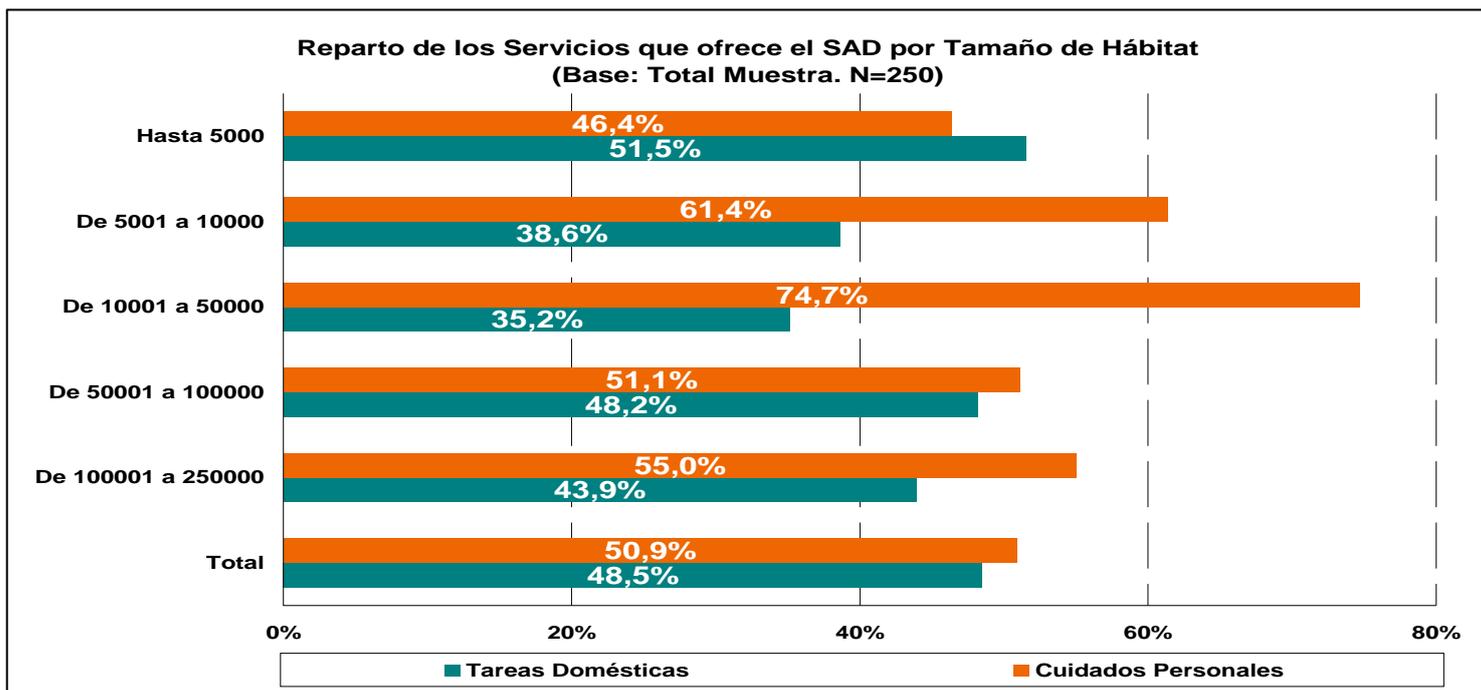
Segmentando esta variable por Tamaño de Hábitat, se observa como estas distribuciones cambian de un modo mucho más evidente, ahora sí encontramos diferencias significativas en el reparto del tipo de asistencia prestada.

- En el caso de los ayuntamientos / mancomunidades de menos de 5.000 habitantes (que además son las más numerosas dentro del conjunto de España y en consecuencia tienen una representación significativamente superior al resto de los ayuntamiento con mayor tamaño poblacional) se produce una tendencia a que haya un peso mayor dentro de las horas dedicadas a asistencia, a las tareas domésticas
- En contraposición a este hecho, en los ayuntamientos o mancomunidades de mayor tamaño, tienen más peso los cuidados personales, siendo muy significativo en el caso de los núcleos de

5.000 a 10.000 y de 10.000 a 50.000 habitantes, donde el peso de este tipo de asistencia es sustancialmente más intensa (61,4% y 74,7% respectivamente).

- En los núcleos de mayor tamaño (de 50.000 a 250.000 habitantes), aunque la distribución está muy igualada, encontramos un relativo mayor peso del cuidado personal como la principal asistencia prestada.¹⁰

¹⁰ Al igual que en el caso anterior, al preguntarse directamente al entrevistado porcentajes, hemos registrado cierto grado de variación en los datos. Como se podrá observar pese a no estar totalmente ajustados al 100%, la desviación de este es muy pequeña en la mayoría de los casos.



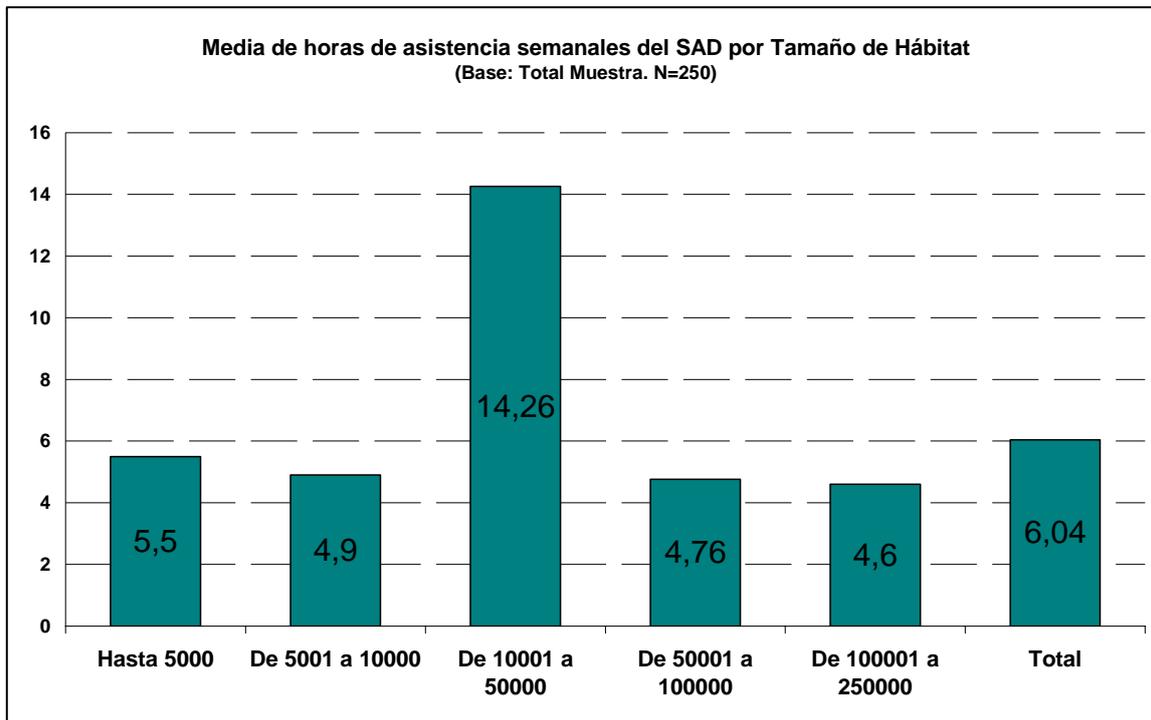
En base a los datos, lo que parece evidenciarse es que el peso de ambos tipos de tareas tienden (en la mayoría de los casos) a equilibrarse, de manera que el tiempo que se dedica a la asistencia, se reparte entre las dos de un modo bastante equitativo.

Número de horas de asistencia del SAD

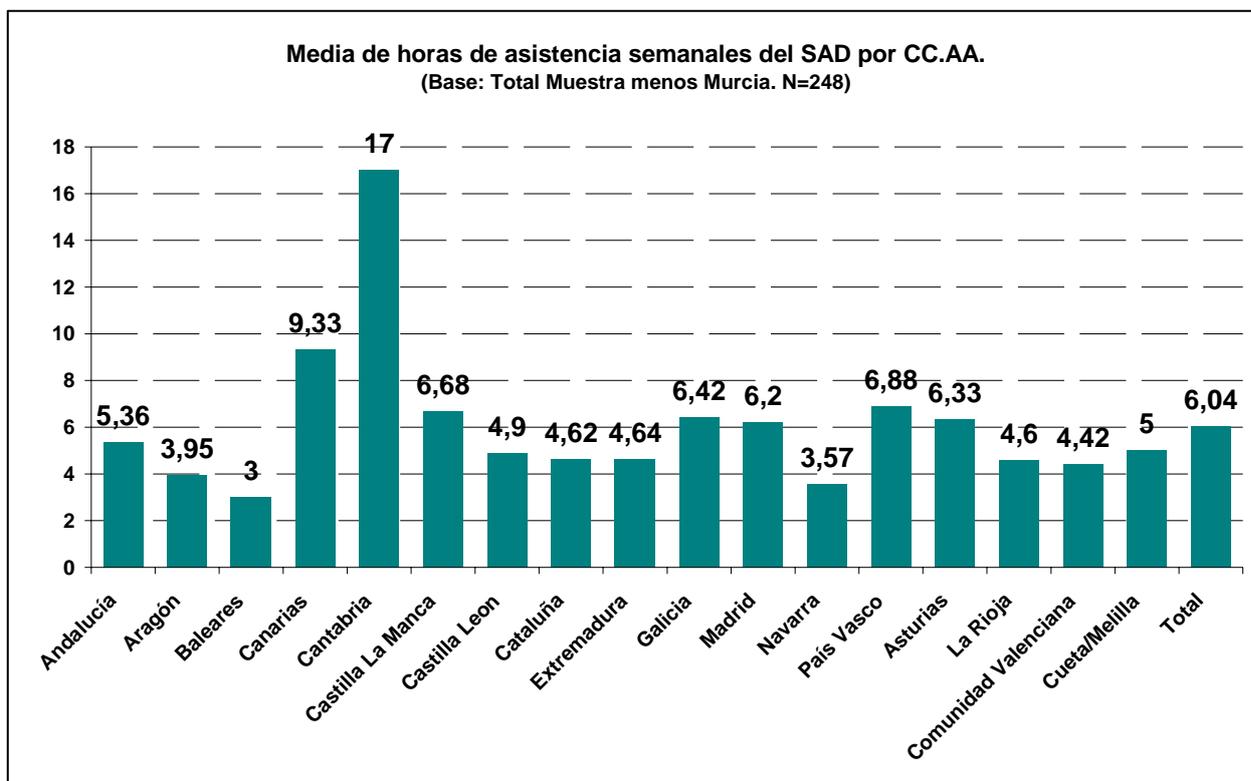
Otro de los elementos en donde podemos encontrar diferencias sería en el número de horas de asistencia que presta el SAD. En este sentido, observamos como se registran divergencias dependiendo del caso.

La media del tiempo de asistencia por individuo sería de 6 horas semanales. En este sentido observamos como parece darse una cierta estabilidad si segmentamos esta variable entre los distintos tamaños de hábitat, ya que, en la

mayoría de los casos, la media de atención semanal ronda las 4 - 5 horas semanales.



Diferenciando entre CC.AA y con la prudencia que debemos tener al estar trabajando con tan pocos casos, en algunos momentos vemos como si bien las diferencias en el número de horas de asistencia por persona sufren más variaciones, la tendencia sigue muy próxima al panorama antes expuesto, la oscilación que nos encontramos gira en un entorno aproximado de 4 - 6 horas semanales en la mayor parte de los casos. Encontramos raras excepciones como en el caso de Canarias y de Cantabria (con 17 y 9 horas respectivamente), pero saber que para ambos casos, estamos trabajando con una muestra de tres ayuntamientos, nos hace ser prudentes a la hora aventurar posibles interpretaciones a estas diferencias.



Encontramos en las dos aproximaciones anteriores (tanto segmentando por Hábitat como por CC.AA.) una fuerte desviación en un caso, lo que sería un valor atípico. Se trata de una cooperativa de Murcia, en la que la media de horas de asistencia se dispara, pudiendo deberse seguramente a un error de interpretación de la pregunta por parte del entrevistado o incluso un error de codificación

Horas / usuario de acuerdo al modelo de financiación

Diferencias parece haber también, en relación a las horas de asistencia semanales, dependiendo del modelo de financiamiento del SAD, en este sentido en aquellos casos

en los que la financiación de este servicio es asumida en su totalidad por la institución, el número medio de horas es menor, no llegando a las cinco horas y media semanales por asistido. Por otro lado es en aquellos ayuntamientos en los que se establece un sistema de copago, en los cuales el tiempo medio de asistencia semanal es algo mayor, superando las seis horas y media.

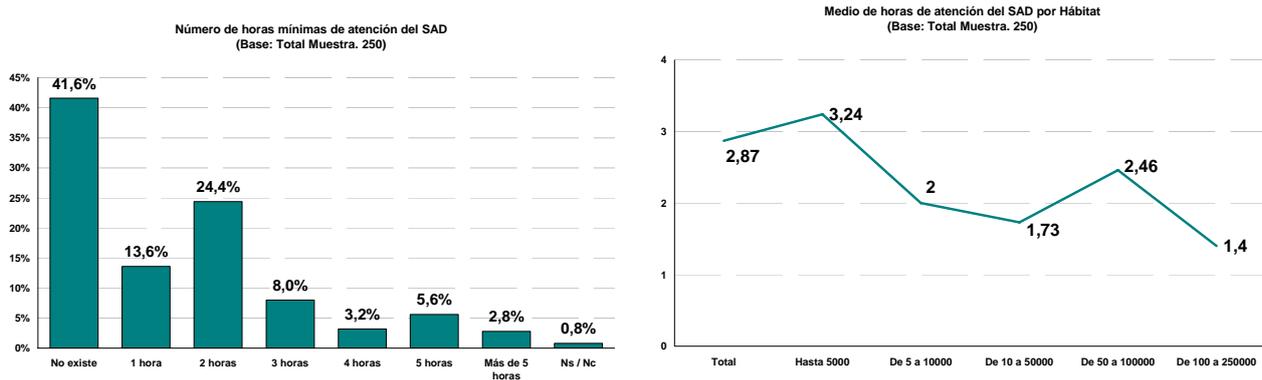
Criterios para la financiación del SAD (Base: Total Muestra N=250)	\bar{X} de horas semanales
Financiación total por parte de las instituciones	5.47
Baremo de acuerdo a ingresos	6.10
Copago	6.74

Número mínimo y máximo de horas de asistencia

En relación al número máximo y mínimo de horas que se presta el servicio, encontramos fundamentalmente dos diferencias

- En cuanto al número mínimo establecido de horas de asistencia semanal, prácticamente en la mitad de los ayuntamientos, los entrevistados responden que no existe este criterio, es decir, que no está estipulado un número mínimo de horas de asistencia semanal. Opinión esta que permanece muy estable incluso haciendo una segmentación tanto por Hábitat como por Antigüedad de servicio...

- Entre aquellos que afirman que existe un número de horas mínimas a la semana de asistencia, en la mayor parte de los casos la sitúan entre las 2 - 3 horas.



**Horas mínimas que presta el SAD por Hábitat
(Base: Total Muestra N=250)**

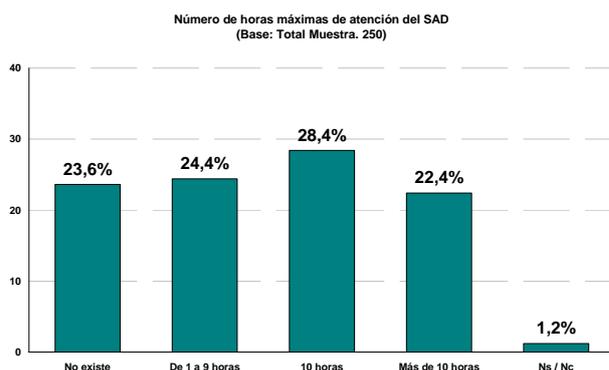
	Total	Hasta 5.000 hab	De 5 a 10.000 hab	De 10 a 50.000 hab	De 50 a 100.000 hab	De 100 a 250.000 hab
No existe	41,6%	42,5%	45,5%	47,6%	31,7%	50%
1 hora	13,6%	10,2%	27,3%	33,3%	9,8%	30%
2 horas	24,4%	24%	9,1%	9,5%	39%	20%
3 horas	8%	10,2%	-	4,8%	4,9%	
4 horas	3,2%	2,4%	-	-	9,8%	
5 horas	5,6%	6,6%	9,1%	4,8%	2,4%	
Más de 5 horas	2,8%	3,6%	-	-	2,4%	
Ns / Nc	0,8%	0,6%	9,1%	-	-	

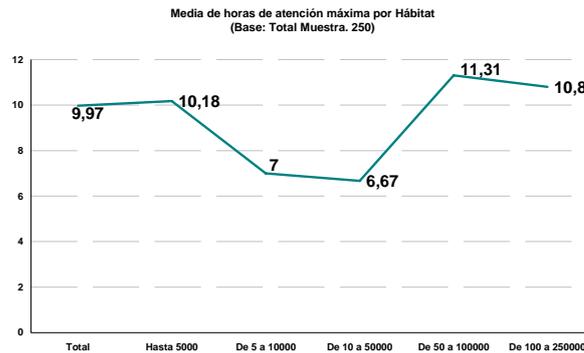
**Horas mínimas que presta el SAD por Antigüedad del
servicio**

(Base: Total Muestra N=250)

	Total	Menos de 5 años	De 5 a 10 años	De 10 a 15 años	De 15 a 20 años	Más de 20 años
No existe	41,6%	38,9%	37,8%	44,3%	42,4%	38,7%
1 hora	13,6%	11,1%	21,6%	13,9%	7,1%	22,6%
2 horas	24,4%	22,2%	18,9%	25,3%	27,1%	22,6%
3 horas	8%	11,1%	2,7%	7,6%	8,2%	12,9%
4 horas	3,2%	-	-	1,3%	8,2%	-
5 horas	5,6%	11,1%	13,5%	2,5%	5,9%	-
Más de 5 horas	2,8%	5,6%	5,4%	3,8%	-	3,2%
Ns / Nc	0,8%	-	-	1,3%	1,2%	-

- Por otra parte en relación al número máximo, vemos como el porcentaje de "informantes" que afirman que no existen es mucho menor que en el caso anterior, más en concreto un 23,6% de ellos afirman que no existe un número máximo. En el resto de los casos, la media de horas máximas que creen los entrevistados que están estipuladas, serían aproximadamente de alrededor de las diez semanales.





Horas máximas que presta el SAD por Hábitat
(Total Muestra N=250)

	Total	Hasta 5.000 hab	De 5 a 10.000 hab	De 10 a 50.000 hab	De 50 a 100.000 hab	De 100 a 250.000 hab
No existe	23,6%	25,1%	45,5%	14,3%	22%	-
De 1 a 9 horas	24,4%	23,4%	36,4%	47,6%	14,6%	20%
10 horas	28,4%	28,1%	18,2%	23,8%	31,7%	40%
Más de 10 horas	22,4%	21,6%	-	14,3%	31,7%	20%
Ns / Nc	1,2%	1,8%	-	-	-	-

Criterios para la adjudicación del SAD

Otro de los elementos que parece central a la hora de realizar un acercamiento a los diferentes elementos y funcionamiento del SAD, es el de cuáles son los criterios a la hora de adjudicar el SAD a los demandantes.

A la hora de delimitar el perfil del individuo al que asistir, cada uno de los ayuntamientos o mancomunidades establecen una serie de criterios técnicos y/o económicos como una fase a superar para poder ser beneficiario de este servicio.

Debido a la particularidad de cada uno de los sistemas de requisitos para la adjudicación del SAD, se hace imposible el poder hacer una lectura más general de los mismos por medio de datos agregados. Pese a ello, haremos un acercamiento a los diferentes modos, tendencialmente mayoritarios, en los que parecen establecerse estos criterios de cara a la adjudicación de dicho servicio.

Cada corporación, establece una serie de criterios, los cuales, son particulares o al menos aparecen desarrollados de un modo particular. Pese a ello, los que aparecen de un modo más sistemático, pueden responder a dos amplias categorizaciones¹¹, tales como:

- Criterios Técnicos
- Criterios Económicos

Haciendo un acercamiento a las distintas respuestas de los entrevistados, se hace evidente que los criterios establecidos por cada ayuntamiento o mancomunidad, en la mayoría de los casos, responden a una conjunción de indicadores de ambos tipos.

¹¹ Al final del presente capítulo recogemos el listado total de todas las menciones recogidas en abierto por el conjunto de entrevistados.

- En la mayoría de los casos, el ayuntamiento establece una serie de indicadores que tienen que ver con el grado de salud, de movilidad personal del individuo, así como una medida de su situación familiar. En la mayoría de los casos es el/la Trabajador/-a Social quien decide y valora este tipo de indicadores.
- Hay otra parte importante de los indicadores que tienen que ver con criterios económicos, unos baremos, en base a los cuales, se decide si se otorga o no este servicio a determinados individuos. Estos criterios tienen mucho que ver con el valor de la pensión o ingresos, así como con el patrimonio de los demandantes.

De todos modos, en una parte importante de los casos, parecen primarse los criterios técnicos (fundamentalmente socio-familiares), siendo los económicos, en muchos de los casos, un indicador que juzgue el cómo se ha de aplicar y subvencionar dicha asistencia por parte del ayuntamiento y del beneficiario.

Muy unido a este criterio económico encontramos, por lo tanto, una serie de opciones de cara a la financiación de este Servicio de Asistencia a Domicilio, como son:

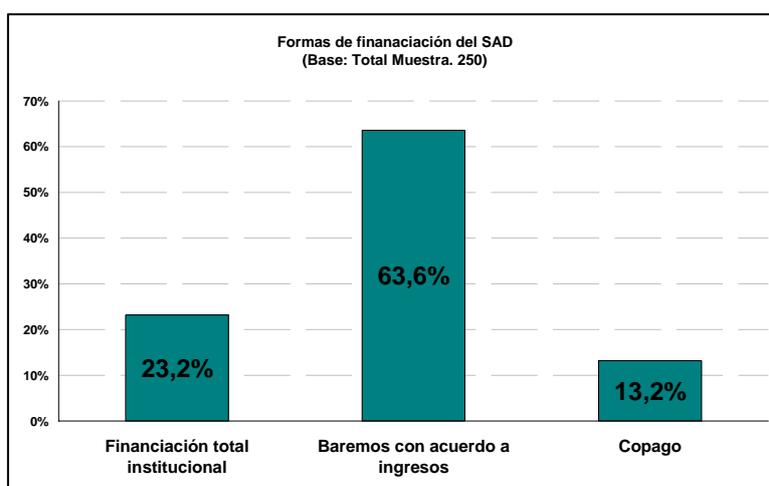
- Un sistema de Copago, en el que el asistido, aunque se trate de un precio simbólico, asume una parte del pago del servicio.

- Otra posible alternativa, consiste en establecer un baremo en el cual la cuantía del pago dependa de los ingresos de la persona atendida.
- Por último un sistema en el que el coste del servicio es asumido íntegramente por la administración.

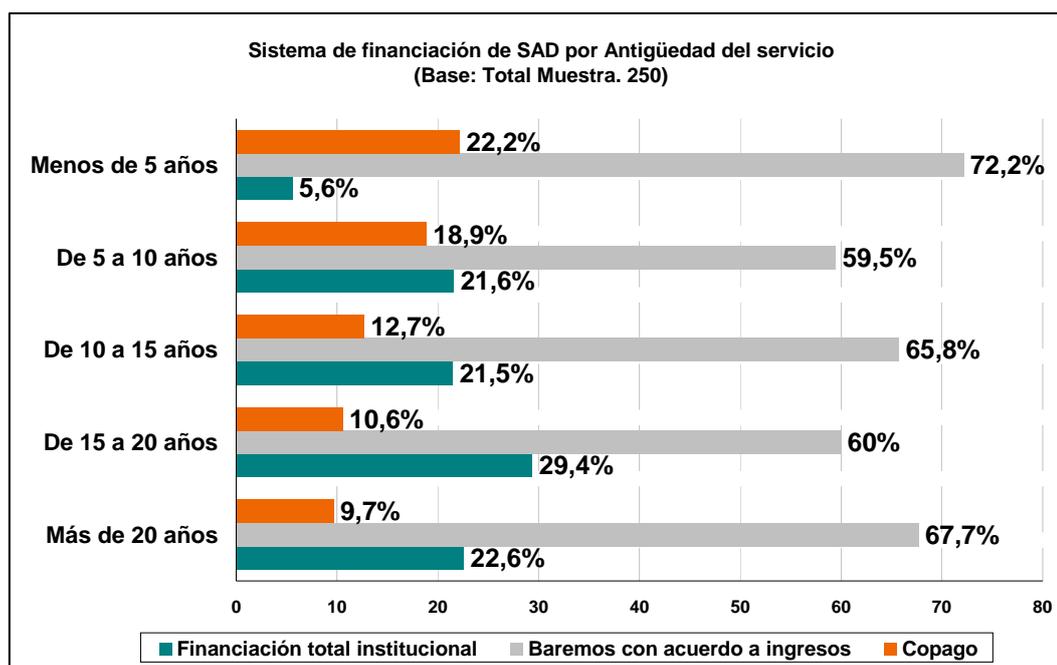
Los datos nos muestran un panorama en el cual algo más de un 63% de los ayuntamientos, se basan en la fórmula del establecimiento de un baremo en base al cual los asistidos, tengan un determinado grado de pago (o no) en función de sus ingresos.

El segundo modelo más utilizado, sería el de la asunción completa por parte de la administración del coste de este servicio con alrededor de un 23% de presencia en los ayuntamientos a los que nos hemos acercado.

Por último sería el copago el sistema menos utilizado, aplicándose en algo más del 13% de ayuntamientos a los que nos hemos dirigido.



Esta distribución del tipo de pago, es bastante constante incluso si la segmentamos en base a los años que hace que se ofrece el SAD en cada uno de los ayuntamientos, sólo encontrando una excepción en aquellos municipios en los que este servicio se ofrece desde hace menos tiempo (menos de cinco años). En este caso se observa cómo la fórmula del establecimiento de un baremo aumenta significativamente, llegando a darse en prácticamente tres de cada cuatro ayuntamientos, siendo la segunda opción en este caso el sistema de copago, dándose en algo más de un 20% de las corporaciones a los que nos hemos dirigido.



Parece por lo tanto que el sistema de establecimiento de un baremo en base al cual decidir el aporte económico que haga el asistido en el pago del servicio, va

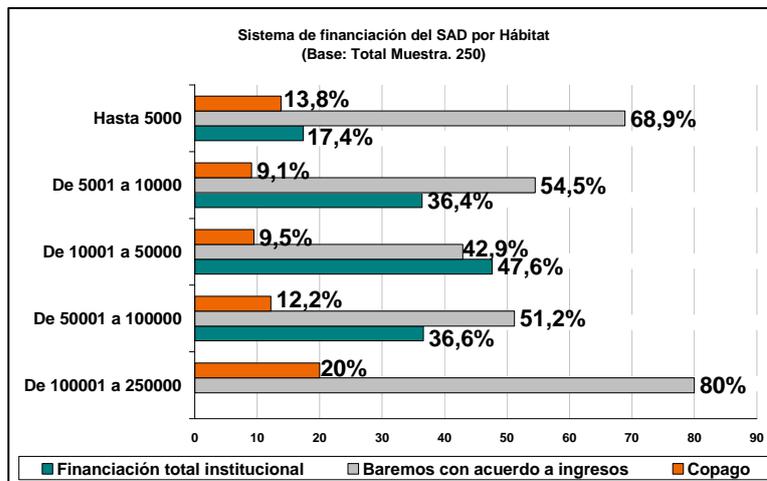
consolidándose como el sistema más utilizado y al que se tiende.

Si hacemos una segmentación por tamaño de hábitat, observamos como también se nos presentarían algunas diferencias:

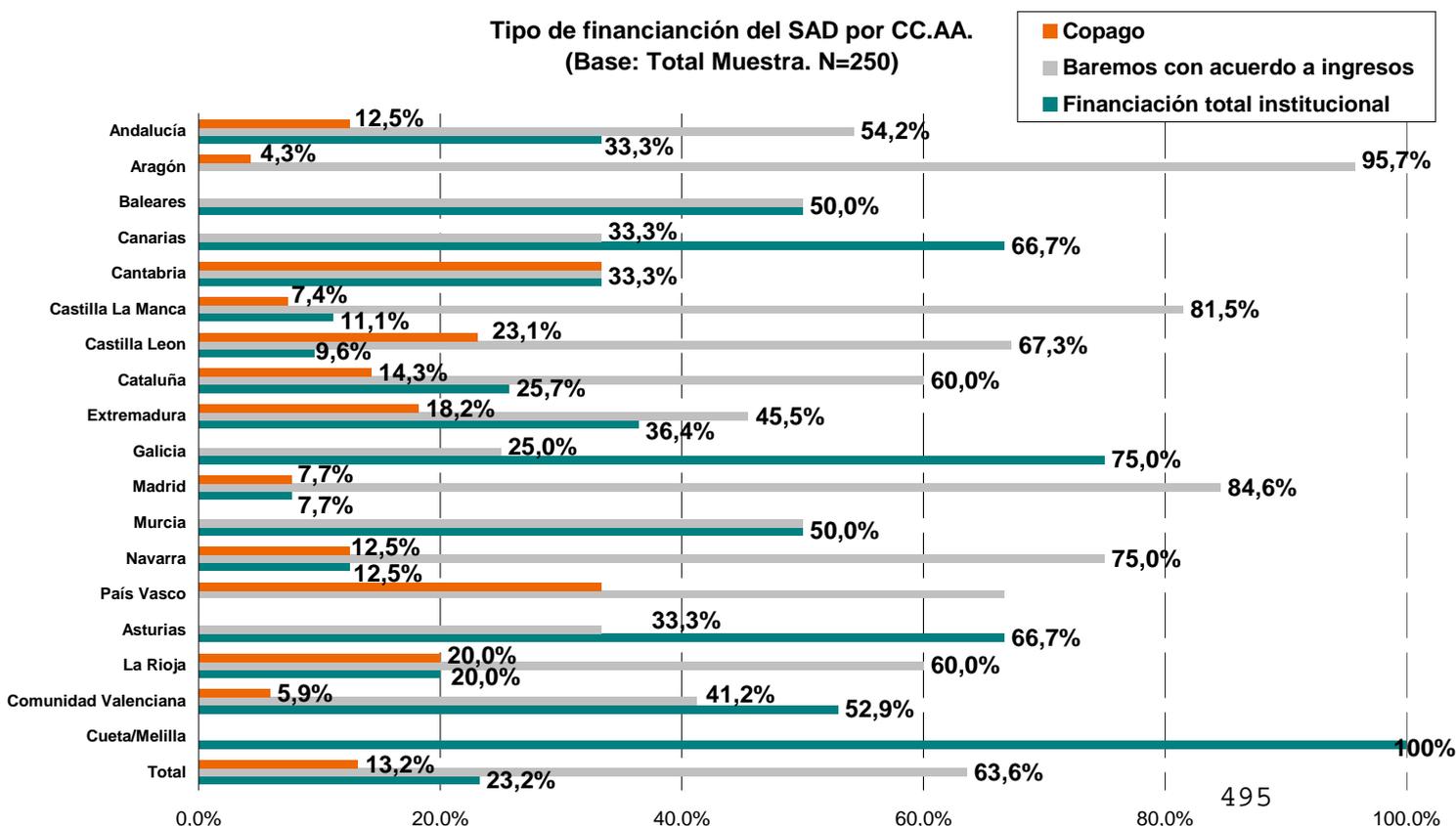
- En los ayuntamientos de menor tamaño, el reparto es similar al que veíamos en un principio, al que se establece desde el total.

- En los más grandes la fórmula de la financiación total por parte de la administración no se da en ningún caso (siempre claro está con la prudencia en la interpretación de estos datos que merece el estar trabajando con pequeñas muestras), siendo igualmente la opción mayoritaria (con un 80% de los ayuntamientos) la fórmula del establecimiento de un baremo

- Por su parte es en los ayuntamientos cuya población oscila entre los 5.000 y los 100.000 habitantes, en los cuales si bien el sistema de establecimiento de un baremo sigue siendo mayoritario (o tiene mucho peso), lo es casi a la par del de la financiación total por parte de la administración. De hecho en el caso de las corporaciones con una población comprendida entre los 50.000 y 100.000 habitantes, el peso de este segundo modelo de financiación gratuita para el asistido, supera al anterior, aplicándolo casi la mitad de los ayuntamientos de dicho hábitat.



Además de las posibles diferencias encontradas por hábitat, si realizamos una segmentación por autonomías, encontramos ciertas diferencias, las cuales y tal y como venimos diciendo desde el principio de este informe, habrá que asumirlas con relativa prudencia, teniendo en cuenta el reducido tamaño muestral con el que estamos trabajando en algunas ocasiones.



Pese a que se registren determinadas diferencias, lo que sí parece evidente realizando este acercamiento desde las distintas autonomías, es que el sistema de copago, sería el más minoritario en todas ellas. Por su parte el sistema de establecimiento de un baremo y el de financiación total por parte de la institución, son los predominantes; dependiendo de la autonomía a la que nos dirijamos el que el sistema mayoritario sea uno u otro.

Tipo de financiación de SAD por CC.AA

(Total Muestra N=250)

	Financiación total Institución	Baremo con acuerdo a ingresos	Copago
Andalucía	33,3 %	54,2 %	12,5 %
Aragón	-	95,7 %	4,3 %
Baleares	50 %	50 %	-
Canarias	66,6 %	33,3 %	-
Cantabria	33,3 %	33,3 %	33,3 %
Castilla La Mancha	11,1 %	81,5 %	7,4 %
Castilla León	9,6 %	67,3 %	23,1 %
Cataluña	25,7 %	60 %	14,3 %
Extremadura	36,4 %	45,5 %	18,2 %
Galicia	75 %	25 %	-
Madrid	7,7 %	84,6 %	7,7 %
Murcia	50 %	50 %	-
Navarra	12,5 %	75 %	12,5 %
País Vasco	-	66,6 %	33,3 %
Asturias	66,6 %	33,3 %	-
La Rioja	20 %	60 %	20 %
Comunidad	52,9 %	41,2 %	5,9 %

Valenciana			
Ceuta / Melilla	100 %	-	-
TOTAL	23.2%	63.6%	13.2%

Independientemente del sistema concreto utilizado en cada una de ellas, lo que sí parece evidente, exceptuando el caso de Extremadura y Cantabria, es que parece haber cierta homogeneidad autonómica en relación al sistema de financiación aplicado, teniendo siempre uno de ellos, un peso mucho más fuerte que los demás.

Listas de espera

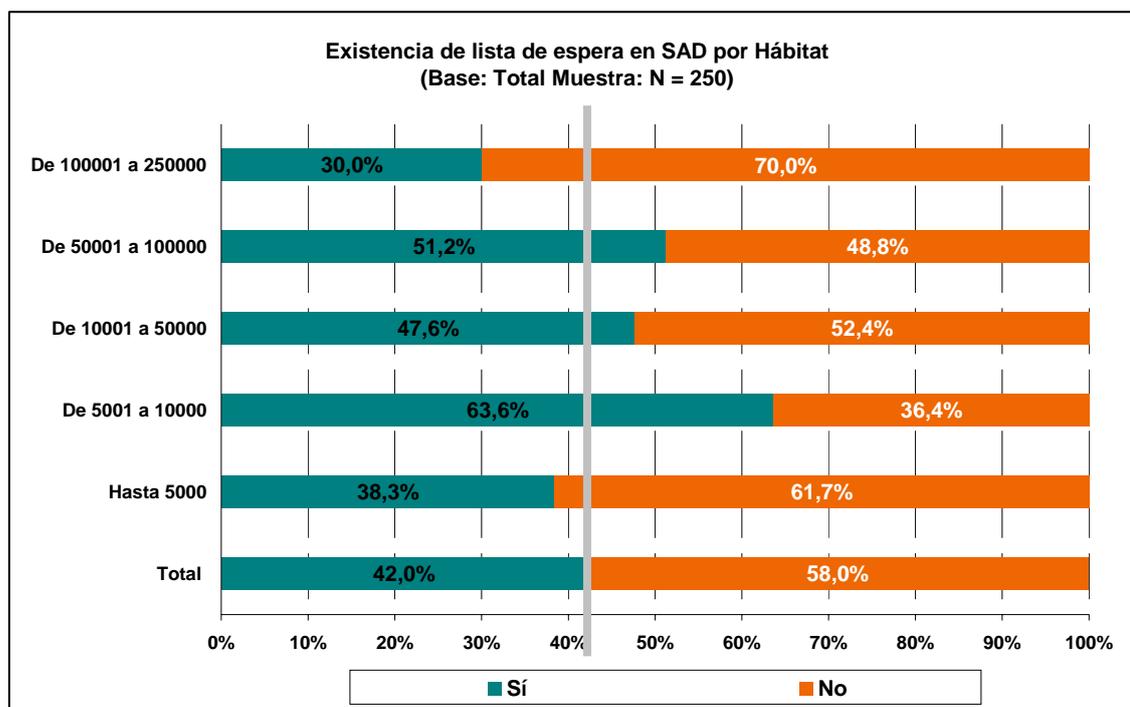
Otro aspecto importante en un acercamiento al SAD, sería el de la existencia de las listas de espera.



En cuanto a la existencia de lista de espera en los ayuntamientos a los que nos hemos dirigido, observamos que pese a darse un peso mayor de aquellas corporaciones en las que no hay lista de espera (casi un 60% de los

ayuntamientos a los que nos hemos dirigido), el reparto está bastante equilibrado entre ambos casos.

Segmentando esta variable por tamaño de hábitat, observamos como la tendencia sería que en aquellos ayuntamientos extremos, es decir, aquellos con un mayor (entre 100.001 y 250.000 habitantes) y un menor tamaño poblacional (hasta 5.000 habitantes), se registra un porcentaje menor de ayuntamientos en los que no hay lista de espera, (alrededor del 30% de los ayuntamientos en los dos casos).



Por el contrario en los **tamaños** de hábitat más intermedios, es en los que encontramos mayor cantidad de ayuntamientos con lista de espera, sobrepasando en la mayoría de los casos, a los ayuntamientos que no la tienen.

Media de personas en lista de espera por Hábitat
(Total Muestra N=250)

	\bar{X} de personas en lista de espera
Hasta 5.000 habitantes	27,41
De 5.001 a 10.000 habitantes	10,86
De 10.001 a 50.000 habitantes	11,40
De 50.001 a 100.000 habitantes	111,37
De 100.001 a 250.000 habitantes	59,33
TOTAL	42

Media de personas en lista de espera por Antigüedad del
SAD
(Total Muestra N=250)

	\bar{X} de personas en lista de espera
Menos de 5 años	26,33
De 5 a 10 años	64,75
De 10 a 15 años	32,94
De 15 a 20 años	45,14
Más de 20 años	45,13
TOTAL	42

Segmentando por la media de personas en lista de espera, vemos como lógicamente dependiendo del tamaño de hábitat, este número aumenta. Pero lo que destacaría, es como en aquellos ayuntamientos de 50.000 a 100.000 habitantes, la media de personas en lista de espera aumenta de manera muy acusada con relación al resto, lo que vendría a confirmar el hecho de que no sólo existen en tamaños de hábitat intermedios más cantidad de ayuntamientos con lista de espera, sino también, que en alguno de esos tramos (como en el caso de 50.000 a 100.000 habitantes) se registra el volumen más grande de personas a la espera.

El SAD desde una aproximación organizativa

El SAD es un servicio asistencial "público" que se gestiona desde el ayuntamiento o mancomunidad y en algunos casos, si bien no de manera total, desde la diputaciones. A pesar de este carácter público / institucional, el medio de aplicarlo, el vehículo por el que llega a los ciudadanos no es necesariamente desde la infraestructura institucional, sino que en muchas ocasiones son las corporaciones las que subcontratan o sacan a concurso público la licencia para la realización de dicho servicio por medio de empresas privadas u otro tipo de entidades de carácter asistencial.

Como se ha visto en capítulos anteriores, son varios los medios por los que se puede operacionalizar y se pone en funcionamiento el SAD en los distintos ayuntamientos:

- Empresas privadas
- Auxiliares contratadas por el ayuntamiento o la mancomunidad
- Cooperativas
- ONG's

Alrededor del 40% de los ayuntamientos aplican alguno de los dos primeros sistemas, siendo un poco más utilizada la empresa privada (45,8%) frente a la contratación por parte del Ayuntamiento de auxiliares (41,6%).

De todos modos el medio por el que se aplica el SAD, parece estar relacionado con el tamaño del ayuntamiento en el que se inscribe, ya que si realizamos una segmentación, para acercarnos al modo en que se gestiona el SAD, por medio del tamaño de hábitat, se pone de manifiesto de un modo evidente que cuanto mayor es el ayuntamiento (entendiendo mayor como más número de habitantes) más se tiende a la subcontratación de una empresa que ponga en práctica el SAD.

**Modo en que se gestiona / se ofrece el servicio de SAD
por tamaño de Hábitat**

(Base: Total Muestra: N=250)

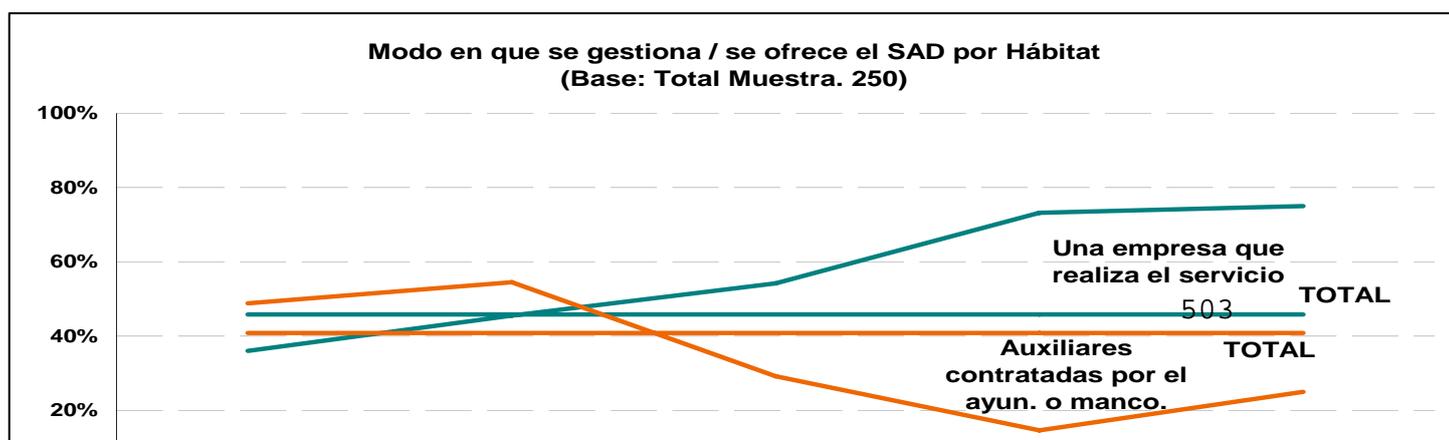
	Total	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
Una empresa que realiza el servicio	45,8%	36,0%	45,5%	54,2%	73,2%	75,0%
Una cooperativa de mujeres de	1,9%	0,6%	-	8,3%	4,9%	-

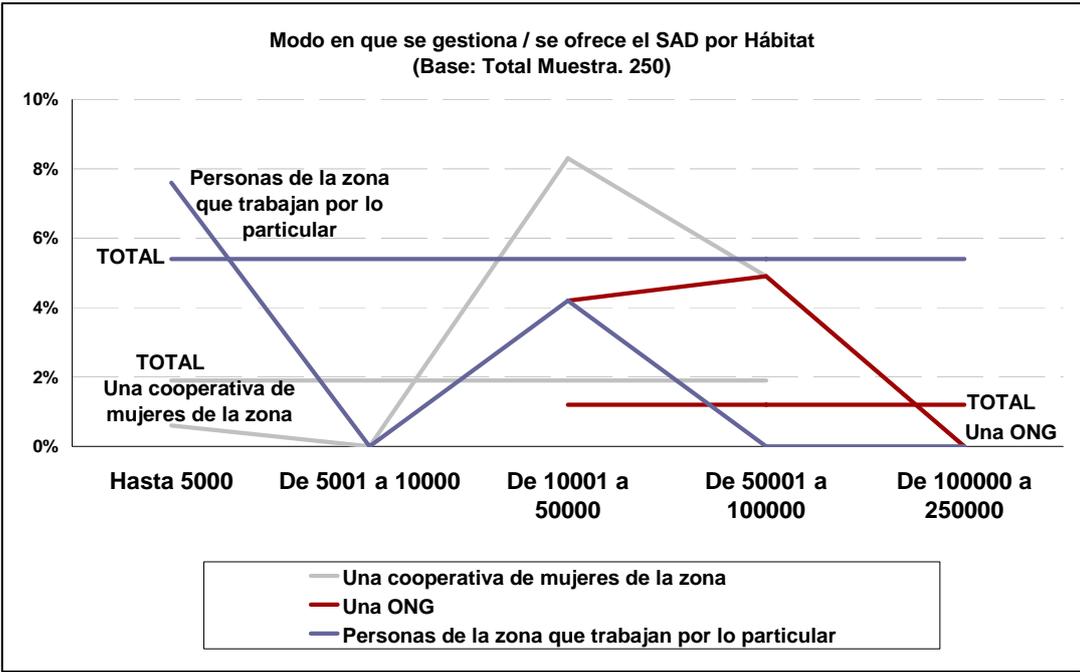
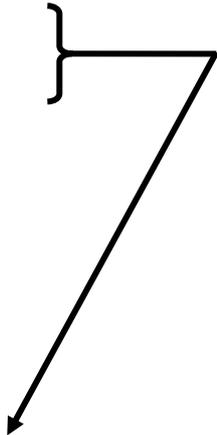
la zona						
Una ONG	1,2%	-	-	4,2%	4,9%	-
Personas de la zona que trabajan por lo particular	5,4%	8,8%	-	4,2%	-	-
Auxiliares contratadas por el Ayun. ó Manco.	41,6%	48,8%	54,5%	29,2%	14,6%	25,0%
Personal contratado por Diputación / Concell / Cabildo	2,7%	4,1%	-	-	-	-
Otros	1,5%	1,7%	-	-	2,4%	-

Asimismo a medida que va disminuyendo el tamaño del ayuntamiento, se va tendiendo más hacia un modelo en el que toman mayor fuerza los auxiliares contratados por el ayuntamiento, como elementos centrales de aplicación de este servicio.

Desde este punto de vista el mayor tamaño de la corporación parece suponer un inconveniente a la hora de poder establecer un sistema propio de asistencia a los individuos, tendiendo, de una manera muy evidente, a empresas privadas para que realicen la operacionalización de este servicio.

El resto de los posibles modos de gestión de este servicio SAD, vemos como son claramente minoritarios, destacando como anécdota que un 8% de los ayuntamientos de entre 10.000 y 50.000 habitantes, ponen en marcha este servicio por medio de una cooperativa de mujeres de la zona.





Criterios en la adjudicación de la gestión del SAD

En aquellos casos en los que el SAD se pone en práctica por medio de empresas o entidades subcontratadas por medio del ayuntamiento, se observa como los criterios que se siguen para la adjudicación de este servicio son heterogéneos, tal y como podemos apreciar en la siguiente tabla:

Criterios tenidos en cuenta para adjudicar el SAD por tamaño de hábitat

(Base: Ayuntamientos / Mancomunidades que ofrecen el SAD por medio de empresa - cooperativa - ONG: N=126)

	Total	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
Criterios económicos	18,2%	16,9%	33,3%	15,6%	18,7%	17,6%
Criterios Técnicos	13,3%	11,2%	25,0%	6,3%	17,3%	11,8%
Criterios de experiencia	14,7%	9,0%	8,3%	21,9%	18,7%	17,6%
Criterios de mejora del servicio	13,8%	9,0%	16,7%	21,9%	14,7%	17,6%
Criterios de horas de cobertura	4,9%	3,4%	8,3%	6,3%	6,7%	-
Concurso público	21,3%	33,7%	-	18,8%	12,0%	17,6%
No elige en ayuntamiento	1,3%	2,2%	-	-	1,3%	-
Formación	2,2%	-	-	3,1%	4,0%	5,9%
Otros	3,1%	4,5%	-	3,1%	1,3%	5,9%
Ns/Nc	7,1%	10,1%	8,3%	3,1%	5,3%	5,9%

Los criterios más presentes en los ayuntamientos a la hora de adjudicar de este servicio a una empresa o entidad serían:

- Por medio de un concurso público en el 21% de los casos
- En un segundo momento, serían los criterios económicos (18,2%).

Ampliando un poco más nuestro enfoque analítico por medio de la realización de una segmentación de esta variable por el tamaño de hábitat, encontramos que son en aquellos ayuntamientos o mancomunidades de hasta 5.000 habitantes, en los que el peso del concurso público como criterio de adjudicación del servicio, tiene un peso más claro, utilizándose en tres de cada diez ayuntamientos.

Observamos como a medida que va aumentando el tamaño de los ayuntamientos, los elementos de valoración para la adjudicación del servicio, tienden a estar más centrados en criterios económicos, técnicos o de experiencia o mejora del servicio.

A la luz de los datos que acabamos de ver parece ir haciéndose evidente como a medida que el ayuntamiento va aumentando de tamaño, tanto el modo en que se presta el SAD, como el tipo de criterios para la adjudicación del mismo a empresas o entidades privadas, se van distanciando de la propia corporación, este sistema se va haciendo más externo, quedando más en manos de criterios técnicos.

- En los ayuntamientos de hasta 5.000 habitantes vemos como el SAD, por una parte, es llevado a

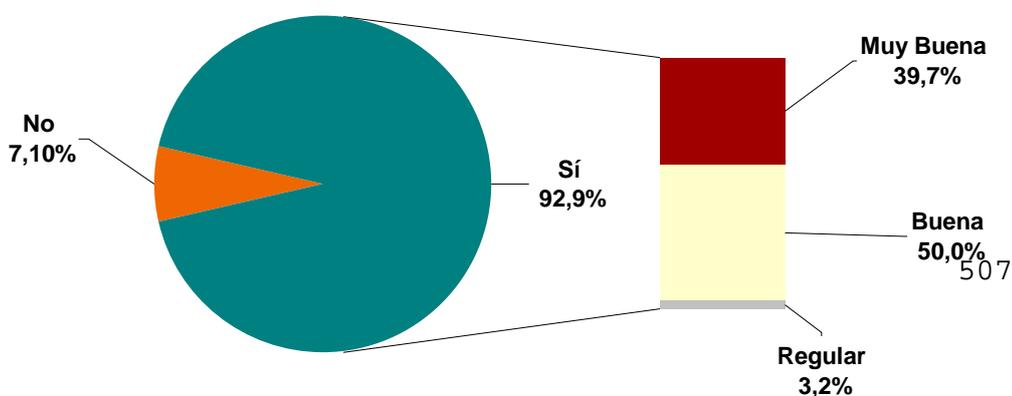
cabo por medio de auxiliares contratados por el ayuntamiento y en el caso de que se subcontrate a empresas o entidades privadas, es el concurso público el medio más utilizado para la adjudicación del servicio.

- Frente a esta situación en aquellos ayuntamientos de mayor tamaño, vemos como tres de cada cuatro corporaciones dispensan este servicio por medio de la subcontratación de empresas privadas, siendo los criterios tenidos en cuenta a la hora de la adjudicación del mismo, tanto criterios económicos, como de experiencia y mejora del servicio, como por medio de concurso público.

En los casos en los que el SAD se aplica por medio de la contratación de una empresa o entidad, vemos como en más de un 90% de los casos, los entrevistados afirman que existe coordinación entre el ayuntamiento y la empresa que lo pone en práctica.

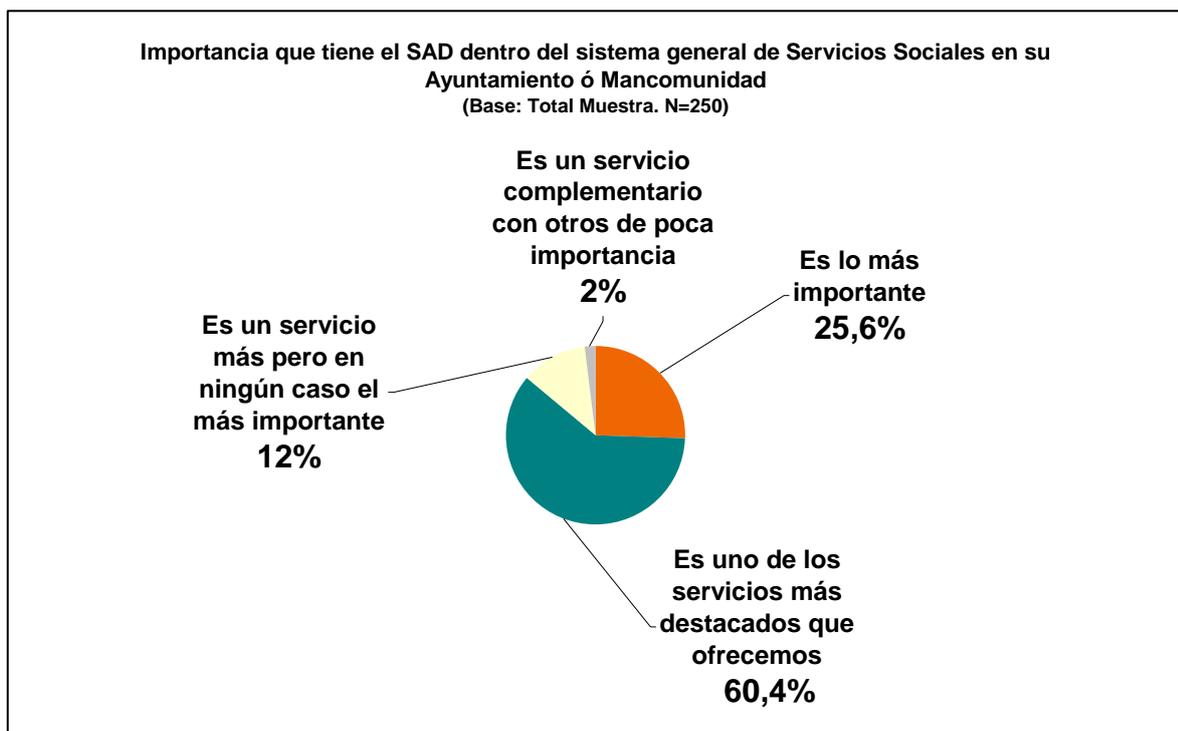
La valoración que se hace de esta coordinación es muy positiva, prácticamente en la totalidad de los casos los entrevistados mantienen que es buena o muy buena.

**Existencia y valoración de la coordinación
entre Ayunt. ó Mancom. y Entidad que gestiona el SAD**
(Base: Ayunt. ó Mancom. que gestionan el SAD por medio de Entidad:
N = 126)

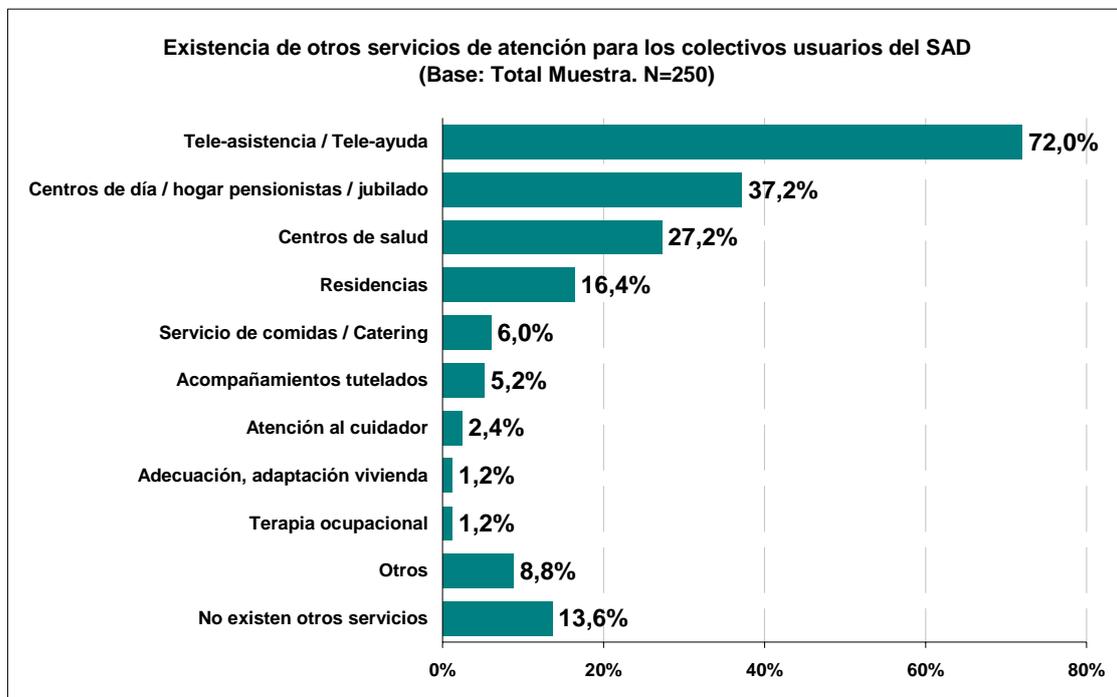


El SAD dentro del contexto de los Servicios Sociales

Dentro de un contexto de organización por parte del ayuntamiento o mancomunidad de los diferentes servicios sociales, encontramos que el SAD es valorado de una manera muy destacada. El 25% de los entrevistados creen que el más importante de los Servicios Sociales y un 60% afirman que de los que más importancia tienen.



En este sentido, por lo tanto, la centralidad del SAD con relación a otro tipo de servicios ofertados por los ayuntamientos para los mismos sectores de dependencia, parece ser destacada. Se estaría poniendo de manifiesto cierto grado de coordinación y de complementariedad entre diferentes servicios.



Como parece lógico la existencia y cantidad de servicios ofrecidos por los ayuntamientos para los mismos sectores de dependencia que a los que se dirige el SAD, varían en gran medida dependiendo del tamaño del ayuntamiento o mancomunidad.

Servicios ofrecidos por Ayuntamiento / Mancomunidad
(Base: Total Muestra. N=250)

	Total	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
Tele-asistencia / Tele-ayuda	72,0%	67,7%	72,7%	81%	82,90%	80%
Centros de día / hogar pensionistas / jubilado	37,2%	29,3%	72,7%	42,9%	51,20%	60%
Centros de salud	27,2%	24%	45,5%	57,1%	22%	20%
Residencias	16,4%	16,2%	36,4%	9,5%	14,6%	20%
Servicio de comidas / Catering	6,0%	2,4%	9,1%	9,5%	9,8%	40%
Acompañamientos tutelados	5,2%	4,2%	9,1%	19%	2,4%	
Atención al cuidador	2,4%	1,8%		4,8%	4,9%	
Adecuación, adaptación vivienda	1,2%	0,6%	9,1%			10%
Terapia ocupacional	1,2%	0,6%	9,1%			10%
Otros	8,8%	7,8%		4,8%	7,3%	50%
No existen otros servicios	13,6%	18%	9,1%	9,5%	2,4%	

Observamos como de una serie de posibles servicios ofertados, el que obtiene una mayor presencia, casi en tres de cada cuatro ayuntamientos, sería la Tele-

asistencia o la Tele-ayuda. De todos modos si establecemos una diferencia en base al tamaño del ayuntamiento, la situación cambia ligeramente.

Pese a tratarse de un servicio de gran difusión (la tele-asistencia) vemos como en ayuntamientos o mancomunidades de hasta 5.000 habitantes, este porcentaje de presencia no llega al 70%, mientras que en entornos de mayor tamaño poblacional, los porcentajes ascienden al 80% de presencia en los ayuntamientos.

Como era esperable, el número de servicios ofrecidos por ayuntamiento, depende mucho del tamaño poblacional del mismo.

- En el caso de los ayuntamientos de hasta 5.000 habitantes, observamos como el 18% de ellos, no tienen ningún otro servicio destinado a estos sectores de dependencia. Del resto, la media de servicios contestados no llegan a dos por ayuntamiento, lo que pone de manifiesto, al menos en algunos de los perfiles (los ayuntamientos más pequeños entre los pequeños) la relativa limitación de medios asistenciales.
- En cuanto al tipo de servicios de asistencia, observamos como además de la tele-asistencia; los centros de día y los centros de salud, serían el resto de servicios más presentes dentro de estos tamaños poblacionales.

- En los ayuntamientos mayores, se observa como el número de servicios contestados por ayuntamiento aumenta a dos y tres por respondiente. Además de ello, el tipo de servicio respondido cambia y se diversifica. Significativo es que el 50% de los ayuntamientos o mancomunidades con una población comprendida entre los 100.000 y 250.000 habitantes, contesten "otros servicios", esto nos da una dimensión de la diversidad y presencia de servicios asistenciales diferentes enfocados a los mismos sectores de dependencia a los que se dirige el SAD.

La variedad de servicios

Servicios como los de catering con presencia en un 40% de los ayuntamientos de mayor tamaño, nos dibujan una situación de relativo alto equipamiento de servicios.

En aquellos ayuntamientos intermedios, la situación a su vez también más intermedia. Dentro de un contexto de mayor presencia de servicios "más clásicos" (como puede ser: La tele-asistencia, Centros de día y Centros de salud), empiezan a destacarse (no hasta los niveles que se registran en el hábitat mayor) otro tipo de servicios, con frecuencias de aparición nada desdeñables aunque bajas, tales como:

- Servicios de comida y catering
- Acompañamientos personales
- Acompañamientos tutelados

- Adecuación de la vivienda
- Terapia ocupacional ...

Sorprende el bajo porcentaje (entre un 10 - 20% de media) de ayuntamientos, independientemente del hábitat, que disponen de residencias públicas para dar cobertura asistencial a personas con un perfil de dependencia similar al que se dirige el SAD.

Este dato pone de manifiesto la escasez de plazas en residencias públicas para determinados perfiles poblacionales y como el SAD puede estar cubriendo, en este caso, una insuficiencia asistencial en determinadas ocasiones y para determinados perfiles.

Financiación del SAD

Como venimos viendo a lo largo del presente capítulo, en este aspecto también se produce una diversidad de situaciones dependiendo de cada uno de los ayuntamientos a los que nos hemos acercado. En este sentido

**Modo en que se financia el SAD en Ayuntamiento /
Mancomunidad por Tamaño de Hábitat.**

(Base: Total Muestra. N = 250)¹²

	Total	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
Financiación del estado a través del Plan Concertado	19,6%	16,2%	27,3%	19,0%	31,7%	20,0%
Plan concertado con la CC.AA. directamente	36,8%	31,7%	27,3%	52,4%	48,8%	50,0%
Financiación por parte de la Diputación Provincial	32,4%	38,3%	36,4%	19,0%	9,8%	50,0%
Financiación por parte de los ayuntamientos a la Mancomunidad	25,6%	24,0%	9,1%	14,3%	36,6%	50,0%
Financiación directa con los fondos del ayuntamiento	27,2%	18,6%	36,4%	47,6%	43,9%	50,0%
No contesta	1,2%	0,6%	9,1%	-	2,4%	-

Observamos como el tipo de financiación es muy variable, encontrando pesos significativos en todas las posibles opciones de financiación. Pese a ello, sí se observa cierta tendencia a una financiación de tipo supra-comarcal, siendo las fuentes de financiación principales de este Servicio de Asistencia a Domicilio:

¹² Como se puede comprobar, la suma no es igual a 100%, puesto que en algunos casos, hay más fuentes de financiación que una sola.

- Plan concertado con la CC.AA. directamente
- Financiación por parte de la Diputación Provinciales

Como ya expusimos en la contextualización, el plan concertado sería un modelo que busca la implantación de servicios sociales básicos para los distintos municipios españoles, basándose en una financiación (en algunos casos, incluso) tripartita:

- Administraciones centrales
- Administración autonómica
- Administración local

Si nos centramos en el tipo de financiación, dependiendo del tamaño del ayuntamiento o mancomunidad, observamos como hay cierta tendencia (lógica por otra parte) a que en aquellas corporaciones más pequeñas la financiación venga de un modo directo por medio de los Planes Concertados, ya sean directamente desde la CC.AA. o por medio de las Diputaciones Provinciales (en el caso de algunas regiones en que no hay acuerdo conjunto de la CC.AA, como sería el caso del País Vasco).

Al ir aumentando el tamaño del municipio, observamos tendencialmente dos situaciones:

- Por una parte se diversifican más los frentes por los cuales se reciben los presupuestos

- Por otra parte se va aumentando de un modo significativo el porcentaje de financiación directa a partir de los fondos del ayuntamiento o de los distintos ayuntamientos que conforman la mancomunidad.

Para todos los casos, la financiación del estado a través del plan concertado, sería el modelo menos utilizado.

Peso presupuestario

A continuación se recogen datos sobre el peso presupuestario que derivan los ayuntamientos al área de Servicios Sociales.

**Porcentaje del presupuesto del ayuntamiento destinado a
Asuntos Sociales por Tamaño de Hábitat
(Base: Total Muestra. N = 250)**

	Total	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
Menos del 25%	18,0%	20,4%	-	19,0%	12,2%	20,0%
Del 25% al 49%	5,2%	6,6%	-	4,8%	2,4%	-
Del 50% al 74%	1,2%	0,6%	-	-	2,4%	10,-0%
Del 75% al 100%	1,2%	1,2%	-	4,8%	-	-
Ns/Nc	74,4%	71,3%	100%	71,4%	82,9%	70,0%
Media	19,22%	18,4%	-	24,5%	20,14%	19,67%

Lo primero que sorprende al acercarse a estos datos, es el gran porcentaje de No Respuesta que se registra para esta pregunta, tres de cada cuatro entrevistados declinan contestar a ella. Parece lógico que se deba a un desconocimiento por parte de los entrevistados del dato que se solicita, puesto que pese a tratarse en algunos casos "de informadores estratégicos", de individuos con unas ubicaciones dentro de los ayuntamientos que les dan acceso al conocimiento de la situación de estos Servicios de Asistencia a Domicilio prioritario, se trataría de un dato muy concreto, muy específico.

Parte de esta No Respuesta, podría deberse también a cierto grado de desconfianza por parte del entrevistado.

De todos modos dejando a un lado la alta presencia de la No Respuesta, vemos como el resto de interlocutores que han accedido a contestar, en su mayoría, el 18% (lo que supone con respecto al total de los que responden algo más del 70%) dicen que el porcentaje de los presupuestos derivados a Servicios Sociales es menos del 25% del total presupuestario (concretamente la media es de un 19% del total de los presupuestos)

Si atendemos a las diferencias por Hábitat, vemos como el gasto medio (siempre con la cautela necesaria al estar trabajando con tan pocos casos) independientemente del tamaño del ayuntamiento, gira entorno a ese 19% - 20%, lo que parece ser la norma general.

**Porcentaje del presupuesto del ayuntamiento destinado a
Asuntos Sociales por antigüedad en al implantación del
SAD**

(Base: Total Muestra. N = 250)

	Total	Menos de 5 años	De 5 a 10 años	De 10 a 15 años	De 15 a 20 años	Más de 20 años
Menos del 25%	18,0	22,2%	21,6%	22,8%	12,9%	12,9%
Del 25% al 50%	5,2	5,6%	5,4%	7,6%	3,5%	3,2%
Del 50% al 75%	1,2	-	-	-	2,4%	3,2%
Del 75% al 100%	1,2	-	-	2,5%	-	3,2%
Ns / Nc	74,4	72,25	73,0%	67,1%	81,2%	77,4%

Media	19,22	10,80	13,10	21,23	28,5	28,14
-------	-------	-------	-------	-------	------	-------

Si nos acercamos a los datos del porcentaje del presupuesto derivado del ayuntamiento a los servicios sociales por la antigüedad en la oferta del servicio SAD, observamos como el panorama varía algo:

- Mientras en aquellos ayuntamientos en los que el SAD lleva operando más de 15 años, la media del porcentaje del presupuesto destinado a Servicios Sociales es superior al 28%, en los de más reciente aplicación, este porcentaje medio desciende a apenas un 10% del total del presupuesto del ayuntamiento.

Por lo tanto en base a los datos y con la consiguiente prudencia que merece una muestra tan débil en el caso concreto de esta variable, parece presentárenos una situación en la que, el peso del presupuesto destinado a asuntos sociales por parte de los ayuntamientos, es relativamente estable, sin encontrar diferencias muy singulares por tamaño de hábitat. La antigüedad de la oferta del servicio sí parece estar influyendo de un modo más singular, serían aquellos ayuntamientos con más antigüedad en la oferta del SAD los que destinarían una mayor parte del presupuesto general del ayuntamiento al área de asuntos sociales.

En cuanto al peso presupuestario del SAD dentro de la partida destinada a Servicios Sociales dentro de los

ayuntamientos, vemos como se produce una situación algo similar a la anterior:

**Porcentaje del presupuesto de Asuntos Sociales que
absorbe/demanda el SAD por Hábitat
(Base: Total Muestra. N = 250)**

	Total	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
Menos del 25%	14,8%	14,4%	18,2%	28,6%	9,8%	10,0%
Del 25% al 49%	6,8%	6,6%	-	4,8%	4,9%	30,0%
Del 50% al 74%	12,8%	13,2%	18,2%	4,8%	14,6%	10,0%
Del 75% al 100%	8,8%	13,2%	-	-	-	-
Ns/Nc	56,8%	52,7%	63,6%	61,9%	70,7%	50,0%
Media	44,95%	49,22%	41,25%	19,63%	40,92%	30,80%

En un primer momento salta a la vista el gran desconocimiento de esta variable, al igual que en el caso anterior. En esta ocasión más de la mitad de los entrevistados, no saben o no contestan a dicha pregunta.

Trabajando con el resto de la muestra, y pensando en los valores absolutos, vemos como al menos el 45% del presupuesto destinado a asuntos sociales de los ayuntamientos a los que nos hemos dirigido, se destinan a la financiación del SAD.

Haciendo una lectura más detenida de los datos, podemos observar como a medida que el tamaño del ayuntamiento disminuye, aumenta el porcentaje, el peso que supone el mantenimiento del Servicio de Asistencia a Domicilio con

respecto a la partida de presupuesto en servicios sociales, suponiendo en aquellos ayuntamientos o mancomunidades más pequeñas (hasta 5.000 habitantes) prácticamente la mitad del presupuesto general.

En dirección contraria, a medida que aumenta el tamaño poblacional del ayuntamiento, se reduce el peso que supone el SAD dentro de los presupuestos municipales destinados a servicios sociales.

Porcentaje del presupuesto de Asuntos Sociales que absorbe/demanda/exige/ el SAD por antigüedad en al implantación del SAD

(Base: Total Muestra. N = 250)

	Total	Menos de 5 años	De 5 a 10 años	De 10 a 15 años	De 15 a 20 años	Más de 20 años
Menos del 25%	14,8%	22,2%	18,9%	10,1%	18,8%	6,5%
Del 25% al 49%	6,8%	-	8,1%	6,3%	7,1%	9,7%
Del 50% al 74%	12,8%	-	2,7%	19,0%	11,8%	19,4%
Del 75% al 100%	8,8%	11,1%	10,8%	12,7%	5,9%	3,2%
Ns / Nc	56,8%	66,7%	59,5%	51,9%	56,5%	61,3%
Media	44,95%	33,5%	42,33%	53,42%	39,22%	44,83%

Si segmentamos esta variable por la antigüedad de la oferta del SAD en los ayuntamientos, vemos como se aprecian ciertas diferencias.

Al igual que antes, cuanto más reciente es en el ayuntamiento la oferta del SAD, menos peso supone con respecto a los presupuestos generales en servicios sociales y a la inversa, a mayor antigüedad del SAD,

mayor es el porcentaje de los presupuestos en servicios sociales estaría exigiendo.

Personal y perfil asistencial

Atendiendo al perfil de los/-as auxiliares que realizan el SAD, haciendo una lectura global de lo que serían los aspectos generales del mismo, observamos como, el perfil sería:

- Mujer en el 100% de los casos

- Mayor peso indiscutible de mujeres españolas de edades adultas. En edades medias de mujer se percibe un aumento (fundamentalmente en aquellos ayuntamientos con un tamaño poblacional mayor) del peso de las mujeres inmigrantes en el desarrollo de este tipo de tareas, aunque aun no se refleje de una manera patente en los ayuntamientos de tamaño más pequeño (Hasta 5.000 habitantes y de 5.000 a 10.000 habitantes). Pese a ello lo que sí queda patente es que el porcentaje de españolas de edades medias parece tender a equilibrarse e incluso descender en comparación con el de las inmigrantes.

- Este perfil de la auxiliar inmigrante parece tender más a sudamericana que a otro tipo de nacionalidad, siendo la excepción el caso de los ayuntamientos de mayor tamaño, en el que destaca un perfil de inmigrante no sudamericana.

- Con un nivel de formación relativamente bajo, en más de la mitad de los casos (en 54,4% de los casos) han recibido la formación por medio de cursos enfocados a adultos. Pese a todo, se registra un porcentaje bastante alto de entidades / ayuntamientos en los que no se demanda formación para el desempeño de las tareas del SAD.
- Pese a que la exigencia de experiencia previa no parece ser demasiado alta, se trata de colectivos con cierta experiencia en el trato con mayores y con relativa antigüedad en el oficio, imaginamos fundamentalmente porque un peso importante de las auxiliares son mujeres adultas que llevan años trabajando en este tipo de sectores de una manera o de otra.

Nacionalidad de la auxiliar del SAD por Hábitat

(Base: Total Muestra. N=250)

	Tota l	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
Españolas	67,6 %	67,7%	72,7%	66,7%	65,9%	70%
Españolas de edad media	27,6 %	28,7%	27,3%	23,8%	26,8%	20%
Sudamericanas	7,2%	4,8%	9,1%	19,0%	12,2%	-
Inmigrantes de	6%	4,2%	-	4,8%	9,8%	30%

varios orígenes						
Otros	2%	2,4%	-	-	-	10%

Formación de las auxiliares del SAD por Hábitat

(Base: Total Muestra. N=250)

	Total	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
Auxiliares	34%	28,1%	45,5%	42,9%	46,3%	50%
Cursos de formación de adultos	54,4%	54,5%	54,5%	38,1%	61%	60%
Estudios primarios	12,4%	15,6%	18,2%	4,8%	4,9%	-
Graduado escolar	10,4%	13,2%	-	4,8%	4,9%	10%
Servicio doméstico	0,4%	0,6%	-	-	-	-
Otros	3,6%	3,6%	-	4,8%	2,4%	10%
No demandan formación	14,4%	13,8%	18,2%	23,8%	12,2%	10%
Ns/Nc	3,2%	3,6%	-	4,8%	2,4%	-

Experiencia previa de las auxiliares del SAD por Hábitat

(Base: Total Muestra. N=250)

	Total	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
Experiencia con mayores	18%	18%	18,2%	19%	14,6%	30%
Experiencia con dependencia	13,2%	15%	18,2%	14,3%	7,3%	-
Antigüedad en el oficio	30%	22,8%	18,2%	33,3%	58,5%	40%
Se exige alguna experiencia sin definir	9,2%	9%	9,1%	14,3%	7,3%	10%

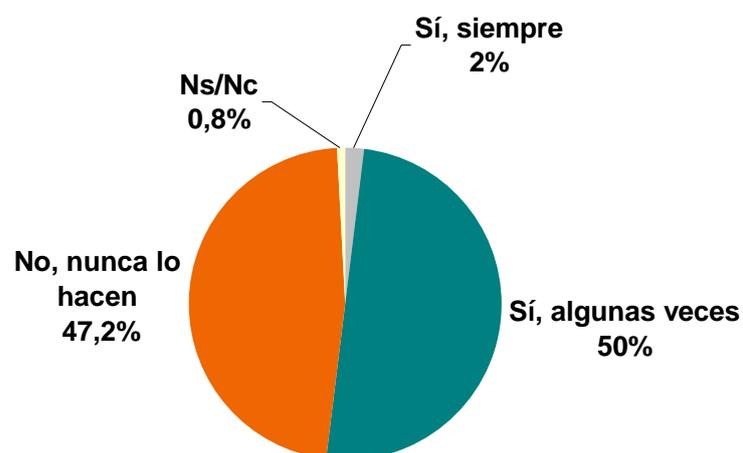
No se exige / no tiene ninguna experiencia	32,8%	39,5%	27,3%	23,8%	14,6%	20%
Otros	4,8%	4,2%	9,1%	4,8%	2,4%	20%
Ns/Nc	3,6%	2,4%	-	-	12,2%	-

En la delimitación de las tareas y la coordinación de sus labores con otros perfiles asistenciales aparecen ciertos elementos que complicarían la puesta en marcha de sus procedimientos de trabajo. En este sentido por lo tanto, habría ciertas actividades que pueden verse como asistenciales y de mantenimiento, pero que les estarían limitadas a estos perfiles profesionales, pese a ello observamos como:

- En más de la mitad de los ayuntamientos a los que nos hemos acercado, afirman que de vez en cuando el auxiliar dispensa algún tipo de medicamento al paciente, comportamiento que parece estar relativamente delimitado desde las normativas de muchos de los planes organizativos del SAD.

¿Dispensan medicamentos a las personas a las que atienden?

(Base: Muestra Total. N=250)



En cuanto a las relaciones entre los auxiliares y la administración del SAD y el personal y administración de los centros de salud, observamos como en general los entrevistados las definen como cordiales, como positivas en general.

Bien es cierto que pese a esta valoración positiva, en aproximadamente un 30% de los casos, los entrevistados afirman que no hay apenas vinculación entre las dos instancias, aunque es cierto que este porcentaje disminuye de un modo muy significativo a la vez que se va aumentando el tamaño del ayuntamiento.

Por su parte un 10% de los entrevistados aseguran que no existe relación de ninguna clase entre ellos.

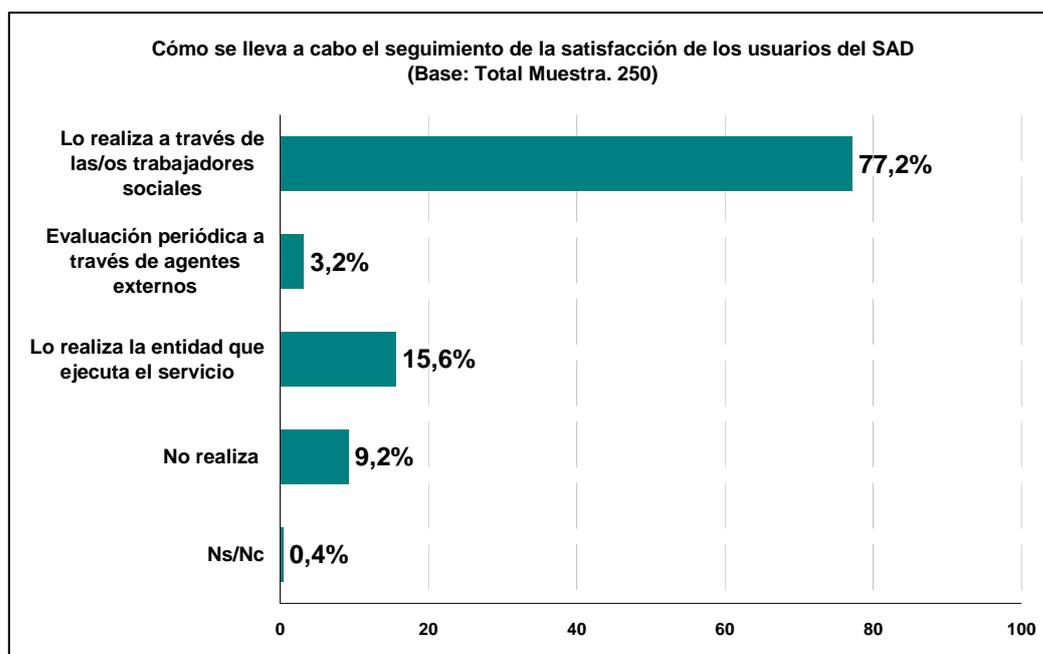
Existencia de relaciones entre equipo de los centros de salud y el equipo del SAD

(Base: Total Muestra. N=250)

	Total	Hasta 5000	De 5001 a 10000	De 10001 a 50000	De 50001 a 100000	De 100001 a 250000
No existen relaciones	10,8%	11,4%	-	19,0%	7,3%	10,0%
Correctas aunque de poca o mínima vinculación	31,2%	33,5%	36,4%	28,6%	29,3%	-
Cordiales y se trabaja muy cooperativamente	52,0%	49,7%	63,6%	47,6%	58,5%	60,0%
Buenas aunque existen	4,8%	4,2%	-	-	4,9%	30,0%

diferencias						
Conflictivas existen discrepancias	0,8%	0,6%	-	4,8%	-	-
Ns/Nc	0,4%	0,6%	-	-	-	-

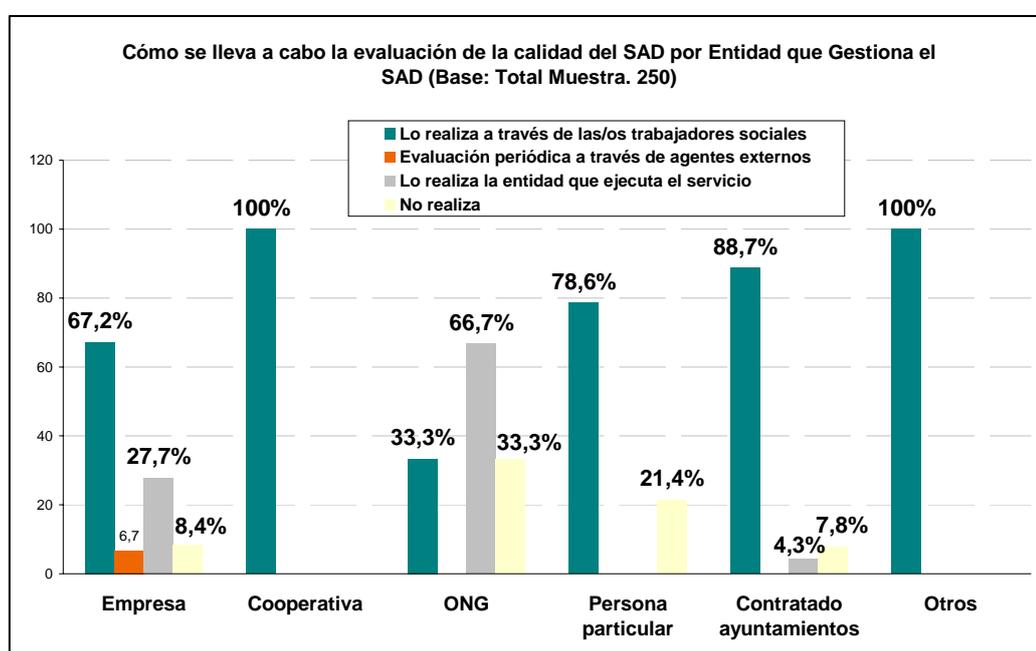
En cuanto a la supervisión de la satisfacción de los asistidos con el Servicio de Ayuda a Domicilio, observamos como sí se produce en tres de cada cuatro casos, realizándose por medio de la intervención de un/-a Trabajador/-a Social.



Pese a ello, si diferenciamos la entidad / empresa que ofrece el servicio, vemos como esta función obtiene valores diferentes, encontrando en este sentido como:

- Vemos por lo tanto como en el caso de personal contratado por el ayuntamiento o la

mancomunidad, casi en nueve de cada diez entidades, esta supervisión se lleva a cabo por Trabajadores/-as sociales.



- En el caso de las empresas privadas que llevan a cabo el SAD, la supervisión si bien existe, y siendo mayoritaria la intervención de la Trabajadora social, vemos como el peso de ésta es sustancialmente menor, quedando en casi tres de cada diez casos en manos de la propia empresa.

- Por su parte en el caso de las ONG, siempre con la cautela de tratarse de una opción con pocos casos, vemos como en tres de cada diez entidades la supervisión no se realiza, en un mismo peso, ésta es llevada a cabo por algún agente externo y en un 60% de los casos se llevaría a cabo por medio de Trabajadores sociales.

Por último ya solo decir que la valoración del SAD tanto desde el punto de vista de los usuarios, como del servicio en general, parece ser una de las variables que gozan de mayor equilibrio, contando con una valoración media de alrededor del 7. En este caso no se encuentran diferencias apreciables ni por tamaño de hábitat, ni por empresa que ofrece el servicio, antigüedad o cualquiera de las variables que hemos venido utilizando como más discriminantes a la hora de hacer un análisis algo más sistemático de los distintos elementos que han ido saliendo en el presente informe.

Se trataría por lo tanto de una valoración bastante positiva, en la cual, se deja entrever cierta sensación de necesidad de mejora en alguno de los aspectos que hemos ido tocando, pero a la vez se produce una valoración relativamente optimista del funcionamiento y la valía de este servicio desde el punto de vista asistencial y de cara a los colectivos que hemos venido definiendo como poseedores de una serie de situaciones de relativa dependencia.

Conclusiones

En base a lo visto en el actual estudio y siempre con la prudencia de trabajar en determinados ocasiones con una muestra bastante reducida en un contexto de gran heterogeneidad, vemos como las líneas fundamentales de interpretación parecieran ser:

- En base a los datos de los ayuntamientos a los que nos hemos dirigido, se va observando cierta estabilización en cuanto a años de implantación del SAD en la mayoría de los ayuntamientos, independientemente de su tamaño
- Pese a este dato, casi el 100% de los ayuntamientos en los cuales el SAD se ha implantado más recientemente, tienen un tamaño poblacional de menos de 5.000 habitantes
- En el 99% de los ayuntamientos a los que nos hemos dirigido, el SAD atiende a personas mayores, el 74% a algún caso de personas con discapacidad y el 57% a familias u otras situaciones
- El peso medio de cada uno de estos perfiles asistenciales, parece haberse estabilizado con relación a los datos de 1995, ya que el peso de cada uno de estos colectivos dentro del total asistencial es casi similar:
 - o Las personas mayores suponen alrededor del 85% de los asistidos

- o Las personas con discapacidad alrededor del 9%
 - o Familias u otras situaciones, algo más del 5%
- El reparto de las tareas asistenciales del SAD parece estar bastante igualada, pesando tendencialmente más las tareas domésticas en aquellos ayuntamientos de menor tamaño y los cuidados personales en los ayuntamientos algo más grandes.
- La media del tiempo de asistencia por individuo gira entorno a las 4 - 5 horas semanales. Como ya hemos visto, esta media se mantiene muy constante diferenciándola tanto por Hábitat como por CC.AA. En donde sí se aprecia alguna diferencia, es por el tipo de financiación de este servicio, de este modo
 - o En aquellos casos en los que se financia totalmente este servicios por parte de las instituciones la media es prácticamente 2 horas menos semanales que en el caso del Copago, donde casi se alcanzan las 7 horas de asistencia semanales por persona.
- Tienen un mayor peso los criterios técnicos a la hora de adjudicar el SAD. Estos criterios técnicos estarían compuestos mayoritariamente por una serie de indicadores que pretenderían medir situaciones de:
 - o Mayor / Menor dependencia

- o Situación social de la persona
 - o Situación familiar
- Por su parte los criterios económicos si bien pueden ser tenidos en cuenta también en la fase de adjudicación del SAD, parecen tener mayor presencia a la hora de decidir el tipo de financiación de este servicio por parte del usuarios y de la administración.
- El sistema de financiación del SAD más utilizado sería el de establecer un baremo en base al cual, decidir la aportación de cada individuo en relación a sus propios ingresos / patrimonio. Cuanto mayor es el tamaño de ayuntamiento, menos se da la financiación total por parte de la institución, siendo en los ayuntamientos de más de 5.000 habitantes y hasta 100.000, donde el sistema de financiación total es más fuerte, llegando en algunos casos a su aplicación en la mitad de las corporaciones.
- En todos los casos, es la empresa privada (subcontratada por el ayuntamiento / mancomunidad) y el ayuntamiento por medio de la contratación de auxiliares, los que de un modo mayoritario ponen en práctica este servicio.
 - o Son los ayuntamientos de mayor tamaño los que tienden de un modo más claro a subcontratar empresas que realicen este servicio y los ayuntamientos más pequeños

los que lo proporcionan directamente por medio de auxiliares que contratan.

- Los criterios más usados para la elección de la empresa / entidad (en aquellos casos en que son las que aplican el SAD), dependen también del tamaño del ayuntamiento, siendo en las entidades más pequeñas principalmente por medio de un concurso público y en los de tamaño mediano y grande, más por motivos de antigüedad, experiencia y propuestas de mejoras del servicio.

- En 9 de cada 10 ayuntamientos en los que se subcontrata una empresa para que lleve a cabo el SAD, hay coordinación entre el ayuntamiento y ésta. En el 90% de los casos en los que hay coordinación, ésta se valora como buena o muy buena.

- El SAD dentro del espectro de servicios sociales es el que recibiría una mejor valoración en relación a su grado de importancia. Éste comparte presencia con otros servicios en la mayoría de los ayuntamientos a los que nos hemos dirigido
 - o En aquellos ayuntamientos más pequeños, el servicio más presente después del SAD, sería el de Tele-asistencia y los Centros de día.
 - o En los ayuntamientos de mayor tamaño aparecen una serie de servicios más específicos (Servicio de comidas, Terapia ocupacional...), más novedosos

- En cuanto a la financiación, pese a la gran diversidad de modelos, parece darse una tendencia a que:
 - o En aquellos ayuntamientos más pequeños, las aportaciones se reciben de menos frentes (aunque de más de una generalmente) y se concentran más en aportes de las CC.AA y Diputaciones provinciales.
 - o En los ayuntamientos de mayor tamaño, estas fuentes de financiación son más y toma más fuerza la financiación directa por medio del presupuesto de ayuntamiento o la mancomunidad.

- Se produce una gran reticencia a responder el porcentaje de los presupuestos del ayuntamiento o mancomunidad que se deriva a Servicios Sociales y dentro de éstos al SAD, de todos modos, en ambos casos, de aquellos ayuntamientos que responden, el peso presupuestario derivado no está por encima de un 25%:
 - o Tanto de los presupuestos generales para los Servicio Sociales
 - o Como del presupuesto de Servicios Sociales para el SAD

- El perfil de la auxiliar que trabaja en el SAD, sería:
 - o Mujer, en todos los casos; Adulta y española; Con nivel de formación relativamente bajo y con cierta experiencia

en el cuidado de personas con problemas de dependencia

- o Pese a que este es el perfil mayoritario, vemos como sobre todo en aquellos ayuntamientos más grandes, empieza a tomar peso el colectivo de mujeres inmigrantes dentro los auxiliares y se va reduciendo el peso de las españolas de edades medias.
- o Además de ello, más de la mitad de los ayuntamientos confiesan que las auxiliares dispensan medicación a los asistidos en alguna ocasión.

- En general la relación entre el SAD y los centros de salud, se valora como existente y positiva, pero tampoco se denota a tenor de los datos, una gran implicación de ambas instancias.
- La valoración media del SAD, tanto desde la perspectiva de la calidad de la asistencia para el asistido, como del organismo en si, obtiene unas puntuaciones muy similares en todos los ayuntamientos, independientemente del tamaño. Se valora con un 7, una nota que abre un camino a la autocrítica, ante una posibilidad de mejora, pero también a la satisfacción con el servicio.

VIII.- LA DEMANDA DE SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

En los capítulos anteriores, en la convergente variedad de perspectivas que hemos intentado realizar para acercarnos al tema de la SITUACIÓN ACTUAL DEL SAD, nos hemos centrado en lo que podríamos caracterizar como una mirada sobre la realidad de este servicio desde el acercamiento a las diferentes CC AA y algunas corporaciones locales, es decir un acercamiento desde la perspectiva institucional aunque en ella también intentamos situar el papel de las empresas, los demandantes, los y las trabajadores sociales, el cuerpo de auxiliares, etc. A partir del presente capítulo, proponemos acercarnos al mismo tema de investigación pero desde puntos de vista más transversales que puedan dar cuenta de la complejidad temática desde lo intrínseco de cada una de las realidades experienciales en juego, es decir desde la demanda y desde la oferta del servicio pero a partir de los mismos agentes involucrados en la concreción de esta propuesta. Se trata de un acercamiento estructural, que surge a partir del material recogido de manera intensiva - en ningún caso es un material extenso ni plausible de alcanzar representaciones estadísticas - ya que es fruto de la relación interactiva con diversos interlocutores de esta misma investigación. La intención fundamental es lograr una mirada sobre los aspectos nodales que procura recoger la variedad de circunstancias y situaciones en juego de un área de servicios como es el SAD en la que la casuística y la variedad siempre desbordante de la realidad es lo que imprime un carácter particular a este tema de investigación. Comenzamos

intentando proponer una tipología en el complejo y siempre abierto abanico de las realidades desde las cuales se demanda este servicio y que, en un esfuerzo de síntesis interpretativa, hemos englobado bajo un número limitado de situaciones que de manera verosímil han ido apareciendo en nuestro proceso de investigación. La brevedad del número de tipologías propuestas, da cuenta suficiente del esfuerzo por intentar situar aquellas formas más recurrentes de articulación de demanda de SAD, pero también, por su necesaria concreción - se trata de cuatro tipologías diferentes - da cuenta, implícitamente, de un hecho incuestionable que es necesario señalar: la realidad es mucho más abierta y presenta una amplia cantidad de desviaciones y diferencias con respecto a estas mismas bases esquemáticas. Dicho en otros términos, lo que proponemos es un mapa de tipologías y como conviene advertir siempre, no hay que confundir el mapa con el territorio porque éste último es inexorablemente más completo, complejo y diverso que las síntesis en las que pretendemos situar y contener la realidad.

En efecto, a continuación desarrollamos el perfil de cuatro grandes tipologías sobre las que habrá que señalar algunas consideraciones generales que enmarquen la potencialidad de las mismas. En primer lugar que no se trata de tipologías excluyentes entre sí, sino que por el contrario son antes bien, fases posibles de intensidad de necesidades que van concatenándose consecutivamente a medida que la conflictividad y el deterioro de la vida misma, van poniendo en evidencia una mayor y más compleja carga de exigencias, es decir de estados reales de

necesidad. En segundo lugar, que hemos intentado posicionar cada tipo de circunstancia de demanda con aquellas áreas de servicio que de manera más idónea podrían, deberían de hecho, cubrir las actuaciones, toda vez que, en muchos casos - sobre todo cuando la situación de demanda de servicio involucra de manera más clara, la atención de áreas que exceden a los servicios sociales - articule una relación más eficaz en el trabajo interáreas cediendo protagonismo a otras funciones o, incluso, a otras entidades. En tercer lugar - y probablemente lo más importante - que el ideario del SAD tenga como telón de fondo la existencia de diferentes escenarios posibles como realidad irreductible que va a signar el conjunto de sus actuaciones.

VIII.1.- La demanda de SAD: El gobierno de la casuística

Si alguna característica, o mejor aún, algunos conceptos van a articular el perfil del SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO es el hecho contrastado, ya señalado varias veces, pero sobre todo expuesto de forma contundente en los capítulos anteriores, según el cual, la demanda hacia este tipo de servicio se caracteriza por ser DIVERSA, COMPLEJA y CAMBIANTE. En efecto, ni la amplia diversidad de situaciones existentes, pero tampoco la naturaleza y emergencia de cada una de ellas podrá ser bien comprendida si no se parte de este principio ineludible: son diversas porque muchos son los factores que las precipitan y éstos factores tienen importancias disímiles en cada caso. Son complejas porque las necesidades que están en juego no ocultan otras necesidades a las que suele ser muy difícil, cuando no imposible, responder y

satisfacer. Son cambiantes ya que el tiempo - a diferencias de otro tipo de servicios - tiende a empeorar cada una de las situaciones y circunstancias y, muy pocas veces, es factible apostar por la mejoría de la situación en sus aspectos más estructurales. Si nos precipitamos a dar una imagen gráfica de lo que sucede en la amplia, diversa y compleja demanda hacia el SAD, deberemos comenzar asegurando que no existe la fotografía que fije la realidad más allá del instante en la que ésta se realiza. Al momento, es seguro que algo habrá cambiado, que muchas de las circunstancias ya se resuelven desde una condensación diferente y que es muy poco factible que esta nueva condensación de factores actúen en pro de la mejora o de la resolución de los conflictos. De forma inexorable la casuística trabaja para dar cuenta de la amplia e ingente cantidad de factores que están presentes en la organización de la demanda de SAD.

Tanto desde el sentido individualista de la cultura española, o por el contrario, desde aquellos restos de culturas comunitarias que todavía persisten, unos y otros exhiben una fuerte distancia frente a las instituciones y servicios de carácter social. Por ello cuando se acude a "lo público" en tanto realidad existente de servicios sociales se hace porque las emergencias ya han llegado a puntos extremos, es decir a situaciones en las que el punto de retorno suele ser imposible. Por ello es necesario comprender que el contrapunto negativo, la parte de sombras que caracteriza la relación de la sociedad española con los servicios sociales, o mejor aún, de los servicios sociales con la realidad española,

es que cuando ambos se vinculan es porque la mayoría de los resortes intermedios han sido agotados o agostados. Esta misma realidad no es transferible, por ejemplo, a la sanidad pública en la que sucede lo contrario: se acude a ella, muchas veces, aún cuando no existen indicios claros de que medie necesidad alguna. Por ello la casuística de la hiperfactorización de razones o motivos que llevan a la demanda de SAD resulta difícilmente reductible.

La demanda al SAD, sin embargo y así lo demuestran diversidad de casos de trayectorias estudiados, se realiza, la mayoría de las veces, desde la experiencia, o mejor aún, la vivencia de un malestar estructural que tienen como característica aglutinante que en él se han agotado casi todos los otros medios o mecanismos antes de efectivizar la demanda. Quizás mejor aún, la recurrencia a los servicios sociales públicos es vivida por muchos ciudadanos como una recurrencia última, antes de agotar las vías directas familiares, vecinales, o cualquier otra forma de red.

Sin ninguna duda, la particular experiencia de relación con los servicios sociales en España, a diferencia de lo que sucede en otros países de la Unión Europea, no es percibida como un derecho de la ciudadanía, al igual que las pensiones, la sanidad, la educación..., sino como una recurrencia a la "beneficencia pública", según señalan literalmente algunos interlocutores:

- Por mi, no hubiera querido que vengan los del Ayuntamiento, a mi la beneficencia pública me da mucho apuro porque los vecinos qué dicen? Que no tienes quien te cuide, no tienes hijos que has traído al

mundo, para qué? Y eso mismo me pregunto yo... y la muchacha que viene es muy buena, pero nunca pensé que tendría que recurrir a algo así para que me cuidaran en la vejez... ahora lo llevo mejor, pero no me lo esperaba, llegar a esto... no me lo esperaba...

-.... si tuviéramos medios no iríamos a los servicios del municipio, le pagaríamos a una moza que venga y nos cuide como a dos señores, pero los pobres somos pobres y tenemos que estar pidiendo favores a lo público y hay que ser agradecido y esta moza que viene bastante nos ayuda la pobre que en hora y media que está y que no llega, casi lo intenta hacer todo... y uno que va a pedir? No puede pedir nada porque todo es de favor de la beneficencia....

La amplia diversidad de circunstancias en las que se encarna cada una de las demandas, responde a una diversidad inclasificable de coordenadas, salvo cuando rastreando detrás de ellas se encuentran elementos congruentes de gran coherencia social. En efecto, es constante detrás de cada una de las demandas de SAD que se materializan ante las diferentes corporaciones locales en las que hemos realizado esta investigación, que más allá de situaciones de incapacidad física, imposibilidad de realizar el aseo del espacio, poder, incluso, materializar formas elementales de autocuidado del propio cuerpo o la alimentación básica, lo que atraviesa de manera hegemónica cada una de estas vivencias, es un profundo estado de soledad, carencia, incapacidad,

abandono..., en definitiva, formas de vejez en su más definitiva ausencia de sentidos y compañías.

- yo lo llevo muy contenta y muy agradecida, pero por más que Susana venga todo el día, la pena de mi soledad no me la puede quitar, ni ella que es muy riquiña, ni nadie que no sean los míos y lo cierto es que los míos no están y eso no lo remedia nadie... que pasó, porque no están, pues no sé... antes no era así, bueno, pues esto es lo que hay y hay que irse agradecido no cree?

- Lo peor que tenemos es que estamos solos, porque claro una hora no te quita la soledad, tampoco puede hacer nada nadie, pero nos sentimos muy flojos y esa flojera, sabe Ud. no es porque el cuerpo, es porque uno sabe que está solo y que eso no se remedia, a su edad sí, cuando se es joven sí, ahora ya no....

- a mi de gustar lo que me gustaría es que me regalaran vida, que pudiera estar con las piernas fuertes y valerme por mi misma, eso querría... e irme a bailar, yo he sido bailona y mucho... pero eso que quiero, eso no me lo devuelve nadie...

- si yo lo entiendo, los nietos y los hijos tienen que vivir su vida, ahora no es como antes, ahora se vive diferente a como nos enseñaron a nosotros y eso no tiene vuelta atrás... es así... pero claro, mi marido y yo nos sentimos muy abandonados, aunque nuestros hijos nos llaman y se ocupan, pero no es

lo mismo que si tuviéramos a ellos aquí en Madrid, eso sí que nos gustaría porque cuando llega un sábado, un domingo y se hace tan largo, allí ves la soledad, en esos días

MUJER MAYOR

Aspectos que de una y otra forma, van a señalar hasta qué punto los ámbitos emocionales, inevitablemente vinculados a los lazos relacionales, o mejor aún, a sus ausencias o adversidades son el trasfondo irreductible de todas las situaciones de carencialidad en la que se encuentran las personas mayores, segmento central y hegemónico del estudio sobre la situación actual del SAD. En los ámbitos de la profundidad emocional y relacional de las personas mayores se haya uno de los aspectos más centrales de sus demandas y si pensamos que se alivian con logísticas de cotidianidad de cuidado personal o de cuidado de su espacio, parece muy difícil llegar a lograr alguna forma de satisfacción para esas mismas necesidades. Ninguna institución, ningún servicio por mejor planificado que esté, ninguna tarea de distracción que se promueva, será capaz de tapar la importancia de los aspectos emocionales y sus conflictos y carencias para estos segmentos de edad en los que todos los aspectos de la vida parecen debilitarse ante la importancia de lo afectivo.

...tendremos que acostumbrarnos a que no hay ya sorpresas y que lo que queda de la vida no son los cariños que has tenido, sino los recuerdos y por más que te vengan a limpiar la casa todos los días, lo que de

*verdad tienes, no son más que
recuerdos, ya nada te sorprende a
estas edades nuestras, nada... tal
vez la muerte*

VARON MAYOR

Sin embargo, sin desdecirnos de lo señalado y sabiendo que la amplitud de la casuística así como la hegemonía de lo emocional y de las carencias relacionales son los elementos más estructurantes de las situaciones de demanda detrás del SAD, lo cierto es que a partir de las otras necesidades a las que los servicios sociales pueden ayudar a mitigar, e incluso, a resolver, es posible desarrollar una tipología que de cuenta de las posibles diversidades reducidas en sus magnitudes a casos centrales y tipificables. Dicha tipologización es posible, sí - y solo sí - las consideramos esquemas reducidos de la compleja realidad que tienen como finalidad operar de manera didáctica hacia la comprensión de la diversidad.

VIII. 2.- Las cuatro grandes tipologías de demanda de SAD

Hemos caracterizado cuatro grandes tipologías que contienen, cada una de ellas, niveles de intensidad y planos expresivos de demanda diferentes, en una suerte de in crescendo que hace que, justamente la lógica de la diferencia entre una y otra, es la que permite articular el sentido de cada tipo o modelo de esquema propuesto. Las cuatro tipologías propuestas son las siguientes:

- POSICIÓN DEMANDA EMANCIPATORIA

- POSICIÓN DEMANDA REEDUCADORA
- POSICIÓN DEMANDA ASISTENCIAL
- POSICIÓN DEMANDA PALIATIVA

Cada una de ellas, como se observa fácilmente, son plausibles de ser comprendidas en tanto formas de demandas activas, aunque una de las cuestiones que creemos más centrales para el debate sobre las mismas es, justamente, el hecho de considerar si cada una de ellas se corresponde o no, a las posibilidades y potencialidades de los servicios que se ofertan desde el núcleo de competencias de los servicios sociales.

El recorrido por sus peculiaridades de caracterización, podrá iluminar el sentido de dicho planteamiento:

VIII.2.1.- La posición de demanda EMANCIPATORIA

Dentro de esta tipología hemos situado a todas aquellas realidades de demanda hacia el SAD en las que se encuentran mujeres y varones, mayoritariamente pertenecientes al colectivo de mayores, pero también casos de discapacidad en procesos de rehabilitación que deben (y pueden) recuperar niveles de autonomía personal y relacional tanto con los demás, como consigo mismos y con el espacio que habitan. Son circunstancias de pérdida de movilidad y autonomía que se desarrollan en la franja que va desde lo momentáneo a lo transitorio, pero que en

ningún caso, tienen por qué derivar en una desautonomización crónica.

- Yo... no recuerdo cuando comenzaron a venir estas mujeres, porque ya son como tres o cuatro años, y fue porque me caí, yo estaba muy bien, pero claro me caí y al caerme rompí la cadera y entonces tuve casi un año de recuperarme y mis hijos no podían estar aquí en la semana, y yo no podía ir a sus casas porque viven más o menos cerca pero resulta que trabajan todas, las hijas también, y como las mujeres estas siguieron viviendo ya nos acostumbramos yo a ellas y ellas a mi, y entonces la verdad es que muy bien, pero claro desde que están ellas hay muchas cosas que yo hacía antes y que ya no hago

MUJER DEPENDIENTE

La demanda comienza a partir de un acontecimiento en el cual alguien pierde movilidad y/o el estado de autonomía que tenía hasta ese momento, pero que puede, y quiere, recuperarlo. Suelen ser situaciones en las que está presente el grupo familiar - con sus incapacidades e imposibilidades - pero que en ningún caso se manifiesta como una red ausente o que haga dejación de responsabilidades. Por el contrario, la familia actúa como eje responsable y activo de la persona demandante y como factor de la demanda ofreciendo su mediación y su ingerencia directa emocional dentro del tema:

- Mi madre cuando se cayó estaba perfectamente, es una de esas mujeres que salen de la depresión

saliendo a merendar con las amigas, yendo a veces al Bingo que habrás visto que está en la calle principal y bueno, ella estaba fenomenal... pero al romperse la cadera pues nada hubo que hacer una piña con mis hermanas pero sabiendo que no podemos llevarnos a nuestras casas a la madre porque para que esté sola allí, mejor en su casa pero que necesitaba alguien que ayudara en su nueva realidad aunque después de la rehabilitación quedó muy bien y nosotros nos turnamos, somos tres hijos, para llevarla un fin de semana cada uno, para hablar con las mujeres que van viniendo porque cada vez las cambian y bueno, tratamos de estar lo más presentes que podemos, mi mujer igual...

FAMILIAR MUJER DEPENDIENTE

La expectativa que se transfiere al SAD está por tanto equilibrada dentro de una lógica a la que el mismo servicio es capaz de hacer frente y de dar respuesta. Además la propia vitalidad del sujeto en cuestión como la asunción de responsabilidades por parte de la familia, actúa en beneficio de otras formas de cobertura de asistencia como pueden ser la presencia de redes de compañía - ya se trate de voluntarios, amistades, vecinos, etc.- como también la vinculación con TELEASISTENCIA como forma de reaseguro ante cualquier eventualidad.

- Hemos hecho todo lo que podíamos, tiene el collarín ese te de la asistencia de teléfono que eso es muy bueno porque sabes que cualquier cosa que suceda puede estar asistida

de urgente, de manera inmediata... después lo que procuramos es que las tardes que son muy solas porque no vienen amigas a verla o a estar con ellas, pues hemos contactado con unos chavales de la parroquia que lo que hacen es acompañar viejos y eso va muy bien, porque vienen un rato y quieras que no, lo que para uno no es nada, para ella puede ser mucho... a veces se queja, porque uno de los chavalotes fuma mucho y no le gusta, pero bueno, mira, tiene algo de que quejarse... ya te digo, hacemos cuanto podemos, hacer hacemos...pero claro también es que va a mayor...

PERO ME DECÍAS QUE ESTÁ MUY BIEN QUE SE HA RECUPERADO VERDAD?

- está mejor que antes del accidente, pero que no lo sepan los del SAD, que igual nos quitan el servicio....

FAMILIAR DE MUJER DEPENDIENTE

- Yo ahora divinamente porque no hay un día que esté sola y eso es lo que más nos pesa, eso hasta que no llegas no sabes. Oye ya verás lo que es la soledad yo no lo sabía, pero mira lo que digo: yo creo que me caí porque estaba sola, pero ahora que tanta gente, que lo chicos que las mujeres de la Diputación, que mis hijos, los nietos, ahora voy muy bien...

MUJER DEPENDIENTE

La POSICIÓN EMANCIPADORA representa, sin ninguna duda, la posición menos grave de las cuatro que proponemos para

una mirada esquemática y sintética de los diferentes modelos de demanda ante el SAD. Justamente por ser tal, por ser la menos grave, es la que pide mayor apertura a programas de desarrollo de autonomía personal que permitan recuperar para la persona que demanda el servicio, formas perdidas de autogobierno y movilidad. Seguramente será necesario partir del hecho de que se ha producido un punto de inflexión y que no será posible retornar al mismo punto de partida previo a aquello que precipitó la nueva situación dependiente. Pero nada indica que la persona en cuestión pese a ser un sujeto en situación de dependencia estructural, lo tenga que ser de manera definitiva. En estas circunstancias cabe una importante apertura de propuestas y formas de organización del apoyo, pero también cabe una política de recuperación de formas de autonomía a través de cambios de gran calado como pueden ser los cambios en el equipamiento a través de la desaparición de barreras de movilidad, cambios en las formas y los tipos de relación (sujetos que se hacen cargo de otros y que tienen que desresponsabilizarse de los mismos), cambios en los estilos de vida (por ejemplo personas muy austeras que hay que ayudarles a disfrutar más de sus bienes sean éstos cualesquiera que fueran); y un amplio etcétera que deberá ser percibido por aquellos que representan no sólo al SAD sino, a los mismos servicios sociales.

Se trata de tener presente que en este perfil de demanda, la característica principal es que se puede apuntalar un nuevo recorrido por formas emancipatorias de vida porque aún hay vitalidad y deseos de hacerlo. Y en segundo lugar, porque a diferencia de otras tipologías, en esta

de perfil emancipatorio están presentes diferentes interlocutores (familiares, amistades, vecinos, etc.) que permiten articular el sentido real de la idea de RED en tanto soporte múltiple que ayuda a la contención y el acompañamiento de los sujetos. Por ellos los resortes de la interlocución son múltiples y actúan en beneficio de la totalidad y no sólo de aquél sujeto que está atravesando por una pérdida transitoria de su independencia o de su autonomía:

. Pesar, no nos pesa a ninguno porque ella lo lleva bien porque ve que entre todos podemos hacer cada uno una cosa y entonces, ella que siempre es muy orgullosa lo lleva muy bien, y la verdad es que entre todos es muy ligero, no hay que ser una víctima ni sentir que porque tienes que hacerte cargo de tu madre tal día o tal semana de vacaciones es que te pesa, para nada, a ella le va muy bien también porque las amigas han tomado un papel muy activo y quieras que no, pues mira, son sus iguales y eso facilita mucho las cosas

*FAMILIAR DE PERSONA MAYOR
DEPENDIENTE*

De esta forma, los beneficios de un implícito protocolo que vincula a diferentes sujetos para la recuperación de la autonomía (desde la autoestima hasta la movilidad) de una persona acaban promoviendo beneficios múltiples en la totalidad de los sujetos implicados porque esta tarea de recuperación también es gratificante para quienes participan en ella. Pero al mismo tiempo, el sujeto en cuestión referente de la demanda se esfuerza y logra

importantes planos de motivación porque se reconoce en las expectativas que están presentes en los esfuerzos y dedicaciones de los demás.

- Yo lo he dicho muchas veces a las muchachas que vienen yo las quiero mucho, pero de verdad no sé porque vienen porque yo estoy muy bien, han hecho tanto todos, los hijos los primeros, pero también las amigas, los vecinos, todos, que qué quieres? Cuando se esfuerzan para que estés mejor tienes que curarte que caray...

MUJER MAYOR EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

Por ello la viabilidad y necesidad de una estrategia a largo plazo del SAD, o más aún, la percepción de que se trata de una persona en situación de demanda a por vida, es un error interpretativo que emana de los propios servicios sociales por no reconocer la potencialidad de sus acciones terapéuticas (en muchos casos pendientes de desarrollar) y la posibilidad de la recuperación de la emancipación por parte de la persona mayor que aún siendo tal, es potencialmente viable para volver a valerse de sus propios medios.

VIII.2.2.- La posición de demanda REEDUCADORA

En esta posición situamos aquellos casos en los que la persona demandante del servicio de SAD requiere de una política de ayuda de mayor intensidad en el tiempo - más largo plazo - pero también de un tipo de cuidados más intensivos que sobrepasan la labor de los servicios

sociales. Se trata de casos en los que no sólo se produce una pérdida de autonomía provocada por una falencia parcial sino que ha sido víctima de algún proceso o acontecimiento que limita de manera estructural sus facultades de autonomía, tanto las físicas como las psicológicas, cognitivas y emocionales. Suele coincidir con aquellos casos de ausencia de relaciones de apoyo, ausencia que no es sólo un factor más a tener en cuenta, sino uno de los verdaderos motivos que van a dificultar la recuperación de la persona porque no hay alicientes emocionales que los estimulen:

- Es que para tener ganas de salir adelante, oiga, hay que tener motivos y cuando se queda viejo y solo como yo, los motivos desaparecen...

PERO COMO FUEQUE UD. LLEGO A ESTA SITUACIÓN?

Porque lo que pasa a todo el mundo cuando llega a viejo es que se te vienen todos los males juntos porque no tienes salud pero tampoco tiene motivos para querer curarte, eso es lo que nos pasa a todos ... a mi vecino de arriba que ya murió le pasó igual, le pasó que se murió de aburrimiento, bueno, además tenía una enfermedad de esas malas que le fue ganando, pero el no tenía ganas y a mi me pasa igual, es así...

VARON MAYOR DEPENDIENTE

La ausencia de relaciones familiares es uno de los factores que más claramente entorpecen un proceso de recuperación cuando se produce pérdida de facultades (de manera estable o temporal) durante la edad avanzada, o en

un caso de discapacidad sobrevenida en la edad adulta. Puede darse el caso de que existan mecanismos de reemplazo parcial ante la ausencia de familia, como son las redes vecinales o estructuras de amistad aunque éstas cumplan más una función logística que un verdadero reemplazo de lo inexistente.

- No creo que me recupere nunca... porque lo mío es degenerativo y por más que los amigos, mi vecina y todos se empeñen no hay manera de cambiarlo pero lo voy toreando

TIENE UD. BUEN ASPECTO

- A mi me ayudan mucho los amigos que han sido compañeros de fatigas en muchos momentos y eso quieras que no, no es como si tuviera hijos, claro, o una esposa, pero uno en la vida toma otros caminos y tiene que saber que tener una cosa tan preciada como la libertad hace que no puedas tener todo cuando llegan los momentos más duros... pero no se puede despreciar lo que te da la vida, aunque muchas veces cuando te ves así postrado para siempre te dan ganas de apagar la luz y esperar que pase todo

VARON ADULTO DISCAPACITADO

La importancia de las llamadas redes relacionales - que excluyen por dominancia estructural a la institución familiar - ocupan un lugar de gran importancia terapéutica, aún cuando lo hagan de forma implícita y no sea su intención realizar dicha tarea. Su importancia adquiere toda la dimensión de su potencialidad en los casos de demanda REEDUCADORA, en casos en los que la posibilidad de alcanzar una emancipación real - o

recuperarla - es muy difícil cuando no imposible, pero que sí cabe la posibilidad de lograr equilibrios de parcial autonomía a través de fuertes procesos de disciplina para los que son necesarios la fuerza de la motivación relacional.

En estos casos, la persona dependiente ha de restaurar alguno/s de los planos de su autonomía para lo que será de gran importancia el convencimiento de querer hacerlo como condición necesaria para poder lograrlo y, en dicha tarea estratégica la posibilidad de alcanzar el sentido del esfuerzo para el autocuidado, para la relación con el espacio inmediato o para la relación con el mundo en su dimensión metafórica requerirá de algún otro (de algunos otros) capaces de articular los elementos más profundos del sentido de la vida. Pero no se trata tan sólo de dimensiones psicológicas, emocionales o terapéuticas en el sentido estricto de la palabra, aún cuando éstas sean realmente importantes. La reeducación de funciones, actividades, actitudes, etc. pide una atención más completa y, sobre todo, más compleja que en el caso del prototipo de demanda emancipatoria. En efecto, aquí no se trata de reconquistar o conquistar formas de autonomía, sino más modestamente, de alcanzar alguna forma de reconocimiento propio de identidad en tanto sujeto capaz de estar en el mundo:

Mire Ud. cuando yo tuve el accidente pues no podía mover ni un músculo de la cara, dependía de todos para todo, pero además con el agravante de no tener familia, bueno pues unos primos que están en Zamora pero como si no. Y entonces yo me decía,

primero no vas a poder pero además para qué quieres poder si no hay nadie a tu alrededor... hasta que me dí cuenta que sí, que algunas personas sí que había, pero así y todo, con todo el esfuerzo lo que he logrado es estar en esta silla y mirar las motos cuando pasan los domingos en la mañana, porque aunque no se loquera, a pesar del daño que me hizo a mi la moto me gusta lo que más... aunque sólo sea para verla... ahora claro, poder abrir la persiana me ha llevado tres años de reeducación... no más que para verla

VARON CON DISCAPACIDAD SOBREVENIDA

Es evidente que en los casos graves de discapacidad sobrevenida, o de mayores en situación de alta dependencia, o de menores con enfermedades crónicas, la atención que pueden dispensar los servicios sociales es sólo un elemento más del alto y complejo nivel de demanda de estos sujetos. De allí la importancia de reconocer que se trata de un perfil de demandante que excede a los servicios sociales, cuya reeducación habrá de estar en manos de otros profesionales especializados, la más de las veces del área de la salud y/o la sanidad, pero en la que un servicio como el SAD puede aportar una importante cuota de estímulo a través de la vindicación de lo cotidiano y de la importancia de dicha dimensión en la vida de cualquier sujeto. La buena predisposición de la persona en situación de demanda será el punto de partida para una posibilidad de reeducación pero los servicios sociales que en ningún caso pueden asumir la responsabilidad reeducadora en su totalidad, serán un eje

importante de apertura a la normalización, aunque éste sea limitada.

VIII.2.3.- La posición de demanda ASISTENCIAL

Se trata ya de un perfil de alta densidad de demanda tanto por la intensidad de la misma, como por la extensión temporal de servicio que necesita tanto en el ciclo diario, semanal, anual, como en el conjunto de su vida. Se trata de aquellas circunstancias en las que lo que domina es la imposibilidad de alcanzar ninguna forma de autonomía ni siquiera para resolver las llamadas necesidades básicas de la persona. La necesidad de cuidados es constante a lo largo del día y de la noche, pero sobre todo, se trata de aquellos casos en los que no cabe , ni siquiera, la expectativa de una posibilidad reeducadora. Resulta muy frecuente entre personas de edad muy avanzada que además han pasado por experiencias de deterioro, o pérdida de facultades y que viven en hábitats muy adversos, signados por la soledad.

- Pues vera... aquí en la montaña no tienen mucho sentido estar como estoy yo.... pero no tengo donde ir... llevo así más de cinco años y gracias a esa vecina que viene tres veces a la semana, pero no tengo yo interés de vivir como vivo, Ud. lo cree, no se puede vivir así y estar tan solo además esta casa es muy pobre, aquí no hay baño ni hay nada y entonces todo se hace peor porque no hay ninguna mujer que quiera venir a quedarse y está claro, yo tampoco querría, pero uno es viejo, es pobre y está solo, entonces, para qué vivir así...

VARON MAYOR DEPENDIENTE VIVIENDO EN
ZONA AISLADA

- a veces es que da miedo porque pasan horas y horas que no se oye nadie, ni nada y a veces me parece que se oye el mar pero Pollensa está a 43 kms. Y me doy cuenta que se me va la cabeza que oigo cosas

PERO ESO TAL VEZ ES PORQUE ESTA MUY SOLA

- más que sola, soy un perro que no tiene dueño y eso es muy triste, hija, muy sola sí y enferma y sin posibilidad de curarme y pobre... entonces, es de aquello que no sabes por qué Dios no te lleva, se lleva a tanta gente que es joven y que tiene cosas que hacer, yo no tengo nada que hacer y mejor, porque no puedo hacerlo....

MUJER MAYOR DISCAPACITADA FÍSICA

Es evidente que en esta posición que hemos caracterizado bajo el término ASISTENCIAL existen muy pocas posibilidades de mejora y todo el complejo fenómeno demandante tiende al deterioro en todos los sentidos. Esta última expresión no es una frase coloquial sino una realidad claramente expresiva, constatada y contrastada: el deterioro no se produce tan sólo en la salud de la persona usuaria del servicio sino en el conjunto de sus realidades relaciones, en su entorno, el espacio que habita, etc. porque lo que se deteriora y difícilmente tenga alivio asistencial es la calidad de vida de quien

se encuentra en esta posición. Las bajas posibilidades de mejora, y por el contrario, la tendencia muy evidente hacia el deterioro, lleva a una evidente insatisfacción no sólo de quien es usuario directo del servicio, sino al conjunto de todos los interlocutores, desde la red más cercana y propia del entorno, incluida la familia, pero también las auxiliares que realizan los trabajos, las trabajadoras sociales y coordinadores que controlan y supervisan el desarrollo del servicio.

- Pero si ves que es tiempo perdido que todo lo que se haga no alcanza, que esta persona necesita una persona o dos todo el tiempo porque si no no puedes hacer nada que le valga, es como venir a poner tiritas a un quemado, eso que es... yo desde luego, tengo claro que en estos casos es tiempo perdido, no por la persona, pobre, pero es tiempo perdido habría que hacer otras cosas, tener otros medios

COORDINADORA EMPRESA SAD

- Lo que pasa es que te das cuenta que es imposible tener un servicio a la altura de las diferentes necesidades que tiene la gente, que además cada día tienes más gente y que nos e da abasto, esto es así y además quieren que se atienda cada vez a más gente y gente grande? Pero cómo? Si con lo que tenemos ya estamos superados,... tu has visto a la señora de ... tu te crees que es una situación para que la atendamos nosotros? Pero si necesita una unidad sanitaria las veinticuatro horas...

RESP. SERVICIOS SOCIALES

- ... Pero no me dan más que esto que has visto que es que vienen una hora todos los días y después que hace mi tía...¿quién la levanta? ¿quién la acuesta? Eso tengo que venir yo, recorrerme los veintitrés kilómetros y hacerlo porque si no, la pobre se queda en una silla y lo que me dicen es que no pueden venir más, que tienen otras cosas y otra gente y tal, pero a mi qué, tu te crees que esto es un servicio de ayuda, vamos por favor...

FAMILIAR DE MUJER MAYOR
DISCAPACITADA

Insatisfacción general por parte de los usuarios, también de lo familiares y del entorno, lo que provoca a que en dicho estado de insatisfacción no se promuevan ni desarrollen procesos de interlocución más operativos que permitan una mayor eficacia en el proceso de adecuación del servicio. Por el contrario, unos y otros interlocutores, tanto desde la parte de la demanda como de la oferta, tienden a inhibirse de proponer formas de acuerdo, lo que provoca que el SAD se burocratiza, es decir lograr el efecto contrario de lo que desde ambas partes se intenta evitar. Sin ninguna duda, en esta tipología están presentes casos de gran intensidad de demanda porque las carencias y los conflictos (unos y otras se alimentan de manera constante) son graves o se agraven en todos los órdenes. De allí que no se trata de una demanda puntual que tenga que ver con un tipo de servicio específico que se necesita, sino que la demanda es integral, abarca la totalidad, resulta ser compleja, múltiple y por sobre todas las cosas, tiende a agudizarse como horizonte estratégico de su desarrollo.

- Claro hace uno o dos años, las cosas no estaban tan mal, pero ahora la situación es que a esta mujer no sabes cuando le llega o no la sangre al cerebro, que el tío está postrado totalmente y que pesa muchísimo y que las mujeres no pueden con él, que no tenemos máquinas de ayuda porque se rompieron las dos que había en el Consejo, que el hijo que vivía con ellos está en el Plan de rehabilitación de drogas y que la hija que de alguna forma podía, la pobrina hacer algo, está en el hospital y no se sabe cuando sale... tu me dices que hacemos con una hora a la mañana y otra a las siete de la tarde... y ahora es verano, en invierno hay días que hasta allí no puedes llegar por la nieve...

COORDINADORA SOCIAL DE SAD

Como bien sintetiza la cita anterior, recogida de tan sólo uno de los muchos casos que están presentes a lo largo de nuestra investigación, resulta muy evidente y manifiesto que en esta posición ASISTENCIAL están los casos de requerimiento muy alto para el conjunto de los servicios, no sólo sociales sino de más tipo. El SAD parece enfrentarse a diario a circunstancias de gran complejidad, pero parece también necesario reconocer que muchas de estas demandas, superan las posibilidades del servicio. Es evidente que las posibilidades de mejora, de cambio, de transformación a mejor dentro de esta tipología, están limitadas o impedidas por la sumatoria de conflictos enmarañados que trabajan para deteriorar el conjunto de las necesidades...

- ... y además la casa es que se cae de vieja y de todo, si nunca se ha puesto una mano para ese tejado, pero de este invierno próximo no va a pasar y entonces que pasará con esta mujer y con este hombre, no tienen dinero, tienen pensión de incapacidad, no tienen familia, bueno, los hijos uno en drogas y otra en hospital y no más ... y entonces, cómo se sale de esto?

COORDINADORA SOCIAL DE SAD

Pero el principal problema de la conjunción de conflictos de diverso tipo que articulan una situación de demanda de gran complejidad es que los interlocutores, de la demanda y de la oferta, es decir los propios usuarios del servicio, sus familiares, pero también quienes están detrás de la oferta de SAD, se desmoronan en la impotencia y en la imposibilidad de encontrar formas de organizar algún sistema de eficacia en el laberinto de los problemas. Unos y otros son sujetos dominados por la confusión, el desánimo, la sensación de ineficacia generalizada... es decir por un sentido de fatalidad como único criterio común. Esta circunstancia que parece obvia e inevitable, que los interlocutores se desanimen y pierdan capacidad de interlocución entre sí y con el conflicto es uno de los aspectos sobre los que el SAD tendrá que reflexionar para la búsqueda de algunas políticas de transformación y sobre él volveremos en páginas siguientes.

VIII.2.4.- Posición demanda PALIATIVA

Se trata de la última de las tipologías y por lo tanto es la más grave de todas. Son aquellas circunstancias de demandas al SAD en las que no existe ninguna estructura de contención porque no hay familia, no hay redes relacionales cercanas de ningún tipo y la demanda exige la máxima dedicación y atención tanto en los ámbitos de cuidado personal como en lo referente al ámbito que se habita. Es evidente que nos estamos refiriendo a aquellos casos en los que es imposible esperar ninguna forma de mejora pero en donde la demanda es tan extrema que desborda a cualquier política de servicios sociales porque la demanda es para cuidados cuasi paliativos, cuando no, definitivos. Se trata de situaciones de gran deterioro social y económico, de las que es muy frecuente encontrar en situaciones de aislamiento y abandono en el marco cada vez más solitario de la España rural. Se trata de aquellos casos en los que ni siquiera ha sido posible entrevistar al usuario de SAD, servicio que llega por el esfuerzo de los mismos profesionales pero cuya inadecuación es manifiesta. Personas que no pueden ni siquiera comunicarse porque han perdido parte del habla a fuerza de estar aislados, que viven solos en zonas de montañas impenetrables y que tienen como servicio una visita de dos veces a la semana, siempre que los caminos sean transitables. Por supuesto que se hayan en situación de discapacidad y que suele coincidir con la ausencia de recursos económicos. Este tipo de perfil, también se manifiesta en entornos urbanos, aunque la urbanidad con todas sus carencias y déficit, siempre ayuda de forma más inmediata a sobrellevar estos casos.

Sin embargo las características de imposibilidad de recuperación resultan extremas, y extrema es la demanda para cualquier perfil de SAD, sea el que sea y con el presupuesto que fuere ya que se trata de un tipo de circunstancia que no puede responder un servicio estandarizado desde lo social, sino directamente desde otras áreas como salud, gerontología, etc. pero que excede las posibilidades y potencialidades de un servicio de ayuda a domicilio. Dicho en otros términos, la posición de demanda PAIATIVA, nunca puede ser correctamente satisfecha por el SAD por no coinciden tipo de servicio y necesidad.

- yo visito una a veces dos veces a la semana pero es que este hombre necesita que lo ingresen y que lo cuiden hasta que se muera, siempre que vengo pienso que me lo encuentro muerto porque no puede ni levantarse a hacer sus necesidades, Ud. sabe lo que es eso? Y está aquí solo, sin un alma, sin nada... le han dejado un móvil pero no sabe donde está, pero si no sabe hablar... parece que un perro que entró se lo llevó, pero tampoco lo sabe, tendría que estar ingresado o muerte, pobrecillo

VECINA DE VARON MAYOR DISCAPACITADO

Por la propia naturaleza de deterioro físico, psíquico y relacional se trata de casos que no hay manera de mantener en el domicilio y si allí se quedan, es tan sólo por la carencia de recursos de la persona y de las administraciones locales, provinciales, autonómicas, etc. para dar respuesta a este tipo de circunstancias.

De allí que una vez presentadas - de manera breve y concisa - cada una de las cuatro tipologías de demandas, podemos avanzar hacia un aspecto importante como es ver qué grado de adecuación existe entre este tipo de demandas y la organización de los servicios sociales. Porque una de las primeras manifestaciones y puestas en evidencia hacia la que lleva esta investigación es que, el SAD está absorbiendo como parte de su cometido, encargos que por su naturaleza compleja o por su especificidad central, exceden las posibilidades de cualquier SAD, es decir, cualquier servicio de ayuda a domicilio que intente ser más o menos eficaz.

La primera de las demandas, que hemos caracterizado bajo el nombre de POSICIÓN EMANCIPADORA sería, sin ninguna duda, el tipo de circunstancias que con más claridad se ajustara a un servicio de SAD que, por otra parte, debería tener como una de sus primeras consignas orientativas, la de ser un servicio de reeducación para volver a lograr cotas de emancipación y autonomía alcanzadas anteriormente o conquistadas por primera vez. Por su parte la posición que caracterizamos como posición REEDUCADORA, presenta importantes factores que encajan muy bien con la lógica teórica de unos servicios sociales, capaces de trabajar interáreas con servicios sanitarios que estuvieran - para este tipo de casos - sometidos al arbitrio y dirección de los servicios sociales. Por el contrario, en el caso de la posición que llamamos de tipo ASISTENCIAL, la relación interáreas con sanidad debería articularse bajo el gobierno y dirección de los servicios de salud, toda vez que en estas

realidades, las áreas sanitarias y toda la amplia gama de especialidades médicas ha de ser la que lleve las directrices y tome las decisiones, pero sin desatender la compleja amalgama de lo social y relacional que corresponde a los servicios sociales. Y finalmente, ante la que hemos llamado posición PALIATIVA, se trata de una realidad extrema en la que poco pueden hacer los servicios sociales y que deben actuar de manera hegemónica los diferentes tipos de posibilidades de servicios sanitarios, superando incluso, el llamado internamiento domiciliario toda vez que son necesarios servicios durante las veinticuatro horas y en el ciclo de todos los días. De allí que resulte ser uno de los aspectos que con más claridad se hacen evidentes en el estudio y que no es otro que la urgencia del desarrollo de trabajo interáreas, siempre que dichos desarrollos vengán avalados por la necesaria flexibilidad de reconocer liderazgos en función de las realidades de la demanda y no, en función de organizaciones rígidas de reparto de las estructuras de poder en las instituciones o en las empresas.

Por lo tanto, partiendo de esta sencilla tipología - que, recordemos, no intenta más que recoger las características más frecuentes de subagrupamientos de demanda de SAD, - resulta evidente para el conjunto de interlocutores contactados que en cada una de estas cuatro, domina un tipo de servicio diferente:

- En la posición EMANCIPATORIA , los servicios sociales se constituyen como el área idónea de atención y trabajo con los usuarios.

- En la posición REEDUCADORA, los servicios sociales deberán ser asistidos por las áreas de salud /sanidad que atienden a cometidos específicos.
- En la posición ASISTENCIAL los servicios de salud/sanidad han de ser protagonistas secundados por los servicios sociales
- Y en la posición PALIATIVA, los servicios sociales exhiben su ineficacia e impotencia porque la demanda desborda estructuralmente su propio perfil y por lo tanto no hay calidad ni cantidad (de recursos, tiempo, profesionales, etc.) que resulte eficaz. Ha de ser territorio de las competencias sanitarias.

Ahora bien, es probable que la descripción hasta aquí realizada logre formas de consenso ante este material, que no pretenden más que traer la realidad de manera más o menos sensata para poder pensar y planificar futuros servicios sociales. Pero lo que más llama la atención es que, ante este mismo cuadro de circunstancias de tipologías de demanda - aunque dichas tipologías no tengan nombre ni pertenezcan a ninguna forma de segmentación - en la práctica de desarrollo del SAD como epicentro de nuestro estudio sobre los servicios sociales, se actúa, exactamente al revés de la caracterización realizada.

En efecto, si partimos del hecho de que lo más lógico es que el SAD otorgue prioridad a aquellas demandas que con

más claridad va a poder satisfacer y lograr transformaciones importantes en el ámbito complejo de la realidad (demanda EMANCIPATORIA y en segundo lugar, demandas REEDUCADORAS), lo cierto es que en la actualidad y en las diversas CC AA en las que hemos trabajado de forma más intensiva, a las dos tipologías mencionadas se las sitúa (en algunos casos, condena) a las listas de espera, mientras que se da prioridad y carácter de urgencia a aquellas otras dos en las que los Servicios Sociales deberían tener un papel subordinado a sanidad, o incluso, quedar exento de servicio como es el caso de la demanda ASISTENCIAL y la demanda PALIATIVA

- Siempre sabemos que está mal como lo organizamos pero aquí la Diputación nos exige que demos prioridad a los casos más urgentes, porque para eso los ponen como urgentes, pero es que muchas veces son los casos en los que menos podemos hacer... y eso no lo quieren entender...

RESPONSABLE DE SAD AYUNTAMIENTO

- Lo que sucede es que nosotros tenemos que dar una respuesta a todos y a todos los servicios de este Ayuntamiento que funciona bien porque aquí en el norte me consta que es de los grandes que mejor funciona, pero no podemos hacer servicio de guardería infantil de quirófano y de cementerio al mismo tiempo, eso es lo que no podemos hacer. Y eso es lo que te piden...

Y CON LAS AREAS DE SALUD DEL AYUNTAMIENTO O DE LA DIPUTACIÓN

- Nos llevamos porque hay que llevarse y no va mal, oye.... pero ellos no mandan en servicios sociales, en servicios sociales mandamos nosotros, y eso no quieren entenderlo

REPRESENTANTE DE SS. AYUNTAMIENTO

- Lo que no está resuelto en toda Andalucía y en gran parte de España es que tienen que haber una buena relación entre las dependencias de salud y de servicios sociales y de servicios sociales y salud, no sé si me entiendes... y eso no está no lo ves y así va como va el servicios de desbordado y de todo

*RESPONSABLE SERVICIOS SOCIALES
DIPUTACIÓN*

Por lo que el conjunto de las inadecuaciones en el trabajo interáreas que prácticamente no existe y cuando se realiza, está encorsetado en una rigidez que nada tiene que ver con el perfil de la demanda, lleva no sólo a que las prioridades dadas al SAD sean incorrectas, sino - más grave aún - que este servicio tan central en la atención de la dependencia, exhiba un profundo conflicto de identidad ya que una incorrecta jerarquización ha de hacerse en función de las posibilidades (alcances y limitaciones) de la oferta a fin de lograr una mayor y mejor garantía de eficacia en sus actuaciones y en la valoración del sentido del hacer de todos los interlocutores.

VIII.3.- Principales perfiles de demandantes en cada una de las cuatro posiciones tipológicas propuestas

En la primera de las posiciones de demanda, la que hemos llamado posición EMANCIPATORIA, la demanda al SAD la realizan tanto el futuro usuario/a , como en otros casos algún representante de la familia, institución que en estos casos resulta muy evidentemente atravesada por importantes procesos de cambios. No nos referimos a la realidad de familias en estado de desestructuración, sino a nuevas formas de núcleos familiares, incluida la presencia de algunas parejas gays entre los que asumen la importancia de la oferta de servicios públicos, no desde la beneficencia sino desde el reconocimiento político de la condición de derechos de la ciudadanía.

En los casos en los que la demanda la realiza el usuario es mucho más evidente la búsqueda de alguna forma de protección para lograr mecanismos de emancipación que no le sujeten a ninguna persona de la familia, pero tampoco al espacio que habita. Y lo que más resulta manifiesto que se intenta la búsqueda de un servicio de SAD desde mecanismos preventivos que puedan adelantarse a situaciones futuras de mayor carga de dependencia

-... por mi encantada, yo tengo mi hijo que vive con su pareja que es otro chico que es como un hijo para mi y viven a dos calles, en Morales de Toledo... y entonces pensamos que era lo mejor antes de que todo vaya a mal, porque ya se sabe a los setenta y nueve hay que pensar con un poco de pesimismo, pero mira, mejor ahora que me funciona la

cabeza y eso, por eso llamamos al Ayuntamiento y a las tres semanas o un mes ya tenía aquí una seño que viene y me ayuda y tan ricamente ...

MUJER MAYOR CON SERVICIO SAD

- ... lo que a mi me da más miedo es que se me vaya la cabeza, la olla como dice mi nieto y entonces que no me pueda valer... por eso lo que me gusta de esta gente es que viene un ratito nada más y después tienes que esforzarte para hacerte las cosas tu mismo, ya me gustaría a mi que se quedaran aquí en esta casa, que mira pedazo de caserón que tengo yo para mi solo, porque los hijos algunos están en Estados Unidos, otros en África, todos por ahí sabes...

VARON MAYOR DISCAPACIDAD TRANSITORIA

En la posición REEDUCADORA, la demanda la realizan las propias personas discapacitadas (es un perfil muy frecuente dentro de este tipo de demanda) , los mayores en circunstancias post-traumáticas y también los tutores de menores de familias desestructuradas.¹³ Aquí se hace más evidente la potencialidad de diferentes tipos de dominancias dentro del trabajo interáreas: por ejemplo en cuanto a la atención de menores de familias con procesos de desestructuración parcial o total, de largo plazo o transitoria, los servicios sociales son casi autónomos y la demanda podría situarse muy bien dentro del concepto de demanda EMANCIPATORIA. Pero en las otras realidades,

¹³ Es evidente que aquí utilizamos el concepto desestructurado en su acepción técnica y no moral por lo que un menor de familia desestructurada puede serlo porque tiene a alguno de los progenitores en hospitalización de largo plazo.

las que corresponden a mayores discapacitados - aunque sólo sea temporalmente - o en realidades post-traumáticas, los servicios sociales tendrán que estar muy socorridos por las áreas de sanidad o salud a fin de cumplimentar debidamente las demandas que surgen

-... la mejor de todas las chicas fue la primera, es que con la primera era un momento muy particular porque yo estaba recién operada y tenía que hacerme limpieza de heridas, cambio de vendaje y como aquella niña era enfermera, pues funcionaba de maravilla... aunque la controlaba la chiquita ésta con la que tu has venido que es de servicios sociales, pero aquella era enfermera...

MUJER MAYOR CON SERVICIO DE SAD

- LO que no puede ser es que te tengas que estar en una silla de ruedas, yo dije además que era un hombre y grandote porque mi familia somos navarros y hemos sido todos muy grandes... y que te manden una niña que no tiene fuerza de nada y que además muy respondona ella, me decía que no tenía porque hacerme nada porque no era su trabajo... ud. se cree

VARON MAYOR CON SAD

Los mayores con discapacidad mental, los casos ya considerados crónicos dentro del amplio espectro de la salud mental y los casos de aislamiento y/o abandono, son los más frecuentes dentro de el perfil de demandantes en la posición ASISTENCIAL, a los que se suman

discapacidades múltiples cada vez con mayor frecuencia. Aquí vuelve a ser transparente la importancia del dominio de la interlocución de sanidad o salud no sólo para caracterizar el tipo específico de servicio que necesita la persona demandante, sino para poder lograr un eficaz trabajo terapéutico, pero también es evidente que el mismo resultará mucho más fructífero si están presentes los servicios sociales que podrán articular otros factores extramedicinales de manera más armoniosa.

- si por ejemplo en lugar de tener a las personas viviendo en sus casas durante toda la semana, pudieran estar aquí de lunes a viernes, por ejemplo, dentro del complejo de salud, estoy seguro que avanzarían con mucho más rapidez y luego no sé, los fines de semana que se haga cargo de ellos, el SAD, por ejemplo, en sus casas o en los centros, eso llevaría mucho mejor la salud y los servicios

REPRESENTANTE SAD AYUNTAMIENTO

- a mi me da igual que vengan dos o vengan tres chicas, pero aquí la que no sabe dar inyecciones, es igual que venga que no, porque yo para limpiar la cocina lo pago a la chica que viene aquí al lado y ya está, yo lo que necesito es que me den masajes que me estiren las piernas y que me ayuden a mi, y la pequeña de eso no sabe, tienen que venir chicas que sepan cosas de enfermería. La morena esa que es muy morena, esa no sabe y lo único que quiere hacer es limpiar porque no sabe, de cosas de enfermera no sabe...

MUJER MAYOR CON SERVICIO SAD

Finalmente en la llamada posición PALIATIVA, las demandas tiene que ver con mayores desahuciados tanto desde el punto de vista sanitario como social, con casos de dependencia crónica que están en muy alto nivel de desarrollo e incluso, casos que pertenecen a la enajenación mental que además están muy signados por ausencia de grupos familiares en la mayoría de los casos, circunstancia que lleva aún más a poner de manifiesto la importancia del área de sanidad para poder hacer frente a esta demanda, aunque los servicios sociales ayuden en otras tareas.

- Este señor no le sirve que vengan aquí, se lo tienen que llevar a una residencia y listo porque este hombre no puede hacer nada y no puede estar solo, entonces cuando vinieron los de servicios sociales, una chica muy simpática yo le dije: aquí no van a poder hacer nada, se lo tienen que llevar a residencia porque no hay hijos ni nada, bueno hay pero nos se hablan hace años, esto lo sé yo de cuando vivía su señora... pero como a una no le hacen caso, después pasa esto que te encuentras al pobre en la escalera que no sabes si va o si viene

VECINA DE PERSONA MAYOR
DISCAPACITADA

VIII. 4.- A modo de balance de la demanda de servicios sociales

Llegados a este punto, parece necesario realizar un balance de tono crítico sobre la demanda que la sociedad española realiza a los servicios sociales, es decir acerca de la imagen y valoración que tiene sobre este tipo de servicios. Podría surgir la tentación de pensar que las demandas son las que son y que no pueden cambiarse y que, además no son responsabilidad de las administraciones. Sin embargo si reflexionamos, puede que sea algo diferente a lo que sugiere esta primera inclinación. En primer lugar es evidente que existe una profunda confusión sobre los servicios sociales en general y sobre el SAD en particular que seguramente ha de atribuirse, - además de a problemas de comunicación de las mismas instituciones con la sociedad - al hecho de que en España, en cualquiera de sus autonomías este peculiar perfil de servicios está profundamente desdibujado. Desdibujamiento que, sin paliativos, está directamente relacionado con la tradición de los servicios sociales que están muy vinculados a la imagen de beneficencia, sobre todo porque desde siempre, a quienes van destinados estos servicios es a los más carenciados. Situaciones muy diferentes se ven en otros países, - y el primer capítulo de este trabajo da cuenta suficiente de la importancia del área social en los países nórdicos entre otros -, y muy distintos son vividos otros servicios en España misma como sucede con las pensiones, la sanidad, la educación, la justicia... Pero el ancestral atraso en el desarrollo de los servicios sociales impide que exista una vinculación directa y generalizada entre derechos y servicios sociales. Probablemente el bajo desarrollo de los mismos hace que las instituciones locales, pero tampoco las

provinciales ni las autonómicas, se empeñen en hacer manifiesto que se trata de un derecho universal del que deberían beneficiarse el conjunto de todos los españoles. Pero si las instituciones no hablan y la sociedad calla se va haciendo cierto que los servicios sociales son una forma de ayuda asistencial para los sectores más desfavorecidos y los más necesitados cercanos a la beneficencia pública por lo que unos y otros, servicios y demandantes terminan equivocados acerca del sentido de esta posibilidad.

En el caso específico del SAD esta profunda confusión resulta altamente expresiva: hay confusión por parte de quienes demandan - en cualquiera de las tipologías - unos servicios que no se sabe muy bien desde que mecanismos se articulan, quien/es tienen derecho a ellos, que finalidad cumplen...

- La gente se cree que tiene chachas gratis y que lo que tienen que hacer es ir al Ayuntamiento, apuntarse y ya está... y no es eso... aquí se han dado casos de mujeres de los ayuntamientos de que han venido a pedir una chica para que les limpie los azulejos, otra para que le acompañe al bingo bueno... y hace unos días, un señor que se quería ir a su piso en Benidorm y su mujer no sé a dónde se había ido y venía a pedir una chica para que fuera a Benidorm con él a recogerle la casa y fregarle los baños, tu te crees?

Pero confusión también por parte de las instituciones que gestionan y organizan la oferta de los servicios sociales desde el desdibujamiento de su identidad en tanto oferta,

segmentando equivocadamente las demandas y prioridades a las que deben hacer frente.

- Nosotros deberíamos hacer una campaña que ponga las cosas claras y que cuente las cosas como son porque la gente no sabe que es esto de los servicios sociales, o se cree que son para otros, para los pobres o para las mujeres que no saben leer y escribir, cosa que por aquí hace años que se ha erradicado, pero tampoco es que ahora hay asistentes gratis a cargo del Ayuntamiento porque nos ha pasado que una mujer que estaba de auxiliar en una casa, le pedían que sirviera el té y la merienda cuando iban las amigas de la señora que estaba cuidando y tampoco es eso, pero la gente se confunde porque nosotros, y en eso las Diputaciones tienen mucha responsabilidad no han sido claros desde el primer momento

Por todo ello, los servicios sociales parecen situarse en un eje de doble perspectiva que deja fuera de sí, a amplios sectores de la sociedad española: o se trata de "ayudas" para segmentos carenciados (desde los pobres de benevolencia hasta los chabolistas) o, por el contrario, su destino son amplias masas sociales indiferenciadas que no acaban de reconocerse en su excesiva magnitud: "las mujeres"; "los mayores"; "los jóvenes"... Por un camino o por otro, la mayor parte de la sociedad española queda excluida en tanto destinataria de servicios sociales que existen, como toda oferta pública gracias al conjunto de aportes que la sociedad realiza a las arcas del Estado,

de las Autonomías, de los Ayuntamientos y que ha de estar destinado al bienestar general.

Pero, por el contrario, si algo caracteriza a los servicios sociales en España, son los siguientes factores:

- No son derechos para todos. Son APRA minorías exentas o grandes masas en donde la inclusión nos disuelve como beneficiarios directos.
- No son por tanto, derechos equiparados en igualdad con los otros derechos universales reconocidos constitucionalmente y por el conjunto de las instituciones.
- No son Derechos a los que tiene acceso el conjunto de los españoles en tanto se trata de derechos universales.
- No son Producto del esfuerzo contributivo de la sociedad española.
- No aparecen con capacidad de ofertar prestaciones de calidad, muy lejos de la caridad, la beneficencia o cualquier forma de ayuda en las sociedades de la desigualdad.
- No son Identificables por ser parte de la oferta institucional para todos los ciudadanos, por lo tanto caracterizados por la eficacia, la dignidad y

la presentabilidad de excelencia como sucede en las áreas más específicas e importantes de la sanidad pública española.

- Articulados no como un mecanismo de servicio simple, sino como el resultado de un complejo trabajo de planificación y logística de servicios en los que se aúnan los servicios comunitarios o de base con los llamados específicos o especiales en algunas comunidades autónomas.

... la carencia de todos estos factores, el desdibujamiento de los perfiles de identidad de los servicios sociales en España, son el paraguas bajo el cual se desdibuja para los demandantes usuarios y entornos beneficiados el sentido del SAD y ese desdibujamiento es el que explica también que, gran parte de la sociedad española, desconozca su existencia.

En efecto, y coherentemente con estos aspectos que caracterizan a los servicios sociales en España, y al SAD como servicio concreto y para muchas administraciones locales, el llamado SERVICIO ESTRELLA de las administración, resulta que NO ES ACCESIBLE NI DEMANDADO POR EL 83 % DE LA POBLACIÓN ESPAÑOLA.

Es decir que la imagen distorsionada, es probablemente justa o al menos "ajustada" a la realidad ya que las amplias clases medias urbanas y semiurbanas de la España actual, esas mismas que defienden la sanidad pública universal, el derecho a una buena educación pública, la pervivencia del sistema de pensiones y los logros de la

Seguridad Social, resuelven sus necesidades de servicios sociales a través de la vía privada que en los últimos años se sostiene gracias a la oferta de mano de obra aportada por los afluentes migratorios de diversos puntos del globo: Latinoamérica; Norte de África, Este de Europa...

El reclamo de estos segmentos centrales de la sociedad española se centra en la demanda de residencias para mayores y dependientes pero en ningún caso en la ampliación y mejora de los soportes de los servicios sociales. En este contexto de desconocimiento, desinterés y desimplicación con los servicios sociales, resulta fácilmente comprensible que todos los esfuerzos y todas las redes de articulación, oferta y mantenimiento del SAD no sean percibidos por las amplias mayorías sociales en la casi totalidad de las comunidades Autónomas de España.

VIII.5.- Las tipologías de demandantes en las diferentes Comunidades Autónomas

Cómo resulta fácilmente deducible, las diversas tipologías de demandantes que hemos señalado en este capítulo, están presentes de una u otra forma en las diversas CC AA en las que realizamos de manera más intensiva la presente investigación. También es conocido el dato estadístico - reiterado muchas veces a lo largo de este informe, según el cual el principal afluente demandante de SAD lo constituyen las Personas mayores,, en segundo lugar - pero a mucha distancia - las personas que padecen discapacidades y finalmente, a mayor distancia aún, los menores de las llamadas familias

desestructuradas y/o estas mismas estructuras por la diversidad de situaciones que han de enfrentar cotidianamente. Tenemos pues, una pirámide invertida de demanda que también resulta fácilmente comprensible si relacionamos dos aspectos elementales de esta realidad:

- Los mayores se constituyen en el principal factor demandante de SAD porque es una de las sociedades demográficamente más longevas de Europa.
- Pero también porque la política de información de oferta de este tipo de servicio, es, a todas luces, muy restrictiva y no llega a amplios sectores sociales.

Entre uno y otro factor, habrá que situar, sin lugar a dudas, otros dos elementos a tener en cuenta: en primer lugar que los servicios sociales, tal como señalamos en páginas anteriores, siguen siendo un servicio muy poco desarrollado en la realidad española y por lo tanto siempre plausible de ser demandado por otros, pero no por los segmentos centrales de la sociedad. Pero en segundo lugar - y paradójicamente - el servicio de SAD, por ejemplo, para funcionar de manera satisfactoria en situaciones de demanda REEDUCADORA y más aún en casos de demanda PALIATIVA, llega a unos precios de co-pago que no resultan rentables a quien los demanda, motivo por el cual, la propia política de corresponsabilidad termina favoreciendo el acceso al mercado de oferta privado en el que la desregulación parece ser uno de los motores de su crecimiento:

-... y entonces claro, cuando ya nos dijeron que por más que reclamáramos como había unos hijos con buenas nóminas aunque nosotros no vivíamos con nuestros padres pero los teníamos en nuestras cartillas pues que teníamos que pagar la totalidad del servicio y mira que servicio público que nos costaba más caro que una asistente, una peruana, que viva con mis padres de lunes a viernes y que esté disponible las veinticuatro horas del día porque vive allí y luego los fines de semana, ya nos hacemos cargo nosotros o cogemos a otra persona, esta vez una ecuatoriana que viene los fines de semana. Pero lo que es increíble es que aún viviendo dos, es más barato que lo que ofrece el SAD del Ayuntamiento.

FAMILIAR DE MAYOR DEPENDIENTE

Otro aspecto importante que atraviesa la totalidad de las CCAAs, al menos aquellas en las que realizamos un acercamiento más intensivo, es el hecho de que desde los servicios sociales, existe muy poca - cuando existe - planificación estratégica acerca de las necesidades futuras que tendrá la sociedad local en relación a esta área. Así, da la impresión de que los servicios sociales, - y el caso del SAD es paradigmático al respecto -, se articula como respuesta a las demandas que llegan en una lógica de oferta y demanda por la cual, lo que se demanda se atiende si está dentro del prospecto de ofertas que tiene cada corporación local, pero sin tener flexibilidad para identificar nuevas necesidades ni menos aún, necesidades peculiares de su población. De esta forma, la diversificación y crecimiento - o decrecimiento - de

la demanda es directamente proporcional a la diversificación y crecimiento de los servicios sociales ya sean los comunitarios o los específicos.

- ... sabemos perfectamente que es un déficit muy importante que tenemos pero no sabemos qué volumen de déficit real existe porque no tenemos estudios que nos permitan conocer qué necesidades tienen las familias, la gente en general. Sí sabemos que nuestra comunidad será una de las que crece en número de mayores pero no hemos cruzado por tablas de salud y no sabemos cómo va a ser la demanda

Y CON RESPECTO A OTRAS NECESIDADES DE MENORES, FAMILIA, ETC, ¿

- sobre eso sabemos menos porque además está todo muy sectorizado y separado por áreas. No hay planificación y no podemos hacerla porque nunca sabemos con qué recursos, sobre todo económicos vamos a contar. Entonces qué sucede? Que si hoy llega a cualquiera de los Ayuntamientos una demanda de cuidado de menores por ejemplo porque el padre tiene un accidente y la madre tiene que salir a trabajar tenemos que decirle que no tenemos ese servicio. Es terrible pero es así y al mismo tiempo, como comprenderás eso nos inhibe de hacer cualquier acción de comunicación porque tenemos miedo de que nos desborde la demanda y que encima, los políticos se quejen de nuestra incapacidad.

RESPONSABLE DE SERVICIOS SOCIALES
DIPUTACIÓN

Lógica de la oferta y la demanda que en ningún caso permite conocer hasta qué punto y sobre todo, de qué grado de diversidad son las necesidades reales de la población ya que éstas, como sucede en la lógica del mercado, se adaptará al sistema de las ofertas institucionales, o se resolverá por la vía privada de las ofertas aquellas demandas que vayan surgiendo en sus trayectorias vitales. De allí que resulta, sumamente elocuente que en las seis comunidades autónomas en las que realizamos la presente investigación se reitera un mismo fenómeno de sospecha sistemática, acerca de que el verdadero problema de la demanda existente hacia el SAD no son en ningún caso las llamadas y manipuladas desde diferentes perspectivas, listas de espera. Por el contrario, el verdadero temor es que existe una demanda latente que nadie se atreve a canalizar para poner en evidencia su verdadera dimensión.

VIII.6.- A vueltas con los beneficiarios de SAD

Resulta evidente que los tres grandes perfiles de usuarios de SAD se corresponden, en la actualidad, con tres grandes colectivos de importancia y volumen muy desigual:

EN PRIMER LUGAR LAS PERSONAS MAYORES
EN SEGUNDO LUGAR PERSONAS DISCAPACITADAS
EN TERCER LUGAR MENORES/FAMILIAS

... La importancia hegemónica del segmento de personas mayores, hegemonía que va in crescendo dadas las peculiaridades de la tasa de envejecimiento en España lleva a dicho sector a representar casi un 85 % del total de receptores del SAD en las diferentes Comunidades Autónomas. Tan hegemónico resulta este sector que para muchos de los interlocutores vinculados a este mismo servicio ya sean trabajadores sociales, auxiliares de hogar o incluso, responsables del mismo en corporaciones locales, pervive la imagen de que se trata de un servicio pensado, de manera exclusiva para las Personas Mayores.

La presencia de personas con discapacidad es muy minoritaria dentro de la demanda del servicio y dicha exigua presencia parece deberse a dos factores principales: en primer lugar porque no se comunica suficientemente la existencia de este servicio y, en segundo lugar, porque incluso aquellos segmentos que han manifestado estar informados por diversas vías de acceso - nunca los canales directos desde las mismas corporaciones - se hayan en listas de espera dado que su importancia de demanda no se corresponde, en su "grado de necesidad", con las urgencias a las que debe responder el servicio, siempre acuciado por otras realidades más vertiginosas. Es verdad que la labor de otras entidades y asociaciones vinculadas y dirigidas de manera específica a las personas que padecen alguna forma de discapacidad realizan, desde hace mucho tiempo, una

labora cada vez más integradora y con capacidad de desarrollar políticas de acompañamiento, recuperación, reeducación, etc. Pero no es menos cierto que se trata de un colectivo que debería beneficiarse de las peculiaridades del SAD y que, sin embargo, queda al margen de dichas posibilidades. Quienes sí están incluidos en la prestación del servicio, aquellos con los que de forma minoritaria hemos contactado en la búsqueda de interlocutores de esta investigación, presentan el mismo tipo de quejas y críticas que las personas mayores o que las familias desestructuradas - aún más minoritarias - relativas a la baja capacidad de flexibilidad de un servicio que parece poco apto para adaptarse a los cambios de cada una de las diversas experiencias vitales que acompaña. Incluso más, los representantes del servicio desde los que deciden desde las mismas instituciones hasta las auxiliares o trabajadoras de hogar, todos parecen más encaminados a realizar tareas, antes que a acompañar experiencias de integración social en sus ámbitos y en sus realidades. Dimensión burocrática que está muy vinculada a la mejor intención de realizar de forma eficaz un servicio que, sin embargo, como sucede con casi todos los servicios que involucran sistemas de actitudes y comportamientos, deben responder a demandas que están siempre más allá, de las tareas que las convocan.

Las familias, como señalamos en el párrafo anterior, son aún menos frecuentes dentro del cuadro de los receptores del SAD. Sucede que muchas veces - y esto los servicios sociales lo saben muy bien - la existencia de realidades desestructuradas familiarmente, coincide con

sectores sociales y culturales situados en los niveles inferiores de la escala social, nivel inferior que también es expresivo de su bajo grado de conocimiento e información acerca de las prestaciones sociales que proponen las mismas instituciones y de las cuales ellos podrían beneficiarse. Pero no sucede así y ha sido muy difícil conectar con este sector muy marginal en los diversos cuadros de SAD de las diversas CC AA en las que hemos trabajado y también porque en algunos casos, corresponden a otro área de servicios sociales ajena y diferente a la que gestiona el SAD. De tal manera que el cuadro resultante de usuarios parece situado en las coordenadas de crecimiento y decrecimiento que se registra en cada uno de los tres sectores, pero manteniendo de forma estructural, la importancia del primero de ellos por sobre los demás.

En este contexto de receptores del servicio, una de las primeras cuestiones que surge como incertidumbre es la que se refiere a la pregunta acerca de Qué o Quién es el beneficiario del SAD. Pregunta que es sumamente importante toda vez que, de acuerdo a las circunstancias de tipologías de demanda, el concepto beneficiario, ha de ser redefinida. Por ejemplo, la prestación del servicio a sujetos situados dentro de la tipología EMANCIPATORIA, REEDUCADORA y ASISTENCIAL, aunque el usuario resulte ser una persona mayor, una persona en situación de discapacidad crónica o temporal, o un menor, lo cierto es que se beneficia el grupo familiar en su totalidad.

En el otro extremo, por ejemplo, cuando se trata de un usuario en situación de demanda paliativa, el

beneficiario es la misma persona ya que los déficits de su entorno impiden reconocer a otros como tales es decir como entorno beneficiado, aunque de hecho lo sea. Por lo que diferenciar beneficiarios de usuarios será tan importante como reconocer que se trata de un servicio en el que hay otros interlocutores o no los hay. Y si hay otros interlocutores beneficiarios del servicio, estos responden de manera muy variable a las necesidades del usuario. Por ejemplo, la existencia de familia no siempre garantiza que dicho núcleo se constituya en un factor de apoyo al usuario del SAD,

- yo sé que tiene un hijo y también hay una hermana que alguna vez ha venido por aquí, pero con el hijo no se hablan y de la hermana nunca más se la vió y yo le cuento todo esto porque cuando este hombre está mal no tiene quien le traiga una taza de caldo y las vecinas hacemos lo que podemos, pero no es justo que si hay un hijo, o una hermana a la que yo ví, me la presentó él hace como tres o cuatro años, no recuerdo, pero claro, este hombre, en una cama la mayoría de los días y nadie que se ocupe de él, bueno, la morenita esa que viene en las mañanas a levantarlo y darle el desayuno y limpiar un poco la habitación porque tampoco hace más...

VECINA DE VARON MAYOR DEPENDIENTE

mientras que en otros casos, el protagonismo de la familia es la variable más importante sobre la que se sostiene la eficacia del servicio.

-La mujer que viene ahora, viene a mediodía y por la noche porque yo vivo muy lejos y tengo tres hijos y mi marido que atender entonces no puedo estar aquí en la noche porque además no tengo transporte, desde Titulcia, desde la plaza sí, pero aquí no, y entonces viene dos veces, pero a la mañana no me importa porque mi marido trabaja en la licorera y me deja aquí a las siete menos cuarto y yo entonces ya levanto a mi madre, y la arreglo y la dejo desayunada

Y LOS FINES DE SEMANA

- Los fines de semana me la llevo yo porque no viene nadie y hay que incorporarla en la mañana y luego acostarla por la noche y prefiero en casa.... los niños pequeños los pongo en una cama y entonces puedo dejarle una cama a mi madre, pero en la misma habitación porque en Parla tenemos un apartamento muy pequeño, bueno de hecho duermen los tres niños y mi madre en el salón... nos arreglamos como podemos, claro...

FAMILIAR DE MUJER MAYOR DEPENDIENTE

Un mapa de realidades tan diversas, significa una constante situación de posibles agravios por parte de la gestión del mismo servicio en la medida en que, algunas veces, hay familias que llevan sobre sí el peso del cuidado y acompañamiento de sus miembros y en otros casos, transfieren a la institución y sus servicios la total responsabilidad de actuación y acompañamiento. Unas y otras familias contribuyen de igual forma en las arcas que mantienen económicamente el servicio, pero colaboran de manera diferente en la gestión de los

cuidados, en las formas de acompañamiento, en la co-responsabilidad frente al usuario del servicio. Por lo que un tratamiento igualitario o mimético, acaba provocando un agravio no sólo entre las dos realidades disímiles sino al conjunto de la sociedad que contribuye para la gestión de servicios que ayuden a la equiparación de derechos y de deberes.

De allí que resulte muy importante en la oferta posible que realice el SAD, la identificación operativa de estas diferencias porque, sin ninguna duda, habrá de tener políticas diferentes que sólo podrán articularse en el mismo sistema de oferta que realice el servicio. Si como venimos señalando en los párrafos anteriores, más que necesidades en estado bruto, lo que se propone desde la lógica operativa del mismo servicio, de éste o de cualquier otro, es una adecuación de esas amplias y complejas necesidades, nunca totalmente reductibles, al sistema de la oferta concreta de servicios que se realiza desde el SAD, en dicha oferta habrá que tener en cuenta las posibles diferencias existentes. En efecto, si las familias participan de forma no igualitaria, deberá ser diferente el criterio de manutención del servicio con respecto a dicha diferencia. Deberán por lo tanto flexibilizarse los diversos sistemas de cuidados (e incluso de tarifas) con acuerdo a la existencia o no de otros interlocutores, es decir, con acuerdo a la existencia o no, de co-responsables en la gestión del servicio y en la posibilidad o no, de compartir con otros que son también beneficiarios subsidiarios de la oferta pública, las responsabilidades pertinentes.

Queda así abierto uno de los aspectos que deberá recoger un rediseño del servicio de SAD, aspecto que resulta neurálgico desentrañar y que excede a las posibilidades de esta investigación. Pero desde luego el planteamiento queda patente en la diversidad de circunstancias de demanda con las que hemos trabajado y que ratifican que el conflicto está patente y debe ser resuelto: no puede premiarse a las familias que no se responsabilizan, o, desde otro punto de vista, no puede desconocerse el esfuerzo de las familias que se comprometen con sus miembros necesitados. En cualquier caso, nunca se trata de limitar el servicio o de postergar a la persona usuaria del mismo, sino que los efectos de la flexibilidad del SAD en este terreno han de situarse en la posibilidad de reconocer la importancia de los entornos activos - cuando éstos existen - y compensar de alguna manera la ausencia de interlocutores porque no son capaces de asumir su vinculación. De lo contrario, podría estar gestándose un proceso de agravios comparativos según el cual, se producirían cuatro agravios importantes: por una parte, tratar por igual a un usuario del SAD con entorno familiar responsable o, con entorno familiar desimplicado, provocando injusticias en unos y otros. En segundo lugar, hacer beneficiarios en igual medida a quienes participan de la responsabilidad del cuidado y a quienes no lo hacen. En tercer lugar hacer un uso inadecuado de los fondos que el conjunto de la sociedad transfiere para lograr equiparar situaciones de carencia y necesidad. Y finalmente, se trata de un agravio hacia el propio SAD, que por una vía de no clarificación de su perfil sólo logra desdibujar su

identidad y la imagen pública de su importancia en tanto servicio social público.

En la perspectiva que hemos desarrollado tras la búsqueda de un esfuerzo de tipologización de la demanda al SAD, hemos tenido en cuenta la perspectiva inmediata del usuario de SAD, pero no podemos desconocer que las familias son (y deben ser) también ellas, beneficiarias del servicio, aunque en todo caso, beneficiarias subsidiarias para no terminar cometiendo el error de suponer que es a la familia, o al entorno directo, al que hay que emancipar del mayor, de la persona discapacitada o del menor familiar. El punto de vista ha de ser el conjunto de aquellas formas de actuaciones que benefician al o los usuarios directos, pero esta realidad encierra una gran complejidad de contenidos, porque hay muchas veces que no sólo no existe cuidados por parte de la familia, sino que habrá que liberar al usuario de posibles malos tratos por parte de su entorno, mientras que en otros, habrá que combinar las capacidades de prestaciones con las políticas específicas de "respiro familiar" o ayuda específica al apoyo informal. Para uno y otro extremo, será necesario que el SAD tenga la suficiente capacidad interpretativa APRA saber cual es la realidad en cada demanda y la flexibilidad correspondiente para adecuar unas y otras necesidades de los usuarios en primer lugar y de los entornos beneficiarios en segundo lugar a la gestión de un servicio que por ser una oferta pública debe limitar la mayor cantidad posible de agravios comparativos.

IX.- EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN LA OFERTA INSTITUCIONAL

Si la demanda de SAD está caracterizada por una amplia casuística que - repetimos una vez más - es muy difícil de reducir dada la amplitud y complejidad de cada una de las circunstancias que la provocan y que estructura cada una de las vivencias en las que se inscribe, la realización de este servicio en los modelos institucionales desde los cuales se oferta, las instancias diversas que lo gestionan y vehiculizan, el perfil de los agentes que intervienen en hacerlo efectivo, no puede ser más diverso. En efecto, las diferencias que caracterizan la oferta del SAD son tan diversas, tan notables en la variedad de presupuestos (económicos, técnicos, de recursos humanos, etc.) que también resulta muy difícil proponer tipologías concretas a partir de la investigación realizada. De allí que parece más eficaz priorizar un recorrido por los diversos factores que lo componen, es decir por los diferentes aspectos y agentes que exhiben dicha complejidad antes de concluir desacertadamente sobre el mismo. Porque el SAD en la búsqueda de una mayor eficacia en cada una de las realidades desde las que opera hace evidente que ha provocado una fuerte desestructuración de su propia identidad, aspecto desde el cual parece necesario comenzar a poner en evidencia sus conflictos, así como sus posibilidades y potencialidades que no son pocas y que sin embargo, aparece necesario revisar.

IX.1.-La identificación semántica del SAD

Uno de los primeros conflictos que aparecen ante una investigación sobre el SAD y que resulta altamente sintomático de su diversidad, complejidad y apertura de sentido de ser del servicio mismo, es el que se refiere a las diferentes interpretaciones que provocan sus siglas en cuanto a definir su nominación. La sigla SAD, presenta diferentes significados para diversos interlocutores ya no sólo en las distintas Comunidades Autónomas, en la amplia variedad de Ayuntamientos y/ o Mancomunidades en las que opera, sino incluso para los mismos agentes de la oferta y de la demanda de este servicio.

¿Qué significa SAD? Para algunos se trata de un Servicio, pero para otros es una oferta de Servicios. Aspecto nada desdeñable porque connota a diferentes posibilidades de formas de realización o de prestaciones para diferentes necesidades:

-... Si lo hemos visto con cantidad de situaciones que llegan todos los días, la gente dice: ¿pero no son unos servicios para las personas que están solas? Claro y como se creen que son servicios vienen desde el típico viudo que está solo y que quiere una chacha pero también una mujer con la que volver a casarse o algo por el estilo... Otra gente que viene a preguntar si se dan clases de baile porque como son servicios, pues eso.... los viajes del IMSERSO, bolsas de dinero, cualquier cantidad de cosas diferentes vienen a pedir porque entienden que son servicios a las personas que lo necesitan,

incluso bolsa de trabajo, todo tipo de cosas, de verdad....

RESPONSABLE DE SAD DE AYUNTAMIENTO

- No se ha hecho una campaña específica y más bien se ha ido corriendo el boca a boca y como aquí son varios Ayuntamientos muy pequeños, pues clase cosas circulan de forma muy rápida. Una señora que tiene un hijo discapacitado psíquico, venía a ver si teníamos servicio de muchachas para "aliviar" entre comillas a su chico; otra que si dábamos clases de matemáticas para un chaval... bueno, bueno, de todo, hija, de todo

RESPONSABLE DE SAD MANCOMUNIDAD

- ... lo que más te piden aquí es de servicio doméstico, pero no veas las escenas que hemos tenido, una señora que tiene una vecina con el Servicio, vino a dar voces que por qué ella no tenía una asistente igual que su vecina... que a todo esto es una mujer con una hemiplejía y no puede hacer las cosas de la casa y había que estar diciéndole, mire señora es que su vecina es una hemipléjica y Ud. está estupendita para que no se fuera enfadada... es muy frecuente que la gente no sepa muy bien que es esto...es que claro, SAD no les dice nada y no saben de qué va.

COORDINADOR SAD DE AYUNTAMIENTO

La amplitud misma del concepto SERVICIO, la diversidad de significados o mejor aún, de cometidos que se encubren

bajo este término, se magnifica y diversifica cuando el mismo puede ser abierto a la pluralidad (bajo la idea de SERVICIOS) con lo que en un caso o en otro, resulta fácilmente diverso e inespecífico para nombrar y definir el sentido de la oferta que se realiza desde la institución local.

Pero la confusión continúa y se agrava hacia el desconcierto de la especificidad cuando nos acercamos a la primera letra del alfabeto (la "A") que asume, también ella, varios significados diferentes como continuación de la palabra SERVICIO. La "A", deviene entonces, varios sentidos o semánticas a un mismo tiempo:

A... de AYUDA
A ... de ASISTENCIA
A ... de ATENCIÓN

... términos que cada uno de ellos podría ser, coloquialmente, sinónimos de un mismo y único tipo de servicio. Pero sin embargo, en la inevitable presuposición de un solo sentido, los tres que hipotéticamente son sinónimos, adquieren diferentes significados:

AYUDA: es un término de imprecisión, cercano a lo doméstico que posiciona a alguien desde un lugar subordinado...

- ... las muchachas que ayudan, las muchas esas que echan una mano te dicen... y se creen que es una chacha, con perdón, que va a ir a

hacerles lo que las Marujas quieran, perdóname la expresión pero es así, por aquí es así y entonces hay que explicarles que no, que ellas, las auxiliares no hacen nada que no les indique la trabajadora social que es la que tiene que regular las tareas y saber a qué se dedican y a qué no... pero se creen que es servicio doméstico que no se paga, que lo paga el Ayuntamiento como además se creen que lo del Ayuntamiento no lo paga nadie, yo no sé, la cultura cívica de esta zona es muy deficiente pero...

COORDINADOR DE SAD EN AYUNTAMIENTO

- Después está el problema de lo impreciso del SAD que a unos les atienden personalmente, las necesidades más personales y a otras u otros les atienden en cosas de la casa, o les acompañan a la compra, o les llevan de paseo, o varias de estas actividades a la vez y se entera una que te dice a los tres o cuatro meses, es que a mi no me llevan de paseo y a Fulanita sí... que a tal le van por la noche y a mi no.... porque no se ha educado bien acerca de qué servicio es el que se ofrece y por qué a cada uno es diferente, como es de ayuda, cualquier cosa puede ser

*RESPONSABLE DE SAD DIPITACION
PROVINCIAL*

La segunda propuesta, ASISTENCIA, presenta también una fuerte diversificación de sentido aunque parece estar más cerca de la concepción sanitaria del término, tal vez por su cercanía con la ya clásica de ATS. Sin embargo

desprendido de los términos que lo rigorizan se abre a una semántica dispersa e imprecisa:

- Si es una asistencia, pues que sea para lo que nosotras podamos decidir porque si no, no se entiende que sea una asistente. Una persona que viene a casa a echarle una mano con las faenas, lo lógico es que una, que es la que sabe lo que falta por hacer o lo que no sea quien dirija, pero no. Viene la que toque, porque toca cada tanto una diferente y trae unos papeles y dice, esto es lo que hay que hacer y no otra cosa, a mi me dicen lo que hago y no es Ud. quien me manda y entonces así, mejor que no vengan. Si es para asistencia, así no me vale

MUJER MAYOR USUARIA DE SAD

- Las mujeres son peores que los hombres porque los hombres se conforman con lo que hagas, pero ellas, no. Y son muy mandonas quieren que hagas lo que ellas quieren. Me pasó con una que tenía que ir los lunes y los jueves a cuidar de ella: bañarla, cortarle las uñas, asearla, vamos. Y que no, que ella quería que le limpiara la cocina porque decía que ya la semana de antes le había bañado y que yo era una asistente que tenía que hacer lo que ella me mandaba y qué se yo cuantas cosas más.

AUXILIAR DE SAD

- La asistencia no puede ser nunca superior a las doce horas semanales

ni inferior a las dos horas semanales, puede haber ayudas puntuales para lo doméstico que sean diferentes horas.

COMO ESTABLECÉIS LA DIFERENCIA ENTRE AYUDA y ASISTENCIA?

- No está muy claro APRA la gente, la verdad, pero nosotros llamamos asistencia al cuidado personal y ayuda cuando se trata de las tareas de la casa pero eso no lo ofrece el SAD sino otro área dentro de servicios sociales. En principio con el SAD no se ofrece tareas de la casa.

Y LA GENTE ENTIENDE FÁCILMENTE LA DIFERENCIA.

A ver, como casi todo es atención personal pues no hay problema. El problema es cuando alguien tiene los dos servicios, la verdad es que se lían con la diferencia entre ayuda y asistencia

RESPONSABLE SAD AYUNTAMIENTO

Y finalmente el concepto ATENCIÓN, que también genera confusiones pero es, de los tres que mal se reemplazan, el que parece tener una mejor clarificación relativa al cuidado personal de quien lo necesita. Mientras que ayuda y asistencia son más amplios, coloquiales e indeterminados, la ATENCIÓN es más precisa y parece convocar a sentidos más específicos y menos abiertos:

- ... comenzamos con el término AYUDA, pero finalmente nos fuimos a ATENCIÓN porque nos dimos cuenta que la gente, la de aquí por lo menos lo

entendía mejor como algo más acotado y que tenía que ver realmente con necesidades de la gente, que atendíamos a los que lo necesitaban y así evitamos que vengan a pedirnos ayuda para regar ej jardín

RISAS

- si, si... no te rías. Hace dos años vino uno a pedir la Ayuda a Domicilio para cambiar las plantas del jardín que tocaba cambio y no tenía quien lo hiciera... Pero hay más anécdotas, muchas más... eso nos hizo llevar a buscar un término que pareciera más del área de Salud, de Sanidad porque, claro, en los servicios sociales como es muy de estar por casa, la gente no se entera y después te das cuenta que se confunde con los servicios

RESPONSABLE SAD DE MANCOMUNIDAD

- Desde el equipo médico de SALUD que llevamos todo esta área nos dimos cuenta que el anterior equipo tenía muy mala relación con servicios sociales y eso te va fatal. A ver, porque muchas veces nosotros necesitamos de ellos y muchas otras, ellos necesitan de nosotros y así fue como decidimos implantar un servicio de atención comunitaria que incluyera servicios específicos y que centrara toda la atención en la persona y el entorno, Por eso nos parecía que el término atención era el mejor porque daba a entender que se trata de algo que ambas áreas de los servicios desarrollan de forma conjunta para atender a la población.

RESPONSABLE SAD MANCOMUNIDAD

Por lo expuesto hasta aquí, puede quedar relativamente claro que los tres términos son sinónimos con mucha dificultad y que lo mejor es separar aquellos términos que por su apertura semántica pueden tener más de un significado, o uno solo, pero tan abierto, que desnaturalice el sentido de todo un sistema de atención puesto en marcha.

Pero también el último término resulta polisémico. La "D" de DOMICILIO es entendida por algunos y algunas interlocutores como DOMESTICO por lo que se intensifica, más allá de las dudas que genera el segundo término, que parece aludir a servicio específicamente relacionado con las tareas de recogida y mantenimiento del hogar, las incertidumbres acerca del perfil del servicio.

- Es una ayuda de la casa, pero no es una ayuda de la casa porque nadie puede creer que te ayudan con tres horas a la semana, una hora cada vez y eso se lo discuto a quien sea. Porque lo que pasa es que yo sé que los políticos hacen cosas para salir en la tele y en la radio y se les llena la boca, pero después nada de nada. Tres horas a la semana no se puede limpiar una casa aunque sea un piso muy pequeño como el mío. Menos mal que yo puedo pagar a otra señora que viene otro día diferente y es la que de verdad limpia porque si no, no sé cómo viviría. Y eso se lo digo a quien sea a mi no me importa de donde viene Ud. lo que quiero decir es que para limpiar una casa no se puede mandar a una mujer tres horas una hora cada día, eso no es...

MUJER USUARIA DE SAD

- Al principio el servicio no tenía diferencias y se hacía lo que pedían si había que limpiar, limpiar, si había que hacer la compra, la compra y eso vimos que no conducía a ninguna parte porque como el criterio lo ponía el usuario, pues había días que llegaba la auxiliar y le decían: pues hoy no venga porque tengo que salir, mejor venga... mañana. Y claro, no funciona así, pero creo que lo que pasaba también es que nadie les había explicado de qué se trataba que no era que el Ayuntamiento o la Diputación en este caso les pagaba una asistente para las tareas de la casa, sino que la persona auxiliar iba a realizar unas tareas en concreto y en el horario ya estipulado. Claro, eso la gente no lo entendía. Por eso creo que está muy bien como sucede en otras Comunidades, en Cataluña creo, o en Baleares en las que este servicio es sólo para la atención personal y se da prioridad a esos trabajos dentro del servicio y luego si hay que hacer algo en las casas, o hay que hacer compras o cosas así, se busca la manera de que lo cubra otro tipo de servicio

RESPONSABLE DE SAD EN DIPUTACIÓN

El conjunto de las citas anteriores, da buena cuenta de la profunda indefinición del SAD a partir del hecho de ser las siglas de tres términos muy coloquiales, muy abiertos a diferentes interpretaciones y que en su cercanía y coloquialidad terminológica, en lugar de lograr un acercamiento al servicio, lo que hacen es presentarlo desde una tensa indeterminación. Tensa porque

lleva a comprenderlo en sentidos que no siendo el que son, provocan incomprensiones, insatisfacciones y frustraciones innecesarias. Y la indeterminación en la que fluctúan sus sentidos posibles es lo menos aconsejable para un servicio de este tipo. Parece evidente, y aunque más adelante insistiremos sobre el tema, que el SAD debe lograr una importante definición de identidad y de contenidos más allá de las diversas interpretaciones y cometidos que cada comunidad autónoma decida asignarle. No se trata de limitar las potencialidades autonómicas en la decisión acerca de qué prestaciones deben o no ofrecerse desde las instituciones locales. Se trata por el contrario, de llegar a un pacto acerca de qué es el SAD, que prestaciones específicas entran entre sus cometidos y cuáles han de quedar fuera para ser concedidas, en caso de que así se decida, bajo otras siglas, por otras áreas, o bajo otras instancias. Pero una clara definición del SAD es una de las tareas urgentes que podrán reordenar y encaminar hacia un rediseño este servicio para impedir que la laxitud de su semántica, acabe por desvirtuar y desposicionar su identidad, es decir el conjunto de esfuerzos (económicos y de recursos humanos) que se realizan desde diferentes instancias participantes.

Del conjunto de diferentes acepciones, la que parece ser más frecuente es la que se refiere al SAD como Servicio de Ayuda a Domicilio, aunque el término Ayuda es "oficialmente" diferente en algunas Comunidades Autónomas que utilizan el de ATENCIÓN o el de ASISTENCIA. Otro aspecto que resulta muy ilustrativo del amplio espectro de posibilidades terminológicas lo aporta el hecho de que

en una misma Comunidad, diferentes agentes, (Instituciones, empresas, coordinadores de áreas, auxiliares, usuarios y entornos beneficiados) utilicen términos diferentes para nombrar la misma propuesta. Homologar entre todas las CCAA un término único, y sobre todo, otorgarle una identidad común y única, aunque flexible y capaz de ser compaginada con otros servicios que respondan a otras nominaciones, será uno de los caminos ineludibles para poder clarificar la demanda - más que la oferta - que llega a las puertas del SAD.

De forma sintética, en la siguiente página exponemos un cuadro de diversas nominaciones recogidas acerca del SAD en las varias Comunidades Autónomas en las que realizamos la presente investigación.

	ANDALUCÍA	ASTURIAS	EUSKADI	GALICIA	I. BALEAR	MADRID
INSTITUCIONES AUTONÓMICAS	AYUDA	AYUDA	ATENCIÓN	AYUDA	ATENCIÓN	AYUDA
CORPORACIONES LOCALES	AYUDA	ASISTENCIA	ASISTENCIA AYUDA	AYUDA	ATENCIÓN	AYUDA
EMPRESAS	ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN	ATENCIÓN
ONGs	AYUDA	ASISTENCIA	-	AYUDA	-	AYUDA
COOPERATIVAS	AYUDA	-	ASISTENCIA	AYUDA	ATENCIÓN	ATENCIÓN
AUXILIARES	ASISTENCIA	AYUDA	AYUDA	AYUDA ASISTENCIA	ATENCIÓN	AYUDA ASISTENCIA
FAMILIAS BENEFICIARIAS	ASISTENCIA	ATENCIÓN	ASISTENCIA	SAF	AYUDA	AYUDA
USUARIOS	ASISTENCIA	AYUDA	AYUDA	AYUDA	ATENCIÓN	ASISTENCIA

X.- LA ARTICULACIÓN INSTITUCIONAL DEL SAD DESDE LOS AYUNTAMIENTOS Y MANCOMUNIDADES

En el capítulo IV del presente informe, nos hemos concentrado de manera pormenorizada en intentar presentar la semblanza autonómica de las más variadas áreas de responsabilidades sobre el SAD en las diversas Comunidades Autónomas en las que hemos trabajado de forma más intensiva. De manera más detallada, presentamos a continuación un perfil de la realidad de las otras instancias dentro de las Comunidades Autónomas que son también - o quizá más -, protagonistas de la gestión del SAD, como es el caso de los Ayuntamientos y las Mancomunidades de Servicios Sociales, sobre las que nos hemos detenido en sus aspectos cuantitativos en el correspondiente capítulo V.

A fin de que resulte más operativo la presentación desde una mirada transversal sobre este tipo de instituciones, nos adentramos en la compleja perspectiva de los Ayuntamientos y Mancomunidades, superando las diferencias autonómicas para poder dar voz y entidad a esta dimensión institucional central de la gestión del SAD.

Los Ayuntamientos son, en el conjunto de este estudio, las instituciones que presentan una mayor diversidad de posiciones opináticas frente a la gestión del SAD, pero también y sobre todo, las que protagonizan una mayor carga de conflictividad y situaciones adversas en relación con los servicios sociales en general y, por supuesto, ante esta compleja red de recursos de diverso

tipo que implica la realización efectiva del Servicio de Ayuda a Domicilio. En efecto, la primera realidad a la cual es necesario aludir es que la transferencia de responsabilidades y quehaceres a las corporaciones locales dentro de la compleja red administrativa de España, es decir dentro de la peculiaridad de cada una de las diferentes Autonomías del Estado, provoca un panorama cuya denominación común es la de una geometría variable en la que las competencias se sitúan, de manera estructural como un conflicto siempre abierto y siempre pendiente de resolver en la búsqueda de alcanzar una mejor eficiencia. La operatividad del SAD, se haya claramente condicionada y en gran medida determinada por los recursos económicos y, la mayoría de las veces, por los déficit en sus recursos técnicos y humanos. La circunstancia de "desbordamiento" en la gestión del SAD parece ser una constante que caracteriza la labor de las corporaciones, dimensión que resulta muy evidente en el caso de las medianas y pequeñas instituciones locales, a pesar de que desde la perspectiva de la demanda ésta acaba siendo más numerosa en los grandes Ayuntamientos:

- Nosotros somos concientes de que el servicio que damos es deficitario, lo sabemos desde que lo hemos puesto en marcha, hace ya casi veinte años, veinte no... tal vez diecisiete porque descubrimos muy pronto que este era un Ayuntamiento muy diverso pero que el envejecimiento de la población era uno de nuestros problemas más de fondo y porque además aquí la situación laboral ha hecho y hace todavía, que los jóvenes se marchen al norte, a las ciudades y eso nos deja con los viejos como patrimonio

de la corporación. Pero es que no podemos hacer más de lo que hacemos porque los presupuestos no dan. Si cada vez necesitamos más y este es un Ayuntamiento de tipo medio, como Ud. sabe que sabrá demografía..., pero no podemos hacer más porque hay más viejos, más dependientes y menos gente por lo tanto menos ingresos y menos recursos y eso... ¿cómo se lo explicas a la gente?

SECRETARIO TÉCNICO DE AYUNTAMIENTO

- La realidad de toda la zona es mala en ese tipo de servicios, lo hemos hablado en la zona muchas veces pero no se puede resolver porque los ciudadanos quieren vivir cada vez mejor y quieren cada vez pagar menos y tener menos responsabilidades.

Mire aquí siempre, de siempre es que los mayores han estado en las casas con las hijas, sobre todo, yo eso lo sé, pero era la cultura, uno de los padres se quedaba viudo o estaba mal y la familia lo acogía, la hija o la nuera se hacía cargo... pero en estos últimos años, la cosas han cambiando de tal magnitud que no hay manera y claro. Los mismos que hace unos años se quejaban de los mayores que no los atendían los hijos, ahora vienen a decir pero que hacéis que no hacéis Residencias para los mayores que no tenéis nada para que son del lugar porque ahora lo que piensan es que nosotros tenemos que cuidar de sus padres y no estamos preparados para eso, no tenemos dinero y ellos no quieren pagar...

- Es un problema general porque hemos estado los alcaldes de toda la zona con la gente de la Diputación, con Servicios Sociales y todo, y

todos decíamos lo mismo... nos pusimos de acuerdo en que la situación tendrá que cambiar, pero por ahora no podemos porque estamos todos endeudados y no tenemos crédito ni de las Diputaciones, ni de la Junta ni de nadie...

*RESPONSABLE SERVICIOS SOCIALES
AYUNTAMIENTO*

La situación actual de gran número de Ayuntamientos de España parece estar marcada por una enquistada situación de endeudamiento y conflicto económico que atraviesa y condiciona el conjunto de sus actuaciones en diversos ámbitos, pero muy decididamente en el ámbito de los servicios sociales. En efecto, dentro de la diversidad de responsabilidades asumidas por estas mismas corporaciones, los servicios sociales son, una vez más, resultado de la no jerarquización de la que son víctimas en otros ámbitos políticos superiores, especialmente frente a la importancia concedida a otras áreas: infraestructuras, cultura, etc. Este principio de no jerarquización, - que en ningún caso lleva a dejación de funciones - articula la concepción de los servicios sociales como un área en la que la flexibilidad que por su misma naturaleza demandan, es reemplazada por una búsqueda de ritualizaciones que provoca un efecto perverso: generar la sensación de que se realizan grandes esfuerzos en todos los órdenes...

-.... hacemos más de lo que podemos, porque claro, con una realidad de más mayores que quieren atención, algunos con discapacidad además, que piden más tiempo de atención, pero

nosotros no podemos hacer más. Las arcas son muy limitadas y lo que recibimos de la Diputación llega tarde y cuando no, hay que usar ese dinero para hacer frente a otros compromisos y aquí hay días que no se da abasto con todo, pero no podemos responder a lo que la gente pide, porque la gente se cree que esto es un pozo sin fondo y eso no puede ser. Nosotros no somos monjitas de la caridad que hacemos todo, hacemos lo que podemos y eso lo tenemos muy claro. Hasta aquí podemos... luego que cada cual resuelva como puede también...

SECRETARIO DE AYUNTAMIENTO

- ... hay días en que haces verdaderas maravillas, oye, claro que nadie lo aprecia, las rapazas que trabajan se pasan semanas que no paran coche para un lado y coche para el otro porque una que se pone enferma y hay que reemplazarla, nosotros no podemos responder más de cómo respondemos y si vas a hablar con al gente que atendemos, claro, ellos dirán que no están conformes pero, nosotros no podemos hacer más porque ellos no son los únicos que tenemos, el SAD aunque sea importante es un servicio más, pero tenemos muchos otros y no solamente son los servicios sociales, un ayuntamiento tienen mucho que trabajar en muchas otras áreas. La gente de aquí se creen que lo suyo es lo único importante y no es así. Hay que trabajar un poco la conciencia de la gente y enseñarles que se conformen, oye, con lo que se les dá.

*RESPONSABLE DE SERVICIOS SOCIALES
AYUNTAMIENTO.*

- quedó muy claro en la última reunión del Consejo, si el dinero no llega a tiempo, suspendemos el servicio. Qué vamos a hacer, es así. Lo sentimos por los viejos pero no podemos llevárnoslos a casa y si no tenemos dinero para pagar o los euros tienen que usarse para otros gastos del municipio es también porque esos son servicios para el resto de la población y no podemos cubrir más de lo que cubrimos... la diputación se compromete a cosas que después no cumple y los que damos la cara somos nosotros, eso no lo entienden

SERVICIOS SOCIALES AYUNTAMIENTO

... mientras que coherentemente, frente a estas dificultades, los usuarios del servicio y su entorno, se quejan de lo burocrático y poco operativo del servicio que reciben.

- ... primero te dice la chavala que ellos vendrán y que harán esto y lo otro. Después es que llegan y hacen un par de cosas y ya se pasó el tiempo. Aquí somos dos que estamos mal y que necesitamos que nos atiendan y al final lo que te dicen es que es mejor que vayas al centro de día porque claro, como vienen una hora dos veces a la semana no les da tiempo a nada. Entonces ahora vienen cada día y nos preparan para ir al centro de día. Pero hay veces que no queremos ir al centro de día y te obligan a ir porque no pueden estar

más tiempo y eso es un servicio? Entonces yo tengo que ir al Centro y mi marido igual, aunque no queramos. Eso no es vida, así no se hacen las cosas. Yo estoy por quitármelo, lo que pasa es que nosotros tenemos una sola pensión y no puede pagar a una de estas chicas de América Latina para que nos atiendan un poco más, no mucho, pero un poco más

USUARIA DE SAD

- ... mi madre tenía primero una señora que iba tres veces por semana. De esto hace unos tres años. Ahora van dos horas por semana y eso que está más mayor y que tiene más problemas porque mientras tanto, el año pasado se rompió la cadera y claro, hay que ayudarle a levantar de la cama. La pobre es muy buena y no se queja y se conforma con lo que le hagan

QUE TAREAS HACE LA AUXILIAR?

Principalmente atenderla a ella, porque con tan poco tiempo, ya me dirás. Antes les daba tiempo a echar una mano en las cosas de la casa, las más importantes. Pero ahora, ni siquiera y eso es más trabajo para mí que voy todos los fines de semana. Dejo a mis hijos con mi marido y me voy a limpiar la casa de mi madre porque en la semana yo trabajo y no puedo ni pasarme. Ahora con el móvil estoy al día todo el rato y si pasa algo, pido permiso en la empresa y me voy como cuando se cayó. Pero no puedo estar saliendo a cada rato porque me quedo sin trabajo y mi marido tiene un sueldo con el que no vivimos y tengo dos hijos de quince y de trece y entonces hay que trabajar para

ellos. Yo estoy agradecida, cuidado, no me mal entiendas, pero que nadie se ponga laureles en este ayuntamiento porque poco hacen para ello

FAMILIAR DE USUARIA DE SAD

Por su parte, el particular lugar bisagra en el que se encuentran las instituciones locales, de una parte los demandantes finales, sus entornos y sus peculiaridades. Y por otro, las instituciones superiores, ya sean Diputaciones, Consejos, Gobiernos Autónomos, etc. más el hecho de que en gran parte de los municipios de España existen empresas o cooperativas o ONGs mediadoras para la realización del servicio, todo ello hace evidente que las circunstancias de responsabilidad de estas instituciones es, cuando menos, conflictivo.

X.1.- Los principales ejes del conflicto de las corporaciones locales con las instituciones superiores

En efecto, los Ayuntamientos - y más aún las Mancomunidades cuyos presupuestos dependen en gran medida de los acuerdos efectivos entre diferentes corporaciones locales como garantía de su existencia - sostienen una suerte de guerra soterrada constante con las instancias superiores cuyo principal eje de conflictividad, parecen ser los aspectos económicos y, principalmente, los de tipo financiero. Las demoras en las transferencias económicas lleva a las corporaciones a tener que hacer frente - mal y tarde - a un constante estado de deudas que en algunas realidades parece haberse convertido en

crónico y que repercute, de manera inmediata en los servicios sociales en general y en el SAD en particular:

- ... desde luego que no puedo explicarle esto a la gente que espera un servicio de este tipo, pero nosotros hemos tenidos demoras de más de un año en recibir dinero de nuestra diputación. Y mientras tanto hay que seguir funcionando. Si no teníamos ni para pagar la luz, de verdad, que se acumulaban las facturas en esta misma mesa que está allí. La población nunca se imagina estas realidades en los propios Ayuntamientos en los que vive, pero te aseguro que hay cantidad de Ayuntamiento en este momento en España - y la FEMP te lo podría confirmar con detalle - que están en quiebra técnica, en quiebra económica y que los Gobiernos Autónomos, las Diputaciones, etc. les deben cantidad de dinero. No se imagina la opinión pública como están los Ayuntamientos, todos, todos. Lo que pasa es que los grandes campeon el temporal diferente porque, un suponer el Ayuntamiento de Madrid de Barcelona, no tiene un duro y le fían igual, ya sean empresas o lo que sea. Pero a nosotros no, hombre, bastante nos fían, pero no somos nadie para poder dar garantías de nada y al fin nos pasa como a la población: a los ricos todos los bancos les prestan, a los pobres, nadie. Y en esta realidad hay que ir a atender a los mayores, y los discapacitados y los niños y claro, la trabajadora social quiere cobrar su sueldo, no veas, la empresa tal lo mismo porque si no te suspende el servicio. Y en la Diputación pasan totalmente de ti, y entonces que

haces... pues preguntarte qué coño haces en la política y más aún en la política municipal porque hay que estar loco para estar aquí. O ni siquiera, te pones en este sillón y te vuelves loco

ALCALDE DE MEDIANO AYUNTAMIENTO.

Por lo que dos aspectos que resultan de gran importancia estratégica como son: por una parte, las dificultades en el orden de la financiación tanto en lo que respecta a cantidad como a liquidez y por otra parte, la asunción del horizonte estratégico de lo que representan de cara a su importancia política los servicios sociales - y en particular la oferta de SAD - van a repercutir inmediatamente en una asunción de las responsabilidades por parte de las corporaciones, signadas por el desgano, la falta de iniciativa, la ausencia de capacidad innovadora, la compulsión a la repetición en el tipo de trabajos y, finalmente, el desdibujamiento del servicio en sí mismo, aunque no exista dejación de funciones. Si realizamos un desagregamiento de los principales ejes del conflicto que las corporaciones locales experimentan con las instituciones de las cuales dependen económicamente, o más exactamente aún, de cuya financiación dependen, han sido señalados de manera reiterativa, los siguientes:

Las financiación económica:

Uno de los escollos más difíciles de resolver dentro del campo institucional, especialmente - como señalamos anteriormente - dada la diversidad de áreas que requieren

de recursos económicos como también, la existencia de una muy baja consideración estratégica sobre este servicio.

- ... en esta zona que está dejada de Dios, porque estamos dejados de Dios desde siempre, antes porque era el otro gobierno, después porque con la democracia, las ciudades es que se llevan todo. Y nunca tenemos dinero, y el Consejo te dice que no hay y que te arregles. ¿Pero cómo? ¿Y entonces? Eso no puede ser... desde que se hizo esto de SAD hemos estado tres años que no lo hacíamos porque no nos daban el dinero... hay vecinas de la montaña a las que aún se les debe desde hace casi dos años... y claro.... ellas no van a trabajar gratis... aunque la gente aquí es muy buena y esta dispuesta a hacer esfuerzos, pero no puede ser eso. El Consejo dos años no nos pasó dinero para ningún servicio social, para nada...

ALCALDE DE PEQUEÑO MUNICIPIO RURAL

Los recursos humanos:

Otro de los aspectos hegemónicos del SAD y en general de cualquier tipo de servicio en donde la presencia de personal cualificado o al menos, dispuesto actitudinalmente a la realización del trabajo ha de ponerse de manifiesto en todas y cada una de las áreas que conforman la integridad del servicio: desde los gestores primeros a los últimos responsables del servicio:

- ... Las mujeres son muy dispuestas, la verdad, de eso no se puede decir nada, pero es que aquí hemos tenido años de un desorden tal que yo no sé cómo han aguantado. Han pasado tres responsables de este servicio, en el medio se hizo cargo una contratada del Ayuntamiento que es una rapaza muy buena pero que es una discapacitada psíquica leve que estaba desbordada totalmente por la complejidad de esto, claro... es que la gente se cree que es una cosa muy fácil que vaya alguien a cumplir un horario muy limitado por cierto, tenemos una media de servicio muy baja, que además se desplace por esta zona que son caminos, algunos incluso, sin asfaltar... que atienda a cada uno de los casos que cumpla con las disposiciones de hacer planillas de trabajo, que la trabajadora social pueda supervisar que además esté el dinero a tiempo para pagar que nos pongamos de acuerdo con los de la Teleasistencia que les llaman a veces porque se asustan porque la mayoría viven solos y cualquier cosa que les pasa les llaman y ellos a nosotros... que una se enferma y hay que cambiar el servicio, que las nieves de enero dejaron todo incomunicado y hubo que pedir a protección civil transportes para poder llegar a las casas... ¿tu sabes lo que es esto? Y sin gente preparada, aunque todos pongan muy buena voluntad.

RESPONSABLE TÉCNICO DE AYUNTAMIENTO
RURAL

De cara al conjunto y variedad de trabajadores y mediadores de diverso grado de responsabilidad en los servicios sociales, - y en particular en el SAD - es

manifiesta también, la existencia de una compleja amalgama de conflictos tanto en el orden de las regulaciones económicas como en la construcción de una cultura del servicio que mal se estructura en medio de carencias y dificultades de diverso tipo para dar respuesta a la creciente demanda, creciente tanto en cantidad como en calidad de la misma:

- Es para nosotros el servicio más complejo de todos los de servicios sociales. Claro porque mira: hay que llegar a un acuerdo previo a la licitación para que la menos se presente más de una empresa, pero luego, una vez que salvas ese escollo que es muy duro porque ellos dicen que lo que se paga es muy poco y que con ese dinero no se puede hacer nada y que esto y que lo otro... Es verdad que muchas veces nosotros somos concientes de que estamos muy por debajo de lo que deberíamos ofrecer, pero es lo que tenemos y además, esperamos que lo que tenemos realmente lo tengamos porque nunca sabes cuando llegaran los dineros. Y después poner en marcha todo el engranaje... mi padre ha sido mecánico toda la vida y siempre ha dicho que lo importante más que las piezas es que las piezas encajen y yo en el SAD me doy cuenta que ese es el principal problema: que la gente se lleve bien, que se tengan confianza, que además se lleven bien con los mayores, o con lo que tengan que atender que no falten, que nadie se enferme, que nadie se enfade con uno o con otro... si es que todos los días salta algún fusible... de verdad

RESPONSABLE MANCOMUNIDAD SERV.
SOCIALES

Los recursos técnicos:

Uno de los aspectos en los que con mayor nitidez va emergiendo en las nuevas formas de construcción de las culturas del cuidado en diferentes CC AA y, en especial, en distintas experiencias de Ayuntamientos y Mancomunidades, es justamente, la potencialidad de las nuevas propuestas diseñadas en el área de lo tecnológico y que actúan de manera decisiva en dicho campo. La falta de medios técnicos en diferentes experiencias comunitarias, es también una constante en esta investigación. Desde la experiencia de Ayuntamientos o Mancomunidades en las que no existe ni siquiera una grúa que facilite la movilización de los mayores dependientes....

- aquí, hace meses que la diputación nos ha prometido una grúa, pero meses es más de un año. Tenemos a tres mayores en los que me estoy dejando la espalda y eso por qué. Porque los de la Diputación no tienen ni idea de lo que es este trabajo. Porque este trabajo no les importa nada entre otras cosas porque dicen que los laureles los llevamos nosotros y no ellos. Pero esos laureles me cuestan a mi la columna vertebral porque no nos dan ni siquiera una grúa. Bueno, no te digo más que los guantes que ves aquí, me los he comprado yo. Porque ni eso... si no hay nada de nada

AUXILIAR DE SAD MANCOMUNIDAD RURAL

... hasta las circunstancias más extremas en las que resulta evidente la necesaria revolución tecnológica aplicada al Servicio de Ayuda a Domicilio: mejores instrumentos de trabajo, mayor despliegue de sistemas de control y seguimiento de personas mayores dependientes, sistemas de GPS para mayores que puedan perderse en el espacio público, mejoras en la vivienda, etc.

- En eso estamos muy atrasados. Países vecinos como Francia, como Italia, la verdad es que se ha operado allí un cambio muy importante que a España yo creo que no ha llegado. Tal vez en Cataluña, no sé, o en Navarra que siempre van muy por delante, pero me parece que no. En otros países ya tienen sistemas integrados de internet para el seguimiento de las personas mayores porque les han instalado terminales en las mismas casas con una cámara que cuando los mismos dependientes quieren está abierta para poder saber cómo están para que ellos sepan que siempre hay alguien que les está viendo, si eso es lo que quieren, si no lo quitan y ya está. Pero muchas cosas más que se están haciendo para las casas de las personas mayores y que aquí no tenemos ni idea, pero sobre todo no tenemos presupuesto

*RESPONSABLE ASUNTOS SOCIALES Y SAD
EN DIPUTACIÓN*

Diversidad de dotaciones

Se trata de una demanda pendiente de dotaciones de diverso tipo que tienen con ver con la necesidad implícita, pero también explícita, de nuevos y mejores

equipos interdisciplinarios en la lógica del trabajo del Servicio de Atención a Domicilio. Superar la actual barrera burocrática - a pesar de que todos, desde los receptores del servicio hasta los gestores de mayor rango le reconocen una gran valía al actual SAD - todos, sin embargo también, de una u otra manera, parecen reclamar una nueva perspectiva y dotación de ideas y de recursos para dar una nueva dimensión al servicio

- ... es que te das cuenta que te puedes, verdad... pasar la vida haciendo esto pero que no, que hay que ofrecer algo diferente que lo suyo es que se pueda pensar con más capacidad de que ayude a cambiar las vidas de la gente grande porque si no, te quedas en esto de repetir todos los días lo mismo... a mi me recuerda a veces, cuando las viejas iban a rezar el rosario... de verdad, tu.... yo soy de Reus que ha sido muy catolicona y yo, de verdad, nunca entendí los rezos del rosario porque eran tan aburrido y siempre lo mismo.... pues esto es igual y lo que trae problemas son más las auxiliares y las ausencias y los cambios y la falta de presupuesto pero nunca la gente grande porque con ellos es siempre lo mismo y no va....

COORDINADO DE SAD DE EMPRESA

- No ves que tengan interés en que las cosas se puedan mejorar. Es como los barrenderos, que pasan y recogen y ya está, pero que no se les ocurre, me parece a mo... vamos... no se les ocurre decir, mira, sería bueno que vuelvan a pintar los bancos de esta plaza, o estos

bordillo, o algo que sin ser lo de ellos, que ellos puedan informar y ayudar a cambiar. Una vez a uno le dije que el cubo de la Comunidad estaba muy sucio y me contestó que eso no era su tema, que eso lo llevaban otros. Pues, la impresión es que con el SAD pasa igual que lo importante es que todo sigue igual y que nada cambie

TRABAJADORA SOCIAL AYUNTAMIENTO

Equipamientos

Es otra de las carencias que van a señalar de manera muy manifiesta las diferentes corporaciones locales. Todas, de una u otra forma, expresan sus necesidades de equipamiento tanto en las instituciones desde las que trabajan como en lo que respecta a las necesidades de trabajo explícito. De allí la importancia creciente de las empresas del sector de servicios que no sólo se responsabilizan de todos los aspectos vinculados a recursos humanos, sino también a equipamientos para la gestión y realización del trabajo:

- La administración demoró mucho tiempo en darse cuenta de que no podía competir con nosotros en lo que significa hacerse cargo de los trabajadores y del equipamiento porque son las dos cosas que necesitas para trabajar en SAD. Y para eso están las empresas y la iniciativa privada, esa es la parte del riesgo nuestro porque los Ayuntamientos y las Mancomunidades, menos que menos ahora que están casi en la quiebra. Vamos que nosotros

nos presentamos a los concursos porque sabemos que detrás está la Diputación o la FEMP, lo que sea, porque no te fías de un Ayuntamiento y e eso también lo ves en las carencias de equipamiento APRA este trabajo.

REPRESENTANTE EMPRESA SERVICIOS

Cumplimiento de plazos

Se trata de unos de los emergentes más importantes de la existencia de sistemas de logística y de equipamiento dentro del SAD, circunstancias ambas muy deficitarias en los Ayuntamientos y Mancomunidades. Si algo ha de garantizar este servicio es la seguridad de sus plazos y de sus tiempos de atención. No puede haber demoras porque muchos de los usuarios están en el nivel de atención primaria personalizada y otros, aunque no se sitúen en la frontera de las urgencias personas, son siempre personas muy sensibles a la ansiedad de las esperas y al temor ante los desplantes o abandonos. Frente a esta realidad imperiosa, la situación de muchos Ayuntamientos.

Es la de imposible capacidad de respuesta, pero también esta dificultad para comprometerse y afrontar plazos se hace expresiva en los compromisos de pago, control, seguimiento est. que le son propias a las instituciones locales, aunque medie la presencia de empresas o cooperativas en la realización del SAD.

- Para nosotros los miedos son dobles. Es el día a día que ningún mayor se quede sin servicio. Que no pase nada, en definitiva nunca

queremos que suceda nada. Y luego cuando llega la época de hacer efectivos los pagos a ... la empresa, que tengamos el dinero porque ya nos pasó que una vez nos dieron un susto, es verdad que no les pagamos en plazo, pero dijeron que dejaban el servicio y son casi trescientos casos que se quedaban sin atender, ¿tu te imaginas?

*RESPONSABLE SAD, TRABAJADORA SOCIAL
AYUNTAMIENTO*

Transferencia de competencias:

A pesar de tratarse de un aspecto políticamente implícito en el actual marco de actuaciones de las corporaciones locales, lo cierto es que la cantidad de conflictos actualmente expresivos en el área de las instituciones locales, parece llevarles a una profunda revisión de ese mismo marco de transferencias actuales. En efecto, muchos de os representantes de las instituciones locales se sitúan en la posición discursiva de quienes están dispuestos a retroceder en la transferencia de competencias a cambio de que se les exima de las actuales responsabilidades en el área de los servicios sociales:

- ... es que si te tienes que poner al frente de estos servicios en el marco de cómo se trata en esta comarca es que es imposible. Entonces yo, y algunos más pensamos que para hacerlo así mejor las responsabilidades que las asuman los Concellos directamente, pero todas as competencias porque caso contrario no te vale. Si de lo que se trata es que sean otros los que llevan las perras y además son otros los que deciden como se forman los

grupos de trabajo y cómo se debe trabajar, pues muy bien, pero que lleven también el peso de las tareas. Las transferencias por aquí se han hecho tarde y mal, sobre todo, mal

ALCALDE PEQUEÑO AYUNTAMIENTO

- ... la política de transferencias es otra de las cosas que a mi me parece que está muy mal a pesar de todo lo perfecto y maravilloso que dicen del País Vasco porque tienes que negociar con la Diputación y con los Ayuntamientos para las mismas cosas porque para ellos unas cosas están transferidas, por ejemplo los mayores y para otras no... los discapacitados. Pero ¿eso como se entiende? Es una cosa insostenible sobre todo a la hora de las empresas de tener que licitar....

EMPRESA DE SAD

- las trabajadoras sociales somos las que estamos en medio del bocadillo entre una y otra administración y las empresas o los usuarios y por una parte, dices: vale,,, los usuarios no son lo mismo que las empresas y hay que trabajar con los dos, pero en la administración es porque no hay hecho bien las transferencias. Entonces viene uno y te pide tal cosa y otro exactamente lo contrario

TRABAJADORA SOCIAL

Reconocimiento de actuaciones

Es otro de los aspectos en los que las instituciones locales perciben una importante falta de apoyo por parte de los gobiernos autónomos, las Diputaciones u otros organismos similares y no es otro que el que se refiere a la importancia que, para estas corporaciones - para sus responsables, gestores y trabajadores - tiene el hecho de sentirse reconocidas y valoradas en sus esfuerzos. Se trata de una demanda de doble valoración y reconocimiento, toda vez que lo mismo que reclaman a las instituciones superiores - o mejor, aún, esperan de ellas - es lo que pretenden de aquellos que son sus beneficiarios directos, la ciudadanía. Pero en lo que respecta a las instancias superiores, la ausencia de formas explícitas de puesta en evidencia de la valoración y el reconocimiento, es situado como uno de los aspectos deficitarios en la relación con ellas.

- No recibes más que disgustos...

(RISAS)

- de verdad lo digo.. es que la Diputación se acuerda de este Ayuntamiento para reclamarle justificantes, jamás para proponer algo que realmente te haga pensar que te tienen en cuenta, de verdad que no... ha estado por aquí un senador que además, es alcalde de uno de los pueblos de la Mancomunidad y resulta que parece que quieren hacerle un homenaje a la Diputación y de aquí varios dijimos que no, que cuando tendrían que ponderar nuestros esfuerzos dicen que lo que hacemos es cumplir con nuestro deber, pues igual será para ellos no? Nunca hay una palabra de apoyo, anda...

ALCALDE RESPONSABLE MANCOMUNIDAD

- ... es igual hija, tu puedes hacer lo que quieras, puedes ir todos los días como faltar todo el mes.... si yo voy siempre es por los abuelos porque los demás no me importan, es que sabes qué pasa? Que una se da cuenta que tampoco tu le importas a los demás... a los alcaldes, los del consejo, todos esos pasan y pasan de lo que tu haces su da igual que trabajes o no, si lo que pagan es una miseria y además creen que no hacemos anda y que nos regalan el dinero y entonces ¿para qué?

TRABAJADORA SAD COOPERATIVA

X.2.- Los principales ejes del conflicto de las corporaciones locales con las instancias y agentes subordinados

También aquí, de manera paradójica, los mismos interlocutores que se quejan de la de los conflictos de diverso tipo con las instituciones superiores, pasan a ser, ellos/as mismos - representantes del otro horizonte de conflictos para esas mismas instituciones locales. Si por una parte, cada corporación "... ha de lidiar" ... con sus instancias superiores, no lo es menos que gran parte de este conflicto se origina en la sobredemanda de responsabilidades a las que deben responder, y también, a la realidad que pone de manifiesto que cada uno de los empeños en tareas de realización de servicios - sociales y de todo tipo - es un nudo de conflictos no sólo hacia fuera, sino principalmente hacia dentro. Del conjunto de

conflictos existentes - y que exceden a los que aquí señalamos, porque exceden además como temática, a los objetivos de esta investigación, destacamos:

Las circunstancias adversas del trabajo de los responsables de SAD

Probablemente tan sólo en las grandes corporaciones, es decir aquellas que tienen que ver con el trabajo en las grandes ciudades es posible hablar con precisión de la existencia de responsables específicos, con dedicación exclusiva al SAD. En el resto, es decir en la mayoría de los Ayuntamientos y Mancomunidades, los funcionarios responsables del SAD son, al mismo tiempo, responsables de otras áreas de trabajo tanto en lo relativo a los servicios sociales como a otros cometidos. Esta realidad múltiple en la que han de repartir las responsabilidades y los tiempos de trabajo lleva a un grado muy disperso de implicación con el servicio, con independencia de los esfuerzos de estas mismas figuras al intentar desarrollar de la mejor manera posible sus funciones. Es verdad que en esta tarea, hay personas que se encuentran muy desbordadas en la cantidad de responsabilidades que deben asumir y que, la mayoría de las veces carecen de cuadros de dirección, a las cuales traspasar dichas direcciones. La situación es aún más cruenta en los pequeños Ayuntamientos en los que es aún más alta la demanda por parte de personas mayores dada la despoblación de los pequeños enclaves habitacionales. De hecho se da el caso de que en muchas corporaciones, quien lleva la dirección del SAD es el mismo secretario de Ayuntamiento,

responsable de la totalidad del funcionamiento de la entidad:

- la verdad es que del SAD no se si podré hablar mucho porque aquí son tantas las cosas que tenemos que llevar entre unos pocos que no tengo muy claro que es lo que pueda decir sobre este servicio. Sé que lo estamos dando y que lo hacemos lo mejor posible, que las tres mujeres que trabajan no dan abasto con todo y que deberíamos hacer mejor, pero no tenemos tiempo, no tenemos recursos y tenemos lista de espera. No sé qué más decirle.

SECRETARIO TÉCNICO DE AYUNTAMIENTO

... en las corporaciones de tipo medio, la existencia de una mayor presencia de cuadros en la gestión municipal, permite, por una parte, distribuir mejor la diversidad de funciones pero también es cierto que cada una de ellas presenta una más variada amalgama de matices y de responsabilidades y en éstas, la demanda de cuadros y la necesidad de más estructuras de apoyo parece ser aún, más flagrante.

- La función de responsable de SAD, para llevarla bien adelante, por lo menos en lo que yo veo, necesitaría una persona sola dedicada a ella y que además sea alguien que sepa de muchas cosas a la vez. Las trabajadoras sociales por ejemplo, que hacen lo que pueden no saben, de gestión, hacen las tareas que se le indican y que se les permite, pero no pueden hacer más y yo... la verdad, es que hago también lo que puedo.

Los trabajadores sociales:

Se trata de uno de los ámbitos más centrales del SAD porque son la figura que decide la regulación del servicio en el sentido más concreto del mismo. Son quienes deciden el tipo de ayuda a desarrollar, el tiempo de dedicación y quienes organizan las prioridades y las posibles jerarquizaciones dentro del servicio en su conjunto. A lo largo de esta investigación, se ratifica el hecho de que se trata de una mayoría femenina trabajando en esta tarea como sucede en todas las áreas de cuidado a personas en nuestra sociedad. El área de trabajo social es un área desbordada por la diversidad de tareas y responsabilidades que asumen, la mayor de las veces se trata de mujeres muy jóvenes y poco expertas en la complejidad de la vida y las necesidades de las personas por lo que es evidente que realizan un sobre esfuerzo para poder realizarlo de manera eficiente. Desde el lugar de las corporaciones locales y sus representantes (en este proceso de investigación) el trabajo social realiza la tarea de una constante puesta en contacto con la realidad que no siempre encaja en los planes de las instituciones (en sus presupuestos, en sus plazos, en sus expectativas) por lo que la relación con este segmento de mediación entre el afuera social y el adentro institucional, resulta estructuralmente conflictivo:

- ... después que te has peleado en la Diputación y les haz arrancado un

poco más que siempre es la mitad de lo que esperabas, pues llega la trabajadora social y te dice que hay tres casos más que son muy urgentes y que hay que darles prioridad y entonces, ya sólo quieres irte a tu casa y meterte debajo de la cama. Claro, es el trabajo que tienen que hacer, pero dices algo no está bien porque si se trata de tres casos urgentes como es que no se han detectado antes, por otros canales, pero no y entonces acabas yendo tu a ver si es verdad, y claro que es verdad pero para esto has discutido tres días con todas las trabajadoras... ese es el clima de relación que tenemos y si te parece que es un poco en plan manicomio, pues es así pero es así en todos los otros Ayuntamientos, de por aquí... no ves que hay muchos mayores?

SECRETARIO DE AYUNTAMIENTO

- Nosotros tenemos mucho trabajo en la calle porque visitamos a todos, los que tienen servicio y los que lo han pedido pero no lo tienen para ver si se produce alguna agudización y hay que cambiar el orden, o algo así... pero lo que es más difícil es con la propia corporación porque son siete Ayuntamientos y la mancomunidad está muy exigida por todos pero con los presupuestos de hace tres años, los mismos sin aumentar y esperan que hagamos más con la misma cantidad de dinero y eso no puede ser... y por eso es la mayoría de los problemas y son muchos

TRABAJADORA SOCIAL DE MANCOMUNIDAD

Empresas

Un creciente número de corporaciones locales, así como las propias Diputaciones y/o los Gobiernos Autónomos, contratan con empresas la realización específica del SAD. En cualquier caso quienes mantienen la relación del día a día con estas empresas y sus representantes son los Ayuntamientos o las Mancomunidades que deben acompañar y controlar el trabajo que realizan estas mismas entidades. La vinculación de contractualidad que articula la relación entre quienes desarrollan el servicio y quienes lo representan no es una relación fácil, con independencia del grado de fluidez en la que pueda desarrollarse. Desde la perspectiva de las instituciones locales, la presencia de esta mediación empresarial entre los usuarios o beneficiarios del servicio y la misma institución representa por una parte, la externalización de tareas e incluso, el seguimiento diario de las mismas, pero por otra parte, también trae el déficit de que abre a nuevas fuentes de conflictos cuya resolución implica un nuevo frente de dificultades para los responsables locales del SAD.

En ningún caso se trata de cuestionar la eficacia de estas formas de gestionar el servicio, sino, simplemente, de reconocer que la externalización del mismo si bien resuelve una parte importante de problemas ya que la empresa es la responsable de la calidad y el seguimiento del trabajo realizado, no puede interpretarse por ello que desaparece la totalidad de los aspectos conflictivos que atañen a la misma responsabilidad institucional

- La empresa es la que ejecuta el trabajo, vale.... pero somos nosotros el mismo Ayuntamiento el que debe saber que se está haciendo realmente como se ha acordado y como tienen que hacerse de acuerdo a lo que se ha negociado con ellos mismos. Porque nosotros realizamos seguimiento a través de las trabajadoras sociales y si hay disconformidades nos llegan a nosotros, y somos nosotros los que tenemos que corregir las deficiencias y si hay que cambiar, somos nosotros los que regulamos. Y eso siempre trae problemas porque es algo que puede fallar cualquier día, todos los días, en cualquier momento. Aquí hasta que no llegan las tres de la tarde no sabes si el día se ha cumplimentado correctamente o no. Y cuando llegas a la mañana siempre estás pendiente de que algo haya salido mal el día anterior o ese mismo día. Es un esfuerzo notable el que hacemos todos, a pesar de que la gente no lo vea, claro, y además porque la lista de espera no es solamente una lista virtual sino porque sabes que hay personas que están esperando que les llegue alguna forma de ayuda y eso también trae problemas con la empresa porque hay una licitación, hay un marco de acuerdos, hay un presupuesto y no tienes más, hay demoras en los pagos, no sé, muchos problemas

RESPONSABLE DE SERVICIO SOCIALES DE
AYUNTAMIENTO

- Las relaciones con los Ayuntamientos que trabajamos que son muchos en toda España porque estamos en muchas comunidades, es excelente,

de verdad, para nosotros no hay diferencias de partidos políticos, no hay diferencias por tamaño de ayuntamientos, vamos que nos adaptamos a muchas variantes, lo que pasa es que los problemas surgen en el día a día además de que estamos cada año peleando por los precios porque este mismo estudio, y estoy seguro, va a decir que pagamos poco a las auxiliares, pero eso es porque los Ayuntamiento quieren que cada año atiendas a mayor número de personas dependientes, mayores, etc. pero quieren pagar menos y eso no puede ser. Y eso es lo que no entienden y no entienden que si tienes que atender a quince personas la estructura no es la misma que para treinta porque hay que aumentar los controles y hay que poner más coordinación y que todo eso es trabajo. Y que luego hay gente muy difícil de atender que las auxiliares no quieren, pasan, pasan de la gente conflictiva, de los barrios que son peligrosos y yo no puedo obligar a nadie que vaya a las seis de la mañana a un barrio de drogadictos y delincuentes, todo eso hay que verlo con las administraciones, hay que pelearlo y hay que asumir los problemas

REPRESENTANTE ECPRESA DE SAD

Cooperativas

Estructuras de organización laboral cada vez menos frecuentes dentro de la lógica de expansión de este servicio dado que están siendo reemplazadas por la empresarización del sector. Sin embargo, los problemas vinculados a estas organizaciones son similares a los

expuestos en los párrafos anteriores, para el conjunto de las empresas. Desde las instituciones locales, la relación con las cooperativas, parece revestir la misma línea de dificultades que con empresas u ONGs.

- Nuestra cooperativa es de siete mujeres que trabajamos por todo el Consejo y que lo que queremos ahora es convertirnos en empresa, pero no es fácil. Sabes qué pasa, que trabajamos por aquí por que vivimos en esta zona y entonces lo que pasa es que los viejos que atendemos nos conocen todos y eso dificulta algunas cosas, resuelve otras, pero claro te dicen y ahora que estas porque no me haces tal cosa y me friegas esto y lo otro, porque se creen que eras una cría que va a hacerles un favor y no puedes decirles que no, pero luego el Ayuntamiento se queja de que llegamos tarde a todas partes y que no cumplimos horario y no sé cuántas cosas más. Y a veces llevan razón pero otras no y no siempre decirles que no a todo... es muy lioso esto eh? No te creas...

REPRESENTANTE DE COOPERATIVA DE TRABAJO

Auxiliares

Es el último eslabón de esta compleja cadena de la oferta del SAD, que representa a uno de los agentes más importantes del conjunto del servicio. Dada el protagonismo de su función, es coherente entender que su presencia no puede dejar de ser una de las "áreas" de conflictividad para las instituciones, aún cuando medien empresas que son las responsables directas sobre el hacer

de estos trabajadores. Se trata de la encarnación del llamado "factor humano" más expresivo y más representativo de la lógica del SAD y el que mantiene una forma de relación constante y disciplinado con los usuarios y con el resto del universo beneficiario de cada uno de los diferentes sujetos que son atendidos, ayudados, asistidos.

- Nosotras somos tenidas en cuenta, sí... pero como el último orejón del tarro que dicen en mi tierra. Es que nadie piensa en nosotros salvo para decirte que haces mal las cosas, que tienes que estar en dos lugares a la vez, que tienes que recoger una casa en una hora, sí claro... y además contarles unos cuentos a los viejos para entretenerlos. La trabajadora social que es muy buena chica dice que ellos tienes que inspeccionarnos, a mi eso no me importa, pero que se lo digan a la empresa, que nos controlen el horario en función de la distancia que hay entre las casas que nos dan, que se creen... que somos como de goma que nos estiramos y además te dicen que el señor Alcalde está preocupado porque llegamos tarde, vaya problema ... seguro que el alcalde no duerme...

AUXILIAR DE SAD

-... lo que presenta más problemas? Hombre no es por ellas, pero si hay un sector conflictivo son las auxiliares porque claro, una que no puede venir un día por cualquier cosa que pase, pues te cambia todo el programa de actuaciones y eso es muy duro porque no puedes dejar a ninguno desasistido y hay veces que

no hay gente y que tampoco puedes pedir a las otras que cubran las bajas porque el sueldo es muy pero muy ajustado y entonces, siempre es donde se presentan los principales problemas

COORDINADORA DE SAD

- Para nosotros que las mujeres que trabajan en las casas estén bien, es casi le diría lo más importante porque si en una serranía como esta se va una de las mujeres, cosa que nos ha pasado dos o tres veces, pues ya me dirá Ud. como se la reemplaza de la mañana a la mañana siguiente. Ahora no hay problemas, mas o menos están fijas pero es un sector muy difícil de sujetar, en cuanto pueden se van a residencias o se ponen de fijas en alguna casa de los ricos de la sierra y ahí te quedas...

ALCALDE AYUNTAMIENTO ZONA RURAL

El voluntariado

Aunque se trata de una figura de menor incidencia y - al menos a la luz de esta investigación - un sector que parece ser cada vez más exiguo en su impronta institucional, lo cierto es que aún cumplen funciones importantes dentro de este servicio cuando existen en tanto colectivo activo en el SAD. En algunas CC AA son el factotum que hace las veces de auxiliares y de coordinadores del servicio ya que sus mismas ONGs de pertenencia son las que lo gestionan. En otros casos, se trata de personal de apoyo que realiza funciones complementarias a las que desarrolla el SAD. En el primer

caso, la percepción que existe sobre ellos desde las instituciones locales es similar a la que existe en el caso de empresas y auxiliares en otros sitios. Cuando se trata de trabajos de apoyo al servicio, sus funciones y atribuciones son muy distintas en cada localidad lo que abre a una serie de suspicacias y conflictos para las mismas corporaciones:

- por aquí también están los jóvenes del voluntariado que van a visitan a muchas de las gentes que tenemos en el servicio.

QUE TAREAS DESARROLLAN

- Tareas como tal poco, pero lo que pasa es que a veces suplen a las auxiliares o a las trabajadoras como decimos por aquí que resulta mucho más desordenante que otra cosa. Porque claro, estos son universitarios de Santiago o de La Coruña que resulta que saben las letras porque las han leído y que entonces vienen con que esto no es función de ellos y lo otro tampoco y claro, aquí hemos aprendido a hacer lo que hay que hacer y lo demás son gaitas como decimos por aquí. Los voluntarios, me entiende? Ponen buena voluntad pero creen que las cosas se deben hacer como ellos dicen y eso no puede ser porque aquí es una máquina que tiene que funcionar cada uno con su parte.

RESPONSABLE DE SAD AYUNTAMIENTO

Detrás de todo este universo de diversos colectivos que actúan en relación directa - o mediada - pero en relación y representación al fin de las corporaciones locales,

están los usuarios finales y sus entornos beneficiarios del servicio que representan también a colectivos de interacción, de demanda, de crítica, de expectativas manifiestas y., cuando no, se trata de listas de espera que de forma latente están pendientes de las posibilidades de acción de las instituciones.

X.3.- Las diferentes líneas de dificultades de las corporaciones locales con acuerdo a su tamaño poblacional

De allí que cada tipo de corporación local, cada tipo en función de su tamaño y estructura, va a presentar una serie de dificultades propias que, aunque diferentes no dejan de situarse bajo el denominador común o paraguas de conflictos para la gestión y desarrollo de los servicios sociales en general y del SAD en particular. Por ello resulta ilustrativo hacer un esquemático recorrido por las mas peculiares dificultades con las que se enfrentan los Ayuntamientos y las Mancomunidades de acuerdo al tamaño poblacional ante el cual deben dar respuestas activas a sus poblaciones.

Pequeños Ayuntamientos Rurales: Son característicos de un importante volumen de corporaciones en las Comunidades de Galicia, Asturias y Andalucía en el contacto de nuestra investigación, a pesar de que se los halla en todas las diferentes comunidades autónomas dada la dispersión población de la demografía española. Sus principales señas de identidad en relación con la oferta de servicios sociales - y en particular con la oferta de SAD - es que carecen de suficientes recursos humanos y técnicos para

cubrir con eficacia la diversidad y el crecimiento constante de la demanda de Servicio de Ayuda a Domicilio. Parten de bajos presupuestos por lo que su crecimiento está ahogado entre la ausencia de perfiles profesionales y el hecho de tratarse de estructuras que padecen un estructural endeudamiento que les impide actuar con la lógica del mercado para las necesarias mejoras del servicio. Dependen en su totalidad de las instancias institucionales superiores (Diputaciones, Consejos, Concellos, Consells, etc. o de los mismos gobiernos autónomos) para las financiaciones a las que consideran bajas y sobre todo, que llegan de manera ya crónica tarde y mal lo que tiende a agudizar toda la serie de problemas económicos en los que se encuentran. En este contexto sus trabajadores están desmotivados (bajos sueldos, pagados tardíamente, trabajos poco estimulantes, interlocutores finales poco o nada gratificantes) con el horizonte de un importante incremento de la población dependiente dado el alza de la tasa de envejecimiento y el hecho de los segmentos jóvenes y adultos del entorno de estos mismos mayores y/o dependientes tienden a despoblar estos mismos municipios.-

Ayuntamientos con población inferior a veinte mil habitantes: Proliferan por todo el territorio español, tanto insular como peninsular. En el marco de nuestra investigación han resultado especialmente importantes en las Comunidades Autónomas de Islas Baleares, Madrid, País Vasco y Andalucía. Son, por definición legal dentro del mapa de las administraciones públicas, corporaciones ligadas de forma subordinada a las mismas Diputaciones (o

equivalentes) provinciales. Su situación más notable en relación a los servicios sociales es que existe una creciente demanda, no sólo en relación al SAD sino al conjunto de los servicios sociales de diverso tipo. Padecen a un tiempo el envejecimiento poblacional pero también la despoblación que acude a los centros urbanos en busca de mejores y mayores horizontes vitales. Todos estos aspectos van a repercutir de manera inmediata en la dificultad para contratar y más aún para formar cuadros técnicos vinculados directamente a las especificidades del entorno, a las características de la población e incluso, a las particularidades idiomáticas, especialmente en las Comunidades Autónomas en las que existen lenguas diferentes, sean o no cooficiales. Todas estas dificultades llevan a que, además, resulten muy deficitarios los llamados servicios especializados e incluso, que sean inexistentes. Al conjunto de problemas que han de asumir en el día a día este perfil de corporaciones locales, hay que sumarle el hecho de que se encuentran en un fuerte proceso de descapitalización tanto económica como en todos los aspectos referentes a la falta de estructura específica en el área de los servicios sociales, aunque es, justamente, el ámbito en el que más crece la demanda.

Ayuntamientos con población entre veinte mil y doscientos cincuenta mil habitantes: Este amplio (muy amplio) volumen de ayuntamientos tiene la particularidad de ser entidades sujetas a la coparticipación económica en el área de los servicios sociales, es decir que no sólo se encuentran con la responsabilidad de gestionar tales servicios sino de cofinanciar su realización. Este mayor

protagonismo en los aspectos económicos no es óbice para que muchos de ellos se encuentren también en situaciones de precariedad o dificultades en dicho orden ya que las exigencias de todo tipo a las que deben hacer frente son crecientes en diferentes órdenes de desarrollo territorial. Se trata por tanto, de estructuras organizativas muy endeudadas desde cuyas realidades han de hacer frente a sus compromisos. El envejecimiento de sus poblaciones es también aquí - como en todas las áreas locales - un aspecto que sitúa en un lugar hegemónico las potencialidades del SAD, ya que las demandas hacia el mismo suelen superar las posibilidades de hacer frente por parte de las instituciones y el tipo de segmentos que reclaman la atención del servicio, son aquellos segmentos bajos y medios, menos capacitados para el copago del servicio. En relación a la especificidad de la ejecución del SAD, la mayoría de estos Ayuntamientos subcontrata con empresas y en menor medida - sobre todo los Ayuntamientos más pequeños - con cooperativas, aunque las mismas tienden en directa proporción con su capacidad de desarrollo a iniciar procesos de empresarización muy acusados, o en su defecto, estas mismas cooperativas acaban siendo absorbidas como mano de obra especializada por otras empresas medianas o grandes. La realizada social en al cual se incrustan este perfil de administraciones locales, es el que más provee de realidades sujetas a desestructuración familiar por movilidad de los más jóvenes y por la salida al empleo remunerado de las mujeres adultas del grupo familiar. Galicia, País Vasco, Andalucía e Islas Baleares, son las cuatro autonomías en las que es mayor la importancia de este tipo de corporación local.

Ayuntamientos de más de doscientos cincuenta mil habitantes: Se trata de ciudades en el sentido más estricto del concepto mismo de urbanidad , y en tanto capitales de provincia y núcleos productivos importantes, están presentes en todas las comunidades autónomas en las que trabajamos, aunque en número reducido, por ejemplo en el caso de las Islas Baleares sólo la ciudad de Palma de Mallorca se sitúa en este tramo poblacional; en el caso de Asturias, tan sólo Gijón y Oviedo... Se trata de los llamados grandes ayuntamientos dentro del Estado Español, que dada la cantidad y diversidad de cometidos que asumen y la expectativa de ser punta de lanza de la modernización de la realidad española, son los que representan también, uno de los más altos niveles de endeudamiento dentro del conjunto de las instituciones. Desde sus propios discursos, reconocen que en la actualidad se encuentran en un proceso de alto grado de responsabilización sobre diferentes aspectos del funcionamiento de la vida de sus mismos habitantes (desde la gestión del agua a los servicios sociales, desde las vacaciones de los mayores hasta la inserción laboral juvenil) pero con el handicap de saberse faltos de cuadros y de equipos humanos para acometer la compleja y diversa gama de aspectos que han asumido como parte de sus competencias locales. Las ciudades intermedias, es decir el amplio conjunto de ciudades que se sitúan por sobre los doscientos cincuenta mil habitantes, se hallan en proceso de crecimiento poblacional no sólo por un cierto repunte de la tasa de natalidad, sino porque han sido asentamiento de segmentos migratorios tanto del ámbito internacional como de esos mismos pequeños

enclaves que señalamos en este mismo informe como espacios de despoblamiento integral. Crecimiento poblacional que sin embargo ha de ser percibido en el marco de un profundo cambio en la estructura de las familias que implica una remodelación integral de la cultura de roles y de formas de cuidados frente al tradición estilo de las culturas de género en España. De allí que el crecimiento poblacional, junto a la elevada tasa de envejecimiento y el cambio en la lógica de las formas de integración de las familias españolas, todo ello va a repercutir en el aumento de los sectores que demandan protección desde diferentes formas y niveles de dependencia. Esta realidad es la base de articulación de un volumen de demanda que sostiene y legitima la presencia - ya consolidada y estandarizada - de las empresas privadas en la gestión y ejecución del SAD en estos contextos.

Macroayuntamientos: Dentro de nuestra investigación, el Ayuntamiento de Madrid es el representante de esta nueva realidad, al que sin ninguna duda, habrá que sumar la entidad de Barcelona como otro macroayuntamiento. Se trata de estructuras que por su propia diversidad, dispersión y volumen deben - inexorablemente - fraccionarse en diversas formas de organización a través de distritos, áreas, etc. Se trata de verdaderas ciudades estados como aquellas que alguna vez dieron lugar a la liga hanseática que tanto articuló el desarrollo de la Europa central en el tránsito del medioevo a la revolución industrial. En efecto, la presencia de volúmenes de población que superan al concepto urbano para construir verdaderas metrópolis cambia la dimensión

de las formas de intervención posibles porque cambia substancialmente las demandas de servicios - en todos los órdenes - y la variedad cualitativa de dichas demandas. No se trata por tanto, de incrementar el número de posibles asistencias, ayudas o acciones, sino de flexibilizar le perfil de los mismos de cara a articular nuevas formas posibles de construir la oferta de los mismos. Si bien puede pensarse que es uno de los ámbitos en el que el copago de los servicios tiene mayor presencia, también es verdad que la tendencia a la acumulación de demanda hacia los servicios sociales públicos por parte de los sectores más desfavorecidos es una constante de la que dan buena cuenta las realidades de estas dos entidades municipales. Se trata de ámbitos en los que ya no sólo pueda señalarse que se han externalizado y empresarizado los servicios sociales, sino que la posibilidad de dar respuesta a la creciente demanda implica la presencia de varias empresas y sectores organizados (diversos tipos de ONGs) actuando en la misma línea. Es también, el ámbito en el que la existencia de listas de espera es más numerosa a pesar de que los segmentos medios, medios altos y altos de esas mismas sociedades, tienden a resolver sus necesidades de servicios sociales a través de la oferta privada, que en el contexto actual se encuentra con una importante presencia de mano de obra en las bolsas de trabajo de los segmentos inmigrantes, especialmente en el sector femenino de esa misma inmigración.

Por lo que de manera global, parece necesario concluir que la situación del SAD en el plano articulante del conjunto de los Ayuntamientos y Mancomunidades,

verdaderos protagonistas de este peculiar servicio - a pesar de que seguiremos refiriéndonos a ellos en este informe - se encuentran en una situación de gran dificultad para asumir la necesaria parte de flexibilidad e incluso, de creatividad para hacer frente a la diversidad de la demanda, toda vez que sus responsabilidades en el campo de estos servicios sociales como más aún, en el conjunto de todas las áreas a las que deben hacer frente, les sitúa en una posición muy delicada, cuando no, deficitaria, desde la que no pueden realizar más labor que la que ya gestionan. Las importantes dificultades económicas de muchos de ellos para poder gestionar con holgura y con libertad de movimientos las improntas que el mismo servicio debe afrontar es otra de las características estructurales que parecen limitar su campo de acción, a pesar del evidente esfuerzo que todos los agentes institucionales realizan actualmente para poder cumplimentar con eficacia los requerimientos de esta propuesta.

XI.- EMPRESAS, COOPERATIVAS Y ONGs EN EL TRABAJO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

Se trata de tres tipos de instancias o entidades diferentes en la realización del SAD que presentan perfiles distintos y, sobre todo, horizontes de desarrollos futuros muy disímiles. En efecto, empresas, ONGs y cooperativas, aún cuando en el desarrollo de las funciones pueden llegar a equipararse transversalmente, lo cierto es que sus expectativas futuras son muy notablemente asimétricas. Mientras las empresas son un sector en plena expansión y desarrollo donde la presencia de grandes y potentes estructuras empresariales en muchas de sus realidades, tiende a expandirse no sólo sobre el mapa de España, sino incluso en el resto de la Unión Europea, las ONGs atraviesan actualmente un momento de importante replanteamiento de sus funciones y sus líneas de actuación, no sólo en el plano del quehacer en los servicios sociales sino, incluso, en el conjunto de sus actuaciones territoriales locales. Por su parte, las cooperativas que en algunas zonas han desarrollado un importante papel articulador del servicio pero sobre todo, han aparecido como una importante propuesta de generación de empleo remunerado para mujeres (mayoritariamente adultas) que no hubieran podido insertarse en el mercado de trabajo por otras vías dada

su inespecífica cualificación y sus limitaciones horarias, esas mismas cooperativas, se han empresarizado o han sido absorbidas como mano de obra por otras entidades empresariales del sector.

XI.1.- Las empresas en la oferta del SAD

Se trata de uno de los segmentos en los que ha sido más compleja, difícil, y en algunos casos hasta imposible, la conexión directa con ellas. Los representantes de las importantes empresas del mundo de los servicios sociales resultan ser ejecutivos muy exigidos por el desarrollo de sus funciones y no ha resultado fácil poder establecer encuentros para entrevistas, a pesar de la dimensión institucional de la presente investigación.

Se trata de empresas que mayoritariamente parecen corresponder a estructuras medias y grandes, cuyo desarrollo viene gestándose en los últimos quince o diez años, para las que la línea de crecimiento está vinculada directamente a la expansión por diferentes comunidades autónomas, compitiendo ante las diversas demandas de los Ayuntamientos y Mancomunidades y el hecho de que, algunas de ellas, ya se han insertado en el servicio de otros países de la Unión Europea. La casi totalidad de estas empresas parece haber diversificado el tipo de oferta de servicios, y crecientemente, incorporan productos como parte de su oferta. Además del servicio de atención domiciliaria, realizado mayoritariamente por mujeres, algunas de estas empresas ofrecen servicio de catering alimenticio, servicio de lavandería, transporte de

personas a centros de día, préstamo o alquiler de equipos diversos de ayuda (grúas; sillas de ruedas, camas especiales, etc.

- Las personas mayores, así como las personas que tienen alguna minusvalía por ejemplo, necesitan cuidados de otras personas pero necesitan también de los adelantos tecnológicos que están desarrollándose en el área de los cuidados. Son muchos y muy variados, por ejemplo, el típico caso de las grúas para ayudar a una persona de peso o de tamaño no estándar a incorporarse y acostarse en su cama, o que necesitan camas especiales durante un tiempo sea corto o largo, o tienen que tener sistemas de localización constante porque se corre el riesgo de extravío, no sé cada día hay más y mejores productos que ayudan a una mejor atención y no solamente el cuidado que pueda darles una persona. Nosotros estamos cada día incorporando más productos. De hecho hay ferias en diferentes lugares del mundo en la que se presentan novedades sobre esta línea de trabajo y nosotros no dudamos en adquirirlas si pensamos que pueden ayudar a las auxiliares a dar un mejor servicio o si pueden ser beneficiosas para los usuarios de SAD

REPRESENTAN DE RGAN EMPRESA DE SAD

La ausencia de pequeñas estructuras empresariales dentro del sector, se comprenderá fácilmente a la luz de estas constantes innovaciones que se incorporan al servicio y que pasan a ser pautas necesarias de la identidad dentro del sector. Ya no se trata tan sólo de una línea de actuaciones personales, del trabajo que puedan realizar

quienes trabajan en esta área, sino de productos y calidad del servicio que para cubrir con eficiencia dichos servicios, demandan importantes inversiones cuya rentabilidad pide más que un uso intensivo, una explotación extensiva de los mismos.

- ... no sé como se lo montan otras empresas, no sé si hacen cálculos económicos. Nosotros por la dimensión de nuestra empresa tenemos que hacerlos porque estas inversiones son realmente muy importantes, entonces si vas a comprar unas grúas nuevas que son mejores, con más tecnología y más facilidad de uso, tienes que hacer un cálculo de amortización y decidir si te compensa o no, acceder a ellas, es una empresa que aunque se dedique a los servicios, no deja de ser una empresa y tiene que ser rentable para poder seguir adelante, para que siga siendo una fuente de trabajo, entre otras cosas...

*REPRESENTANTE DE EMPRESA MEDIANA
DENTRO DEL SECTOR SAD*

Pero junto a la importancia, verdaderamente creciente de los productos que se incorporan, está también la necesidad de desarrollar líneas de servicios en redes con capacidad de extensión constante, ya que es justamente, el desarrollo en red, el que garantiza la implantación de líneas de actuación a escala macro, o tendiente a macro, en las que se apoya la rentabilidad de este sector. Doble desarrollo en red que señala, por una parte, la importancia de lograr una cada vez mayor extensión territorial por diferentes Ayuntamientos, Mancomunidades

y Comunidades Autónomas, pero también una mayor línea de especialización en los trabajos para poder realizar ofertas de mayor especialización y mayor operatividad en el conjunto:

- Nosotros tendemos, cada vez más a acercarnos al modelo noreuropeo en el que no hay una persona que por ser persona, mejor debería decir que por ser mujer puede hacerlo todo. Creemos que hay que intentar la especialización tanto de los cuidados personales como en relación a las casas y las necesidades de logística. Me explico: lo que queremos es tener un ejército de mujeres cualificadas que hagan el cuidado de la persona, vale, pero también un ejército de manicuras y de peluqueras y de pedicuras y de especialistas en alimentación y en rehabilitación y en salidas culturales porque creemos que el SAD irá en crecimiento y que habrá que ofrecer propuestas alternativas a la casa. Sale más barato tener un autocar y llevar a los dependientes a ver una obra de teatro, o incluso, mira lo que te digo, montarles para ellos una obra de teatro, no digamos una película que quieran ver, antes que tener que darles más medicamentos de los que ya toman. La administración si realmente quiere desarrollar un buen SAD tendrá que ir en esta línea de mantener vivo al mayor, al dependiente y para eso necesita un ejército de personas cualificadas en cada área, en cada tema, y nosotros queremos ser los primeros en ofrecer ese ejército...

RESPONSABLE DE GRAN EMPRESA DEL
SECTOR SAD

XI.1. 2.- La autopercepción de las empresas de SAD

En el marco de esta compleja realidad en la que se encuentran las empresas del sector SAD, resulta de gran importancia, porque ayuda al esclarecimiento de sus actuales circunstancias, el hecho de la misma autopercepción que exhiben las empresas del sector. De forma similar a cómo expusimos en el anterior capítulo las circunstancias de los Ayuntamientos y Mancomunidades, exponemos a continuación las principales líneas de caracterización que realizan los discursos provenientes de las mismas empresas.

Por una parte, el conjunto de las empresas consultadas, - y probablemente la totalidad de ellas - se encuentran en la difícil articulación de ser la mediación entre dos grandes sectores diferentes como son, por una parte, el conjunto de las diversas áreas institucionales que se proyectan como clientes del servicio (el Estado mismo, los gobiernos autónomos, las diputaciones, los ayuntamientos, las mancomunidades...) y por otro, la amplia, diversa y compleja red de profesionales y empleados que conforma la red de materialización de sus servicios, sin olvidar, en ningún caso la importancia estratégica de los usuarios del SAD y los contextos de estos mismos usuarios, familias y entornos directos que son, también ellos receptores, preceptores y opinantes de los trabajos realizados.

- ... lo que no podemos olvidar es que los que deberían ser nuestros clientes finales, los que realmente

deben valorar nuestro trabajo son los que se sitúan casi al final de nuestros problemas... es así, aunque parezca menospreciarlos, de ninguna manera. Pero APRA nosotros las instituciones con las que finalmente llegamos a un acuerdo a través de contratos públicos, siempre públicos, esos son nuestros clientes pero si quien demanda es un Ayuntamiento detrás está la Diputación y sus criterios, y detrás de la Diputación pues está el Gobierno de turno, de un signo u otro político, eso es lo de menos, de verdad, y además si está en el Plan Concertado, pues también está el Estado o el Ministerio que toque... es que es mucho, no te creas... y resulta que luego tienes toda la estructura de la empresa, desde el Presidente de la Compañía que quiere resultados, el director, el gerente, la junta accionarial, pero los directores, las coordinadoras, las otras coordinadoras, las trabajadoras, los sindicatos... es que no te haces una idea de lo que es este sector, no es nada fácil todo lo que hay aquí metido

RESPONSABLE DE SAD DE GRAN EMPRESA

- La variedad de alteraciones que tenemos a diario, es mucha. No puede ser de otra forma porque aquí desde que te llama la Diputación, al responsable de servicios sociales de tal Ayuntamiento, la Mancomunidad tal, vamos, es todos los días, pero luego la coordinadora de área, la gerente de tal, la hermana de un señor mayor que estás cuidando y que te dice que tal cosa, que.... se lo lleva de vacaciones y que suspende el servicio una semana, o peor, tres

días y te lo avisa la tarde antes, y tienes que cambiar todo el circuito de una o dos trabajadoras por este hecho Es verdad, es como jugar al ajedrez múltiple todos los días

*RESPONSABLE DE EMPRESA MEDIANA
SECTOR SAD*

El conjunto de instituciones que se proyectan como clientes de las empresas del sector, presionan de manera constante - al decir de los representantes de las propias empresas - en diversas líneas de demanda:

Mayor calidad: Aspecto que tiende a ser una de las prioridades en la construcción de las demandas institucionales, materializada a través de los correspondientes pliegos de condiciones de los concursos públicos y que se diversifica en un complejo entramado de mejoras en el servicio, en el perfil de los operadores del mismo, en la línea de productos que se ofrecen para una mayor posibilidad de eficacia y que el conjunto de las empresas reconoce como una presión por parte de las instituciones, pero también como un desafío de su propia búsqueda de mejora

- ... no siempre aciertas con lo que te piden en calidad, es verdad sin embargo, que AENOR está por poner en marcha toda una serie de características de control a través de las normativas de calidad, pero ha sido un tema conflictivo pero también un impulso... verás... nosotros hemos desarrollado en estos años mecanismos de control de nuestro propio seguimiento y le hemos facilitado a la propia

administración, a las mancomunidades a las diputaciones, rejillas de seguimiento de nuestro propio hacer... que yo muchas veces les digo, a ver qué proveedores vuestros os facilitan también los mecanismos para que les controléis, nadie, solo nosotros, pero eso es bueno porque es muy estimulante y así tiene que ser para todos. La calidad no nos asusta y no estoy fardando, hemos decidido hacer una gran empresa y tenemos posibilidades de hacerlo y aceptamos el reto de la administración porque además los que dan el veredicto último son los usuarios del servicio...

RESPONSABLE SAD DE GRAN EMPRESA

- ... nunca hemos tenido problemas con el tema de la calidad que ya sabes que es el caballito de batalla de los servicios, estamos preparados para todas las ISOS que haga falta y creo que es bueno, aunque nos quejemos, es bueno que la administración exija, esto lo dicen todos en el sector pero pocas empresas y la nuestra entre ellas está preparada para decir tengo calificación en calidad.

REPRESENTANTE MEDIANA EMPRESA SAD

Aumento del servicio: Aumento que se refiere tanto a la cantidad (de personas a las cuales llegar con la oferta de atención) y aumento de las prestaciones que se ofrecen. Muchas veces, las empresas interpretan que la demanda de las instituciones abre a una tercera variante como mejoramiento de la calidad y aumento de las

prestaciones, como es la de realizar el servicio en menor cantidad de tiempo, para poder atender nuevas necesidades de otros usuarios potenciales. El aumento del servicio es - como ya señalamos en párrafos anteriores - una de las grandes expectativas por parte de las empresas, ya que en dicho crecimiento está la potencialidad de sus respectivas rentabilidad. Más personas atendidas, ha de repercutir en un crecimiento por sobre los gastos que representa la posibilidad de hacer más rentable la totalidad del esfuerzo empresarial. Pero este mismo criterio en el que sin ninguna duda coinciden, empresas e instituciones de diverso rango, es considerado - de manera explícita - desde dos ópticas diferentes: para las instituciones significa la posibilidad de cumplir con más extensión del servicio y en muchos casos aligerar densas listas de espera ...

-... nosotros sabemos de las limitaciones presupuestarias que tenemos, claro que sí, pero eso no nos puede hacer diferenciar entre vecinos que tienen las mismas necesidades porque eso no se puede hacer y es lo que la empresa a veces no comprende. Es que si yo a una vecina que tiene casi noventa años no le atiendo porque la empresa me dice que tiene cubierto el número de horas para este distrito, que vaya a lista de espera y que el próximo concurso lo revisamos, yo no puedo decirle eso a la señora, porque es bastante probable que no llegue al próximo concurso y que mientras tanto estoy atendiendo a un señor de setenta que está fenomenal y que seguro tiene tanto derecho como la otra... que hay que hacer en esos caso? Pues repartir el servicio y

tratar de atender a los dos como se pueda, por lo menos intentarlo y eso es el principal escollo diría yo...

RESPONSABLE DE SERVICIOS SOCIALES DE AYUNTAMIENTO

... para las empresas es querer aprovechar de su capacidad de absorción por encima de los pactos y acuerdos situados en el marco de los concursos de asistencia. La ausencia de previsión por parte de la administración - en cualquiera de sus instancias - es una de las líneas argumentales más repetidas dentro del ámbito de las empresas del sector, como sintetiza la cita siguiente:

- ... Lo que pasa es que la administración no se quiere enterar que las auxiliares no pueden estar en dos lugares al mismo tiempo y que la ubicuidad no la controla nadie todavía. Otra cosa es que en atención personalizada lo que les parece es que hay que ir, coger al mayor asearle, darle de comer y ala te marchas.... y no es así, hay que darle conversación hay que ocuparse de él hay que atenderle con tiempo que no es un fardo... y la administración esas cosas no las entiende y lo que quieren es que por lo que pagan de hora que es muy poco, muy poco, en Madrid están pagando el Ayuntamiento casi un 27 % más que absorbamos toda la demanda . Si ya les dijimos estos servicios en cuanto se ponen en marcha crecen como la espuma porque los quiere todo el mundo y porque la vejez también crece y hay más mayores todos los días, la tercera edad está en aumento y entonces hay que hacer previsiones de demanda durante el

año pero ellos no lo ven porque no pueden hacer frente, entonces así estamos

REPRESENTANTE DE EMPRESA SECTOR SAD

Diversificación de oferta: es otra de las demandas institucionales que las empresas han hecho propias y en la que actualmente están trabajando como forma de construcción de ofertas de cara a la diversificación. Pero una vez más, parece darse la situación paradójica según la cual la demanda de las instituciones es la que posibilita la apertura a nuevas formas de propuestas de trabajo y ofertas de servicios, pero es también, la que impide o limita las potencialidades de las nuevas propuestas:

- Las mancomunidades, creo yo, al menos desde que estoy en este puesto de dirección, as mancomunidades que están en los servicios sociales son las más dadas a estar abiertas a cosas nuevas y a exigirte que les llesves novedades de todos tipo, de servicio, de producto, de todo tipo. Pero después es la administración la que plantea las bases, concretamente la Diputación y mira por donde son los que se ponen más rígidos y dicen que para qué innovar si siempre les ha ido bien así. Pero de verdad, hace unos días una funcionaria de mesa de contratación me dice, es que toda la vida se ha hecho así, pues vaya vida más corta que tiene Ud. porque el es SAD en esta provincia no tiene ni veinte años, o sea que eso de toda la vida, pero es muy ejemplar de cómo es la administración. Por una parte quieren que les hagas quedar como a

reyes y por otra parte no quieren que muevas una coma porque entonces igual hasta tienen que trabajar, mira lo que te digo

RESPONSABLE EMPRESA MEDIANA SAD

... tal vez lo inevitable es que en cada caso hay que negociar por que entre lo que dicen que quieren y lo que después de verdad están dispuestos a cambiar en sus mismas formulas de trabajo, hay mucha distancia. Yo llevo muchos años en relaciones con la administración, nosotras comenzamos siendo una cooperativa de uno de los pueblos de esta zona, antes de que hubiera la mancomunidad y entonces, he lidiado con los políticos y con los funcionarios toda la vida. Son dos tribus distintas y el problema es que se temen mutuamente y en medio están las empresas como la nuestra que sabe de este oficio, somos todas mujeres, llevamos muchos años en el sector y estamos abiertas a todos los cambios que hay que ir haciendo. Y cuando hablas con ellos lo primero es, tenéis que traernos ideas y productos nuevos y tal y después, no mira el pliego de este año va a ser como el anterior porque ya está rodado porque entonces no tiene que pasar por el pleno de los Ayuntamientos y lo sacamos antes, por esto o por lo otro, hace tres años que solo se retocan fechas y este año el presupuesto que ya era de escándalo

REPRESENTANTE EMPRESA MEDIANA SAD

Sin ninguna duda, la diversificación de la oferta es una tarea que deberán asumir no sólo las empresas sino las mismas instituciones de cara a ofertar un tipo de servicio más eficaz, más cercano a las necesidades reales de las personas y sus entornos y de cara a poder realizar una mejor adecuación en el complejo campo de la casuística de las demandas que difícilmente puedan sintetizarse en los dos grandes universos actualmente diferenciados: ayuda personal y ayuda doméstica. Lo que interesa en este apartado es destacar - desde la propia elocución discursiva de las empresas del sector que han sido entrevistadas - hasta qué punto esta demanda es una realidad ineludible de su diálogo con las instituciones, pero también cómo esta demanda, se inscribe en un doble mensaje de avance y retroceso, el cual a su vez, se articula en el seno de una compleja red de mensajes y contramensajes que llegan desde el mismo ámbito institucional

- ... lo que más se aprende trabajando con la administración es a no hacerle caso a la administración. Cada uno dice algo diferente y cuando vengan los cambios de gobierno que vendrán en tres años o en ocho porque debe ser así, pues será todo diferente y cada uno te lo cuenta como si hubieras llegados a Finisterre de la administración

REPRESENTANTE EMPRESA SAD

Crecimiento: También aquí se trata de un concepto que articula el doble sentido de mayor calidad en el tipo de prestaciones, en la diversidad de personal de servicios

pero también en lo que respecta a las potencialidades de las empresas que al lograr ser más fuertes, más numerosa en trabajadores, en definitiva más poderosa, podrá situarse en el ámbito de las grandes empresas dentro del sector, lo que acaba ayudando por su propia dimensión a que se disimulen las fallas y retrasos de la administración en lo que respecta a financiación, posibilidades de cobertura, eliminación de listas de espera, etc.

- sí, si éramos una cooperativa y nos hicimos empresa porque la administración nos pidió que creciéramos que fuéramos más gente, más trabajo, más todo porque claro entonces la que pide el crédito es la empresa y no la Mancomunidad o el Ayuntamiento y por eso la administración quiere que todas las empresas que trabajan para ella sean realmente fuertes y puedan resolver en los bancos lo que no pueden ellas.

PERO ES UNA INTERPRETACIÓN SUYA O LO HAN DECLARADO ASI

- Vamos no lo dicen pero si lo dicen. Si tu eres EULEM o alguna de estas poderosas, no tienes problema con que falte una trabajadora un día o dos, porque siempre tienes forma de sustituirla, a nosotros por ejemplo, nos hace polvo, que falle una de las auxiliares no nos da respiro porque somos muy pocas

REPRESENTANTE MEDIANA EMPRESA SAD

Formación: otro de los aspectos cruciales de la actual demanda desde la administración hacia las empresas. El

perfil formativo de sus trabajadores/as es uno de los aspectos que más se ha negociado y se está negociando entre las empresas, la administración y los sindicatos. En algunas CCAA existen ya estipulaciones muy precisas que caracterizan el perfil de formación que habrá de tener las auxiliares para poder cubrir diversas exigencias de labores. En otras comunidades se está en proceso de reestructuración entre las tres instancias. En cualquier caso, se trata de un sector que reconoce la importancia de la formación continua...

- Continua... la formación en este sector debería ser continua porque cada muy pocos meses se desarrollan productos nuevos que habrá que aprender a implementar, hay nuevas formas de cuidado de las personas que también, hay incluso hasta teorías diferentes con respecto a las personas dependientes y eso pide un esfuerzo de formación. Pero ahí viene la pregunta ¿quién hace el esfuerzo? La trabajadora? La empresa? La administración? Los sindicatos? Quién? Esa es la pregunta que en esta comunidad al menos atenaza todo, hay que desbloquear este punto para ver como y cuánto se avanza, que por ahora no se ha logrado

TRABAJADORA, DELEGADA SINDICAL SAD

- La administración ha descubierto una nueva forma de presionar a las empresas que es la formación para cubrir el servicio y estamos todos de acuerdo, pero entonces que ponga titulaciones, que absorba la formación la propia administración, las comunidades autónomas...

Cataluña ya tiene una diplomatura en este perfil y las otras? Para cuando? Por que lo que no pretenderá la administración es que paguemos las empresas la formación de los trabajadores, lo lógico es que ya lleguen formados y nosotros los contrataremos pero no les podemos formar, porque tienen que trabajar si no esto se convierte en una Fundación y no en una empresa. Es un tema que estamos en plena gresca con los sindicatos también

REPRESENTANTE DE GRAN EMPRESA SAD

Profesionalización del sector: En directa relación con las expectativas que llegan desde las instancias administrativas en relación con la formación, la profesionalización del sector es una de las propuestas más integrales que afectan al conjunto de las empresas, concientes de su papel hegemónico de cara al futuro de este servicio. La potencialidad de la profesionalización de las trabajadoras a través de titulaciones otorgadas por la vía educativa de las Comunidades Autónomas, implica la posibilidad de acceder a un caudal de mano de obra cualificada que rompa el actual mapa de perfiles laborales de las empresas en las cuales, los cargos directivos y de coordinación están en manos de españoles mientras que las trabajadoras de hogar o auxiliares son, mayoritariamente inmigrantes. Profesionalizar el sector de los servicios cuya horizonte ha de ser el crecimiento, sin lugar a duda, es una de las propuestas que pesan sobre las empresas, profesionalización que habrá de tener también como ingrediente, la necesaria diversificación y por lo tanto, el crecimiento, como criterios certeros para el conjunto de las empresas.

- Es algo que se espera desde hace mucho y que en la asociación de las empresas del sector, en la última reunión hemos conversado detalladamente. Este gobierno además, era evidente que tenía que poner en marcha mecanismos de apresuramiento APRA profesionalizar este sector. Si realmente quieren sacar adelante una nueva ley de la dependencia, desde luego, faltan muchos profesionales para hacerlo relativamente bien porque no alcanza con hacer buenas o malas políticas, lo importante es como se gestiona y esa gestión es la que no da protagonismo, un protagonismo que aunque quieren que tengamos junto a las cooperativas, que por cierto cada vez quedan menos o menos aún, junto a las ONGs es imposible porque los profesionales de cualquier tipo y de todos los niveles, lo que quieren es ir a las empresas a hacer carreras y es muy lógico que sea así, ni voluntariado ni leches, hay que dar el protagonismo de los servicios a las empresas... hace años que lo venimos diciendo

REPRESENTANTE GRAN EMPRESA DEL SAD

En el otro extremo de las demandas y exigencias a las que se saben sometidas la diversidad de empresas del sector, se encuentra el conjunto de profesionales, cuadros medios y trabajadores que forman parte de sus mismas identidades. Cuadro tan diverso y complejo, que en la búsqueda de conexión con diferentes interlocutores tras el objetivo central de nuestra investigación EL ESTADO ACTUAL DEL SAD, hemos comprobado que verdaderamente forman

parte del cuadro de exigencias hacia las mismas estructuras empresariales, siendo parte de ellas.

Los profesionales y cuadros medios, reconocen la importancia de este sector en pleno desarrollo y entienden que el crecimiento de los servicios sociales, ha de pasar por el crecimiento y la capacidad de diversificación de las mismas empresas. De allí que en la lógica de los directivos altos y medios, las potencialidades de desarrollo dentro del sector de este perfil de servicios, habrá de pasar, inexorablemente, por cinco factores que a pesar de tener que crecer de forma conjunta son los siguientes:

Crecimiento: En la capacidad por atender nuevas demandas dentro de los colectivos ya estipulados, mayores, personas discapacitadas y familias pero que habrá de lograr crecer hacia nuevos sectores y nuevos tipos de servicios con un importante desarrollo de profesionales de diversos perfiles que sena capaces de dotar de mayor protagonismos a las mismas estructuras empresariales:

- ... queda mucho por hacer. Esto no ha hecho más que empezar porque en este país no se conocen los servicios sociales y no se ha potencializado, lógicamente, una demanda a la altura de las posibilidades de este sector. No lo puedes hacer, desde luego. Hasta tanto no exista una estructura realmente fuerte no puedes darle vuelo a los servicios sociales. Y ese vuelo dependerá de cómo seamos capaces de crecer las empresas en cantidad, en calidad pero sobre todo

*en flexibilidad de diferentes tipos
y grados de servicio*

*REPRESENTANTE SAD EMPRESA GRAN
TAMAÑO*

Diversificación: es otra de las puntas de lanzas que los representantes de las empresas esgrimen de forma continua. Más allá de los colectivos ya señalados y actualmente situados en posición estratégica para ser receptores usuarios de los servicios estandarizados que actualmente se ofrecen, existe toda otra gama de servicios más complejos, pero también más parciales, más vinculados a los hogares pero también a los centros de trabajo, a quienes se encuentran en situación de conflictividad pero plausibles de ser extendidos a otros grupos sociales, que están dispuestos a sufragar de manera íntegra la posibilidad de acceso a muchos y nuevos servicios.

- en otros países tienes servicio de canguros para que los padres vayan al cine, tienes un equipo de jóvenes que porque están estudiando les interesa trabajar unas pocas horas a la semana y tu con esas horas puedes dar un servicio que alguien esté dispuesto a pagar. De hecho en España la existencia de las canguros espontáneas, vecinillas o primillas, o hermanos mismos... pues eso debe transformarse en un servicio social. Con os animales pasa otro tanto, Desde lo que se hace en algunos países europeos de los paseantes de perros, por ejemplo. Es decir para crecer y diversificar hay cantidad de posibilidades, lo que falta es tener estructura para ello. Una vez

que la tienes lanzas el servicio y funciona por sí mismo siempre que haya una empresa seria detrás que te garantice calidad y control.

*REPRESENTANTE DE MEDIANA EMPRESA
SECTOR SAD*

Ampliación: Si no existen recursos humanos no podrá realizarse el crecimiento y la diversificación y ello exige una gran flexibilidad de las pautas de contratación así como la voluntad de ser muy exigentes en todas las escalas del desarrollo de las empresas, desde los directivos más altos, hasta los trabajadores de más bajo escalafón.

- se trata de una de las tendencias más notables del mercado, es que cada vez más tus productos verdaderos son intangibles. Son compañía, son acompañamiento, son conversaciones, son ayudar a la gente a que esté menos sola y eso no lo resuelve un aparato de televisión. Y además tiene que ser una propuesta mixta que teniendo la garantía del estado del Bienestar, pueda ser desarrollada por empresas privadas en un compromiso de ambos para gestionar bien nuevos servicios

EJECUTIVO DE EMPRESA MEDIA DE SAD

Internacionalización: Ya no se trata tan sólo de crecer en las diversas comunidades autónomas de España sino de alcanzar nuevas metas en Europa, pero también en América Latina donde se cuenta con importantes núcleos de mano de obra y algunas empresas están pensando en la importancia

de los servicios de Ayuda a Domicilio en Estados Unidos y en China, Japón...

... Estos servicios sociales los necesitan todos y lo importante es saber cómo llegar a los amplios segmentos que los demandan. Por España ya se han extendido a todas las Comunidades Autónomas. Vale, pero también está Europa con una demanda creciente en todos los países. En Estados Unidos hay que desarrollar nuevas fuentes de crecimiento en éstas líneas y la empresa está pensando en el mercado chino que por muy poco porcentaje de personas que puedan acceder actualmente, ya estamos pensando en un volumen que puede triplicar al español. Eso no se logra de un día APRA el otro, pero hay que diseñarlo...

REPRESENTANTE GRAN EMPRESA DEL
SECTOR SAD

Desarrollo de nuevos productos: Lo que resulta convergente con la búsqueda de nuevos servicios que han de extenderse de manera conjunta. De la misma forma que se ha incrementado la existencia de productos para facilitar la vida y la autonomía de las personas mayores, de igual manera ha como se han desarrollado productos de control y de contacto con los niños, la gama de diversificaciones de productos para el cuidado y desarrollo de personas en situación de dependencia es otro de los focos de crecimiento de productos que son inmediatamente absorbidos por las empresas del sector para ofrecer un mayor y mejor tipo de producto final en sus prestaciones.

- ... cada vez son más las empresas que se lanzan a diseñar productos para situaciones y para personas no estándar, como las grúas, como los nuevos servicios de ducha, los soportes para subir y bajar escaleras sentados, las bañeras infantiles, los vasos que no vuelcan el líquido, no sé ... hay cantidad de cosas. Hay locales especializados en este tipo de productos pero que no viven de vender a los particulares sino a las empresas como nosotros. Es más en nuestra empresa se está pensando abrir una división específica para desarrollar nuevos productos. Sillas que se hagan cama y viceversa, camas con mandos integrados de teléfono, tv. Internet... todo, cada vez se hacen más y mejor

REPRESENTANTE GRAN EMPRESA SAD

Por debajo del optimismo creciente de estos cuadros directivos, altos y medios, se haya un segundo nivel de trabajadores cuyas demandas a las empresas representan uno de los focos de conflictividad más importante de los actuales momentos. Se trata de la masa de trabajadores o auxiliares de hogar que son los que en las actuales circunstancias están realizando tanto el servicio como tal, la representación de la empresa y de la corporación local en cuyo nombre realizan el servicio de ayuda y son, sobre todo, quienes están aportando la base de la rentabilidad que buscan y a la que aspiran las diversas empresas del sector. En este orden de relaciones, las demandas más señaladas por este colectivo hacia las empresas son:

Mejores ingresos: Factor en el que se concentran gran parte de la actual conflictividad transversal entre las instituciones y las empresas, entre éstas y sus trabajadores y que es uno de los aspectos centrales para resolver en muchas de las CC As de España, toda vez que el precio lo proponen las mismas entidades administrativas de ámbito autonómico. La demanda de mejores ingresos es una realidad que ya ha alcanzado algunos focos de conflictividad laboral importante, con huelgas y despidos en País Vasco, Baleares, etc. y que se sitúa como la prioridad N° 1 para el conjunto de estos trabajadores.

- *Lo que nos pagan a las que trabajamos de verdad que tenemos que cumplir los horarios, correr de una casa a la otra, darle conversación a todo el mundo, hacer cosas que no están estipuladas peque muchas veces si llegas a una casa y te encuentras que en la noche se les ha quemado un cazo, tienes que fregarlo aunque estés allí para levantar a la persona y asearla, ¿me entiendes? Hay muchas cosas que no son tus trabajos pero que igual hay que hacerlo... si te encuentras con una persona deprimida hay que sentarse a darle conversación no puedes ponerte hablar desde la cocina o desde el baño...*

AUXILIAR DE SAD

Detrás, pero muy cerca de la demanda de más y mejores ingresos, las auxiliares de SAD - son mayoritariamente mujeres en altos porcentajes de incidencia sobre el total -, reclaman también ...

Fijación domiciliaria: Ya que los cambios de domicilios de usuarios representa para ellas una constante reubicación en nuevas casas, nuevas realidades, nuevas tareas y sobre todo, nuevos interlocutores y nuevas formas de transferencia de la afectividad.

Pago de dietas: Que en muchos casos no están contemplados e implican una merma importante en la rentabilización de sus trabajos, especialmente cuando se trata de realizar recorridos de varios kilómetros en zonas rurales o áreas poco pobladas. En las que no sólo muchas veces, pagan ellas la gasolina sino que, además, deben afrontar el desgaste de sus propios vehículos.

Formación titulación reglada: Es la línea en la que más trabajan los sindicatos y en donde cuentan con un importante sector de estas trabajadoras. Se trata de un factor conflictivo porque si bien todas las instancias parecen coincidir en la importancia de este factor formalizante, lo cierto es que esa misma medida atentaría contra la fuente de trabajo de otra parte del sector que está representado por aquellas mujeres sin cualificar, sin tiempo real de adquirir titulaciones y que de generalizarse la medida quedarían sin una fuente de ingresos que - aunque poco motivante - es a la que acceden en las actuales circunstancias. La presencia de muchas mujeres inmigrantes provenientes de los países de América Latina y Europa del este principalmente, es una constante en muchas de las comunidades en las que realizamos esta investigación, y especialmente en el desarrollo de estos trabajos en las áreas urbanas y metropolitanas.

Reciclaje: otras de las demandas de este sector, vinculado directamente a la necesaria contención de un tipo de trabajo muy expuesto a las realidades emocionales depresivas de los mayores, las personas discapacitadas y cuando no, la violencia de la realidad de familias en procesos de desestructuración. Por lo que en el complejo de todas estos colectivos de demandas hacia las empresas, desde las instituciones a los trabajadores o auxiliares ejecutantes del servicio, pasando por sus propias demandas internas de mejora integral del servicio, los sindicatos, las asociaciones de trabajadores, etc. componen un cuadro de importantes presiones sobre el conjunto y la diversidad de las estructuras empresariales. Además, existe un listado de aspectos logísticos que hacen al conjunto de responsabilidades empresariales y que no consta en las conversaciones, pero son aquellas que emergen de la misma realidad empresarial: presiones impositivas, comités de empresas... más la amplia y compleja y diversa existencia de normativas autonómicas que como señala la cita siguiente, representa una constante diversificación de las formas y los contenidos de los trabajos.

- *España es que es un buen entrenamiento para el salto internacional, porque en España tu trabajas con diecisiete países diferentes, cada cual con sus normas, más todas las otras reglamentaciones de las diputaciones y luego el Ayuntamiento. Lo de menos son los usuarios de SAD*

REPRESENTANTE DE EMPRESA SAD

XI.2.- Las ONGs en la oferta del SAD

Luego del auge que significaron en la década de los años noventa en España, pero también en todos los otros países del área desarrollada, las ONGs parecen haber perdido aquél fuelle de potencialidad que tendía a anunciar una nueva forma globalizadora de participación en la realidad social, política, cultural y económica del planeta. En el área específica de los servicios sociales, la presencia de algunas ONGs muy significadas históricamente con sus actuaciones en esta realidad, han sido desplazadas, de manera paulatina, por el desarrollo y empuje de las empresas - principalmente las más grandes pero también las consideradas medianas - en muchas de las áreas o territorios en los que tradicionalmente eran el principal soporte ejecutor. En algunas Autonomías siguen siendo un factor de gran importancia dado el desarrollo de algunos proyectos que llevan a cabo en vinculación directa con los Ayuntamientos, las Mancomunidades y las Diputaciones o sus equivalentes: los Consejos, los Consells, etc. Sin embargo, a pesar de su actual presencia en ciertas zonas autonómicas, es indudable la retirada a un segundo planos de las ONGs frente al protagonismo de las empresas y, aunque en menor medida, también de las cooperativas. Dos factores contribuyen a ello:

Se encuentran en un momento de gran conflictividad frente al reclutamiento de voluntariado, aspecto que les otorgó una gran fortaleza en la pasada década:

- ... el problema de todas las ONGs, a lo mejor las católicas menos, no

sé ... pero también, el problema es que no hay voluntariado. Hace unos años teníamos colas de gente que quería apuntarse, los jóvenes sobre todo, pero ahora, de eso nada... Y lo voluntarios que se dan lo que les interesa es Greenpeace, les interesa ACNUR, las de derechos Humanos. Vamos que un voluntario hoy, lo que realmente quiere es que le pongan en una sodiak, le manden al mar del norte a pelearse con los pozos petrolíferos, luego hay mucho cuento y mucho héroe de cartón, claro... pero desde luego te aseguro que voluntarios para ir a cuidar viejos, eso sí que no hay, porque eso no tiene nada de heroico, es anónimo, no sé no tiene estímulos... ni para ellos, ni para las rapazas tampoco...

RESPONSABLE AUTONOMICO ONG

El segundo factor, es la fuerte profesionalización que han adquirido - y más que adquirirán - las empresas relacionadas con el área de los servicios sociales en el marco de la externalización y consecuente mercantilización de estos mismos servicios. Lo que antes se cubría con voluntariado que respondía a planes de incidencia en lo social, hoy es cubierto por mano de obra más o menos cualificada que realiza su trabajo en el marco de una relación en tanto tal, es decir una relación contractual por la que debe cumplir unos cometidos a cambio de los cuales recibe unos ingresos.

- ... lo que pasa es que muchas veces lo que quieren es que el voluntario actúe como un trabajador y eso no puede ser. Yo he coordinado en el Ayuntamiento varios años y

claro, como a los ancianos les atendíamos por barrios pues yo controlaba una cuadrilla de cinco. Pero que pasaba? Que eran voluntarios... y que alguno llegaba media hora tarde porque le pillaba control de policía porque se armaba la de todos los días en la ría izquierda y claro, luego todo se atrasaba y no puedes pedirle a un voluntario, a una chica o a quien sea que llegue al horario como si llegara a la fábrica a fichar y entonces, yo lo dejé que no, que no, que no quería yo estar en ese embolado y que no podía pedirle a los jóvenes más de lo que hacían, pero claro yo entendía que tenía que ser gente que se le pague y cumpla con el horario porque no hace un favor sino que se gana la vida con eso. Luego también que cuidar ancianos es muy duro, porque el anciano no te da nada, no puede darte nada y la gente se aburre, es así, se aburre

COORDINADOR DE ZONA DE ONG.

Sin embargo, en este mismo contexto de crisis de las ONGs más tradicionales, sustentadas sobre el voluntariado joven, aparecen nuevas propuestas de asociaciones de mayores - algunos de las cuales existen hace muchos años - y que con verdadera disciplina, verdadera comprensión acerca de la importancia de su función, asumen tareas de SAD como parte de sus cometidos estratégicos. Nuevas formas de ONGs o más exactamente de asociacionismo que probablemente sean el camino estratégico de cara a la posibilidad de mantener e incluso, hacer crecer la importancia de la función social de este tipo de actividades. De hecho, en el mapa actual de actividad de

ONGs que están presentes en el área de SAD, destacan dos tipos de organizaciones que responden a dos modelos diferentes y, cada uno de ellos, con potencialidad de crecimiento y desarrollo dentro del sector de servicios:

Por una parte, están las ONGs asociativas de personas prejubiladas, jubiladas y pensionistas que en el área del voluntariado desarrollan planes subvencionados de SAD.

- Nosotros no somos los únicos, hay más asociaciones como las nuestras que se dieron cuenta que para cuidar a una persona mayor, otra persona mayor es mucha veces la más indicada. Claro, si ya es muy pero muy mayor y necesita que le curen, que la vistan y cosas así a lo mejor no. Pero para acompañamiento, seguro que siempre se encontrará mejor con uno de nosotros que con una joven o con una inmigrante y no es por discriminar...

ASOCIACIÓN DE PENSIONISTAS Y JUBILADOS

El otro tipo de asociaciones que diversifican en sus cometidos y algunos de ellos se relacionan directamente con las actividades de SAD, es porque éste particular servicio se sitúa en el centro de otros programas de atención y desarrollo en servicios sociales.

- No es que nos dediquemos solo al SAD, lo que pasa es que tenemos programas de desarrollo en servicios sociales y el SAD está dentro de estos servicios en los planes de atención a los mayores, a la

infancia y a la discapacidad. Es un programa nuestro, que muchos Ayuntamientos han hecho propios y que pretende que la gente mayor envejezca en casa como lugar más idóneo, pero que en casa no significa recluido sino en comunidad y eso es el eje desde el cual realizamos tareas de SAD, siempre en vinculación con los planes más elevados, digamos...

REPRESENTANTE DE ONG DE GRAN TAMAÑO

La presencia de ONGs en la ejecución del servicio de ayuda a domicilio, tiende a tener mayor presencia en dos zonas distantes desde el punto de vista de la condensación demográfica: en zonas aisladas de Comunidades Autónomas a las que no llegan las empresas, en las que por la misma dispersión poblacional y el atraso en la puesta a punto de todo tipo de servicios sociales resulta muy poco operativo para la presencia de entidades que buscan rentabilidad o la presencia de cooperativas locales que también deben resultar rentables, tal como suele suceder en zonas de montañas, o en territorios muy aislados:

- donde vamos nosotros, es donde las empresas saben que no pueden ganar dinero. Porque en Madrid, en Barcelona, en Valencia... en esas ciudades se compite a muerte y se bajan los precios y se miden hasta los segundos con tal de poder entrar o quedarse en ellas, pero si se trata de la serranía de Aitana, o de los Picos de Europa, o de las montañas de León, de Galicia, en Galicia trabajamos mucho porque no tienen otra posibilidad que no

seamos nosotros o una organización de este tipo...

REPRESENTANTE ONG DE GRAN TAMAÑO

... o en su defecto en núcleos urbanos en los que ya existe desde hace años, una implantación del servicio capitaneado por algunas ONGs de gran tamaño, o algunas otras, de dimensiones más modestas que logran importante implantación local:

- ... este es un proyecto que venimos trabajando desde hace años y que de hecho han copiado otros ayuntamientos y lo intentan llevar con empresas, pero es muy difícil para las empresas dar un servicio como el nuestro, porque es muy caro. Es aceptar hacerte cargo de la persona dependiente junto con la familia y esto implica trabajar con todo el grupo o reemplazar la ausencia de entorno. Si lo pasas a euros, no hay ayuntamiento que pueda pagarlo y no hay empresa que le interese. Entonces es un programa de acompañamiento en hogares que pide mucha dedicación, aunque no a todos la misma y que eso nos permite seguir estando en algunos ayuntamientos capitales de provincia, pero si no después que yo sepa, no estamos en los que verdaderamente son grandes...

REPRESENTANTE DE ONG DE GRAN TAMAÑO

- lo que nosotros podemos hacer es cubrir algunos barrios, ni siquiera distritos porque no todas las personas de nuestra asociación son voluntarios en este programa, es que no te creas que somos fáciles, los

mayores somos gente muy compleja y no a todos les va bien esto de estar con otros mayores, algunos preferirían trabajar con la gente más joven, bueno los que van a universidades por ejemplo, están la mar de contentos
Y EN ESTO DE MAYORES CUANTOS TRABAJAN

- serán unos treinta y tantos, depende, entre treinta y dos y treinta y cinco, que no está mal. Por supuesto que las que más son mujeres que ya sabes que son más dispuestas para todos, porque los hombres no sabemos hacer casi nada. Pero conocemos muy bien las calles y entonces nos hacemos planes de visitas y de estar con los mayores, porque son mayores que nosotros, oye... lo hacemos mejor que las mujeres.

REPRESENTANTE ASOCIACIÓN DE MAYORES

Un tercer aspecto en el que muchas ONGs están desarrollando un programa de gran eficacia de servicio y que es uno de los productos, mejor valorados por las mismas personas dependientes y por su entorno es la teleasistencia que, suele estar en manos de empresas que específicamente se dedican a esta propuesta, o de algunas ONGs de gran tamaño, que desde hace años están desarrollando esta misma línea de actuaciones.

- La nuestra lleva también teleasistencia en varias comunidades autónomas. Lo que pasa es que las empresas también se han metido en esto y tienen mejores operadores, porque trabajan con tecnología más moderna y eso te alivia mucho el

control, pero es algo en donde las ONGs han sido pioneras. Cuando no había nada, allí estábamos.

REPRESENTANTE DE ONG DE GRAN TAMAÑO

XI.3.- Las cooperativas de trabajadores en la oferta de SAD

Habrá que señalar, también en este tipo de entidades cooperativas, que se trata más de trabajadoras que de trabajadores. De hecho son formas de asociación que surge a partir de la experiencia de mujeres trabajando de autónomas en las mismas zonas, comarcas o pueblos en los que habitan y que, a partir de la experiencia de trabajo existente han formado cooperativas solidarias tras la búsqueda de una mayor rentabilidad y, sobre todo, de la posibilidad de contratar con las corporaciones locales, cosa que no podrían realizar de manera individual. La experiencia de algunas cooperativas, así surgidas durante los últimos quince años han resultado notablemente exitosas, hasta el punto que algunas de ellas tienen en la actualidad un tamaño de mediana empresa de servicios dentro del sector y se han expandido por diferentes comunidades autónomas. Otras, se han quedado por el camino ante la imposibilidad de crecer y lograr formas de adecuación a las dimensiones autonómicas, o al menos provinciales que parecen exigir de hecho (aunque no de derecho) las actuales convocatorias administrativas.

- ... comenzamos con la atención a un pueblo, a los dos años estábamos en dos pueblos y teníamos muchas mujeres que querían trabajar con

nosotras, lo que pasa es una condición importante era tener permiso de conducir y tener vehículo porque si no en lugar de tener una compañera de trabajo se convertía en un trasto, de verdad, es así. Tu imagínate: una mujer que hay que ir a buscar a su casa, llevar a una casa, después a otra, después recogerla, después hasta su casa o hasta el coche de línea, es que no puedes, tienes que disponer de otra persona solamente para que haga de chofer y eso no te compensa económicamente, después hubo que poner a una para los papeles. ¿tu sabes la cantidad de papeleo que lleva todo esto? Ay no lo sabes tu bien? Y entonces, pues eso, teníamos mujeres con coche y claro, eran muchas jóvenes que no sabían ni como darle de comer a una persona mayor porque son gente muy difícil... entonces tienes que tener un tamaño de cooperativa grande para poder trabajar con la administración, tu no puedes en esta zona decirles yo solo a un pueblo, o a dos... tienes que llevar el Consejo, por lo menos, por lo menos

REPRESENTANTE DE COOPERATIVA SAD

El problema principal con el que se enfrentan las cooperativas relacionadas con el SAD no es tanto la falta de capacidad de trabajo de sus miembros, sino las dimensiones de trabajadores (más exactamente trabajadoras) al que deben llegar para poder responder a las actuales demandas de servicio. Se trata de altos volúmenes de usuarios, pero también la necesaria profesionalización y diversificación de cometidos dentro de la misma cooperativa que trae aparejada una división

del trabajo al que muchas veces, resulta de gran dificultad adaptarse. La formación de estas cooperativas de servicios de ayuda a domicilio, surgen de la realidad de la condición femenina sin cualificación formalizada, es decir que de lo que se trata es de lograr rentabilizar la educación informal que por ser mujeres han tenido en sus vidas. Pero desde esta realidad, asomarse a otra enmarcada en el cumplimiento de horarios de gran precisión, la realización de tareas previamente pactadas - y no otras - la asunción del tiempo de trabajo como tiempo a rentabilizar económicamente, etc. será necesario dar pasos de gran importancia y distanciamiento del propio hacer para poder transformarlo en valor con potencialidad de alcanzar plusvalías de eficacia económica.

- Nosotros tuvimos que poner a un hombre que nos hiciera todo lo de los papeles porque ninguna de nosotras sabíamos nada de eso. Nosotras sabíamos cómo hacer el trabajo y así y todo hubo muchos problemas porque claro, algunas de nosotras íbamos a casa de una mujer mayor que la Mancomunidad decían que había que recogerle la habitación levantarle, después asearle y darle de desayunar y nada más. Pero llegabas y tenías la casa todas patas para arriba y entonces te pones a recoger, a fregar un poco el baño y hacer dos cositas y se te iba la hora y en ese momento te dabas cuenta que hacía falta una hora más para poder hacer lo que la trabajadora te decía que tenías que hacer. Esa época era muy difícil, hasta que por fin, nos hicimos con que en el trabajo era diferente a como se hacen las cosas en casa, que

allí toca hacer esto, y es esto, y nada más... si no, no ganas dinero

REPRESENTANTE DE COOPERATIVA EN ZONA RURAL

Frente a esta realidad ya de por sí conflictiva, aparece para estas cooperativas, la premisa de formación o cualificación de cara a la profesionalización que exigen muchas entidades administrativas a nivel provincial o nivel autonómico, lo que parece ser que provocó, en muchos caso, la desaparición de proyectos cooperativos. Se trata, por tanto, de otro de los nudos importantes con el que han de enfrentarse las cooperativas: si el primero es lograr un volumen de fuerza de trabajo que pueda proponer con eficacia cubrir zonas de demanda de SAD, el segundo escollo es la necesidad de profesionalizar la fuerza de trabajo, aspecto que, desde el punto de vista de las cooperantes, atenta contra la viabilidad de inserción laboral de muchas mujeres españolas:

- ... ha sido tema de tantas asambleas, de tantas reuniones, con los alcaldes, con la diputación que muchas mujeres se fueron porque estaban cansadas de reuniones, en las que las pobres apenas se enteraban de lo que se hablaba. Incluso con los sindicatos, con Comisiones Obreras hubo también muchas reuniones. Y algunas de estas mujeres, pobres, que tienen bajo nivel cultural, te decían con los comunistas yo no tengo nada en contra, decían que los de comisiones eran comunistas, pero si se entera mi hermano, mi marido, yo qué sé... mi padre, me mata que ha sido de derechas de toda la vida...

bueno.... unas risas... pero a lo que voy es que ellas querían trabajar pero si tienen que hacer un curso de esto o de aquello, que yo creo que son buenos, yo sí los hice y te digo que aprendí mucho, pero ellas ya se desmotivaban y no había manera.... entonces yo veo que ese es uno de los problemas, y por eso fue que acabamos nosotras siendo una empresa porque las que quedamos, quedamos muy dispuestas a dar el salto porque te digo que trabajar en plan cooperativa con la gente de por aquí es muy difícil. Luego, otras querían que los viernes repartiéramos el dinero. Pero si esto no es una fábrica que haya jornal o quincena, eso tampoco lo entendían...

EMPRESA PROVENIENTE DE COOPERATIVA

El perfil mas extendido de las mujeres vinculadas a estas experiencias de cooperativas, es el de tener unos treinta o cuarenta años, haber adquirido formación básica , pero tener un saber a partir de la educación informal de sus condiciones femeninas. No tienen tampoco experiencia de empleos remunerados, ni culturas de trabajo o participación en asociaciones co-responsables. De allí que tanto los compromisos de las cooperativas como la idea de profesionalización, o más exactamente, cualificarse para la profesionalización, ha significado el abandono de muchas de ellas.

Las culturas de perfil más comunitario, muy frecuentes en la cultura asturiana, especialmente en la zona de la cuenca minera, la cultura rural andaluza o la vasca son, a pesar de la fuerza de los factores adversos, buenos

caldos de cultivo para la formación de procesos cooperativos que permitan articular mecanismos de inserción laboral para mujeres con baja cualificación y dificultades de inserción en el mercado de trabajo, así como el hecho de que son conocedoras espontáneas de las peculiaridades de cada una de este tipo de culturas. De hecho existen en esas zonas buenas experiencias al respecto. En el caso particular de Baleares, - especialmente en sus zonas rurales - parecen existir bolsas de trabajo potenciales, que apuntan en la misma dirección. Con toda seguridad, en cada una de las diferentes Comunidades Autónomas, aún aquellas en las que no hemos realizado el trabajo... Extremadura, Canarias, Comunidad Valenciana, La Rioja y un amplio etcétera, ha de suceder lo mismo. De hecho desarrollar cooperativas para SAD requiere, además de los conocimientos explícitos del quehacer de las auxiliares, tres factores a los que hay que convocar, - seguramente desde las mismas vías administrativas y con alta probabilidad a partir de las consejerías de trabajo como canales más concordantes - y estos tres factores son: un buen conocimiento de la zona en la que se ha de establecer la cooperativa, una capacidad de disposición de tiempo para distraer de las responsabilidades domésticas, y - casi lo más importante - una buena preparación para insertarse en proceso de organización muy precisos que han de responder a formalizaciones de los tiempos y contenidos de trabajo. Toda formación que apunte a estos tres elementos o factores, resulta de importancia a la hora de promocionar la existencia de cooperativas en SAD. La importancia de los aspectos vinculados a la gestión, así como la asunción de responsabilidades laborales en el marco de

equipos de trabajo, asumir la logística cotidiana de ritmos y procesos de alta precisión, no son nunca vallas insalvables, pero deberán requerir de procesos formativos explícitos.

- ... estuvimos caso doo años, pero aquello era muy difícil de que saliera adelante porque nadie quería una orden de nadie, ni nadie quería que nadie le dijera como trabajar y entonces aprendes que si no hay alguien que dirija pues, como se dice en mi tierra el barco se hunde.... si no hay un capitán y eso es lo que las mujeres no querían... en cuanto pasaba algo que si venían sus maridos a decir que no le dieras órdenes a su mujer y al día siguiente, pues esta ya no venía porque los hombres por aquí a pesar de que estamos en el año que estamos son muy chapados a la antigua y no les gusta que sus mujeres ganen dinerillos, prefieren que los chiquillos pasen hambre, o necesidades, hambre por aquí no se da.... pero no quieren que trabajen, como ellos viven del subsidio, si no están las mujeres quien les hace el potaje... si es así, de verdad, y entonces claro, ellas también arriman la pereza y no quieren trabajar y por eso yo acabé en esta empresa porque yo sí necesito del trabajo porque no tengo hombre que me mantenga a mi y a mis hijos

AUXILIAR DE EMPRESA SAD, EX
COOPERATIVA

De allí que la no contención de todos los aspectos que hacen a culturas de trabajo más o menos formalizadas, desembocarán, indefectiblemente en un fracaso para

cualquiera de este tipo de tentativas. La complejidad del aprendizaje de los mecanismos intangibles de trabajo a edades maduras es una tarea de gran complejidad y actúa como desmotivación para gran número de mujeres, dispuestas a trabajar pero no a coresponsabilizarse de los mismos procesos de trabajo que ellas realizan

XII.- LAS AUXILIARES DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

En el amplio y complejo panorama de interlocutores de la presente investigación, y partiendo del hecho de que una gran mayoría de los usuarios entrevistados son personas mayores - tal como sucede en las diversas realidades autonómicas del día a día de este servicio - aspecto que no facilitó el hecho de entrevistarles, el segundo colectivo realmente agente interlocutor, han sido las mujeres auxiliares o trabajadoras de hogar dentro del SAD.

Dos características primeras, están articulando la identidad total de este servicio. Por una parte se trata en grado cercano a la totalidad, de mujeres. En efecto, la presencia masculina es no sólo minoritaria sino en

gran medida testimonial y mucho más pasajera y desinteresada por este tipo de perfil laboral que el que expresa el otro género. En segundo lugar es un colectivo de trabajadoras que exhibe una creciente presencia inmigrante, especialmente en la oferta del SAD en ámbitos urbanos y metropolitanos. Mayoría femenina e inmigrante que, de forma muy notable va a influir en parte de la invisibilidad que caracteriza al mismo servicio.

A pesar de estas dos características muy notables, especialmente la que identifica este trabajo con el género femenino, es también necesario mantener en la mirada sobre el mismo, la tensión paradójica que lo sitúa como un colectivo diverso y de gran complejidad ya que está formado por mujeres de características tan diversas como que algunas de ellas, sustentan el valor secundario de ser fundamentalmente vecinas de aquellas personas de las que son auxiliares, mientras que otras, son diplomadas, o tituladas de grado medio que están realizando las mismas funciones unas y otras. Complejidad y diversidad que se despliega por un importante espectro de matices en los que será necesario señalar que no responden a perfiles similares ni siquiera en lo que respecta a tipos de núcleos por cortes poblacionales (rurales, urbanos, metropolitanos...); ni por tipos de funciones a desarrollar (cuidado personales, cuidado del hogar) pero tampoco en lo que respecta a las diferentes autonomías: por el contrario, la diversidad y la complejidad tiende a darse en todas partes y en diferentes marcos autonómicos de los que se ha realizado esta investigación.

Señalamos como primer característica de especial relevancia, la INVISIBILIDAD de estas mujeres en sus tareas laborales, lo que fácilmente se comprenderá como un antecedente y un resultante al mismo tiempo, de otro factor aún más grave: la invisibilidad social del servicio mismo. El amplio despliegue de mecanismos y dispositivos de investigación ratifican, desde diversas perspectivas, pero sobre todo desde la mirada misma de estas trabajadoras del SAD, la autoconciencia sobre lo inexistente socialmente de su trabajo y la ausencia de valoración en todos los órdenes que esta realidad provoca:

- nosotras no existimos, si la empresa pudiera reemplazarnos por máquinas, óyeme, no te quepa duda que nos reemplazaba por eso están ahora con tanto nuevo producto y feria para aquí y feria para allá, porque lo que más quisieran es librarse de nosotras, pero si se libran de nosotros no ganan dineritos... es una vergüenza, mira, la cantidad de horas y horas que le pones al trabajo, la buena voluntad que le pones porque yo tengo que comer de esto y sobre todo tienen que comer mis hijos, y para qué: no te reconocen en la empresa, pero tampoco en el ayuntamiento, ni las casas a las que vas ni la gente, vamos siempre los vecinos de las casas se creen que les vas a robar y que vienes de robarle al viejo...

AUXILIAR DE SAD

- No se ve lo que hacemos porque como es un trabajo que nadie valora, si lo veo por lo que pasa en casa,

hacer la comida, fregar como dicen aquí, lavar la ropa, pero como va ser importante si hay que hacerlo siempre.. y así se paga, claro, como algo que no tiene importancia...

AUXILIAR DE SAD

- ... hombre claro, que yo estoy haciendo esto porque no puedo hacer otra cosa, ahora tengo echada una instancia en otro Consejo, a ver si me sale y en cuanto me salgo me voy... porque esto no te aporta nada, y además nadie te lo aprecia: las mujeres porque son mayores o los hombres, a ellos pobres no puedes pedirles nada, después las familias pasan y lo que quieren es que si puedes te los llesves a casa, eso sí que les dejes la pensión y las trabajadoras sociales parecen que llevaran un látigo para que vayas más de prisa y el resto de la gente no se entera de lo que haces, les dices el SAD, y se quedan así, pues no saben lo que será....

AUXILIAR DE SAD

- Nosotras porque la cooperativa hemos formado por cinco años de estarnos, a mi se me cumple dentro de uno, y adiós. No quiero saber nada más porque nadie te valora el trabajo que llevas, el esfuerzo que haces para poder hacerlo, nadie, empezando por el alcalde que te trata como si te hicieran un favor por limpiarles tu, la mierda a los otros. Viene y te dice, Rosa estarás contenta de tener un trabajo Sí, un trabajo.... un trabajo de casi seis horas al día para llevarme doscientos cincuenta euros, tu te crees que alguien puede estar

contenta? Y además un trabajo que nadie ve, que no te luce nada, nada de nada...

AUXILIAR DE SAD

De forma recurrente, las auxiliares de casi la totalidad de las Autonomías, expresa que su quehacer laboral cotidiano no es tenido en cuenta por la sociedad, no se percibe como un valor realizado y no es visible como tarea que se gestiona desde lo público pero que es realizada por personas (mujeres, más exactamente) que lo asumen como una forma de "ganarse la vida".

- Una porque tienen que ganarse la vida, pero también piensas que tiene que haber otras formas porque si tu te dedicas a algo que a nadie le interesa, que nadie le da importancia, pues eso para mi no es ganarme la vida, es cualquier otra cosa, pero no ganarse la vida. No es solamente ganar dinero... pero si fuera eso, vale, pero que ni siquiera es que ganes dinero con los sueldos de veinte horas semanales que si no los trabajas todos te los descuentan, que dinero ganas, que vida te ganas...

AUXILIAR DE SAD

Este quehacer cotidiano que realizan, carece de identidad propia porque no existe una figura pública legitimada que articule una imagen del SAD, ni menos aún, una imagen de las auxiliares que realizan este servicio. Por el contrario, la identidad de las auxiliares de SAD, se dirime en una figura inexistente que deambula entre las empleadas del servicio doméstico...

- ... pero es mucha gente... vamos en mi familia mismamente, que me dicen pero entonces tu que trabajas de chacha para el Ayuntamiento? Es que la gente no sabe que es esto... lo sabe, a ver.... lo sabe la gente para la que haces el trabajo, pero luego después, ni los vecinos, ni nada... yo trabajo por las tardes en una casa que es vecina de una señora que voy en las mañanas a poner en pie y arreglarle y entonces, la vecina me ha pedido que le limpie por las tardes y como por las tardes no hay servicio porque es sólo hasta las tres, pues a las cuatro y media yo me voy para esa casa y me hago un poco más de avío para mis cosas

AUXILIAR DE SAD

... o en el extremo contrario, la figura de los ATS, personal sanitario que realiza a domicilio tareas de enfermería...

- Como tenemos titulaciones que creo que son equivalentes a una cosa que aquí se llaman ATS, a mi me dicen la enfermera. De verdad, y yo no soy enfermera, bueno en mi país ser enfermera es una carrera de tres años que se hace en medicina y yo no estudié esa carrera, yo soy adjunta de cuidados que es una carrera que aquí no está pero que en las Comisiones Obreras me han dicho que puedo pedir que me la homologuen con las cuatrocientas horas que quieren poner aquí... pero me hace muchas risas que me digan la enfermera.... lo que pasa es que yo sé cambiar vendajes y sé poner inyecciones si hace falta, pero no soy de

enfermería y me gusta, la verdad que me gustaría, pero en este trabajo no tienes tiempo para nada porque yo cubro dos turnos, trabajo en SAD durante las mañanas y en la noche estoy en una residencia de paliativos

AUXILIAR DE SAD

La ausencia de una imagen social del SAD, lleva a que estas trabajadoras queden en un no lugar de identificación acerca de lo que hacen y al hecho de que se trata de un servicio público, por lo que es importante señalar que existe una directa vinculación entre la inexistencia de una imagen del SAD, de las trabajadoras que llevan a delante este servicio, pérdida de imagen que significa que la inexistencia de caminos para construir una imagen de prestigio social sobre el agente trabajador y, más aún, sobre el servicio mismo repercute negativamente en cada uno de sus activos, y en la totalidad de la imagen del servicio.

La invisibilidad pública del SAD, factor que las mismas trabajadoras perciben como parte de una estrategia que intenta frenar la demanda hacia el servicio, actualmente superado con listas de espera en muchos núcleos habitacionales a pesar de que no se comunica su existencia, no se motiva a la demanda ni se exponen sus capacidades operativas, tiene factores subsidiarios que alimentan al primero (la invisibilidad) y a la vez se amparan en estas circunstancias para crecer en los aspectos más negativos desde la propia experiencia y valoración de las Auxiliares de SAD. Del conjunto de

factores, los más destacados - en la propia construcción discursiva de estos agentes - son:

Salarios poco satisfactorios No sólo cada comunidad autónoma propone o fija un precio hora que habrá de pagar la institución local a quienes se hagan responsables del servicio, precio que por otra parte varía considerablemente de una a otra comunidad, sino que entre ese precio o tarifa hora y el salario que llega a las auxiliares media una considerable distancia (tampoco estandarizada a nivel del Estado) que hace que resulten muy insatisfactorios para el conjunto de las auxiliares las propuestas económicas que les pagan. Se trata de un número de horas muy bajo y el precio de cada hora trabajada es de cuantía muy inferior a la que, en términos normales y salvo algunas excepciones autonómicas, se sitúa por debajo del precio de la hora de trabajo doméstico. A esta realidad, además habrá que situarla en el contexto de las lógicas rentabilidades que habrá de obtener una empresa por gestionar la totalidad del servicio, totalidad en la que las auxiliares representan una parte pero en ningún caso, la totalidad del hacer profesional de cada empresa:

-... es una miseria lo que nos pagan y además como son menos de veinticinco horas a la semana, claro eso no te deja más remedio que trabajar en otra cosa, o buscarte otro empleo por las noches, o las que tienen suerte trabajan por las tardes, pero no es fácil eh... Después nos dicen que somos todas inmigrantes las que trabajamos aquí en el SAD, pero resulta que a ninguna española le compensa porque

es muy bajo salario y con ese bajo si no vives por aquí y te tienes que pagar un transporte, si tienes que recorrer mucho entre una casa y otra, ya no te da tiempo, ya no te permite que ganes de otra fuente pero tampoco ganas si solamente trabajas en esto

AUXILIAR DE SAD

- hay algunos sitios que te resulta rentable, yo por ejemplo en Inca me pego unas buenas palizas, pero yo vivo allí y no gasto en transporte, tengo ya una disciplina de casas a las que voy hace varios años que por suerte están todos bastante bien, y entonces me resulta un extra... pero tengo dos compañeras ecuatorianas que viven en Palma y no les compensa porque gastan mucho en transporte, hay mucho desorden en las carreteras porque están haciendo las autovías y luego que te pagan muy poco. Ya y si faltas un día por lo que sea, ese día no te lo pagan entonces ganas poco y ganas mal...y que haces entonces, ha pues buscarte otro trabajo que te paguen mejor y la mujer se va, se van muchas mujeres porque no les compensa, claro

AUXILIAR DE SAD

- aquí el problema es que te pagan muy mal la hora, la hora que además no es tal, pero bueno, esta pagada como si fuera una tarea de nada y es muchas responsabilidad, y no se quieren enterar que de verdad es un trabajo que lo pagan menos que a las mujeres que trabajan en las casas de la calle Uría, es de vergüenza y eso que tenemos un gobierno socialista y de verdad, no te crees que paguen tan poco, nostras que somos seis les

hemos dicho que si al verano no suben es que les dejamos plantados, de verdad, pero si perdemos dinero, hay meses que perdemos dinero

AUXILIAR DE SAD

Tareas muy repetitivas / Actividades burocratizadas: A la insatisfactoria relación con los salarios a partir de una baja consideración del precio hora, hay que sumar el hecho, ya reiterado en otras partes anteriores del informe, acerca de que el SAD es un servicio que tiende muy fácilmente a burocratizarse y a dejar de representar apertura al cambio para los propios usuarios. La tendencia a la repetición de las tareas, la tendencia al anquilosamiento en las formas de atención a las personas dependientes, especialmente en el caso de personas mayores, parece ser una de las patologías del propio sistema de SAD, patología de la que las segundas víctimas son las propias responsables de la ejecución del servicio, las auxiliares.

- ... sabes que? Que además que te pagan muy poco y no te llega, es que además es un trabajo muy aburrido, yo llevo cuatro años, estoy en diferentes casas en muchas de ellas me he ido y con el tiempo he regresado porque te cambian de ruta, pero a esas personas, pues mira, hace cuatro años que hacemos lo mismo... vas, le levantas, le lavas, le pones en una silla y te vas y luego dices pues para que viva así, pues no sé no?, es que te das pena de ti misma porque nunca tenemos posibilidad de llevarle de paseo, o hacer algo más o algo diferente, es un trabajo que yo creo que es

importante pero que no te deja ver que sirva...

AUXILIAR DE SAD

- Yo lo que peor llevo es que no haya ninguna política de querer reeducar a los mayores, en esta zona hay muchos y son gente que ves que día a día se deterioran pero no hay una voluntad de querer hacerles un programa de recuperación. Aquí las trabajadoras sociales dicen lo que hay que hacer y sólo se hace eso y aunque nos llevamos bien lo que pasa es que se hace para decir que se ha hecho pero no para querer que estén mejor de verdad y eso te pide trabajar cada casa, cada uno de los que se visitan con algo más que limpiarles la cocina y fregarles los cacharros. Yo es que no lo entiendo bien, pero no me parece que se esté haciendo bien...

AUXILIAR DE SAD

Tiempos de trabajo muy breves Una de las disyuntivas del SAD es intentar llegar a un número creciente de demanda con unos presupuestos (económicos y humanos) que son escasos en prácticamente todas las zonas de trabajo, al menos aquellas en las que hemos realizado la investigación. Para dar respuesta a nuevos casos de demandas se tiende a abreviar el tiempo de dedicación a cada usuario, lo que lleva a una reducción del plazo para realizar las tareas. Cuando además la auxiliar ha de trasladarse a varias casas en una misma jornada, el tiempo de desplazamiento es contabilizado como parte del tiempo dedicado a la persona usuaria lo que provoca que

en algunos casos se reduzca a la mitad, el tiempo real de servicio efectivo:

- Si tienes que hacer cinco kilómetros y terminas a las nueve en una casa y tienes que estar a las nueve en la otra, ya me dirás como se hace... pues se hace con que en lugar de estar una hora en cada casa te estás tres cuartos de hora y ala, ya vas a la siguiente... me entiendes? Pero eso hace que no puedas ni sentarte un momento a conversar, a preguntarle como se siente, que tal pasó la noche... y entonces notas que la misma mujer o el hombre quien sea, te va mirando cada vez con peor cara porque llegas, recoges, haces lo que tienes que hacer y te vas... eso no puede ser considerado un buen servicio. Pero si antes de las once tienes que tener resuelto poner en marcha a cuatro ancianos, no se puede hacer más que lo poco que hacemos.

AUXILIAR DE SAD

- Hay casas a las que les dedicas media hora y en esa media hora un día haces una habitación, otro día la cocina y así. No te dan más tiempo y tienes que llegar a la otra casa y entonces hay que irse corriendo de un sitio a otro... a mi que después no se me quejen porque ya les dije, les dijimos en una reunión con al coordinadora que así no se trabaja pero como tienen mucha gente y hay no sé cuantos en lista de espera, pero así no estamos conformes y eso lo saben los de la empresa por eso te lo digo

AUXILIAR DE SAD

Distancias entre las diferentes casas de atención: otra mirada sobre la misma realidad de insatisfacción de las auxiliares que en el listado de sus quejas, incorporan el hecho de tener que recorrer distancias muchas veces excesivas entre las diversas casas en las que trabajan. Esta situación se produce tanto en las zonas rurales como en los centros urbanos y metropolitanos, producto de la falta de mayor número de auxiliares de SAD que cubran con mayor eficacia las demandas de servicio.

- ... y luego que no paras de coger el metro y el autobús porque eso no lo quieren entender: las casas están muy lejos unas de otras y tienes que pasarte la mañana en el transporte, para poder estar muy poco tiempo en cada casa. En Fuencarral es de verdad, terrible porque yo vivo por Aluche, para llegar a las siete, me levanto a las cinco y media y tengo que dejar la comida de los niños, luego, allí está todo muy lejos y muchas veces si pierdes un autobús lo esperas veinte minutos y no hay manera de recuperar ese tiempo....

AUXILIAR DE SAD

- Es uno de los problemas más graves que tienen las auxiliares porque están muy lejos de cada casa y no tienen manera de acortar camino y en esta zona, por ejemplo este invierno no ha llovido mucho pero hubo días de nevada que tardaron hasta una hora en llegar a las casas de arriba, eso no se puede evitar, lo que pasa es que muchas veces, las auxiliares piden relevo porque se

cansan de tener que hacer tanto esfuerzo para poder trabajar

COORDINADORA DE SAD ZONA RURAL

Dietas de traslado de baja cuantía, que en algunas experiencias concretas son, incluso, inexistentes. Pero es, sin ninguna duda, otro de los factores que van a incidir en la sensación de trabajo insatisfactorio desde el punto de vista de los beneficios económicos. Es importante tener en cuenta que el solo hecho de trabajar en diferentes domicilios es de por sí, una tarea ingrata porque deslocaliza el sentido y la identidad del trabajo. Pero además si esa deslocalización no está acompañada de una buena retribución de dietas, es aún menos satisfactoria

- nos pagan una miseria y además quieren que nos pagemos el traslado de casa en casa, eso no te vale porque al fin trabajas para que ellos se ganen la plata y tu no ganas nada, eso no puede ser. Mi hermana trabajaba aquí porque yo llegué a la empresa por ella, pero se marchó, pues, porque no le compensaba. Mi hermana vive en Villarejo y claro, se le iba el tiempo y el dinero. Ahora está de doméstica en casa de una señora y le da mas alegrías y eso, que ella es graduada de enfermería

AUXILIAR DE SAD

Usuarios de SAD, hegemónicamente mayores: Dimensión que es comprendida como fatalmente inevitable por parte de todos los interlocutores y especialmente por parte de las

auxiliares, pero que no esconde, sin embargo un cierto desasosiego dadas las dificultades emocionales que implica el trabajo constante con este segmento de población. Las personas mayores, incluso para aquellas auxiliares que reconocen una especial vocación hacia este sector social, son identificados mayoritariamente como un segmento fatigante dado el grado de exigencia en la comunicación con ellos y a un segundo elemento que, aunque es un implícito que nunca se nombra, está actuando a nivel de los condicionantes de la relación: los mayores - a diferencia de los niños - no son promesa de futuro. De allí que muchas de las auxiliares, señalan de manera muy explícita que cuando tienen entre los usuarios a una persona discapacitada más joven o, incluso a unos niños dentro de una situación de familia desestructurada, esta particularidad, representa un alivio ante la constante presencia de personas mayores:

- Es que tanto viejo, tanto viejo.... de verdad, si además pobrecitos, cada uno de ellos es muy buena persona, pero yo ya trabajaba en Santo Domingo con viejos, y vengo aquí y otra vez... la verdad es que hay momentos que te cansas porque son como niños pero sin la alegría de los niños... no sé, les ves y es otra cosa aunque se comportan como niños

AUXILIAR DE SAD

- Las personas mayores son muy difíciles, la gente se cree que son todos los abuelitos de Heidi y no es cierto, hay gente de muy mal genio, más las mujeres que los hombres y luego que son muy enfermos de la

cabeza, siempre tienen miedo que les robes, que les quites algo, pero incluso unos pobres desgraciados a lo mejor no tienen nada, porque no tienen nada, se ponen detrás de tuyo, a ver si te llevas algo.... son de carácter muy difícil, y claro.... cuando además tienes que ver a cinco o seis cada día, hay un momento que ya no puedes más, es muy cansado, ellos son muy poco simpáticos, no sé ... yo los veo así

AUXILIAR DE SAD

- Los ancianos son los más puñeteros, perdón las ancianas... los hombres al final se conforman, siempre que no te toquen como a mi viejos verdes, de esos asquerosos que tuve que quejarme a la coordinadora y todo, pero en general los hombres son más fáciles de conformar que las mujeres. A las viejas, todo les viene mal, yo me paso el día peleando con las viejas que voy, todo el día nos peleamos, que esto no se hace así, que tu no sabes trabajar... oiga... que se cree que solamente Ud. sabe de limpieza, yo tengo mucha cultura de limpiar y de cuidar, pero se ponen celosas, si lo sabes hacer se ponen peor.

AUXILIAR DE SAD

Trabajo de esfuerzo físico: Tanto para que las que tienen que realizar cuidados personales, como las que realizan tareas domésticas como - finalmente - las que realizan los dos tipos de tareas. Una de las patologías más frecuentes de las auxiliares de SAD son los dolores de espaldas, debido a la cantidad de esfuerzos físicos que

realizan en su trabajo. Aspecto que no sólo se refiere a las tareas que realizan en las casas, sino, sobre todo, a la sumatoria de todas estas tareas y los tránsitos entre las diferentes casas que es, también, parte del trabajo que ejecutan.

- es todos los días, porque en nuestra empresa tenemos servicio también los sábados y hay guardias de atención los domingos para la gente que está sola y que hay que levantar de la cama y arreglar, aunque lo hagas menos que en los días de diario. En algunas de las casas hay grúas para incorporarlos pero en otras no. Y entonces te dejas la espalda... yo es lo peor que llevo porque son muy pesados, aunque no sean muy grandes, pero pesan porque ellos ya no tienen control sobre su propio peso y te cae todo a ti.... no ves que son muy torpes y eso quieras que no te va limando. En la residencia que estoy tres veces a la semana, por la noche, todas se quejan, nos quejamos, vamos, de lo mismo: de la espalda y de los brazos... es lo que más se desgasta en este trabajo.

AUXILIAR DE SAD

Depresiones anímicas muy frecuentes; Aunque no parecen existir datos al respecto, es evidente que se trata de uno de los segmentos activos más proclives a la depresión, justamente por las particulares características del trabajo que realizan y por el perfil general de los interlocutores de su trabajo. Relacionarse con mayores, personas discapacitadas o familias en procesos de desestructuración, o simplemente

desestructuradas, significa exponerse a un constante desgaste de los factores emocionales . Si además esta relación se produce en un marco de constante cambio de interlocutores, con el stress del tiempo actuando en contra del propio trabajo, con la necesidad de realizar desplazamientos constantes en el espacio para ejecutar las tareas y en unas coordenadas laborales no siempre satisfactorias desde el punto de la rentabilidad económica y el valor del propio hacer, se comprenderá fácilmente que estás presentes las condiciones para generar procesos depresivos colectivos

- Yo lo llevo muy mal, pero es que todas mis compañeras también, al que no se enferma por una cosa se enferma por la otra, es que lo que pasa, es que este trabajo te enferma, te quita las ganas de vivir, de querer estar contenta porque todo el tiempo son viejos que se quejan, personas jóvenes que están postrados de por vida, yo de verdad... en cuanto pueda lo dejo, porque esto no es vida...

AUXILIAR DE SAD

XII.1.- Matices de identidad entre diferentes segmentos de auxiliares en SAD

Los diversos factores mencionados son comunes a la diversidad de perfiles de auxiliares, españolas e inmigrantes, en zonas rurales y en urbanas, porque todas ellas, de una u otra forma han señalado estos diferentes aspectos como parte consubstancial de sus trabajos, los cuales, - no hay que olvidar - pertenecen sin embargo -

al amplio espectro de la invisibilidad , arrastrando (o arrastradas) a esta misma esfera al SAD en su conjunto. Sin embargo, las auxiliares, pertenecen estructuralmente a tres modalidades diferentes de relación vincular de sus trabajos, de acuerdo a la peculiar relación laboral que tengan, ya se trate de contratadas laborales de Ayuntamientos, voluntarios de ONGs, trabajadoras de cooperativas o, las más numerosas, auxiliares de hogar de empresas de servicios.

Auxiliares contratadas laborales de Ayuntamientos

En la mayoría de las circunstancias investigadas, se trata de mujeres que son vecinas de los Municipios en los cuales trabajan, conocen a los vecinos a los que cuidan y los hogares en los que desarrollan trabajos de auxiliares por lo que la implicación emocional es, evidentemente, más alta. Pero lo es en todas las direcciones posibles de lo emocional, para lo bueno y para lo adverso, más aún si se tiene en cuenta que la rotación del servicio que organiza el cambio de destino de trabajo es mínima en este tipo de hábitat en los que la relación suele exceder a lo estrictamente laboral.

- aquí es que te encuentras todo el tiempo como los mayores, con los hijos, con las hijas, con los nietos... es que somos como una familia porque te conoces de toda la vida porque te han visto crecer y entonces para ellos, para los viejos, digo, resulta que eres como una nieta, y lo que haces en su casa, muchos se lo toman como algo que, bueno, lo haces porque eres buena rapaza, sabes... y te lo

agradecen como si fuera algo que se te hubiera ocurrido a ti... es muy raro y luego otros, sobre todo las mujeres, que lo haces por obligación y entonces te dan órdenes y te dicen ... hoy quiero que hagas tal cosa. No, rima hago lo que tengo que hacer y no lo que tu me mandes, es que hay de todo, y sales a tomarte una sidra y te encuentras con el hijo que te da la brasa porque no le haces caso a s madre, y entonces lo que tienes ganas es de marchar de aquí a cien mil kilómetros de distancia, pero es que no hay otro trabajo y te tienes que conformar porque si dejas esto te quedas sin ingresos... es un trabajo que quema mucho....

AUXILIAR DE SAD

- Haber... aquí hay dos realidades que conviven en el año, está la gente de aquí que es la que nosotros atendemos y que es gente de toda la vida, yo hay una casa de una señora, justo en la calle de enfrente que voy hace más de diez años y que es como una tía mía, una hermana de mi madre o de mi pare, porque la relación ya es de familia y luego lo que pasa es que como el Ayuntamiento es muy grande en extensión hay otra gente que está más cerca del monte y que cuando viene la temporada de turismo tienes muchas dificultades para llegar, no puedes imaginar lo que esto en los meses de verano, es que hay atascos como en Madrid, de verdad y entonces no puedes respetar el horario, pero claro, es que están esperando que llegues para levantarse de la cama, algunos con pañales y tu igual llegas una hora tarde aunque vayas con más tiempo, y entonces están muy malhumorados y la cogen contigo y tenemos peleas como

de familia, también, igual, estos pueblos son como familias para lo bueno y para lo malo

AUXILIAR DE SAD

Voluntariado de ONGs:

La condición de voluntarios/as les otorga un sobresentido a los trabajos que realizan porque subyace - aunque no en todos - el principio de convicción en relación con sus tareas. No es, salvo excepciones, el tipo de trabajo que más les satisface ya que reconocen de forma explícita, que atender a mayores - incluso más que a personas discapacitadas o a niños - es una actividad poco gratificante. Sin embargo el voluntariado como tal, acepta estos haceres de manera más estratégica al mediar una buena tarea de formación y de comprensión sobre la importancia de la atención a los mayores, aspectos no siempre consolidados en otras líneas de formación de auxiliares:

- Hombre, que quieres que te diga... no es lo que más nos gustaría hacer, lo entiendes? Pero cuando te haces voluntaria, lo que aceptas es que estarás donde seas necesaria y yo estoy segura que poder estar con los mayores, conversar con ellos, hacer algunas tareas que les ayuden a sobrellevar el día a día, es importante, aunque es un trabajo que no te lo reconocen y que pasa muy desapercibido, de verdad, es que tienes que estar muy convencida tu misma, si no, no hay forma, sabes? Y yo lo estoy y esto es algo que hemos

comentado muchas veces con los compañeros y con los responsables. Todos preferimos trabajar en otras áreas, pero bueno, mira... esto alguien lo tiene que hacer y el voluntariado es parte de lo que acepta.

AUXILIAR DE SAD - VOLUNTARIA DE ONG

Trabajadoras de cooperativas

No expresan un grado de disconformidad tan notable como sucede con las empleadas o auxiliares de SAD de las empresas, aunque manifiestan su reconocimiento acerca de lo poco "estimulante" del trabajo que realizan especialmente cuando se trata de mayores con los que la comunicación es muy deficitaria o cuando es muy adversa por perfiles de personalidad, o desencuentros en el marco relacional... Sin embargo, las trabajadoras de cooperativas de las que forman parte, exhiben un grado importante de aceptación con el trabajo y con la realidad de una opción en la que se saben implicadas como forma de inserción en lo laboral, ya que están en esta situación como mejor manera de compaginar su vida de trabajo remunerado con sus responsabilidades domésticas y familiares:

- Hay de todo, ya te digo... hay gente que es un gusto atenderla y otra que la verdad, dices haber cuando estira la pata... es que es así.... pero lo que pasa es que es mi trabajo y yo siendo viuda con tres hijos , uno muy pequeño que va de guarderías, no puedo pensar en otro trabajo por eso, para mi esta

cooperativa ha sido una salvación porque puedo ganar algo de dinero, que no es mucho, pero bueno y por otra parte, poder atender mi casa, porque este trabajo es más fuerte por las mañanas, yo como tengo los hijos casi nunca trabajo de tarde o de noche, alguna vez cuando alguna compañera se ha puesto enferma, sino siempre las compañeras me dan el trabajo en la mañana. Y ahora tengo cuatro personas, tres ya muy mayores y un chico parapléjico y con eso cubro las mañanas de lunes a sábado....

AUXILIAR DE SAD, MIEMBRO DE COOPERATIVA

Auxiliares de SAD de empresas

Tal como venimos señalando desde el inicio de este capítulo, se trata del segmento de trabajadoras más mayoritario dentro del conjunto de las auxiliares (frente a las que trabajan en cooperativas, o son voluntarias, o son contratadas por las corporaciones locales) y el segmento, también, que manifiesta un mayor grado de desmotivación y conflictos en su actividad laboral. Una gran mayoría de estas auxiliares de hogar contratadas en empresas del sector de servicios, expresa, de forma inequívoca, su intención de abandonar este trabajo ante cualquier otra oferta que les implique mayor estabilidad espacial (trabajar en un lugar fijo, ya sea una entidad o una casa). O lograr un puesto de trabajo diferente dentro de las mismas empresas en las que están o en otras similares:

- este trabajo es para un mientras tanto, vale, yo ya tengo papeles por eso me cogieron... ahora lo que más me interesa es no tener que estar por la calle, no tener que estar cambiando de casa o de zonas todo el tiempo, eso es muy cansado... y no es para mi. Vamos, la mayoría de las que trabajamos en... queremos hacer eso: o pasar a ser coordinadora, o algo así, quedarse en las oficinas y no tener que estar yendo casa por casa, como ahora, o incluso, conseguir un trabajo en una casa en la que tengas que estar todo el día. Si al fin, lo que haces es trabajo doméstico, pero estás en una casa, que sea una familia y no tener que estar entre viejos todo el tiempo, a mi no me gusta, es que no le gusta a nadie

AUXILIAR DE SAD - EMPRESA

- no ,mira, no... cualquiera que te diga que esté en este trabajo porque le gusta, no le creas, te miente... porque por más que te gusten los viejos, por más que seas una hermanita de la caridad, este trabajo, así como está organizado no le puede gustar a nadie. Es diferente que estés aquí porque como yo te tienes que ganar la vida pero no porque te guste. La gente no sabe todo lo que hay que tragar aquí, con los viejos, pero después con los hijos de los viejos y si no hay hijos, hay vecinas que son peor... y las coordinadoras, y los responsables de zonas y la trabajadora social, chica, si es que todos sospechan de ti... de verdad. No es para poder estar mucho tiempo, y yo he aprendido muchas cosas, pero no es un buen trabajo, es para poder estar, te conoces barrios enteros y

*eso es bueno porque vas por no sé
cuantas casas, pero yo lo que veo,
es que al tiempo
de estar aquí, las compañeras se van
y yo quiero irme...*

AUXILIAR DE SAD

Las citas anteriores son ilustrativas del estado anímico con el que estas mujeres desarrollan su trabajo - en el que sin lugar a dudas, y en función de constatar el trabajo que realizan con los interlocutores de sus mismas tareas, es evidente que lo hacen con muy buena predisposición y voluntad - pero que aspiran, en el fondo, a cambiar de empleo o por el contrario a cubrir otros puestos de trabajo dentro de las mismas entidades empresariales en las que se encuentran. El hecho de ser muchas de ellas, inmigrantes, lleva a que a la realidad de por sí compleja de sus trabajos hay que añadirle las otras dificultades provenientes de sus procesos de integración: desconocimiento de las formas particulares de las culturas de los mayores, las personas con discapacidad, los menores... desconocimiento de las hablas particulares en el proceso de comunicación, desconocimiento de las pautas específicas de cuidados y de criterios alimenticios cuando tienen que acometer estas actividades, aspectos todos ellos que van a influir en fomentar alteraciones constantes en el día a día, que en ningún caso resultan insuperables pero que deben ser tenidos en cuenta para realizar los planes de formación y de motivación de estas mismas mujeres.

*- yo lo intento lo mejor que puedo,
pero es que aunque vengo y muchas de*

mis compañeras les pasa igual de otros países en los que existe la misma lengua, déjeme que le diga que todo aquí es diferente. Que aquí para comer algo que no les caiga pesado les dan huevos, una tortilla que en mi país se llama omelette y claro, APRA mi eso no es ligero porque el huevo es mucha proteína. Y después cada cosa de lavar y de fregar como dicen aquí es distinta y entonces claro, para la comodidad que es una fregona hay que saber usarla y yo a veces hago desórdenes porque no sé como se usan, aunque le pongo todas mis ganas, se lo aseguro porque no puedo darme el lujo de no tener trabajo...

AUXILIAR DE SAD

- ... si fuera en una casa sola, pues bueno, pero hay que ir a muchas casas diferentes y eso a mi me viene mal porque yo no conozco bien la ciudad, aunque llevo varios años, pero quedan muy lejos de mi casa y me pongo muy nerviosa de tener que andar por la calle, eso a mi no me gusta, por eso lo que yo quiero es una residencia, porque allí vas y allí te quedas y ya es distinto, en la calle pueden pasar muchas cosas, yo no tengo costumbre ni aquí ni en mi país menos, de estar en la calle, a mi eso no me gusta....

AUXILIAR DE SAD

El marco contractual en el que se desarrolla el trabajo de estas mujeres - marco contractual que han aceptado libremente - les resulta también muy adverso a sus intereses toda vez que suelen ser contratos por medias jornadas o veinticuatro horas semanales en los que se

aplican descuentos por ausencias al modo de los contratos de obras, factor que muchas veces desestabiliza las expectativas económicas de sus respectivas rentabilidades.

M - si no puedes ir porque tienes una enfermedad o te pasa algo, eso te lo descuentas y si el que se pone malo es un hijo o tu marido igual, y hay veces que yo, que tengo tres hijos, es muy difícil que alguno no caiga, me entiendes? Y ya sé que pierdo dinero y yo necesito cada euro como el aire que respiro, pero si se pone malo sobre todo alguno de los dos más pequeños, pues no tengo con quien dejarlo porque nosotros aquí estamos solos, mi marido está en la costa trabajando en la construcción y viene los fines de semana, y yo no tengo con quien dejar a los hijos, aquí los vecinos no nos quieren entonces, no es como en mi país que tienes siempre alguna vecina o tu madre o tu hermana que te echa una mano, aquí no...

AUXILIAR DE SAD

Por las particulares circunstancias de este tipo de trabajo, de estos tipos de contratos, muchas de las mujeres que trabajan como auxiliares de SAD combinan este puesto de trabajo con otros en residencias, o en las mismas casas en las que realizan funciones de servicio de asistencia en las mañanas, vuelven por las tardes a nivel privado, contraviniendo, incluso, las normativas del servicio. Más allá de la incorrección o no de este pluriempleo, lo que provoca en ellas es un estado constante de cansancio y falta de descanso desde el cual asumen la totalidad de sus responsabilidades...

- ... pero es que el dinero no alcanza, si hay que pagar un alquiler de setecientos euros y sólo ganas menos de quinientos, hay que pagar la luz, y el butano, y comer que en casa somos cinco... es que parece que no se dan cuenta de eso. Entonces hay que trabajar de día y de noche y hacer todo lo que se pueda por ganar un poco más que no es para irme a la peluquería como puedes ver, sino para comprar comida para mis hijos

AUXILIAR DE SAD

En este contexto, la rotación de destinos domésticos en los que trabajan como auxiliares de SAD, más las inevitables coberturas de ausencias que les llevan a otras casas, hace que sus trabajos estén dominados por un fuerte sentido de burocratización a pesar de la buena voluntad, el empeño y el incuestionable deseo de trabajar y de hacerlo con el mejor de los ánimos posibles.

XII.2.- Las tareas de las auxiliares de SAD

De las seis Comunidades Autónomas en las que realizamos la presente investigación, tan sólo en las Islas Baleares realizan una oferta diferencial de SAD, al proponer como servicio específico, el que corresponde a las tareas vinculadas a la Ayuda en Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVDS), mientras que el otro tipo de tareas, las que corresponden a las llamadas Actividades Instrumentales de la Vida Diarias (AIVDS), el SAD balear, lo canaliza a través de otro programa de servicios

sociales que no corresponde ya a los comunitarios o de base, sino a los caracterizados como servicios especiales y que se realizan a partir de otro perfil de copago. El resto de las CC AA propone en su SAD, ambos tipos de tareas, siendo incluso, más frecuente, la demanda que corresponde a las ayudas en Servicios Instrumentales de la Vida Diaria (AIVDS).

La importancia en cantidad y en intensidad de este servicio, relacionado con las ayudas instrumentales, las cuales, tienen que ver, principalmente, con la realización de tareas en el ámbito estricto de lo doméstico aunque muchas veces implican también actividades de gestión en lo público, tienden a potenciar dos líneas de caracterización del SAD, que en ningún caso, son las que más benefician a la imagen de este servicio: por una parte, está la imagen de una ayuda en las tareas de la casa que se diluye en un trabajo de por sí, poco o nada valorado como es todo aquello que tiene que ver directamente con lo fungible, con lo que se realiza para que se deshaga y en segundo lugar sucede, mayoritariamente, que dichas actividades no se vinculan a ninguna forma de cualificación, formación o conocimientos específicos. En efecto, fregar, limpiar, cuidar espacios, son tareas carentes de valor porque carecen de formación para ejecutarlas. De allí que detrás de ellas suele haber una persona, generalmente una mujer, que por ser tal, sabrá realizar esas tareas que en sí misma no son tributarias de ninguna forma de valor económico. Por ello, la importancia de estas actividades en el interior de la oferta SAD, provocan s un profundo desposicionamiento del SERVICIO DE AYUDA A DOMICLIO ya

que el mismo se estructura, se articula, alrededor de actividades que carecen de prestigio social y son realizadas por sujetos poco señalados históricamente en su capacidad de transferir valía a sus acciones, las mujeres. Cuando a esta sumatoria de no valores, se le sobrepone la condición de inmigrantes, el círculo del no prestigio (que no es igual que el desprestigio) parece ratificado desde la misma institución local que lo gestiona, a pesar de las mejores intenciones con las que se ofrece este servicio,

- Lo que nosotros hacemos en Palma, bueno, en general en Baleares porque depende de normativa del Concell es dar atención personal, no damos servicio doméstico porque entendemos que la buena renta de esta Comunidad permite que la gente se auto regule con la oferta que existe.... hay mucha inmigración en Baleares y la oferta para servir en las casas es muy alta y el servicio de SAD no puede bajar a esa altura...

REPRESENTANTE DE SAD ADMINISTRACIÓN BALEAR

- Lo que hacemos aquí es sobre todo, lo que más se da es servicio para actividades básicas, esa es la oferta en Baleares y eso está bien porque la gente no confunde a las trabajadoras de SAD, las auxiliares que llaman en la península aquí se las llama trabajadoras, pues son cuidados personales. Si alguien en una situación extrema necesita de ayuda doméstica, eso se realiza por otro programa de servicios sociales que no es el SAD, el SAD sólo ofrece ayuda personal, lo demás para las casas y tal, es por otra línea y

entra en otro tipo de copago, que tienen que pagarlo más que el SAD, por supuesto....

RESPONSABLE DE SAD AYUNTAMIENTO
BALEAR

- en la forma en como se trabaja aquí es diferente que en la península porque en la península hay mucho servicio doméstico, aquí en las islas solo se da atención personal y así y todo hay mucha lista de espera, lo que pasa es que las cuatrocientas horas, cuando las pactamos con la administración preferimos que dieran cualificación a las trabajadoras y el servicio doméstico, no cualifica, entonces aquí se da sólo un tipo de ayuda y si alguna persona con discapacidad o muy mayor no tiene posibilidades de poder pagar por su cuenta el servicio doméstico, hay una plataforma en servicios sociales que lo cubre pero en situación de copago, no sé si es 60 y 40... o así 60 % el ayuntamiento que le corresponde y 40 % la persona que recibe la prestación porque es un servicio especial, no es de los que se consideran de base...

REPRESENTANTE SINDICAL TRABAJADORAS
SAD

Esta particular oferta que realiza el SAD en las Islas Baleares, articula las bases para un mejor posicionamiento del servicio, en la medida en que trasmite una imagen más cualificada del mismo, probablemente bajo el error de que se trata de personal cercano a enfermería, aunque no siempre se corresponda la

realidad con dicho perfil. En el resto de CC AA, la amplitud de la oferta en las dos líneas tantas veces señaladas a lo largo de este informe, provoca una mayor centralidad de las tareas relativas a servicios del ámbito doméstico, hasta el punto de que en la disyuntiva semántica del propio SAD, muchos interlocutores entienden que se trata de un servicio específico de tareas en este ámbito, es decir, de tareas domésticas, aspecto ya tratado en páginas anteriores.

Esta doble vertiente del servicio, abre a una importante tarea de reflexión de cara a generar un reposicionamiento del SAD para alcanzar un mayor y mejor prestigio de su perfil y una mayor eficacia ante los esfuerzos que congrega. En efecto, en aquellas Comunidades Autónomas en las que la oferta del servicio, comprende dos facetas diferenciadas, atención personal y atención instrumental, o al decir de los propios interlocutores, tareas de cuidado personal y de cuidado del espacio doméstico, se produce una notable desvalorización del servicio que tiene, como contrapartida por parte de los mismos representantes de la administración, una priorización muchas veces equivocada acerca de las demandas de los usuarios que habrán de ser valorados como candidatos a las prestaciones, especialmente en aquellos enclaves en los que habrá que decidir inminencias de prestación dado que existen listas de espera. De allí que para poder avanzar hacia una clarificación de posibles transformaciones en la identidad pero también en la imagen del SAD, será importante tener en cuenta dos aspectos estratégicos dentro del complejo engranaje de mediaciones que implica la prestación de este servicio:

el lugar mediador hegemónico de las trabajadoras sociales en tanto figuras claves de la definición del trabajo a realizar y, en segundo lugar, las cualificaciones laborales de las mismas auxiliares del SAD, cualificaciones que, como se desprende de manera inmediata, habrán de ser resultado del particular anclaje entre oferta y demanda que enmarcan el sentido de este servicio. Dicho en otros términos, las tareas a realizar dentro del SAD tan sólo en parte cubrirán el complejo (y probablemente insaciable) espacio de necesidades de los usuarios ya que parte de dichas necesidades no pueden ser resueltas por ningún servicio a pesar de la mejor de las puestas a punto. Pero, sobre todo, será la mediación institucional quien deba realizar el ajuste posible entre necesidades y prestaciones del servicio, anclaje cuya complejidad no parece haber sido suficientemente meditado dentro de las instituciones que ofertan SAD, dentro de las Mancomunidades y Ayuntamientos de las diferentes Comunidades Autónomas.

XII.2.1.- La mediación de las trabajadoras sociales

La figura de los trabajadores sociales, - otro de los perfiles profesionales que tiende de manera notable a la feminización del cuerpo a pesar de que no logra los niveles de saturación de mujeres que se da entre las auxiliares de SAD -, se proyecta en la presente investigación como uno de los nudos más importantes a tener en cuenta para la clarificación de las potencialidades del servicio mismo. Es evidente que se trata de una las actividades más neurálgicas que se

realizan para efectivizar una relación de servicio, toda vez que de estas figuras depende concertar el perfil de los trabajos a realizar como servicio específico en cada caso y por lo tanto, sus capacidades interpretativas resultan de importancia estratégica. Es, a todas luces evidente que no se trata de cuestionar o desautorizar a los trabajadores sociales y sus propuestas sino, por el contrario, reconocerles lo central y estratégico de sus decisiones, toda vez que si se decide en este marco de primeros encuentros con un potencial usuario/a que lo que esta persona realmente necesita son servicios de ayuda instrumental (AIVDA), difícilmente pueda nadie cuestionarlas. Lo que proponemos, por el contrario, es señalar - para ayudar a la reflexión - las consecuencias específicas que dicha decisión conlleva para el conjunto del SAD, dimensión que en ningún caso puede ser atribuida como responsabilidad tan sólo a quien ejerce dicha función mediadora, es decir a los trabajadores sociales. Pero decidida, - como de hecho es manifiesto que sucede tantas veces en aquellas Comunidades en las que existe la viabilidad de dicho servicio -, realizar tareas de ayuda instrumental, dicha tarea traerá, las siguientes consecuencias:

Desposicionamiento del perfil técnico del servicio Ya que como señalamos en páginas anteriores, la especificidad de las tareas domésticas, no tributa a construir una imagen de servicio especializado del SAD, dada la baja intensidad de cualificación que dichas actividades transmiten. La articulación de una imagen de servicio público, con la concreción de una persona que realiza tareas de cuidado del hogar, exige una elipsis de gran

intensidad para poder atribuir a dichas tareas, la dimensión de un hacer de formas específicas de cuidado desde los fondos públicos.

Confusión para el usuario y su entorno alrededor de las características del servicio Desde el error de suponer que las corporaciones locales en cualquiera de sus manifestaciones (Ayuntamientos, Mancomunidades, etc.) les pone servicio doméstico a los vecinos, hasta el que lleva a muchas familias o entornos a suponer que dicho servicio es apto para realizar diferentes tareas de todo el grupo familiar, media lo que intentamos identificar que no es otra cosa, que la presencia de un tipo de actividad que desposiciona la dimensión específica de servicio técnico prestado desde las instancias públicas.

- ... a mi me ha pasado porque por aquí la gente es muy así, es muy burra... de ir a casa de una señora y que aparezca una de las hijas y que me diga que le vaya a buscar el periódico al kiosco de la plaza... y tuve que decirle que no, que no estaba allí para irle a buscar el periódico, que yo llevaba por escrito lo que tenía que hacer y que solo hacía eso. Y se montó un pollo... que no vea, tuvo que venir la trabajadora del Ayuntamiento y todo, que claro, me dio la razón... pero es que la gente se cree aquí que le ponen chacha los del Ayuntamiento como si fuera chica para todo...

AUXILIAR DE SAD

No cualifica a la auxiliar: Aspecto ya señalado anteriormente ya que las tareas domésticas no son socialmente tenidas en cuenta como producto de un saber hacer que produce beneficios intangibles, sino como parte de una forma de ser propio de la condición femenina que no genera valor ni plusvalor.

No produce sinergia transferencial hacia la institución
Si se trata de un hacer que no tiene valor, tampoco lo tienen el servicio ni la institución que lo promueve, lo patrocina y lo gestiona. A pesar de las muestras de agradecimiento y reconocimiento de los mismos usuarios, es evidente que a diferencia de las tareas más específicas de cuidado personal, aquellas que tienen que ver directamente con el usuario o la usuaria, su aspecto, su aliño, etc. las tareas sobre el espacio signadas por la fungibilidad y la repetición no son aptas para transferir atributos positivos a la institución que las realiza.

La mediación de empresas u otras instancias, desvirtúa el carácter público del servicio: Se producen dos grandes desviaciones, en primer lugar quien capitaliza la responsabilidad de la tarea es la instancia mediadora, sea una entidad empresarial, una ONG o una cooperativa, cualquiera de ellas antes que la administración pública y dentro de éstas, por supuesto desaparecen las instancias más alejadas de lo territorial, las Diputaciones, los Gobiernos Autónomos, etc. Pero en segundo lugar, se pierde la dimensión de servicio público, es decir se pierde la idea de que se trata de un servicio que gestionan las administraciones a partir de los dineros

del conjunto de la población y que tienen en dicho servicio uno de los ejemplos más evidentes de utilización de las arcas sociales.

- Yo no tengo servicio del ayuntamiento, aquí viene una chiquita que es de una empresa y es la que hace los trabajos, que limpia no crea Ud. que muy allá pero tengo que quejarme a la empresa porque cuando llega tarde, igual se marcha a la misma hora y claro, pierde el tiempo que yo le pago.

PERO NO ES UN SERVICIO DEL AYUNTAMIENTO QUE SE LLAMA SAD.?

Algo así me dijo otra chica, pero esta que viene no, esta es de privado porque ella trae una bata que tiene el nombre de una empresa, o sea que le puedo asegurar que no es del Ayuntamiento...

USUARIO DE SAD

La limitación horaria del servicio deja siempre pozos de insatisfacción: es factible generalizar que cualquier servicio, sea del tipo que sea, ha de estar siempre sujeto a limitaciones horarias. Pero también es verdad que en este tipo de oferta de SAD, las limitaciones son realmente importantes, más aún cuando se trata de áreas urbanas y metropolitanas en las que existe un complejo sistema de asistencias que en algunos casos llegan a realizarse en media hora de visita a los hogares. Dicha limitación horaria es un centro de insatisfacción para el usuario o usuaria del servicio, para su entorno...

-... pero de verdad llaman servicio a que venga una chica diferente cada dos semanas a levantar a mi madre y ponerla en una silla en veinte

minutos que no le da tiempo ni a decirle buenos días? La pobre que viene no tiene la culpa, si ya nos hemos quejado muchas veces pero que no pueden venir más tiempo, que hay mucha gente en lista de espera, que tienen que llegar a otros domicilios y coger el metro... qué sé yo cuántas cosas... vale, si yo me lo creo todo, pero esto no es un servicio, esto es un apaño, que es otra cosa...

FAMILIAR DE USUARIA DE SAD

... pero también es una insatisfacción para quien realiza las tareas de auxiliar ...

- media hora, voy a ver a esa señora que habló con Ud. y la hija, creo que también menos de media hora, es que no me da el tiempo y se lo dije a la coordinadora, pero dicen que hay que hacerlo así porque no hay más gente y no se puede dar más tiempo, si es una vergüenza de servicio, de verdad...

AUXILIAR DE SAD

... y finalmente lo es para los representantes del Ayuntamiento que median institucionalmente en la realización del servicio en el marco de estas coordenadas...

- nosotros sabemos que no se puede dar un buen servicio en tan poco tiempo, a nosotros nos gustaría que fuera de otra forma, pero hay mucha lista de espera, muchas demandas, la gente está cada vez más sola y hay que atender al mayor número posible, esta es la política del Ayuntamiento

*y yo no la puedo cambiar, aunque sí,
realmente creo que no se va a
ninguna parte de esta forma*

TRABAJADORA SOCIAL SAD AYUNTAMIENTO

Por lo que desde la definición técnica del servicio de ayudas instrumentales a la concreción de las mismas que se materializan en trabajos de cuidado del espacio doméstico, parece necesario realizar una importante revisión del sentido total del SAD en dicha articulación. No se trata de desconocer la necesidad de dichos cuidados, sino, por el contrario, de revisar la pertinencia de que las mismas sean parte de la ejecución, de la identidad y de la imagen de este servicio.

Si nos centramos particularmente en los aspectos que trasmite las tareas vinculadas a las AIVDS, es porque es en ellas y no en las otras, en las ABVDS, donde se producen las principales distorsiones en relación con el SAD, aunque también habría que señalar de cara a la necesaria reflexión sobre la potencialidad de este servicio que entre uno y otro tipo de ayuda o asistencia, quedan algunos hiatos, algunos espacios vacías, algunas tareas que no corresponden a ninguna de las dos posibilidades del servicio y que son reclamadas por parte de los usuarios y sus entornos como son el suministro de medicamentos, la realización de curas, pero también el control de las fuentes energéticas de las casas (gas, luz, agua...) el resguardo para la seguridad de la casa, controles todos ellos que no se realizan en ninguno de los dos tipos de servicios y que los ejecutan las auxiliares según su parecer muchas veces contraviniendo

explícitamente, las normativas vigentes en relación con sus trabajos.

- ... yo se muy bien que hay cosas que no tenemos que hacer, pero si vas a casa de una persona que se queda sola en su dormitorio, no habrá nadie durante la noche y resulta que a lo mejor, como me pasa a mí en un caso que voy a las nueve de la noche para ayudarle a acostarse y que el pobre, es un señor, se prepara la cena y luego recoge como puede, porque no puede hacer más de lo que hace, pues yo siempre antes de irme, me fijo si la bombona está cerrada, si las luces están quitadas, esas cosas, que hay que hacer aunque te digan que no, que eso no es parte del servicio...

AUXILIAR DE SAD

Realizar una reflexión detenida y sistemática de las características del servicio ha de tener como horizonte indispensable, pensar en la importancia de coordinar a un tiempo, la realización de un servicio realmente eficaz, pero también al mismo tiempo, lograr un tipo de oferta capaz de construir un posicionamiento estratégico del servicio en su conjunto, a fin de situarlo correctamente como propuesta que desde lo público resulta realmente eficaz y es capaz de apoyar las necesidades de los usuarios y sus entornos. Para ello será de vital importancia considerar que un servicio de estas características habrá de realizarse desde premisas de conocimientos, oficios y saberes que superen a aquellos que se consideran propios e intrínsecos de la identidad femenina, es decir que la cualificación de las auxiliares

habrá de ser una prioridad siempre que el SAD se posicione como una forma específica y no genérica de atención a los mayores, a las personas con discapacidad y, como sucede en algunas autonomías y no en todas, a las familias y sus conflictos.

XIII.- EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO, ENTRE LA OFERTA Y LA DEMANDA

La propuesta de este capítulo es realizar una reflexión sobre el SAD desde la óptica de la interacción entre oferta y demanda a partir de las mediaciones que organizan la efectividad del servicio mismo, para lo cual partiremos de las formas específicas en las cuales se constituye la prestación a los usuarios. De allí que retomemos, como un acontecimiento de verdadera importancia, el papel de los trabajadores sociales que son el primer hito en la constitución posible del SAD de vinculación entre la institución que lo gestiona - aunque no lo ejecute - y los usuarios potenciales. En ningún caso pretendemos articular una mirada desde la economía clásica y pensar la oferta y la demanda como un cruce de variables vacías de contenido. Por el contrario, lo que pretendemos es intentar no denegar dos aspectos que resultan cruciales para pensar los servicios sociales en el siglo XXI. En primer lugar que los mismos, a pesar de su carácter institucional y su perfil público han de situarse en el marco de una cultura globalizada como es la cultura española en todas y cada una de sus Autonomías, que lleva, indefectiblemente, a presuponer que los usuarios reales o potenciales de estos servicios son ellos mismos y sus entornos familiares, espaciales, etc. consumidores en el sentido más explícito del término, es decir consumidores de imaginarios y no sólo de aquello que compran o adquieren con sus dineros, aspecto que cada vez es más evidente ya que dicha dimensión de la identidad de las personas influye y

condiciona sus actitudes y sus expectativas en tanto ciudadanos y contribuyentes. En segundo lugar, que a falta de más específica terminología, en el interior del SAD sucede lo mismo que ante cualquier mercancía del mercado: el sistema de la demanda ha de adaptarse al sistema de la oferta, y no, al revés. En efecto, cualquier producto o servicio - incluso las más altas innovaciones en el diseño de nuevas propuestas -, implica una adaptación de las necesidades de quien demanda hacia la peculiaridad de lo que se oferta. Pensar de manera contraria, implica desnaturalizar en las palabras lo que la realidad exhibe muchas veces, a voces. No se da una adaptación de la oferta a las necesidades, sino más bien lo que se produce es lo contrario, son las necesidades las que se adecuan a los sistemas de ofertas en todas y cada una de las áreas en las que pretendamos pensar dicha relación en nuestra cultura. De allí que la articulación de un acontecimiento primero como es una experiencia de "escucha" acerca de las necesidades de los usuarios expresada por estos mismos, o por los inmediatos beneficiarios de su entorno, implica para los trabajadores sociales, el complejo y diverso trabajo de transformar las carencias y debilidades en que se halla una persona en necesidades potencialmente factibles de cubrir - aunque sea en parte - por el mismo servicio, por las posibilidades reales que este tiene de operar algún grado de eficacia ante el complejo y múltiple nivel de necesidades. De allí que el trabajo que realizan los trabajadores sociales, sea, en síntesis, transformar las necesidades de los futuros usuarios en demanda para que ésta se perfile como una forma factible de ser resuelta

por las características específicas del servicio, de la oferta del servicio.

-... el trabajo que nosotras realizamos desde servicio sociales, es el normal, el que se hace en todas partes que hay SAD, lo que hacemos es realizar una visita o dos y conocer cuáles son las necesidades de la gente, de quien va a ser usuario y hacerle una propuesta de lo que podemos ofrecerle, no podemos solucionar todo, claro, pero de lo que podemos ofrecerle intentamos que se adapte la persona a lo que tenemos... si necesita una persona las veinticuatro horas, eso no tenemos, pero tenemos si es muy grave, alguien que vaya hasta cinco veces por semana un máximo de dos horas cada día

TRABAJADORA SOCIAL DE AYUNTAMIENTO

Esta labor de los trabajadores sociales, ya sea de los Ayuntamientos o de las Mancomunidades, es una constante en todas las Comunidades Autónomas con independencia del tipo de servicio que se ofrezca y con independencia de que el trabajo sea luego ejecutado por trabajadoras contratadas de la propia corporación local, de alguna ONG, de cooperativas o de empresas. También son los trabajadores sociales los responsables de la supervisión de las tareas aunque existan otros mecanismos intermedios de control y supervisión por parte de las estructuras o entidades que asumen la realización del servicio. Por ello habrá que adjudicarle a esta labor un carácter estratégico toda vez que siendo la figura que transforma necesidades en demanda con acuerdo a las posibilidades

del servicio, es quien de manera explícita o implícita, reconoce e identifica también los límites de éste y finalmente quien articula el marco contractual específico en cada caso: si ha de ser un servicio gratuito, si se ha de establecer un copago y en qué proporciones, que tipo de atención específica se habrá de realizar, en qué cantidad de tiempo semanal o diario, etc.

- Tienes mucha responsabilidad porque prácticamente tienes que decirle qué se puede hacer en cada caso y que no se puede hacer y eso a veces es muy duro porque igual ves que hay casos que necesitan mucha más atención pero que no puedes ofrecérsela, o que les vendría mejor otro horario, no sé, son muchas cosas... y además controlamos sus ingresos, hacemos todas las averiguaciones para saber si es copago o si está libre de pagar porque tiene una renta baja y no puede participar en el coste...

TRABAJADOR SOCIAL DE MANCOMUNIDAD

Por lo articulante de este trabajo, resulta fácilmente comprensible que habrán de ser personas formadas no sólo en lo genérico de sus múltiples funciones, sino en lo específico de este trabajo, dado lo trascendental de las tarea de interpretación y transformación hacia una demanda efectiva que guarde relación con las potencialidades del servicio mismo. Transformar necesidades en demandas, no es una tarea obvia ni fácil y requiere una buena capacidad de comprensión sobre la totalidad y la peculiaridad de cada caso ya que la casuística, tal como venimos señalando desde la

introducción de este trabajo, es lo que más abunda en la realidad de los usuarios del SAD. No errar en el diagnóstico - término que a pesar de su rigor ha de ser el que corresponde a la tarea en cuestión - habrá de ser central para lograr eficacia y ciertas formas de satisfacción para el conjunto de los agentes involucrados en el servicio, desde los usuarios a los ejecutantes, desde las instituciones a las otras mediaciones que hacen posible la existencia del SAD. Se trata por tanto de reconocer a esta primera labor un carácter estratégico que implica una total desburocratización de la misma para garantizar al máximo su potencial eficacia.

XIII.1.- Demandas y servicios

Retomamos aquí las cuatro tipologías de tipos de demandas que desarrollamos en capítulos anteriores. Recordemos que se trata de una esquematización de las demandas existentes recogidas en esta investigación, pero que, justamente por su carácter amplio y probablemente de bajas definiciones, resulta plausible de alcanzar grados de generalización bastante estandarizadas en las diversas Comunidades Autónomas del Estado.

Las cuatro tipologías propuestas son:

- DEMANDA EMANCIPATORIA
- DEMANDA REEDUCADORA
- DEMANDA ASISTENCIAL
- DEMANDA PALIATIVA

Tal como señalamos en páginas anteriores, el Servicio de Ayuda a Domicilio otorga prioridad a las dos últimas tipologías de demandas debido a que, en primer lugar, no los tienen tipologizados y en segundo lugar porque desde la ausencia de formas de tipologización consideran que son más importantes las que presentan un carácter más urgente, más debilitado, más necesitado aunque el perfil de esas necesidades exceda las posibilidades reales de atención por parte del SAD

- Aquí en las Islas no hay residencias, es que no hay... y entonces claro, se espera que el SAD reemplace a las residencias y eso no puede ser porque no tenemos medios técnicos, ni profesionales, ni la gente con la que contamos está preparada para atender casos extremos... de verdad, por ejemplo tenemos a tres personas mayores con Alzheimer, y bueno, es un número... desde que una se nos escapó y hubo que buscarla con la policía municipal y los bomberos hasta que otras no saben si es de día o de noche, de verdad, no son casos para nosotros son APRA una residencia pero como no hay., tenemos que darles prioridad nosotros por lo menos para que una persona se pase un rato de lunes a viernes a ver si están, ya no te digo que estén bien, sino que estén...

TRABAJADORA SOCIAL DE AYUNTAMIENTO

- Claro, es que si tuviéramos a donde ir, no tendríamos este trasiego... es que nuestra situación es muy... no sé, pero mira. Mi madre que no puede andar, ya has visto como tiene las piernas, la semana

pasada se cayó por la noche y yo no puedo moverme, porque con mi esclerosis, estoy aquí postrada como una planta y mira que la oía pero no puedo moverme y como el teléfono lo tiene ella junto a su cama, yo no podía hacer nada, eran como las dos cuando se cayó y los vecinos dormían. La chica por la mañana llegó tarde, porque con el rollo del tráfico que no se arregla... hasta las nueve y media estuvo en el suelo, que yo creo que se quedó dormida y todo, pero esto no es plan... de verdad, no sé porque Dios no nos lleva... porque así con una mujer que venga dos horas en la semana, con eso nosotras no hacemos nada, de verdad, nada....

USUARIA DE SAD

En casos como el que señalan las dos citas anteriores, resulta manifiesto que el SAD y sus ofertas reales de servicio, no pueden dar cobertura suficiente ni adecuada, ya que estas demandas se sitúan claramente en la posición de DEMANDAS PALIATIVAS, ya que no se trata de necesidades de atención vinculadas a servicios sociales, sino de manera específica a demandas al área de sanidad y de atención especializada. Por el contrario, otros casos en los que se desestima la urgencia del servicio, es decir aquellos que pertenecen a demandas de tipo emancipatorio, o de tipo reeducativo que no obtienen perfil de prioridad, especialmente ante la comparativa con los llamados "casos graves", resultan ser los más idóneos porque en esos sí, claramente, los servicios sociales pueden - y deben - cumplir una misión estratégica.

Los diversos baremos que han de cotejar los trabajadores sociales, los cuales corresponden a una dimensión técnico administrativa necesaria (ingresos, recursos por rentas, cuadro familiar, etc. del usuario potencial) siendo importantes en la gestión de lo público a fin de evitar agravios, han de estar, sin embargo, subordinados a los otros aspectos, aquellos que indican con claridad que el sujeto de la demanda es realmente un sujeto al que la oferta de los servicios de atención domiciliaria se adaptan correctamente para alcanzar una lógica eficacia en el conjunto del servicio. Dicho en otros términos, los interlocutores del SAD, deben poder definir con claridad la identidad de la demanda y su vinculación con el perfil estratégico del servicio para no situarse incorrectamente en lo que podríamos caracterizar como un SERVICIO VENTANILLA, un servicio al que se le pide la cobertura de diferente tipo de necesidades (sociales, sanitarias, terapéuticas, logísticas, etc.) y que de manera atropellada intenta cubrir y disimular la ausencia de otras áreas de servicios que serían las más idóneas para dar una correcta respuesta a esas particulares, pero muy frecuentes demandas.

- Nosotros no podemos hacer más de lo que hacemos, lo que pasa es que hay listas de espera en todos los servicios, en los Centros de Día, en la residencias, no digamos... la cobertura es mínima y todo lo que no resuelven otras áreas, revierte para nosotros. Y eso no hay espacio para poder plantearlo porque la importancia de lo que pasa en el día a día, impide hacer un trabajo más lógico con lo que sería una buena manera de encarar el servicio. Es

evidente que urge resolverlo, yo creo que igual esta investigación será para eso... pero estamos tan quemados de poner paños a la gente que llega con tantas dificultades, que de verdad, una ya no espera nada, menos de la administración

TRABAJADORA SOCIAL DE AYUNTAMIENTO

Desde la perspectiva de una mejor y más eficaz adecuación entre las necesidades y oferta, - repetimos - será de gran importancia realizar con la mayor precisión posible la articulación de la demanda con la realidad del servicio de atención domiciliaria y partiendo de cada caso en particular, o de tipologías que permitan ayudar en la estructuración del servicio, organizar las responsabilidades de las diversas áreas que han de trabajar a veces en solitario y otras, conjuntamente con otras áreas, para poder articular una verdadera capacidad operativa de servicio hacia los ciudadanos y ciudadanas. Si, por ejemplo, se articularan formas de servicio a partir de las tipologías ideales propuestas, sería necesario realizar un trabajo de apertura a la colaboración interáreas que con acuerdo a ciertas formas de realidad de necesidades y las consecuentes formas de demanda provocaría responsabilidades de diverso tipo de acuerdo al trabajo requerido

DEMANDA EMANCIPATORIA: Se trata de un tipo de demanda factible de ser atendida por el SAD, es decir por un servicio específico de tipo social dentro de programas que permitan acotar en el tiempo la hegemonía de este servicio actuando en solitario. Una persona mayor que en cierto momento de su vida requiere de cuidados o de

acompañamiento para alcanzar o volver a alcanzar formas de emancipación social, debe tener una propuesta en el SAD pero en el marco de un programa de recuperación de sus posibilidades emancipatorias

- muchas veces vienen personas que han perdido algunas facultades, o que se sienten muy inseguras, o que llevan mal la soledad, o que necesitan de propuestas para relacionarse con otros y a esos muchas veces, no se les puede atender, o directamente se consideran que no necesitan del servicio. Claro, comprende que aquí llevamos casos de mucha urgencia, gente que está sola y está postrada en una cama y que necesita que todos los días alguien le incorpore y no se puede dar respuesta a todos.... eso es algo lógico y es humano que le demos más importancia al más necesitado... aunque hay veces que hemos podido atender a situaciones de ese tipo... es que aquí hay de todo

COORDINADORA DE EMPRESA SAD

DEMANDA REEDUCADORA Como señalamos en otras partes de este mismo informe, están aquí situadas las demandas de aquellos y aquellas que han perdido parte de su capacidad de interacción con la realidad en diferentes planos de dicha interacción, ya se trate de una limitación física, psíquica, emocional, interactiva, o incluso, varias de éstas a la vez en el marco relacional de encontrarse, muchas veces, sin soportes de entorno que puedan ocupar posiciones reeducadoras. Es un tipo de demanda que debe absorber el SAD pero con la participación activa de las

áreas de salud o de sanidad en el marco flexible de programas conjuntos cuya especificidad habrá de articularse en cada caso concreto.

- La mujer que viene la verdad es que no puede hacer más de lo que hace y no puede ser más buena, a veces hasta me trae comida de su casa, de verdad, no tengo más que palabras de agradecimiento, lo que pasa es que yo tengo del médico un papel que dice que esto de la caída me ha provocado una depresión y la verdad yo me siento muy mal, muy desanimada, no puedo moverme aunque dicen que podrá volver a andar, pero claro, como mis hijos se han marchado al extranjero, no tengo quien me pueda trasladar y voy solamente una vez cada dos semanas y tendría que hacerlo dos veces cada semana. Pero no puedo y eso, hace que esté todavía peor, lloro por todo, me siento que me voy a caer en cuanto intento levantarme, pero ya le digo, que la mujer que viene es muy buena, muy limpia, muy paciente conmigo... ahora estoy mejor pero hasta hace unos días me la pasaba llorando todo el tiempo y ella pobre que intenta conformarme pero, no sé... estoy así que todo me da reparo y no tengo ganas de nada, la verdad... además verme aquí encerrada entre cuatro paredes, no es para que nadie se anime... no le parece?

USUARIA DE SAD

DEMANDA ASISTENCIAL: Contiene aquellos casos que piden atención más extensa a lo largo del día y más intensa en

conocimiento de cuidados sanitarios y muchas veces con profesionales especializados en diferentes áreas. La demanda asistencial se sitúa en el umbral de la necesidad de centros de día, de espacios de rehabilitación (desde lo psicológico a lo físico, lo orgánico y lo funcional hasta lo relacional y la posibilidad de recuperación de la autonomía) y que en el caso de personas discapacitadas o de personas mayores implica una suma de cuidados de diverso tipo, en los que el SAD puede, tan sólo, cubrir alguna de esas áreas. Es una realidad de demanda que necesita del gobierno de los especialistas en temas de salud a los que deberá subordinarse la logística y los agentes del Servicio de Ayuda a Domicilio, así como del entorno familiar, suponiendo que éste actúe de manera activa en función del usuario. Intentar reemplazar las carencias o las ausencias de los profesionales de la salud y/o del entorno familiar, sólo precipitará una caída en la impotencia del propio usuario y del conjunto de los agentes del SAD vinculados a estas circunstancias.

- ... otro caso que tenemos es el de un hombre de ochenta y tres años que vive solo en la montaña y que tiene una flebitis extendida por ambas piernas y que está en la cama todo el día porque tiene dolores muy fuertes, y que no quiere bajar al hospital y que tampoco hay forma de que los especialistas puedan subir porque no pueden dedicarle una mañana entera a un solo paciente. Entonces que pasa, que con estos fríos, quien le atiende es una vecina, que le hace la comida, bueno, se la lleva de su casa porque el pobre está solo, no se sabe si tiene o no familia pero no hay contactos con ellos ni hubo forma de

localizar a nadie, es de esta gente cerrada que se pasa el día en la cama y solo. La mujer, la vecina hace lo que puede y el servicio le paga por atender a este hombre, pero claro, no son maneras... me entiendes... y cuando yo he subido le he dicho que baje, que le mandamos una ambulancia pero que no, que no quiere dejar su casa y que de ahí le sacan muerto y entonces, no hay forma de resolver nada. Es muy triste, y te parecerá una pasada que pasen cosas así, pero aquí no te creas que es tan raro, muchas veces nos hemos encontrado a los viejos sobre todo, los hemos encontrado muertos en sus casas, son casas que no tienen ni servicio, y eso es muy duro, pero te aseguro que el Servicio hace lo que puede, pero no podemos hacer más

COORDINADORA DE SAD ONG

DEMANDA PALIATIVA Sin lugar a dudas se trata de una demanda que excede al SAD, a pesar de las mejores intenciones que se pongan en juego para intentar contener a quienes se encuentran en esta tipología de demanda. Se trata de aquellos casos en los que intentar reparar la ausencia de residencias, e incluso de plazas hospitalarias con atención de Ayuda Domiciliaria es altamente ineficaz y sólo provoca la puesta en evidencia de los límites de este servicio, límites que están presentes en cualquier forma de articulación de un servicio, sea del tipo que sea, sea público o privado, pero que el SAD, más pendiente de encontrar los anclajes de tipo administrativos como son los baremos de posible viabilidad, parece perderse en la búsqueda de realizar

respuestas a situaciones y circunstancias que claramente, están fuera de sus posibilidades de atención. En los casos de demanda paliativa, cuando las personas son muy mayores, están en circunstancias de carencialidad notable de autonomía tanto psíquica como física, en los casos en que se trata de personas con discapacidad grave, etc. el SAD no puede ser la propuesta que intente reparar las carencias de los otros servicios más idóneos aún dentro de los llamados servicios sociales y menos aún de los servicios sanitarios o de salud.

La no clarificación acerca del perfil posible, es decir factible, del servicio, y la voluntad por intentar cubrir demandas que le exceden sólo tributa al agotamiento de la estructura y sobre todo, de los agentes de la misma. Pero, por sobre todas las cosas, lo que logra es precipitar hacia el desposicionamiento al propio servicio, desdibujando el perfil del SAD y con él, al conjunto de los servicios sociales públicos.

XIII.2.- Hacia una redefinición del Servicio de Ayuda a Domicilio

Llegados a este punto, casi al final del informe que intenta dar cuenta de la investigación realizada, parece necesario comenzar a concluir los resultados, al menos los más destacados, que den cuenta del estado del SAD desde diversos puntos de vista o perspectivas posibles sobre el mismo. Es evidente, y probablemente lo más importante a destacar es que en todas las Comunidades

Autónomas en las que hemos realizado nuestro trabajo de campo, y de las que hemos dado cuenta suficiente en los capítulos anteriores, en todas ellas y con seguridad en el resto de las otras Comunidades a las que no visitamos, existen importantes grupos humanos que sobreponiéndose al desánimo, a la burocratización que conlleva muchos de los aspectos de la gestión de lo público, a la falta de recursos técnicos, a las presiones de las empresas o entidades a las que pertenecen, realizan un verdadero esfuerzo por lograr alcanzar un servicio capaz de aliviar, de alguna manera, las necesidades de la población más afectada y destino del servicio mismo. Por lo tanto, la capacidad de los equipos de trabajo así como las mejores predisposiciones en la realización del mismo por parte de todos, habrán de ser los puntos de partida para poder sintetizar de manera argumentada lo hasta aquí expuesto.

Actualmente, y de forma expresiva, el SAD parece articularse alrededor de características más o menos comunes, a pesar de las diferencias en las diversas Comunidades Autónomas en las que trabajamos. A pesar de que una de ellas no participa del Plan Concertado como es el caso del País Vasco, otra de ellas no ofrece servicio de AIDVS, es decir de atención para ayudas instrumentales de la vida diaria como es la realidad de las Islas Baleares; otra de ellas es una autonomía que se sostiene en un macro Ayuntamiento como es el caso de Madrid; otra tiene una dispersión poblacional difícilmente gobernable como es Galicia; otra es una estructura autonómica en la que pesa notablemente el envejecimiento poblacional junto con la desestructuración de su aparato productivo, es el

caso de Asturias y la última de las Autonomías consultadas, es uno de los territorios más amplios, más diversos y en el que pesa de manera específica las culturas rurales comunitarias, cual es el caso de Andalucía. En todas ellas, es frecuente encontrar las siguientes características del Servicio de Ayuda a Domicilio:

Amplia diversidad de modelos institucionales sin
caracterización de prioridad política:

La diversidad de modelos institucionales de desarrollo del SAD existe tanto en lo que respecta a la comparación de las formas de organización en las diversas Comunidades Autónomas, como, - sobre todo - dentro de cada una de estas comunidades. Es más, en los grandes ayuntamientos, puede existir diferentes criterios de acuerdo a las consejalías de asuntos sociales de las diversas juntas de distrito.

Las diferentes Diputaciones o los Concellls, los Consejos provinciales, etc., pero también las Mancomunidades, la realidad institucional de cada Ayuntamiento organizan el SAD, dentro de las áreas de servicios sociales de manera diferente, pero en ninguna de ellas parece situarse este servicio a la altura del espacio estratégico que realmente ocupa, toda vez que sus funciones están, en muchos casos, reemplazando la ausencia de otros dispositivos u otras áreas de trabajo. En cada Comunidad Autónoma conviven diferentes formas de gestión y ejecución del trabajo, y diferentes organizaciones mediadoras ya sean empresas, cooperativas, contratados

por las corporaciones locales, ONGs, hasta incluso, pago por el servicio al entorno vecinal de los usuarios. Es más, de forma interpretativa, parece que el SAD, nombrado por muchos, incluso, como un servicio estrella, no logra un perfil de prioridad verdadera dentro del conjunto de acciones que se realizan en los diferentes ámbitos del quehacer municipal y que el desplazamiento hacia la externalización de la ejecución de los servicios de este tipo, tiende a ser la manera más rápida de darle existencia sin articular de manera política, la consistencia del mismo.

Conflictos institucionales por competencias y responsabilidad en el SAD

Las mayores dificultades detectadas en el tránsito institucional de la gestión del SAD, corresponden a las formas de transferencias de dineros, lo que ocasiona importantes problemas de liquidez que han de sumarse a la conflictiva realidad económica de muchos Ayuntamientos de España. Sobre el trasfondo de esta situación se erigen diferentes líneas de desavenencias con respecto a las competencias y a las responsabilidades que se disimulan - aunque no se resuelven - a través de las diversas formas de extenalización del servicio. Pero también las estructuras externas, (empresas, asociaciones, etc.) dan cuenta de las dificultades económicas con las que se encuentran en la relación con las instituciones, toda vez que en las convocatorias y sus presupuestos, no parece reflejarse la importancia de lo complejo de cada demanda, la necesidad de articular mayor cantidad de horas de

servicio, la sombra de las listas de espera, el coste de la presencia de mayor número de auxiliares, etc.

Las instancias institucionales reconocen de manera manifiesta que el SAD ha de reconvertirse hacia nuevas formas de gestión y de organización de sus funciones específicas y sus alcances, peor ninguna de ellas arriesga una propuesta desde el campo de sus marcos competenciales. Todos, sin embargo, reconocen que por la actual vía de crecimiento será imposible mantener el servicio ya que en la actualidad y pesar de los esfuerzos que se realizan, es claramente deficitario frente a la sociedad. Las Comunidades que están dentro del Plan Concertado reconocen que están a la expectativa de nuevas estrategias políticas de desarrollo del servicio que surjan a propuesta del Estado o de la administración central, pero también el País Vasco que no participa de este Plan, reconoce - todos los diversos interlocutores institucionales - que la situación del SAD en función de cómo se está llevando actualmente, necesita un profundo rediseño.

La diferenciación institucional que señala que los Ayuntamientos con población menor a los veinte mil habitantes, tiene sus servicios sociales en manos de las Diputaciones, y los que tienen población superior se autogestionan, o las diferencias en algunas Comunidades que sitúan en consejerías diferentes a las familias, los mayores y las personas discapacitadas, provoca una serie de obstaculizaciones y una amplia apertura a problemas administrativos que son también señalados desde diversas

instancias de la propia administración, pero muy especialmente por las entidades externas.

Estado de cuestionamiento del perfil del servicio de ayuda a domicilio en todas las autonomías estudiadas

Todas las instancias administrativas, pero también las entidades vinculadas a la ejecución del servicio, los y las agentes relacionados con esta actividad, los usuarios del servicio y sus entornos, han sido unánimes al señalar que se trata de un servicio que presenta importantes déficits, los cuales cambian de acuerdo a la perspectiva del interlocutor. Para las instancias administrativas se trata de un servicio que representa un importante nivel de gasto que poco se corresponde con el bajo grado de cobertura que alcanza y con la inexistencia de un beneficio en imagen pública para los gobiernos autónomos, las diputaciones y las propias corporaciones locales. Por su parte los Ayuntamientos y Mancomunidades, dan cuenta del esfuerzo que han de desarrollar para poder llevar adelante el día a día de la gestión de un servicio, siempre sujeto a incidencias, a ausencias que cubrir, aquejas entre quienes reciben el servicio pero también entre quienes lo están esperando.

Por su parte, las empresas, fundaciones, asociaciones y organizaciones varias que prestan trabajos para la ejecución del servicio, sostienen que la administración no le otorga al SAD la importancia que tiene, por lo que tanto sus presupuestos económicos, como el grado de implicación de los organismos locales con estas acciones son muy distantes y la posibilidad de actitudes más cercanas al trabajo, depende tan sólo de las actitudes personales de los funcionarios de turno, pero no de la política de la institución volcada sobre y hacia este

servicio. Los agentes relacionados con las funciones más cercanas a los usuarios, están en una constante posición de crítica ante lo poco satisfactorio de sus realidades laborales, las formas contractuales que les vinculan, los salarios que reciben y lo repetitivo, burocrático y poco estimulante de sus tareas específicas.

Finalmente, los usuarios y sus entornos, desconocen el sentido de este servicio. No conocen ni el cómo ni el para qué del SAD, por lo que siempre parecen tener la sensación de que es un servicio incompleto, que apenas les resuelve una parte muy secundaria de sus "necesidades" y frente al cual, es necesario que existan otros interlocutores cumpliendo funciones más importantes o incluso, otros agentes del ámbito privado de servicios de pago, compensando las faltas y carencias de esta propuesta.

Por lo que cuando señalamos que la actual propuesta del SAD presenta importantes planos de cuestionamiento en todas las Autonomías estudiadas, nos referimos implícitamente, a la amplia variedad de interlocutores de diverso ámbito que forman parte de esta investigación.

Procesos de financiación lentos, burocráticos y poco acordes a los crecimientos de la demanda

Probablemente se trata del problema estructural más importante para el conjunto de las corporaciones locales y sus derivas hacia otras entidades externas. La financiación del SAD llega tarde, muchas veces es

utilizada para otros fines diferentes y ajenos al servicio, motivo por el que las deudas, así como la falta de liquidez se acentúan hasta extremos agobiantes. Por su parte, las formas de gestión, seguimiento y control por parte de las diversas instancias administrativas resultan excesivamente burocráticas y poco concordantes con la marcha y dinamicidad que exige el servicio. De manera elocuente, la mayoría de los Ayuntamientos, Mancomunidades, Diputaciones y Consejerías Autonómicas no complementan las fichas de control y seguimiento que solicita el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales para poder tener información fehaciente y al día del servicio del SAD. La complejidad de dicha ficha, la imposibilidad de ser complementada en su totalidad por ninguno de los interlocutores, parece ser un signo suficiente de la sobrecarga de controles que se burocratizan unos a otros, sin que ninguno de ellos funciones adecuadamente.

Pero por sobre todas las cosas, una de las preocupaciones más importantes de los agentes de la oferta del SAD es la evidente capacidad de crecimiento de la demanda en pro de este servicio, a pesar de sus deficiencias y limitaciones., a pesar de la inexistencia de conocimiento por parte de la opinión pública. Temor al crecimiento de la demanda, que pondría de manifiesto la necesidad de operar con estructuras aún más amplias, más complejas y por lo tanto - desde la perspectiva de quienes se relacionan de manera directa con el servicio - de forma más burocrática.

Corporaciones locales que asumen con grandes dificultades económicas, técnicas y humanas la gestión del SAD

Aspectos ya señalado reiteradamente a lo largo de todo este informe, pero cuya gravedad parece no ser tomada en cuenta por los organismos supracorporativos ni por las mismas entidades municipales. Especialmente en los Ayuntamientos más intermedios dentro de los que asumen la responsabilidad directa de los servicios sociales y entre ellos del SAD, es evidente que algunos se hallan, incluso, en la situación de quiebra técnica por lo que toda la asunción de responsabilidades se realiza en condiciones muy negativas, sobre el esfuerzo de algunos pocos funcionarios - y a veces, contratados - sobre los que recae la totalidad de la responsabilidad de las tareas de trabajo, aún cuando éstas sean de control y seguimiento de cada uno de los usuarios. Las carencias técnicas - especialmente de la amplia variedad de productos que se han incorporado a las diversas tareas de cuidado personal - así como la sobrecarga de funciones - y el consecuente desánimo frente a las mismas - es una de las carencias más notables que destacan en la presente investigación.

Desarrollo del SAD sin crecimiento real del trabajo interáreas

Salvo excepciones, la soledad en la que se desarrolla el SAD es francamente llamativa. Más allá de que las áreas específicas de servicios sociales, suelen volcarse verdaderamente en este servicio, son notablemente emergentes dos carencias vinculadas entre sí que

dificultan y distorsionan la lógica misma del SAD. Ausencia, por una parte, de propuestas políticas que permitan llevar adelante el desarrollo, no sólo paralelo, sino verdaderamente integrado de las diversas áreas afines (salud, servicios sociales, familia, etc.) y, en segundo lugar, falta desarrollar programas específicos de trabajo entre las áreas cuya entidad habrá de corresponder específicamente a los servicios técnicos de cada una de estas demarcaciones. Pero, sobre todas las cosas, es evidente que la ausencia de un verdadero trabajo interáreas, impide una mayor eficacia real del SAD en su conjunto, toda vez que - como señalamos pormenorizadamente en páginas anteriores - este servicio acaba asumiendo como propias funciones y responsabilidades que le exceden como cometido y más aún, excede a sus agentes. De allí que el trabajo interáreas, tanto en su dimensión política como técnica, se constituye en una de las prioridades inmediatas para pensar cualquier forma de rediseño del servicio

Recursos Humanos desbordados por la realidad y sus demandas

El conjunto de los recursos humanos en las diversas corporaciones locales en las que hemos realizado nuestro trabajo de investigación se manifiestan desbordados por la realidad de la demanda, creciente, diversa, cada vez más dramática... Más exactamente lo que les resulta inconmensurable es la amplia gama y dispersión de necesidades que expresan los potenciales usuarios y sus entornos frente a la cual, probablemente gran parte de estos mismos representantes de las instituciones y las

entidades que realizarán el servicio, no comprendan que, justamente, el primer trabajo que han de realizar - y que de hecho ejecutan - es transformar esas necesidades en demandas posibles de ser colmadas con la inevitable constatación de que parte de las necesidades, no podrán ser satisfechas ni por este, ni por ningún servicio. La falta de contención a los mismos agentes del SAD, la ausencia de propuestas de encuentro en las que se les escuche a ellos y sus problemas con los trabajos que realizan, la puesta en evidencia de que lo que les sucede a cada uno, les sucede a muchos otros, es otra de las realidades que será importante a cometer para poder tener equipos realmente preparados y aptos para las dificultades del encuentro - constante - con segmentos de la población carenciados, discapacitados, envejecidos, solos.

Es evidente que existen dos grandes polos de trabajadores, mejor aún de trabajadoras, poco propicias en sus actuales circunstancias para acometer con realismo las tareas que desempeñan: por una parte, un polo comunitarista de voluntarias, asociadas, vecinas ... que asumen desde la lógica de la condición femenina la función de cuidadoras y de alguna forma de "adoptadoras" de las necesidades de los usuarios de SAD que, a pesar de sus esfuerzos y de sus entregas, no logran satisfacer las necesidades que les llegan. Por otra parte, un polo de organización del SAD, claramente societarista, es decir vinculado por la lógica de la contractualidad laboral a este mismo trabajo, representado por la organización de las empresas y de las macro entidades que han de ajustarse a métodos de trabajo cuyo sentido más expresivo

es lograr tecnoservicios y que representa, para el conjunto de la oferta de los servicios sociales, el polo más vanguardista de las posibilidades de desarrollo presente y futuro en estas áreas. Ni unas, ni otras aciertan a desarrollar con satisfacción personal las labores del SAD por lo que será importante encontrar una tercera vía de perfil de los agentes en los que sin desconocer vocaciones y aptitudes para este particular perfil de tareas y hacereres, sea posible enmarcarlo más gratificadamente en la lógica laboral de sus propias necesidades de empleo.

Por ello parece importante combatir la fuerte, manifiesta e incuestionable desmotivación de las auxiliares de hogar, desmotivadas no sólo por las peculiaridades de la baja gratificación que ofrece la interlocución de la gran mayoría de sus receptores - usuarios directos sino por las particulares condiciones laborales en las que se encuentran, que si bien se sitúan dentro de los márgenes de la legalidad, es un tipo de trabajo del que esperan marcharse hacia al menos, condiciones más estables, más rentables económicamente y con mayor seguridad de ingresos, deberes y derechos. Una amplia mayoría de estas mujeres contratadas en empresas de servicios, combinan esta labor con otras, también de cuidados a mayores, a personas discapacitadas, a menores, en horarios nocturnos, en residencias, en guardias hospitalarias, o en espacios domésticos, por lo que sus fatigas y cansancios, sus deterioros físicos y psíquicos, son realmente importantes.

Los usuarios del SAD

La amplia casuística de realidades siempre diversas, siempre complejas que demandan servicios de ayuda a domicilio nos permite articular una tipología ideal de los mismos, aunque dichas tipologías surjan de la experiencia misma de la investigación. Será fundamental para realizar un verdadero trabajo de servicio social, encontrar mecanismos de clarificación del conjunto de las necesidades (a cuya totalidad no se podrá dar respuesta satisfactoria) y convertir a ésta en una demanda factible de ser contenida por la oferta de SAD, toda vez que un importante número de circunstancias y situaciones son factibles de ser atendidas directamente por este servicio, pero muchas otras deberán ser atendidas por otras áreas específicas en las que los servicios sociales, y en particular el SAD, deberán situarse en una posición subordinada. Urge la realización de un trabajo interáreas, a fin de romper con perspectiva de futuro, la malograda realidad de personas en circunstancias de demanda muy extrema (asistencial o paliativa) que son situados en prioridad por sobre otras demandas, pero cuyas necesidades y realidades, desbordan las posibilidades real de atención a través de SAD. En cualquier caso, y aunque luego lo repitamos, este servicio no puede reemplazar las ausencias de otras instancias de salud o del área de sanidad que deben acoger los casos más destacados y urgentes que actualmente se canalizan a través de este servicio. Estos errores, no sólo malogran los esfuerzos de los agentes vinculados a dichos trabajos, sino que desposicionan el perfil específicos de los servicios sociales y desdibujan las potencialidades más efectivas del mismo SAD.

Los beneficiarios de SAD: familias y entornos

Existe un importante conjunto de familias y de entornos beneficiarios del SAD que no comprenden las características del servicio. Y no las comprenden porque no las conocen ya que se trata de un servicio del que no existe una imagen en el nivel de la opinión pública y además, porque nadie parece haberles expuesto con detalle las características específicas del mismo, que no se ofrece como servicio doméstico para un grupo familiar, ni se ofrece como cuidados de enfermería para una persona en estado de necesidad. Las familias, ante la desinformación se quejan de la falta de "flexibilidad" de quienes asumen las tareas de los cuidados domésticos, o de la rigidez y repetición de las actividades que desarrolla quien realiza los cuidados personales de los usuarios. Unos y otros, entornos más cercanos o mas distantes en el espacio, pero vinculados al fin a los usuarios, han de tener un protagonismo posible en cada uno de los casos aceptados por el SAD y dicho protagonismo ha de ser parte de las formas en como el propio servicio estructura las formas de corresponsabilidad ante las propuestas de atención. Hay familias cuyo protagonismo discurre por la ausencia de participación, ante lo cual, el SAD deberá desarrollar una política de mayor puesta en evidencia de los límites de sus posibilidades, mientras que cuando las familias, o sus representantes son segmentos activos, será necesario clarificar las limitaciones del SAD y hacer comprender que este no es un ámbito al que se puede confiar al usuario, sino que, antes bien, se trata de una forma de acompañamiento al grupo, una forma de respiro

familiar cuya mayor eficacia deberá comenzar por la puesta en evidencia de las potencialidades y de los límites del propio servicio.

La opinión pública

El servicio del SAD es desconocido para la opinión pública española. Dicho desconocimiento tiene a su favor que evita un desbordamiento aún mayor de las demandas hacia el servicio mismo, pero tiene en negativo la falta de existencia y consistencia en tanto servicio cuya realización exige la puesta en común de recursos económicos, humanos, técnicos, organizativos, logísticos, etc. La ausencia de un perfil en el nivel de la opinión pública significa un importante grado de invisibilidad del servicio que influye de manera decisiva sobre el conjunto de la propuesta y sobre cada uno de los agentes vinculados al mismo.

CONCLUYENDO....

TODOS ESTOS FACTORES PARECEN INCIDIR DECISIVAMENTE EN SEÑALAR QUE URGE UNA REMODELACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD), REDISEÑO DEL SERVICIO QUE SITÚA EN UN POSICIONAMIENTO CORRECTO Y EFICAZ LA IDENTIDAD DEL SERVICIO EN SU TOTALIDAD Y EN CADA UNA DE LAS FASES DE SU DESARROLLO. DICHO REDISEÑO PIDE EL CONCURSO ACTIVO DE LAS INSTITUCIONES INVOLUCRADAS Y DE TODOS Y CADA UNO DE LOS AGENTES VINCULADOS EN ESTA PROPUESTA: RESPONSABLES POLÍTICOS, RESPONSABLES TÉCNICOS, GESTORES, AGENTES, PERO TAMBIEN USUARIOS Y ENTORNOS BENEFICIARIOS

SE TRATA EN DEFINITIVA, DE DISEÑAR UN SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO QUE POTENCIE SUS ATRIBUTOS, QUE RECONOZCA SUS LÍMITES, QUE DESARROLLE PROGRAMAS, QUE ESTIMULE A SUS AGENTES Y QUE IMPLIQUE DE OTRA FORMA A LOS USUARIOS Y BENEFICIARIOS DE SAD A FIN DE HACER DE ÉL, UN SERVICIO REALMENTE EFICAZ Y QUE ALCANCE UNA BUENA VALORACIÓN POR PARTE DE TODOS .

UN DESARROLLO FUTURO DE SAD PIDE:

- DEJAR DE SER UN SERVICIO VENTANILLA
- DELIMITAR CLARAMENTE QUE DEMANDAS PUEDE ASUMIR BAJO SUS COMPETENCIAS
- ASUMIR LA DIFERENCIA ENTRE LAS NECESIDADES DE LO USUARIOS Y LOS LIMITES DE LA OFERTA DE SERVICIO
- DESBUROCRATIZAR TODAS LAS FASES DE SU DESARROLLO
- FORMAR CON MAYOR ESPECIFICIDAD LOS PERFILES DE LOS DIVERSOS INTERLOCUTORES ACTUANTES EN EL SAD
- IMPLICAR DESDE TODOS LOS PUNTOS DE VISTA A LOS AGENTES DEL SERVICIO
- INTENSIFICAR LOS TRABAJOS INTERAREAS Y CEDER PROTAGONISMO Y RESPONSABILIDAD EN LOS CASOS QUE LO DEMANDEN
- ASUMIR Y TRANSMITIR CON CLARIDAD LOS LIMITES DEL SERVICIO
- CONSTRUIR UNA IMAGEN PUBLICA DEL SERVICIO, ES DECIR DESCLANDESTINIZAR SU EXISTENCIA
- PRESENTARLO COMO UNA PROPUESTA ESTRATEGICA, AUNQUE LIMITADA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

XIV.- PERSPECTIVA DAFO (Debilidades, Amenazas, Fortalezas y Oportunidades) DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO

De forma sintética y para finalizar esta investigación exponemos en la tensión de cuatro perspectivas, las principales debilidades, amenazas, fortalezas y oportunidades del SAD, de cara a una necesaria reestructuración de su funcionamiento, su cometido y las formas de estructuración de sus recursos, especialmente los recursos humanos

DEBILIDADES

- Los diferentes modelos existentes en las seis Comunidades Autónomas, siendo los más diversos los que corresponden a País Vasco que está fuera del Plan Concertado y con una gran diversidad de propuestas según su vinculación a las diversas Diputaciones Forales y grados de autonomía de sus corporaciones locales y, en segundo lugar, el que corresponde a la Comunidad Autónoma de las Islas Baleares que desarrolla un modelo centrado en la asistencia para los cuidados personales pero no ofrece atención doméstica, expresan - todos ellos - una importante cuota de ineficacias, impotencias, incapacidades y sobre todo, insatisfacciones para gran parte de sus agentes más directos de la acción social.
- Del conjunto de limitaciones que caracterizan al SAD, las que ocupan el primer puesto dentro de la

jerarquía institucional son las que corresponden a los aspectos económicos, a la liquidez para las formas de funcionamiento y a las dificultades para acceder a un presupuesto financiero que se sitúe a la altura de las demandas realmente existentes: las que existen en la actualidad, las que se corresponden a las listas de espera y las que se valoran como las más numerosas y que no se tienen contabilizadas pero que se estiman como demandas latentes.

- Otra limitación, en este caso propia del SAD pero que se hace evidente en gran parte de las Autonomías en las que realizamos esta investigación es la que se refiere a la posición equivocada de este servicio al pretender que actúe como un reemplazo - e incluso un ocultamiento - de las carencias y debilidades de otros servicios como por ejemplo Centros de Día, Residencias para Mayores, Plazas Hospitalarias. No sólo se trata de un error del SAD porque es imposible que cubra las competencias de esos otros ámbitos, sino que dicho error desposiciona el orden, la jerarquización y la calidad del trabajo que realiza.
- La ausencia de mecanismos más flexibles, pero también de personal más específicamente formado para realizar el trabajo bisagra, mediador y hegemónico de interlocución para transformar las necesidades de los potenciales usuarios en demanda efectiva ante las particularidades de la oferta de SAD. Sin ninguna duda, la centralidad de los aspectos técnico

administrativos que se tienen en cuenta en dicha proceso de interlocución y la dificultad para denegar ayuda, revierte negativamente en la organización del SAD, en la medida en que tampoco resuelve las demandas reales de los llamados "casos graves" o casos urgentes, que la mayoría de las veces sobrepasan las potencialidades reales de este servicio.

- La tendencia muy desarrollada en todas las Comunidades Autónomas, y en los diversos municipios, hacia la burocratización del servicio, aspecto al que tributan tanto las imprecisiones de los límites del SAD como la falta de motivación y en muchos casos, la insatisfacción laboral de los agentes mediadores.
- La falta de recursos humanos y técnicos en muchas realidades autonómicas que condenan a las listas de espera, o peor aún desatienden casos aptos de manera específica para la atención del Servicio de Ayuda a Domicilio. Realidad que es tan importante en los pequeños Ayuntamiento, como en los medianos y grandes. La importancia del crecimiento de los mayores en España parece desbordar, por diferentes motivos y con diverso perfiles, la demanda de este segmento en particular, muy por encima de la demanda que realizan las personas con discapacidad y a distancia notable de la que realizan las familias.
- La ausencia de mecanismos más explícitos y más dinámicos de implicación de los usuarios y de sus

entornos en el Servicio de Ayuda a Domicilio. Aspecto que requerirá un importante replanteamiento siempre que se realice un cambio estratégico en la gestión del servicio, de sus potencialidades pero también de sus limitaciones. La no corresponsabilidad de los usuarios, condena a este servicio a una suerte de forma de beneficencia que desposiciona - lo hemos repetido reiteradamente a lo largo del informe - a los servicios sociales en general - y al SAD en particular.

- Las incertidumbres semánticas de la definición de SAD que dan cuenta del bajo grado de conocimiento explícito acerca de las características del servicio, que se trata de una AYUDA y no de una atención integral que pueda encubrir la ausencia de otras propuestas que exceden a los servicios sociales por su especificidad, su naturaleza y sus competencias.
- La inexistencia de una imagen pública del SAD que hemos sintetizado bajo el concepto de servicio clandestino que la mayoría de la opinión pública desconoce, incluso a nivel de sus siglas.

AMENAZAS

- Paradójicamente, la gran amenaza del SAD es justamente su invisibilidad pública, aquello que impide que se sitúe como una de las ofertas importantes en el conjunto de las ofertas de servicios sociales presente en todas las Autonomías del Estado Español. Y es paradójica porque la puesta en evidencia de este servicio en las actuales circunstancias de su situación y gestión provocaría un crecimiento de las demandas que desbordaría a las corporaciones locales, a las entidades provinciales directamente implicadas y la gestión de los gobiernos autónomos vinculados al mismo.
- La inexistencia de otras instancias más idóneas a las cuales transferir algunas demandas que exceden la potencialidad de este servicio y en general, a los servicios sociales. El SAD no puede reemplazar la falta de propuestas más integrales como son centros de día y sobre todo, residencias para personas mayores y para personas discapacitadas.
- La ausencia de trabajo interáreas, especialmente con salud y/o sanidad dentro de las corporaciones locales y la falta de programas conjuntos desde los cuales desarrollar formas flexibles de co-responsabilidad o de responsabilidades diferentes con acuerdo a los casos concretos de que se trate y a la evolución (positiva o negativo) de la realidad de cada usuario.

- La creciente desmotivación de los agentes finales (auxiliares de hogar) dentro de la ejecución del servicio. Desmotivación que lleva a este sector estratégico a autodefinirse como un sector "de paso" por este tipo de actividad ya que no se sienten implicados ni con los usuarios del servicio, ni con sus compañeras de tareas, ni con las estructuras laborales de pertenencia.
- La falta de cuadros técnicos específicamente formados para la gestión del SAD desde las propias administraciones locales. Dado que los trabajadores a sociales, asumen esta misión de coordinar el SAD en el marco de muchas otras tareas. Cuando por el contrario existen personas específicamente vinculadas al servicio, la falta de programas formativos que les constituyan como profesionales idóneos para la complejidad de las tareas y conflictos que provoca el SAD, es una realidad evidente a la luz de esta investigación.
- La baja definición de los cometidos específicos, que más parece el listado de unas tareas que se repiten de forma burocratizada que un empeño por poner en práctica políticas de emancipación o de reeducación de aquellos casos que son plausibles de tales acciones. No existe perspectiva terapéutica en el trabajo de la atención domiciliaria, sino simplemente la actividad de ejecución de tareas (ya se trate de acciones con la persona misma en el trabajo de cuidados personales o sobre el espacio,

si se trata de tareas domésticas) que no transmiten con claridad la existencia de política de servicios sociales encaminados a reencauzar situaciones de autonomía.

- La persistencia y creciente protagonismo de las dificultades económicas y financieras que cuestionan en muchas corporaciones locales la viabilidad futura de este servicio en el marco de sus actuales dimensiones y características.

FORTALEZAS

- La comprensión y asunción por parte de diferentes instituciones estatales, autonómicas, provinciales y locales de la importancia estratégica de este servicio así como de la necesidad de una transformación del mismo para lograr mayores cuotas de eficacia en cada caso y un mejor posicionamiento del SAD y de los servicios sociales en general.
- La existencia de redes y estructuras laborales, en algunos casos de gran solidez en este servicio específico, a pesar de sus actuales circunstancias de conflicto y de debilidades ya señaladas.
- La creciente presencia de empresas y asociaciones vinculadas a los servicios sociales que se manifiestan dispuestas a realizar cambios estratégicos que beneficien a los usuarios, pero también a la consolidación de sus estructuras de trabajo y a sus identidades empresariales y asociativas dentro del sector.
- La voluntad política, por parte de las principales instancias del Estado para rediseñar un Servicio de Ayuda Domiciliaria a la altura de las demandas y de las posibilidades políticas y técnicas que están detrás de este proyecto.
- La manifiesta expectativa de muchos de los agentes que trabajan en la gestión y ejecución del SAD,

dispuestos a apoyar nuevas estrategias de desarrollo del servicio, a realizar trabajos interáreas y a potenciar los servicios sociales como un servicio a la altura de otras prestaciones del Estado como sanidad, pensiones, etc.

OPORTUNIDADES

- El conjunto de las Comunidades Autónomas en las que ha sido realizada esta investigación, exhiben, expresan insatisfacciones globales y puntuales sobre el actual modelo (los actuales modelos de SAD) que desarrollan en sus respectivas competencias, por lo que se manifiestan proclives e interesados, en definitiva, abiertos a nuevas propuestas de mayor calado y de más precisa realización dentro de esta área.
- De todos los modelos y submodelos con los que se ha contactado, el que resulta más competente y más factible de alcanzar un mejor posicionamiento de identidad en tanto servicio, es el que articula de manera específica, la Comunidad Autónoma de Baleares, en el cual - como se recordará - sólo se ofrecen servicios para atención personal y en el caso de demandar de manera específica, servicios de cuidados domésticos, éstos se canalizan a través de otros servicios sociales especiales, no comunitarios o de base, diferentes y exentos al SAD. Las dificultades más notables de este modelo en la experiencia concreta que se ha analizado, es que se extiende más allá de sus potencialidades y posibilidades por cubrir la ausencia de residencias para mayores en las islas, por lo que muchas de sus funciones acaban distorsionándose, en dicha dirección. Sin embargo el perfil del servicio, presenta la ventaja de estar correctamente situado

como un servicio propio de los servicios públicos, que no se confunde ni se funde con enfermería y que puede incorporar en su hacer, programas específicos para emancipación y para reeducación. Desde esta perspectiva, resulta el más articulable con la búsqueda de un posicionamiento específico de servicio sociotécnico de ayuda en domicilios.

- Por ello parece de gran importancia seguir profundizando en el conocimiento de dicha realidad y cotejar el grado de aceptación que el diseño de un programa que diera prioridad a las demandas de servicios personales y no de cuidados del espacio, pudiera obtener en las demás comunidades autonómicas, toda vez que no se trata de despojar a los usuarios de los actuales servicios de cuidados del espacio doméstico de los mismos, sino de situarlos en otro enfoque, bajo otro programa que no, necesariamente, sea el SAD.
- Cualquier rediseño del SAD, habrá de tener en cuenta para un mejor posicionamiento y una imagen más nítida y menos invisible de su identidad, al menos los siguientes aspectos:
- Ha de ser un servicio con personalidad e identidad propios, es decir debe prefigurar un programa de actuaciones y desarrollarlo desde una clara pertenencia a los servicios sociales, aunque deba trabajar en relación con otras áreas y otros programas.

- No puede, en consecuencia, dedicarse a cubrir áreas que le exceden, o dicho en otros términos, no pueden encubrir la ausencia de otras propuestas de contención, acompañamiento, rehabilitación, curación, etc. que no corresponde a los servicios sociales sino a los servicios de salud, con los cuales, será necesario cooperar pero no asumir como intrínsecos a las funciones de los servicios sociales las que corresponden a otras áreas.
- Sin embargo será necesario, - tal vez habría que decir que de manera urgente -, desarrollar el trabajo interáreas a través del desarrollo de programas conjuntos en función de las tipologías de necesidades de cada una de las Comunidades Autónomas, para lo cual será de gran ayuda conocer con detalle el perfil de los actuales usuarios, el de los que forman las listas de espera y aquellos más indefinidos, que conforman la demanda latente dentro de la realidad territorial de cada comunidad. Es un trabajo que deberá realizarse dentro del marco de las diecisiete realidades porque de otra manera, excedería la potencialidad y rigor de cualquier intento de centralización y cooptación de tantas y tan variadas diferencias.
- Un Servicio de Ayuda a Domicilio que pretenda ser realmente eficaz y construir una imagen pública de sí mismo, habrá de dar prioridad a todas las demandas de emancipación y de reeducación y transferir a las otras áreas de salud o sanidad, las demandas que se sitúan en el plano de lo asistencial

y de lo paliativo, con las cuales habrá de colaborar, pero en ningún caso situar bajo su responsabilidad. En este sentido es más importante dar cabida a lo que permite trabajo más eficaces y no necesariamente a lo más urgente por ser más grave.

- La función estratégica de los trabajadores sociales, ha de implicar un profundo aprendizaje de los procesos de escucha, justamente para poder clarificar con un diagnóstico certero cuales son las necesidades reales (y no sólo las expresadas) por la persona potencial usuaria o por su entorno. De allí que será importante transformar esas necesidades en posibles demandas que puedan tener alguna forma de respuesta y de compensación en las características mismas del servicio. Ningún servicio puede dar respuesta a todas las necesidades, sin embargo sí es posible AYUDAR a recuperar formas de autoestima, autonomía, relación, etc. que son trabajos propios de los servicios sociales. También es necesario actualizar cada tiempo, la valoración sobre el estado del usuario toda vez que habrá que suponer que existen procesos de evolución -a mejor o a peor - pero que nadie se queda fijo en una fotografía de su realidad.
- Será de gran importancia, implicar al usuario y su entorno en los aspectos de pago del servicio, con flexibilidad como corresponde a un Estado democrático, pero con la pretensión de extender las formas del copago hacia una generalidad lo más

eficaz posible. Participar en el sostén de un servicio le dará al usuario mayor claridad acerca del mismo, permitirá evitar las situaciones de doble servicio (público y privado) y tenderá puentes para una mayor implicación en la terminación del servicio ya que no es propio de los servicios sociales - salvo las excepciones que lo demanden - que un servicio se adquiera hasta la finitud del usuario. El copago ha de intentar situarse en lo más real de lo económico, es decir en proporción a ingresos o rentas, pero llegado el caso de situaciones de carencia expresa, habrá de ser simbólico, pero ha de ser siempre copago.

- Otro de los aspectos estratégicos de un rediseño del SAD, habrá de ser la implicación de los agentes del mismo. Todos los agentes, desde los trabajadores sociales hasta las auxiliares de hogar, pasando por coordinadores, responsables de zonas, etc. de cualquiera de las entidades vinculadas al servicio. Implicación en el desarrollo de los programas de acción, pero también a través del trabajo de contención, de apoyo y de acompañamiento a estos mismos segmentos trabajadores, muy expuestos al estrés y a los procesos depresivos como resultado de sus mismas prácticas laborales.
- De forma muy particular, el conjunto de auxiliares de hogar, con independencia de su forma de vinculación laboral: empresa, ONG, cooperativa, etc., deberán ser sujetos de especial atención y cuidado por parte de las corporaciones locales a

través de programas de apoyo, reciclaje e incluso, contención emocional de perfil terapéutico. Así como hoy ya es considerado un trabajo de riesgo emocional dedicarse a las tareas del hogar (el síndrome del ama de casa), el cuidado de mayores y de personas discapacitadas, es fuente constante de descompensaciones, neurosis depresivas y desmotivación vital.

- El SAD ha de abrirse más que a un modelo de desarrollo, a la necesidad de articular diferentes modelos flexibles, los cuales sólo podrán surgir del desarrollo específico de trabajo en las realidades de cada una de las diversas comunidades y sus variedades territoriales. Cualquier apuesta a un solo modelo de desarrollo, será una propuesta errónea porque se trata de una realidad múltiple a la que llegan necesidades atravesadas por una casuística muy dispersa, pero que además se encarna en realidades institucionales muy disímiles y con variedad de formas de articulación de los servicios sociales, y más particularmente del SAD. De allí la necesidad, más que la importancia, de lograr un trabajo con cada una de las diversas Comunidades Autónomas a partir de la realidad y balance de sus datos específicos, los cuales, por otra parte, resultan muy inciertos actualmente y muy dispersos en sus contenidos.
- La apertura a diversos modelos de SAD, deberán tener en común la articulación de formas de tipologización de la demanda a fin de no errar en la asunción de

responsabilidades por parte de este servicio y reconocer cuando una demanda excede sus posibilidades de prestaciones y ha de ser asumida por otra instancia.

- Es imposible pensar el desarrollo de modelos de SAD que sean operativos y eficaces ante la población, ante los demandantes, sus entornos, pero también ante la opinión pública sin prefigurar formas efectivas de trabajos interáreas con los otros segmentos de servicios sanitarios, de salud, de familia, vinculados necesariamente a cubrir partes substanciales de la demanda de los colectivos más centrales en la actual oferta de SAD. Sin desarrollo interáreas de servicios sociosanitarios, no habrá desarrollo de modelos SAD.
- Será importante también, antes de perfilar diferentes estrategias de modelos de SAD a desarrollar, implicar al conjunto de las Comunidades Autónomas y a las entidades vinculadas al servicio acerca de la importancia estratégica de asumir un campo de estudios de gran precisión sobre la situación actual del servicio en el conjunto de sus realidades, pero teniendo en cuenta a todos los agentes implicados en el mismo. Es decir que se trata de conocer la realidad de todas las instancias del proceso y de todos los agentes implicados para poder realizar propuestas eficaces de transformación que sólo podrá realizarse desde las mismas instancias corporativas y con el horizonte del trabajo inteáreas.

- Finalmente, resulta a todas luces evidente que otra de las tareas que han de ser parte de un rediseño de modelos de Servicio de Ayuda a Domicilio, pide la desclandestinización de este servicio, como pide también el reposicionamiento del conjunto de los servicios sociales en España como en cada una de las diversas Comunidades Autónomas.