

Investigación

EL TRABAJO DE AYUDA A DOMICILIO EN ESPAÑA



Pepa Franco Rebollar
Blanca Ruiz
Coordinación Sa Mujer y Políticas Sociales FeSP UGT

ELABORADO POR LA VICESECRETARÍA GENERAL DE UGT Y LA FESP UGT

SEPTIEMBRE 2018

Investigación de la Vicesecretaría General de UGT y la FeSP UGT
con la coordinación de Luz Martínez Ten, S^a de Mujer y Políticas Sociales FeSP UGT.

Autoras de la investigación: Pepa Franco Rebollar y Blanca Ruiz.
Colaboración de la S^a del Sector de Salud, Sociosanitario y Dependencia FeSP UGT.

Diseño y maquetación: Jaime Gracia.

Septiembre, 2018.

Parte de las conclusiones relacionadas con los riesgos laborales de las auxiliares de asistencia a domicilio han sido sacadas del estudio realizado por las autoras para el proyecto *Perspectiva de género en la PRL en el sector de los Servicios Sociales sin Alojamiento AS2017-0112*.

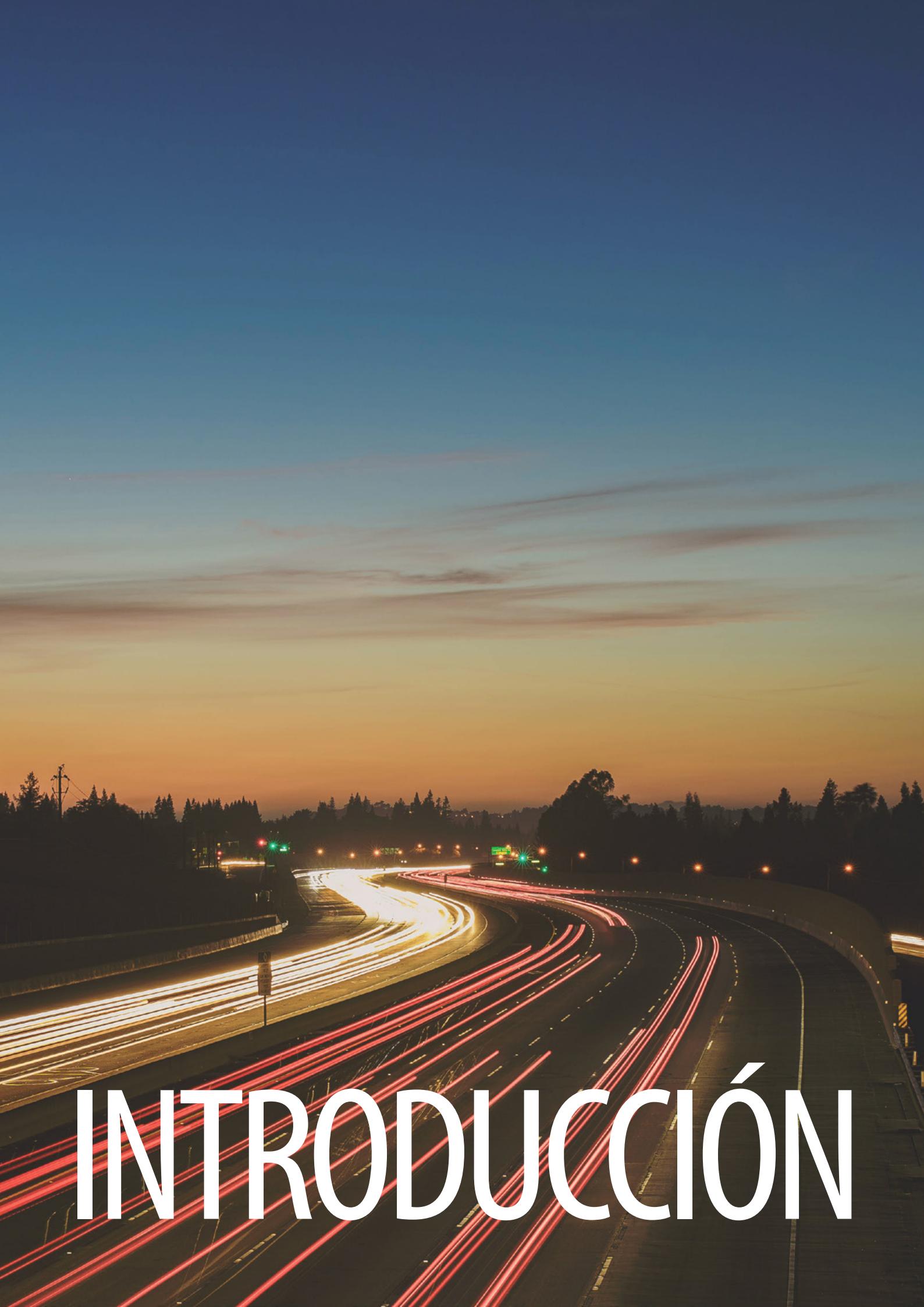


ÍNDICE

INTRODUCCIÓN.....	.6
RESUMEN DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA.....	10
PARTE PRIMERA. CONTEXTO SOCIOJURÍDICO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO: SISTEMA DE DEPENDENCIA, SERVICIO PÚBLICO Y CUIDADOS	12
Capítulo 1. La ley de dependencia y el sistema español de dependencia.....	14
LA LEGISLACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y LA DEPENDENCIA.....	16
Las leyes de servicios sociales de los años 80 del siglo pasado.....	16
EL MODELO ESPAÑOL DE DEPENDENCIA.....	19
La gestación de la Ley de dependencia.....	19
Principales líneas de la Ley de dependencia.....	21
La implantación de la Ley de dependencia.....	29
ANÁLISIS GENERAL DEL SISTEMA ESPAÑOL DE DEPENDENCIA.....	31
Perfil y cobertura.....	31
Estructura prestacional.....	34
Gasto público destinado al sistema.....	37
Empleo.....	38
Ingresos por hogar y sistema de dependencia.....	38
Resumen de los caracteres de la estructura prestacional.....	39
Localizaciones seleccionadas.....	41
Capítulo 2. El servicio de ayuda a domicilio.....	42
UNA BREVE HISTORIA.....	44
ELEMENTOS DE CONFIGURACIÓN DEL SAD.....	45
Definición, naturaleza y objetivos.....	45
Modalidades y beneficiarios.....	46
SAD básico	46
SAD de dependencia.....	47
Actuaciones básicas del servicio, autonomía personal y tareas compensatorias que se prestan desde el SAD.....	51
1. Actuaciones básicas del SAD	52
2. Autonomía personal y tareas compensatorias que se prestan desde el SAD.....	54
Intensidad.....	55
3. SAD de dependencia.....	55
4. SAD básico.....	55
Compatibilidad del SAD	55
5. SAD de dependencia.....	55
6. SAD básico.....	56
Copago.....	56
La gestión del servicio de ayuda a domicilio.....	57
Gestión indirecta: Contenido de la contratación de la gestión del SAD.....	57
7. Clausulado típico de estos contratos.....	58
8. Penalidades y régimen sancionador; suspensión y extinción	59
9. Baremación de las propuestas licitadoras.....	60
10. Medios humanos y materiales dispuestos para la ejecución del contrato	61
Gestión directa: Ayuntamiento de Tomelloso	62
RÉGIMEN LABORAL DE LAS AUXILIARES DE AYUDA A DOMICILIO.....	65
La prevención de riesgos laborales y la salud laboral de las auxiliares de ayuda a domicilio	65
11. El domicilio	66
12. La actividad preventiva	67
13. Accidente de trabajo y enfermedad profesional	68
Formación exigida.....	69
Capítulo 3. La función social del cuidado.....	72
Cuidados, deber y género	74
Cuidado, género y derechos humanos	75

Los cuidados y el estado del bienestar.....	79
En tierra de nadie: la prestación para cuidados en el entorno familiar.....	81
PARTE SEGUNDA:ANÁLISIS DE ESTUDIOS DE CASO	86
INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS CUALITATIVO: DEL PASADO AL FUTURO.....	88
Capítulo 4. Sociedad, administración local y ayuda a domicilio.....	99
Las necesidades de la población	92
Conceptos.....	92
Necesidad y demanda.....	93
14. Necesidades expresadas y sentidas por las personas usuarias de la ayuda a domicilio y sus cuidadoras.....	95
15. Necesidades comparadas y normativas de las personas usuarias de la ayuda a domicilio y sus familias.....	97
El papel de la administración local	98
Puntos de partida.....	98
La influencia de la puesta en marcha de la Ley 39/2006	99
Capítulo 5. el trabajo y las trabajadoras de la ayuda a domicilio.....	104
Caracterización	106
Las tareas y los tiempos para desarrollarlas	106
16. Las tareas.....	106
17. Los tiempos.....	109
Presentación y el seguimiento del servicio	110
18. Presentación del servicio e información a la auxiliar.....	110
19. Seguimiento del servicio.....	112
Atenciones con más dificultad	112
Atención a personas con movilidad reducida, encamadas o con sobrepeso	113
Atención a personas con enfermedad mental o deterioro cognitivo	115
Las trabajadoras: auxiliares de ayuda a domicilio, trabajadoras familiares, auxiliares domésticas, coordinadoras y ayudantes de coordinación	117
Figuras profesionales.....	117
Perfil de las trabajadoras	117
Captación de las trabajadoras y trabajadores	119
Las condiciones laborales	123
Contratos y jornadas.....	123
Bolsa o arrastre de horas	125
Salarios y transporte	127
Control de presencia	131
Formación inicial y continua	132
Prevención y riesgos laborales	134
Identificación de riesgos	134
Formación en riesgos laborales.....	136
Accidentes, bajas laborales y absentismo	136
Autopercepción e imagen social.....	138
La relación con la persona usuaria y sus familiares	138
20. Las familias y allegados.....	139
21. Permanencia de la auxiliar con una persona.....	141
22. Problemas	143
Percepción del trabajo de ayuda a domicilio y de las trabajadoras	143
23. Percepción social	143
24. Autopercepción	144
25. Expectativas de las auxiliares.....	146
ALGUNAS CONSIDERACIONES MÁS SOBRE LAS EMPRESAS.....	148
26. Cooperativas o asociaciones que iniciaron este servicio antes de la Ley de Dependencia.....	148
27. Empresas específicas de provisión y gestión de servicios sociales.....	149
RESUMEN SOBRE LOS ESTUDIOS DE CASO.....	152
28. El presente.....	152
29. Lo deseable: condiciones para generar alternativas.....	154
Conclusiones y recomendaciones.....	158

SOBRE LA AYUDA A DOMICILIO DENTRO DEL SISTEMA DEL SAAD.....	160
SOBRE LA AYUDA A DOMICILIO COMO UN SERVICIO PÚBLICO DE CUIDADOS	
1. Perspectiva de servicio público de cuidados	161
Recomendaciones	161
2. Coordinación con los sistemas de bienestar	162
Recomendaciones	162
3. Calidad del servicio público	162
Recomendaciones	163
4. Municipalización	163
Recomendaciones	164
5. Planes de intervención individual	164
Recomendaciones	164
SOBRE LAS CONDICIONES LABORALES DE LAS TRABAJADORAS DE LA AYUDA A DOMICILIO.....	
6. Carácteres generales	165
Recomendaciones	165
7. Formación	166
Recomendaciones	166
8. Contrataciones / eventualidad	167
Recomendaciones	167
9. Salario: lógica precio/hora	167
Recomendaciones	167
10. Salarios: precariedad	167
Recomendaciones	168
11. ¿Flexibilidad y conciliación?	168
Recomendaciones	169
12. Organización del trabajo	169
Recomendaciones	169
13. Los aspectos emocionales de los cuidados	169
Recomendaciones	169
14. Salud laboral	169
Recomendaciones	170
SOBRE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE LOS SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO.....	
15. Empresas/Iniciativa social	171
Recomendaciones	171
16. Captación de las trabajadoras	171
Recomendaciones	171
17. Coordinación del trabajo de las auxiliares	171
Recomendaciones	171
BIBLIOGRAFÍA	172
ILLUSTRACIONES, GRÁFICOS Y TABLAS	174
Anexo: MEMORIA DEL TRABAJO DE CAMPO	
30. GRANADA	176
31. GRAN BILBAO	177
32. BARCELONA	177
33. VITIGUDINO (Diputación de Salamanca)	178
34. MADRID	178
35. A CORUÑA	178
36. BURGOS	179
37. TOMELLOSO (Ciudad Real)	179



INTRODUCCIÓN

Transcurrida una década desde la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia (LAD) la materialización del derecho subjetivo a las prestaciones que instaura dicha Ley se ha articulado a través de una cartera de servicios personales y de atención desempeñada mayoritariamente por mujeres. Desde la Secretaría de Igualdad de la Federación de Servicios Públicos de UGT se consideró conveniente conocer en este momento las características estructurales de esa fuerza laboral femenina y las condiciones de trabajo de las mujeres que desarrollan el último y más moderno de los servicios públicos de nuestro sistema de bienestar:

El desarrollo de los servicios públicos que atienden a las personas en situación de dependencia es uno de los grandes retos de los sistemas de bienestar. En el caso español la atención a las personas en situación de dependencia experimenta un salto cualitativo en el momento en que entra en vigor la Ley de Dependencia (Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia), que establece un importantísimo derecho para la ciudadanía: el derecho de todas las personas a ser atendidas en condiciones de igualdad por el sistema público estatal de dependencia (SAAD), en los casos en que la Administración vea reconocida dicha situación de dependencia.

La Ley de Dependencia supuso, además, un importante salto cualitativo desde la perspectiva de las Administraciones Públicas, al requerir la participación y coordinación de todas ellas, fundamentalmente de la Administración General del Estado y de las Administraciones autonómicas, para articular, desarrollar y homologar un sistema público de dependencia con pretensiones de igualdad y de calidad. Dicho sistema se halla en construcción permanente y ha atravesado por vicisitudes relevantes, a las que no son ajena la recesión económica iniciada en el año 2007 ni el importante recorte al sistema que supusieron los diferentes decretos leyes del año 2012.

Aún así, el sistema sigue ampliándose con el importantísimo esfuerzo desplegado especialmente por las Administraciones autonómicas, que son las que, a día de hoy, soportan la mayor parte de la carga financiera del sistema. Así, conforme a los datos elaborados por el Observatorio de la Dependencia, dependiente de la Asociación de Directoras y Gestores de Servicios Sociales¹ (ADGSS), en el año 2015 las comunidades autónomas corrian con el 81,9% del gasto del sistema y la AGE con el 18,1% del mismo. Esto supone una clara disonancia con lo establecido por el artículo 9 de la Ley de Dependencia, que atribuye al Gobierno de España un protagonismo financiero indudablemente mayor que ese 18,1%.

El despliegue de la acción protectora del SAAD ha sido notable en los 10 años transcurridos desde la entrada en vigor de la Ley de Dependencia pero, pese a los esfuerzos

¹ Datos que no están facilitados por la estadística del sistema de dependencia que elabora el IMSERSO y que se obtienen de las certificaciones autonómicas de gastos aplicados al sistema de dependencia. El Observatorio de Dependencia elaboró los datos con las certificaciones que amablemente, una a una, le fueron remitiendo las diferentes comunidades autónomas, ya que desde el IMSERSO no se facilitaban. No se han incluido los datos del País Vasco, Navarra, Ceuta y Melilla.



de articulación y mejora del sistema de dependencia, este ha experimentado importantes tensiones, como lo fueron los reales decretos de recortes del año 2012, o siguen siendo las sucesivas prórrogas gubernamentales para eludir la asunción de convenios adicionales de financiación del SAAD. En este caso, bajo el argumento de apuntalar la sostenibilidad del sistema, los recortes debilitaron la intensidad de su acción protectora (disminuyendo, por ejemplo, el número de horas de ayuda a domicilio, o la cuantía de las prestaciones económicas, o postergando el momento de percepción de prestaciones económicas reconocidas). Aun así tales sacrificios se demostraron inútiles para contribuir a la sostenibilidad. Certo es que la sostenibilidad es uno de los criterios esenciales de estructuración, y que debe de someterse a deliberación y acuerdo constante, pero ello no puede servir como excusa para atacar un derecho social subjetivo irrenunciable. Además, no debemos de perder la perspectiva de nuestro entorno UE27: la media europea del PIB dedicado a mantener el sistema de dependencia es del 1,8% y España dedica solamente un 0,7% de su PIB a sostener el mismo, permaneciendo en el vagón de cola con el tercio de países cuyo gasto en dependencia no supera el 0,8% del PIB, a años luz del 4,5% de Dinamarca e incluso del 1,9% de Italia (Datos del informe de la Comisión Europea sobre cuidados de larga duración en las sociedades envejecidas, de febrero de 2013). En cualquier caso, la sostenibilidad del sistema de dependencia no puede analizarse en un capítulo aparte, distinto de la del sistema sanitario o de la del sistema de pensiones.

Otro de los grandes riesgos que presenta el SAAD es la desigualdad territorial, la enorme distancia en el diseño y desarrollo de los diferentes sistemas autonómicos, y que se traducen en tasas de cobertura muy dispares y en importantes diferencias en los niveles

de calidad de la estructura prestacional de las diferentes comunidades autónomas.

Finalmente, y en relación con la sostenibilidad, un reto es la profundización en el derecho subjetivo de atención a la dependencia, lo que implica la mejora constante del sistema, directamente conectada con la prevención efectiva, con la preferencia por la permanencia en el domicilio y en el entorno habitual del las personas beneficiarias, con el uso de las nuevas tecnologías y con la formación profesional continua de quienes prestan los servicios.

En una óptica distinta del SAAD se encuentran las personas que trabajan prestando servicios de cuidados a personas dependientes.

La asunción de las prestaciones de dependencia –también llamadas cuidados de larga duración– por parte del Estado ha significado, por un lado, visibilizar el ámbito de los cuidados de la esfera privada, evidenciando que es en las familias donde descansa la mayor parte de la atención de estos cuidados y, dentro de ellas, son las mujeres las responsables de prestarlos.

Por otro lado, ha implicado asumir la responsabilidad de la prestación del cuidado por el Estado, articulando una importante cantidad de recursos humanos, mujeres, en su mayoría, que serán las que ejecuten las políticas públicas del cuidado.

La ayuda a domicilio es una de las prestaciones principales de la Ley de Dependencia y, en términos cualitativos, es una de las más deseables, por cuanto responde a dos factores de calidad relevantes: (1) se presta en el entorno de la persona beneficiaria de la prestación, en el propio hogar; mientras la persona puede recibir en el hogar los cuidados; (2) constituye un cuidado formal cuando se dispensa como prestación del SAAD: se lleva a cabo por profesionales que acreditan una cualificación para proporcionar la atención requerida por el beneficiario. Las tareas que integran esta prestación



de ayuda a domicilio son las que determinan los servicios sociales, y son de dos tipos: apoyar a los usuarios en actividades básicas relacionadas con el cuidado de su propio cuerpo y otras destinadas a favorecer su desenvolvimiento en el entorno.

Es la situación laboral de estas personas, mujeres en su inmensa mayoría, la que nos ha ocupado en la presente investigación. Las auxiliares de ayuda a domicilio prestan sus servicios en empresas concesionarias de los ayuntamientos –Administración pública que tiene la competencia de la ayuda a domicilio– y una minoría son trabajadoras municipales cuando está municipalizado el servicio. Su situación laboral viene determinada en los respectivos convenios laborales. Sus demandas a menudo se trasladan a los medios de comunicación: versan sobre condiciones salariales y del tiempo de trabajo, sobre el retraso en el pago de salarios por parte de las empresas en las que prestan servicios, sobre la estabilidad laboral y, en algunos casos, sobre la reducción del número de horas en sus contratos.

La investigación ha desvelado mucha más información a partir de un estudio de campo llevado a cabo en varias comunidades autónomas significativas por lo que en ellas representa el sistema de dependencia y, dentro de él, el servicio de ayuda a domicilio: Andalucía, Castilla y León, Castilla-La Mancha, Cataluña, Galicia, Madrid y País Vasco.

En las páginas siguientes se organiza el análisis de dicha información en dos partes. En la primera se contextualiza el servicio de ayuda a domicilio en tres capítulos que abordan tanto la legislación y el modelo de dependencia en España, como un retrato certero de las características del servicio de ayuda a domicilio que especifica la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Además, se

ha visto conveniente, añadir un capítulo específico sobre la función social del cuidado para analizarlo desde una perspectiva de género y destacar las similitudes, diferencias y compatibilidades entre los cuidados informales, prestados casi siempre en el seno de las relaciones familiares, y los cuidados formales enmarcados en la LAPAD que suponen la profesionalización de los mismos.

La segunda parte recoge el análisis de la información obtenida en los estudios de caso. El foco principal está en las condiciones laborales de las auxiliares de ayuda a domicilio (trabajadoras familiares y auxiliares de hogar; en el caso de Cataluña) pero, inevitablemente, estas condiciones están enmarcadas en la necesidad y demanda de las personas usuarias, así como en el papel que juega la Administración local que gestiona el servicio y las empresas que lo proveen.

Conocer las condiciones reales de trabajo de estas mujeres ha sido el objetivo de la investigación: salario, formación, estabilidad, temporalidad, motivación, preferencias, promoción profesional, valoración del servicio social que prestan, capacidad de negociación colectiva, etc. La investigación partía de la convicción confirmada en el estudio de que el SAAD debe primar y ampliar la cobertura de la prestación de ayuda a domicilio como una de las más deseables, que posibilita la atención profesional, la prevención y la cercanía del usuario con su entorno y redundante, tal vez más que ninguna otra, en la calidad del sistema.

Quienes hemos estado implicadas en la realización de este estudio agradecemos la colaboración de cuantas personas han aportado generosamente información y opinión en todos los territorios de los estudios de caso. Esperamos que el interés que han mostrado se vea satisfecho con este documento y que sirva para avanzar en la calidad del servicio y en las condiciones laborales de quienes lo prestan.



RESUMEN DE LA METODOLOGÍA EMPLEADA

De acuerdo con el interés de UGT, el propósito de esta investigación cualitativa ha sido explorar la situación laboral de las mujeres que desarrollan el trabajo de ayuda a domicilio en el marco de la Ley de Dependencia. Las principales preguntas de investigación se derivaban del interés por averiguar cuáles son las condiciones laborales de las mujeres que trabajan como auxiliares en la prestación de la ayuda a domicilio en el contexto de prestaciones generadas por la Ley y en qué medida la implantación del sistema ha contribuido a mejorar los parámetros de igualdad entre mujeres y hombres.

Se eligió para ello, realizar una investigación cualitativa basada en casos de estudio analizando, paralelamente, tanto el marco legal del sistema de las prestaciones de dependencia, como el marco laboral que afecta a estas trabajadoras. La elección metodológica ha permitido examinar en distintos territorios el marco normativo y de la prestación del SAD, así como la calidad de las relaciones laborales.

Finalmente, se han compilado datos de:

- Datos estadísticos especialmente del IMSERSO y de otros actores sociales que han producido estudios sobre el SAD.
- Entrevistas individuales y grupales con trabajadoras, representantes en comités de empresa, representantes de empresas, profesionales de trabajo social en los ayuntamientos, responsables del servicio en las comunidades autónomas y responsables políticos municipales.
- Revisión normativa del sistema de dependencia, de la concesión del servicio y del marco laboral en cada territorio estudiado.
- Revisión bibliográfica y documental en relación a los sistemas de dependencia y la función social del cuidado.

El estudio, habida cuenta del inmenso abanico que constituyen las 17 comunidades autónomas y ante la imposibilidad de abordarlas todas, se ha centrado en siete comunidades autónomas que resultan significativas, una vez llevada a cabo una revisión de los datos proporcionados con suficiente periodicidad por el IMSERSO: En total se han realizado ocho casos de estudio en nueve ciudades de siete comunidades autónomas: A Coruña, Baracaldo, Bilbao, Burgos, Granada, Madrid, Tomelloso (Ciudad Real) y Viti-gudino (Salamanca). En conjunto se han realizado entrevistas a 68 auxiliares de ayuda a domicilio y 50 responsables en empresas, ayuntamientos y comunidades autónomas².

2 En Anexo: Memoria del trabajo de campo.

CONTEXTO SOCIOJURÍDICO
DEL SERVICIO DE AYUDA
A DOMICILIO:

SISTEMA DE DEPENDENCIA,
SERVICIO PÚBLICO
Y CUIDADOS

LA LEY DE DEPENDENCIA Y EL SISTEMA ESPAÑOL DE DEPENDENCIA







LA LEGISLACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y LA DEPENDENCIA

Las leyes de servicios sociales de los años 80 del siglo pasado

La Constitución española de 1978 (en adelante, también CE) establece un Estado social orientado a la consecución de la igualdad real y efectiva y a la remoción de los obstáculos que imposibiliten dicha igualdad y la buena vida de la ciudadanía. Estructura para ello un catálogo de derechos sociales (educación, protección a la familia y a la infancia, seguridad social, prestaciones de desempleo, salud, integración de personas discapacitadas, atención a la tercera edad y pensiones de jubilación) para cuya ejecución se instauran, mediante el correspondiente desarrollo legal, los sistemas de educación, salud, seguridad social y servicios sociales.

En dicha configuración constitucional y sistemática influyen de modo relevante los grandes pactos internacionales de derechos humanos y sociales, vinculantes para España, muy en especial el *Pacto Internacional de Derechos Económicos, Sociales y Culturales* (Nueva York, 16 de diciembre de 1966) y la *Carta Social Europea* (Turín, 18 de octubre de 1961). Posteriormente, la *Carta de los Derechos Fundamentales de la Unión Europea*, hecha en Estrasburgo, de 12 de diciembre de 2007³, realiza una interpretación más ultimada y sofisticada de los derechos sociales, en el marco amplio de los dos grandes principios de igualdad y solidaridad, destinando a ellos sendos títulos (Título III, *Igualdad*, Título IV, *Solidaridad*).

La distribución constitucional de competencias entre Estado y comunidades autónomas deja en el ámbito de estas, siempre que así sea asumido por el respectivo estatuto de autonomía, la competencia exclusiva –regulación, y ejecución si así procede– del sistema de servicios sociales (artículo 148.1.20) CE). A su tenor, todas las comunidades autónomas, sin exclusión, asumieron en sus respectivos estatutos de autonomía dichas competencias y, en consecuencia, regularon y estructuraron sus respectivos sistemas de servicios sociales. Por su parte, la Ley 7/85, de 2 de abril, reguladora de las bases del régimen local (en adelante, también LBRL) asigna a los entes locales la competencia propia de servicios sociales: a los municipios (en caso de municipios con población superior a 20.000 habitantes) o a los entes supramunicipales –las diputaciones provinciales o comarcas– (si la población del municipio es inferior a 20.000 habitantes).

Esta primera configuración se lleva a cabo mediante una primera hornada de leyes autonómicas de servicios sociales que tuvo lugar en los años 80 del siglo pasado. A pesar de la multiplicidad normativa, los sistemas adoptaron una serie de características comunes, compartidas por todas y cada una de las comunidades autónomas (ver tabla 1).

En 1988 el Gobierno del Estado pone en marcha una iniciativa de cooperación con las comunidades autónomas para financiar la red de servicios locales municipales, al objeto de que estos puedan proporcionar una serie de prestaciones básicas a los ciudadanos en situación de

³ Producida en el seno de la Unión Europea, inspirada de modo notorio en la Carta Social Europea y cuyo efecto vinculante es equiparado al de los tratados fundamentales de la Unión.

necesidad. Es el *Plan concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales*, en el que, además, se consensuan cuáles son tales prestaciones consideradas básicas: información y orientación, prevención e inserción, ayuda a domicilio, alojamiento alternativo y fomento de la solidaridad social comunitaria. Por lo demás, dada la insuficiente financiación y los distintos niveles de desarrollo autonómicos, el plan –vigente a día de hoy, renovado año a año– no ha logrado una cobertura íntegra de las necesidades básicas; no obstante, sí tuvo la virtualidad de instaurar el consenso sobre cuáles son las prestaciones básicas y, por consiguiente, sobre cuál es el mínimo común denominador al que todo servicio social comunitario debe aspirar.

La legislación vigente de servicios sociales está constituida por una segunda serie de normas autonómicas dictadas a partir del año 2003, siendo la más antigua de esta segunda tanda la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de servicios sociales de la Comunidad de Madrid⁴.

Tras la de Madrid, las nuevas leyes de servicios sociales de las restantes comunidades autónomas se publican después de la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de *Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia* (en adelante, también LAPAD, Ley 39/2006 o Ley de dependencia), encontrando en la LAPAD su principal detonante, amén de en la evolución de los sistemas de servicios sociales.

Todas ellas –hoy vigentes– comparten unas características comunes, indicando la evolución con respecto a las leyes derogadas de los años 80, que se aprecia en la siguiente tabla:

Tabla 1. Secuencia y leyes vigentes de servicios sociales en España.

	Primera secuencia de leyes (años 80 del siglo xx)	Primera secuencia de leyes (años 80 del siglo xx)
Servicio social	Concepción no ultimada: servicios orientados a la prevención, eliminación o tratamiento de la marginación aunque se avanzan enfoques centrados en el pleno desarrollo de la personalidad.	Concepción ultimada: orientados al pleno desarrollo de la personalidad y a la consecución de una sociedad con altas cotas de integración social.
Derechos subjetivo	Las leyes autonómicas de servicios sociales no los reconocen como derechos subjetivos (aquellos cuya denegación es directamente recurrible ante los tribunales de justicia). Son derechos coyunturales, por tanto, dependientes de la disponibilidad presupuestaria y política de la Administración competente.	Se extiende la concepción de servicio social como derecho subjetivo: bien distinguiendo cuáles son prestaciones 'esenciales' o 'garantizadas' y cuáles no (Castilla y León, Andalucía), bien declarándolos disfrutables en las condiciones reglamentariamente establecidas (País Vasco, Cataluña).
Provisión sistemática	Sistemas de servicios públicos que admiten la participación subsidiaria de la iniciativa social de carácter no lucrativo. Fuera del sistema existen los servicios de titularidad privada y de carácter mercantil (lucrativo).	Sistemas de responsabilidad pública, de constitución mixta –integrados por recursos de titularidad públicos y de titularidad privada convenientemente habilitados–. Se admite, entre los de titularidad privada, a los provistos desde la iniciativa privada lucrativa. Las entidades privadas integradas en el sistema de responsabilidad pública son, pues, de carácter lucrativo (mercantiles) y de carácter no lucrativo (sociales, o de iniciativa social). En igualdad de condiciones se establece una preferencia legal por las entidades privadas de iniciativa social frente a las entidades de carácter mercantil. Fuera del sistema existen los servicios sociales de titularidad privada.
Clasificación de servicios	Servicios básicos: vía de entrada al sistema, polivalentes, generales y comunitarios. Se prestan por los entes locales (municipios, diputación, comarca,...) en el entorno social de la persona usuaria. Servicios especializados: atienden necesidades de colectivos en los que concurre alguna circunstancia concreta (edad, discapacidad, adicciones, violencia, ...).	Reproduce la técnica de las primeras leyes: los servicios básicos y especializados. Todas las leyes establecen reserva de función pública para los servicios básicos, residenciándola en la Administración local. En el caso de los servicios especializados no todos son derechos subjetivos, si lo son los de dependencia, porque así lo establece la Ley de dependencia y, consiguientemente, lo reproducen las leyes autonómicas. Las prestaciones se ven reconocidas en catálogos y/o carteras de servicios que delimitan su carácter y contenido.
Distribución competencias	La Administración autonómica ostenta las competencias presupuestarias, financieras, normativas, planificadoras, inspectoras, formativas y la gestión directa de algunos servicios especializados o experimentales. La local posee la competencia ejecutiva (tanto la potestad organizativa y reglamentaria, como la gestión de muchos servicios).	
Atención domiciliaria	Contemplados específicamente en la mayor parte de las leyes de servicios sociales, catalogados como servicio básico de titularidad municipal. También se contempla como servicio especializado en áreas de atención a la tercera edad o la discapacidad, o como área de actuación preferente ⁵ .	Doble naturaleza de la ayuda a domicilio: como servicio social de base, diagnosticado, asignado y prestado por los centros de servicios sociales locales, municipales o supramunicipales. Las leyes autonómicas, mayoritariamente, no lo reconocen como derecho subjetivo. Como servicio social especializado de la dependencia: se reconoce por la Administración autonómica (o foral, en el caso vasco y navarro) y se presta por las entidades locales. En todo caso es una prestación esencial garantizada por el carácter de derecho subjetivo que le otorga la Ley de dependencia.

4 La Ley 11/2003, de 27 de marzo, de servicios sociales de la Comunidad de Madrid, fue la primera de las leyes de este segundo turno de leyes de servicios sociales. Presenta la originalidad de que incluye un Título VI intitulado *La atención social a la dependencia* de contenidos innovadores para dicha fecha, pero sin apostar por la declaración del derecho subjetivo a la atención de la dependencia. En este sentido, sorprendentemente, la ley de la Comunidad de Madrid no se ha modificado a consecuencia de la de dependencia, obligando en ocasiones a la aplicación directa de la ley de dependencia en los supuestos en los que la ley madrileña está anticuada.

5 No específicamente en las del País Vasco o Cataluña, aunque sí que se contempla como actuación preferente la atención y promoción del bienestar de la familia y las unidades alternativas de convivencia.

El cambio sustancial⁶, al configurar un diseño mixto, es consecuencia del empuje mercantilizador que experimentan los servicios sociales en el entorno europeo comparado, en los que, en aras de un supuesto principio de sostenibilidad, se permite la entrada de grandes operadores privados movidos por fines comerciales (lucrativos, mercantiles) en la arena de los servicios sociales.

Es determinante en este sentido la conocida como «crisis de los cuidados», confluencia de una serie de circunstancias:

- las necesidades crecientes derivadas de la dependencia, consecuencia de la inversión de la pirámide demográfica, que aumenta el número de destinatarios de los cuidados y de la mejora continua en el diseño y número de prestaciones de dependencia.
- el descenso del número de cuidadoras informales y «gratuitas» del entorno familiar, a causa de la incorporación de las mujeres al mundo laboral y de la inversión de la pirámide demográfica, que reduce el número de cuidadoras potenciales y dirige la demanda de cuidados al sistema público.
- la presión que los cuidados de larga duración (*long-term care*) –a la dependencia– comienza a ejercer en los presupuestos de los sistemas del bienestar, que elaboran previsiones a medio y largo plazo en los que se vislumbra la amenaza de la insostenibilidad presupuestaria para articular un sistema de dependencia –y del bienestar– de calidad.

Así, la crisis de los cuidados, entendida fundamentalmente desde la óptica de la dependencia, inspira el diseño de provisión mixto que consolida la LAPAD y que es trasladado a las leyes autonómicas de servicios sociales que se publican con posterioridad a la entrada en vigor de la LAPAD: se abre la puerta a la provisión privada mercantil no sólo para articular la atención a la dependencia, sino para la cobertura de los demás servicios sociales especializados.

El proceso de construcción de los servicios sociales en España se ha visto también determinado por una serie de elementos, que confluyen con el marco formal normativo, relacionados con el significado y la percepción del servicio social:

- percepción/concepción/vocación de corte posibilista, determinada por diversas coyunturas de corte cultural, presupuestario, ideológico e incluso electoralista, que lo desconectan de la noción administrativista clásica de servicio público, ese de obligada prestación y alcance general e igualitario.
- percepción de los servicios sociales aún no enteramente alejada de la concepción de prestación graciable del antiguo Estado benefactor o asistencial, llegando a primar esta última sobre la concepción de servicio social como derecho subjetivo e incontrovertible del ciudadano.

Todos los factores anteriores han dado lugar a un entramado organizativo y presencial asimétrico en el plano territorial, desestructurado en la concepción de los servicios sociales e infradesarrollado en el despliegue de la acción protectora. Con tales mimbres el pilar de los servicios sociales se caracteriza por ser el menos perfeccionado de los pilares del bienestar español (salud, pensiones, educación). La entrada en vigor de la Ley de dependencia evidenció las carencias del entramado de servicios sociales e interpeló agudamente al sistema ante la exigente respuesta –ahora no coyuntural, controvertible o posibilista– que la atención de la situación de dependencia, como derecho subjetivo, demandaba.

6 Se inicia en 2003 con la Ley de servicios sociales de Madrid.

La gestación de la Ley de dependencia

El día 1 de enero de 2007 entró en vigor la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Por dependencia se entiende aquella situación de vulnerabilidad, generada por causa de la edad, la enfermedad o la discapacidad, en la que se encuentra una persona, por lo que requiere el apoyo o la asistencia de terceras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Con indisimulada satisfacción el preámbulo de la ley declara que la misma profundiza el sistema español de servicios sociales al abordar uno de los mayores retos de los Estados de bienestar modernos: su cuarto pilar; la dependencia. Asimismo en el preámbulo el sistema se declara vinculado por los criterios que la Unión Europea ha establecido para articular los sistemas de dependencia en los Estados miembros: se trata de tres criterios relevantes, universalidad, alta calidad y sostenibilidad temporal.

Sin embargo, pese a la fulgurante entrada de la LAPAD en el marco normativo vigente, esta no constituye ni instaura en el panorama español un nuevo ámbito de acción social denominado «dependencia». Así, aun cuando la Constitución española de 1978 no contempla el concepto de dependencia, esta sí destaca las prestaciones de seguridad social en supuestos de necesidad (artículo 41), la discapacidad (artículo 49) y la tercera edad (artículo 50) como elementos sustanciales sobre los que articular las políticas sociales del Estado de bienestar que propugna. Por ello la LAPAD viene a ser la culminación de una trayectoria de varias décadas de normas destinadas a la regulación de las contingencias derivadas de la edad y de la discapacidad, algunas de carácter específico y otras de carácter general, entre ellas las ya aludidas leyes autonómicas de servicios sociales⁷.

Previamente al alumbramiento de la LAPAD, existe, pues, en los albores del siglo XXI, un marco legislativo e institucional elaborado en torno a los grandes ejes temáticos que integran la actual contingencia de dependencia. No obstante el sistema de protección no era universal, únicamente las contingencias cubiertas por la acción protectora de la Seguridad Social tenían el carácter de derechos subjetivos, las demás eran de carácter asistencial, limitado por la coyuntura política y presupuestaria de la Administración competente. La acción protectora hacia estos colectivos no era sino un remedio del insuficiente y destrabado sistema español de servicios sociales cuya distribución competencial en los distintos niveles territoriales no contribuía especialmente a desarrollar, dada la insuficiente coordinación y homologación entre los mismos y las diferencias prestacionales entre territorios.

Señala Rodríguez Cabrero (2007) la confluencia de dos importantes vectores en la articulación del sistema de dependencia en España mediante la LAPAD:

- (1) el asistemático e insuficientemente desarrollado sistema de servicios sociales español, al que ya hemos hecho alusión;
- (2) la experiencia de la Unión Europea en el desarrollo normativo e institucional de los llamados cuidados de larga-duración (*long-term care*).

Este segundo vector es la experiencia europea y las diferentes praxis impuestas desde

⁷ Cfr. Ley de Seguridad Social de 21 de abril de 1966 y texto refundido de 1974 (prestaciones económicas destinadas para las situaciones de invalidez y servicios sociales de «reeducación y rehabilitación de inválidos»); Ley 13/1982, de 7 de abril, de integración social de los minusválidos (prestaciones rehabilitadoras, recuperadoras, económicas, sanitarias y farmacéuticas a personas en las que concurre una contingencia de discapacidad); Ley 14/1986, de 25 de abril, general de sanidad (prevención de deficiencias e incapacidades y atención –sanitaria y rehabilitadora– a las enfermedades mentales); Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecen en la Seguridad Social prestaciones no contributivas, que da lugar a la elaboración de un nuevo Texto refundido de la Ley de Seguridad Social de 20 de junio de 1994 (prestaciones contributivas y no contributivas para la tercera edad y de la discapacidad: gran invalidez, ayuda a tercera persona por invalidez, prestación familiar por hijo a cargo con discapacidad, además de los servicios sociales de reeducación y rehabilitación, para personas con discapacidad y mayores); Plan Gerontológico Estatal de 1992 y los subsiguientes planes autonómicos para sus respectivos colectivos de la tercera edad. El último estadio institucional relevante anterior a la elaboración de la LAPAD lo constituye la renovación del Pacto de Toledo, en octubre de 2003, con una recomendación adicional tercera que incide en la necesidad de configurar en breve un sistema integral de protección de la dependencia. También otras normas reguladoras de instrumentos conciliación de la vida personal, familiar y laboral habían introducido, previamente a la publicación de la LAPAD, medidas y prestaciones tendentes a favorecer el cuidado de las personas en situación de dependencia: Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras, o el Plan Concilia, resultado del acuerdo entre Administración y sindicatos de la mesa general de negociación para mejora de las condiciones de trabajo y la profesionalización de los empleados públicos, publicado mediante Orden APU/3902/2005, de 15 de diciembre.



la entonces denominada Comunidad Europea. A finales de los años 90 del siglo pasado ya se había generado un importante acervo comparado en torno las políticas de dependencia. No obstante las opciones⁸ que los diferentes Estados miembros habían adoptado para abordar las necesidades derivadas de los cuidados de larga duración eran sumamente diversas⁹, construyéndose múltiples modalidades en función de los siguientes ejes:

- acción protectora universal (derecho subjetivo) o coyuntural¹⁰.
- tipo de cuidados: formales e informales
- provisión de los cuidados formales: por el sector público, por el sector privado, por el tercer sector.
- sistema de financiación: mediante impuestos generales, mediante cotizaciones obligatorias a la Seguridad Social, mediante seguros privados voluntarios, mediante financiación privada (de los particulares).

En medio de este abanico de opciones, comienza a gestarse en el primer lustro del siglo XXI la vocación y arquitectura de la LAPAD. Las claves generales del modelo las ofrece la Unión Europea, cuando indica los tres criterios sobre los que deben converger y pivotar los sistemas de dependencia de los Estados miembros: universalidad, alta calidad y sostenibilidad en el tiempo.

Replicando las opciones anteriores, el sistema de dependencia español se configura en la LAPAD con los siguientes elementos:

- opción sin ambages por un sistema universalista
- diseño de un sistema mixto, formal-informal, con presencia de los cuidados informales, debido en parte a las características familistas de la sociedad española
- la provisión de cuidados es de responsabilidad pública y de provisión mixta, pública y privada
- en la financiación se optó por el modelo impositivo, con cargo a los presupuestos generales¹¹.

⁸ La bibliografía relativa a las diferentes políticas de dependencia puestas en marcha en los Estados miembros de la Unión Europea es muy abundante. Cfr. Daly y Lewis (2000) o Comisión Europea (2013) por su sencillez y claridad expositiva; o el Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO: 2005), como summa didáctica previa a la elaboración de la LAPAD.

⁹ Así, por ejemplo, Dinamarca y Suecia habían optado por modelos en los que la provisión de los cuidados formales se llevaba a cabo por trabajadores públicos, financiándose con recursos obtenidos de la tributación general. En Austria y Alemania el sistema se financiaba mediante cotizaciones sociales obligatorias y la provisión de los cuidados se realizaba principalmente por organizaciones no lucrativas. En el Reino Unido, no obstante, la provisión por empresas privadas era significativa, frente al papel menor que adoptaba en otros países.

¹⁰ En este caso los sistemas de bienestar de corte continental y nórdico –Alemania, Francia, Luxemburgo...– habían devenido a finales del siglo XX en sistemas de cobertura universalista. Cfr. Rodríguez Cabrero (2007).

¹¹ En detrimento del modelo continental de cotizaciones sociales obligatorias incluidas en el sistema de la Seguridad Social. Vicente Marbán, (Marbán: 2012), ofrece un interesante análisis sobre las disquisiciones de los agentes entorno a los aspectos clave de la ley. Uno de los aspectos sustanciales, sin duda, era el de la opción financiadora:



Principales líneas de la Ley de dependencia

A continuación pasamos a analizar las líneas maestras sobre las que se construye la Ley de dependencia, reflexionando sobre los anteriores criterios y elementos configuradores del modelo.

- Universalidad
- Calidad
- Acción protectora
- Modelo de provisión de los cuidados
- Financiación y sostenibilidad del sistema
- Cooperación administrativa

A. UNIVERSALIDAD

La universalidad es uno de los principios definidores del modelo español de dependencia, en sintonía con los sistemas comparados convergentes con el modelo de la Unión Europea. Es el segundo principio de los enunciados en el artículo 3 LAPAD: *la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación, a las prestaciones del sistema, siguiendo las pautas que marca la ley.*

La Ley de dependencia reconoce el carácter público de las prestaciones de dependencia y el derecho subjetivo a su percepción. Al derecho se accede una vez que la situación de dependencia ha sido reconocida en las instancias de la Administración competente –autonómica, o foral en el caso vasco¹², tras la correspondiente valoración mediante un procedimiento común para todo el sistema de dependencia¹³–.

mientras sindicatos, ONG del sector y la mayor parte de los expertos apostaban por la vía de la inclusión en el sistema de Seguridad Social, dado que esta vía suponía una mayor garantía de cobertura, acceso al sistema e igualdad territorial, buena parte de las comunidades autónomas, la patronal y los partidos nacionalistas apostaban por la vía impositiva. Marbán sostiene que, amén de razones económicas de sobrecarga del sistema que alegaba la patronal, las aspiraciones competenciales de los Gobiernos autonómicos fueron el principal elemento decantador. De haberse financiado con cotizaciones a la Seguridad Social habrían visto mermado un importante monto de expectativas de gestión a través de los servicios sociales de su competencia: las prestaciones de dependencia.

12 A tenor del artículo 6.1 de la Ley 27/1983, de 25 de noviembre, de Relaciones entre las instituciones comunes de la Comunidad Autónoma y los órganos forales de sus territorios históricos y del artículo 41.3, en relación con el artículo 22.2.1, de la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales de la Comunidad Autónoma Vasca, corresponde a las diputaciones forales la competencia de «provisión» del servicio de valoración y diagnóstico de la dependencia.

13 La norma vigente que regula este aspecto es el Real decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el baremo de valoración de la situación de dependencia establecido por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.



Como resultado de la valoración, el usuario puede ser reconocido en uno de los siguientes grados de dependencia (artículo 26.1 LAPAD) ¹⁴:

- Grado I, dependencia moderada
- Grado II, dependencia severa
- Grado III, gran dependencia

Todas las personas de nacionalidad española y comunitarias son titulares del derecho subjetivo al acceso y reconocimiento de las prestaciones de dependencia. Las personas extranjeras no comunitarias que tengan residencia legal tienen derecho a beneficiarse del sistema en idénticas condiciones que los españoles¹⁵.

Como derecho subjetivo que es, los interesados pueden recabar la tutela del derecho que la LAPAD les asegura. Dada la concepción social de este sistema universalista, el legislador entendió que el ámbito de protección jurisdiccional que habría de corresponder a los litigios relativos a las prestaciones de dependencias era el de la jurisdicción social, y así se contempla en el apartado o) del artículo 2 de la Ley 36/2011, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social, no obstante, para ello se requiere la aprobación y modificación de determinadas leyes que aún no han tenido lugar. Mientras ello se produce, en su caso, la jurisdicción competente es la contencioso-administrativa¹⁶.

B. CALIDAD

El principio de calidad es otro de los principios inspiradores del sistema, como así señala el citado artículo 3 de la Ley de dependencia. Muy vinculada a la cuestión de la calidad – como también lo está al principio de universalidad– se halla la propia definición de dependencia que establece la LAPAD en el artículo 2.2:

[...] el estado de carácter permanente en que se encuentran las personas que, por razones derivadas de la edad, la enfermedad o la discapacidad, y ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, precisan de la atención de otra u otras personas o ayudas importantes para realizar actividades básicas de la vida diaria o, en el caso de las personas con discapacidad intelectual o enfermedad mental, de otros apoyos para su autonomía personal.

Apuesta la ley por un concepto amplio de dependencia que contempla prácticamente todas las contingencias imaginables que pudieran situar a una persona en un

14 El Real decreto -ley 20/2012, de 13 de julio, en una de las escasas acciones afortunadas que adoptó, modificó la LAPAD suprimiendo los dos niveles que integraban cada uno de los grados en la redacción original de la LAPAD.

15 Cfr. Artículo 14.2 de la Ley orgánica 4/2000, de 8 de enero, de derechos y libertados de los extranjeros en España y su integración social.

16 Es el Gobierno del Estado el encargado de presentar el/los proyecto/s de ley correspondiente/s para que se proceda a la modificación de la jurisdicción, de contencioso-administrativa a social, según le encomienda la disposición final 7^a de la Ley de la jurisdicción social. Tras el largo período de tiempo transcurrido, desde 2011, sin que se haya promovido iniciativa alguna al efecto, parece deducirse que, salvo inacción por desidia, las preferencias gubernamentales por el momento tienden a que sea el orden contencioso-administrativo, y no el social, el encargado de dirimir las cuestiones relativas a la situación de dependencia (además de las otras prestaciones sociales que asumiría el social, a las que alude el artículo 2.o) de la Ley de la jurisdicción social –un inmenso quantum que revolucionaría por sí sólo la planta judicial española–).

estado vulnerable necesitado de apoyos¹⁷. E incluye la LAPAD, en el espectro protector, la promoción de la autonomía personal, como actuación distinta de la atención a la dependencia, amplia franja de protección que constituye un factor clave de la calidad apriorística del sistema, pues este sería deficiente si dejase sujetos o actuaciones relevantes excluidos.

Otra prueba del relevante papel del principio de calidad en la construcción del sistema es el título II de la LAPAD, destinado a regular específicamente la calidad del SAAD, desde una cuádruple perspectiva:

- calidad en el sistema y en la prestación de los servicios a través de los estándares comunes ofrecidos por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia¹⁸ (en adelante CTSAAD).
- calidad en el empleo y formación básica y continua de las personas que trabajan en el sistema.
- calidad en la información y comunicación del sistema: estableciendo el uso estandarizado de herramientas telemáticas comunes y de estadística centralizada.
- Íntimamente relacionados con el principio de calidad, se encuentran una serie de principios derivados del de la atención personalizada al usuario concreto, en torno al cual la LAPAD señala una serie de aspectos: valoración y atención individualizada de las necesidades y participación activa de la persona usuaria en la configuración de la atención.

La atención individualizada, elemento indispensable en un sistema que aspira a la calidad y mejora continua, no es, sin embargo, una aportación novedosa de la LAPAD, sino una metodología clásica de la acción y la intervención social. Correlativamente a esta concepción destaca la LAPAD, como no podía ser menos, el plan individualizado de atención –la herramienta básica y clásica del trabajo social– como instrumento de diagnóstico, adopción de medidas y seguimiento. No obstante, a tenor de las dificultades que encuentran algunas Administraciones para elaborar los PIA, ha sido necesario elaborar criterios consensuados de elaboración por el CTSAAD. Apunta esta reconducción del CTSAAD a los déficits del sistema, ante el notorio desconocimiento o desuso de una herramienta básica de la acción social general –el plan de intervención individual– indicadora del grado de individualización y planificación en la práctica cotidiana de los servicios sociales.

Finalmente, imprescindibles para garantizar la calidad del sistema de dependencia es la interrelación del mismo con dos de los pilares básicos del bienestar. Así la LAPAD ancla el sistema de dependencia dentro del sistema de servicios sociales, decretando que la cartera de prestaciones de la dependencia ha de integrarse de modo normalizado en los sistemas autonómicos de servicios sociales, como una subclase más del catálogo de prestaciones sociales especializadas (artículo 3 LAPAD). Asimismo, en su función planificadora, son las Administraciones autonómicas las encargadas de promover la coordinación de

17 Marbán (2012) explica cómo la inclusión de los colectivos de personas con discapacidad intelectual o afectadas por una enfermedad mental no estuvo inicialmente concebida en los borradores del proyecto de LAPAD. Fueron las organizaciones de la discapacidad las que postularon desde el principio la inclusión de estos colectivos, así como la inclusión, en el espectro protector, de las actuaciones de apoyo y promoción de la autonomía personal.

18 El Real decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, modificó el nombre del Consejo, pasando a denominarlo Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. La modificación operada en el Consejo, más allá de su ampulosa denominación –trascendiendo la dependencia, para pasar a los servicios sociales en general–, ha sido irrelevante, incursionando apenas en el ámbito de la acción social derivada de la reserva del 0,7% del impuesto sobre la renta de las personas físicas, o en acciones específicas relacionadas con la etnia gitana.



los entes locales en la prestación de los servicios de la dependencia cuando estas tienen alguna competencia. A estos efectos siempre ha de aprovecharse la competencia de valoración y diagnóstico individualizado, propia de los entes locales, y la competencia del servicio de ayuda a domicilio para integrarlas en el sistema sin que haya lugar a duplicidades.

Igualmente establece la Ley de dependencia, en el mismo artículo 3, la necesaria colaboración de los servicios sociales y sanitarios en la prestación de la dependencia. Esta cuestión no se encuentra desarrollada en modo alguno, más allá de la enunciación formal de la LAPAD, discurriendo ambos sistemas de modo autónomo e independiente. No obstante, es notoria la importante representación, en términos cuantitativos y cualitativos, que el colectivo de las personas dependientes alcanza entre el total de la población atendida por el sistema de salud. En la profundización de esta vía se encuentra, como veremos, una de las grandes claves de la calidad y la sostenibilidad del sistema.

C. ACCIÓN PROTECTORA

Los artículos 15, 17, 18 y 19 de la LAPAD constituyen el núcleo regulador de la acción protectora de la misma. En él se enumeran las prestaciones de servicio, materiales/tecnológicas y económicas que integran el catálogo de prestaciones de la Ley de dependencia. La LAPAD opta por establecer su propia terminología y distingue entre servicios (las prestaciones materiales/tecnológicas y de servicio) y prestaciones (las de carácter económico). Así, el catálogo de prestaciones de la LAPAD es el siguiente:

Tabla 2. Servicios y prestaciones económicas de la LAPAD

SERVICIOS
<ul style="list-style-type: none"> a) Servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal. b) Servicio de teleasistencia. c) Servicio de ayuda a domicilio: <ul style="list-style-type: none"> 1. Atención de las necesidades del hogar. 2. Cuidados personales. d) Servicio de centro de día y de noche: <ul style="list-style-type: none"> 1. Centro de día para mayores. 2. Centro de día para menores de 65 años. 3. Centro de día de atención especializada. 4. Centro de noche. e) Servicio de atención residencial: <ul style="list-style-type: none"> 1. Residencia de personas mayores en situación de dependencia. 2. Centro de atención a personas en situación de dependencia, en razón de los distintos tipos de discapacidad.
PRESTACIONES ECONÓMICAS (todas ellas de carácter periódico)
<ul style="list-style-type: none"> a) Vinculada al servicio: de carácter subsidiario, se concederá cuando no sea posible el acceso a un servicio público o concertado de atención y cuidado. b) Para cuidados en el entorno familiar y apoyo a cuidadores no profesionales: de carácter excepcional, se reconocerá cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar y la vivienda reúna las condiciones adecuadas de habitabilidad. c) De asistencia personal: imprecisamente delimitada por la LAPAD, tiene como objeto contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas para facilitar al usuario el acceso al entorno laboral o educativo y "una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria"¹⁹.

¹⁹ El Real decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, posibilita que las personas reconocidas como dependientes en cualquiera de los grados pueda acceder a esta prestación, modificando la redacción original de la LAPAD, que preveía esta prestación exclusivamente a las reconocidas con grado de gran dependencia.



Como se desprende del cuadro anterior, la ley planifica un sistema de cuidados formales, aunque incluye con carácter excepcional una prestación de contenido informal: la económica para cuidados en el entorno familiar; formal en la prestación monetaria e informal el cuidado dispensado. Más adelante volveremos sobre este punto.

Asimismo, la LAPAD establece varias prelaciones en su régimen prestacional:

- las prestaciones de servicio son prioritarias frente a las de carácter económico.
- en los servicios tendrán preferencia quienes presenten mayor grado de dependencia; en igualdad de grado, el acceso preferente se atribuye a quien disponga de menor capacidad económica. La preferencia absoluta se establece, como principio, para las personas en situación de gran dependencia.
- además rige (artículo 3 LAPAD) el principio de permanencia, en lo posible, de las personas beneficiarias en su entorno vital, lo que supone la preferencia tácita por prestaciones dispensables en el domicilio y/o entorno, tales como las de asistencia domiciliaria y los centros no residenciales.

D. MODELO DE PROVISIÓN DE LOS CUIDADOS

En lo que se refiere a los agentes de provisión, la LAPAD activa un sistema –Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)– para garantizar el contenido y condiciones comunes de las prestaciones.

El SAAD se constituye mediante una red de recursos humanos y materiales, puestos a disposición de la satisfacción del aludido derecho subjetivo; red de carácter mixto, integrada por recursos de titularidad pública y de titularidad privada. En tal sentido, es interesante ver cómo la LAPAD decanta el carácter público, la publicidad, del SAAD:

La responsabilidad de satisfacer el derecho subjetivo es pública y corresponderá a las distintas Administraciones públicas, en función de los niveles competenciales fijados por la LAPAD y las leyes autonómicas de servicios sociales.

La titularidad de los recursos de la red no variará, será pública o privada en función de quién sea el sujeto que la aporte, una entidad pública o una entidad privada.

Los recursos incorporados al sistema, incluidos los privados, son recursos de *utilización pública*²⁰.

Serán las comunidades autónomas las encargadas de acreditar, homologar e inspecionar los centros privados de su territorio que se incorporen al sistema.

²⁰ Con semejante terminología podría parecer que la LAPAD crea una modalidad sui generis de afectación de los bienes, al destinar al uso público los recursos privados que se aporten a la red del SAAD. Pese a tal originalidad conceptual, esa utilización pública de bienes privados no se regula por normas específicas creadas ad hoc, sino por las reglas generales de la contratación pública con las que la Administración pública haya concertado ese recurso para el SAAD.



Con esta vocación de red mixta, el SAAD incorpora los principios de provisión mixta que inspiran la LAPAD: la *participación de la iniciativa privada* –entidades privadas de carácter lucrativo– y la *participación del tercer sector* –entidades privadas de carácter no lucrativo– en los servicios y prestaciones del SAAD (artículo 3 LAPAD)²¹.

Lo cierto es que esta configuración mixta del SAAD establece un salto cualitativo con lo regulado hasta momentos anteriores:

- en primer lugar, el SAAD se concibe como cauce de optimización de los recursos públicos y privados: al contrario de lo que ocurre en los dos otros grandes pilares del bienestar –salud y educación, en los que la privatización de la gestión pública es fuertemente contestada–, la entrada de la iniciativa privada para gestionar el derecho subjetivo a la atención de la dependencia no sólo no se discute, sino que se declara *ab initio* como elemento constitutivo del sistema.
- la segunda generación –como denomina la doctrina– de leyes de servicios sociales generadas en gran medida como consecuencia de la LAPAD, dará entrada en el sistema de servicios sociales, siguiendo la estela de la Ley de dependencia, a la iniciativa privada mercantil, estableciendo una preferencia, en igualdad de condiciones, por la iniciativa privada no lucrativa.

La LAPAD elabora un modelo formal mixto que se compadece con la mayor parte de los sistemas de dependencia, y al que no es ajeno uno de los tres criterios esgrimidos para la convergencia comunitaria en esta materia: el de sostenibilidad.

El modelo de provisión mixto nos transporta al debate sobre la conveniencia de la provisión pública o de la provisión privada. Apriorísticamente cabría sostenerse la primera opción, si quiera desde una perspectiva axiológica: no parece cuestionable que la lógica del interés general, que impera en la gestión de la Administración pública (103.1 CE) entrañe un valor superior a la lógica del beneficio económico que motiva toda producción comercial. Sin embargo, más allá de legítimas preferencias ideológicas, la opción por un modelo de provisión público o privado, ha de trascender la mera consideración de postulados apriorísticos doctrinales y pasar a verificar cómo se satisfacen en la práctica los siguientes aspectos:

21 Nótese el extraño rigor jurídico de la LAPAD al diferenciar tercer sector de iniciativa privada: propiamente, ambos son iniciativa privada, siendo el fin no lucrativo de unas entidades y el fin lucrativo –o mercantil, o comercial– de otras, el rasgo que las distingue. Tal vez llevado por cierta corrección política o por la presión de los agentes del tercer sector; el legislador de la LAPAD incurrió en esta incorrección jurídica, que ha sido subsanada en la segunda serie de leyes de servicios sociales autonómicas, vigentes a día de hoy, que, casi sin exclusión, establecen correctamente, los tipos de iniciativa privada existente: lucrativa y no lucrativa. La calificación de social o de tercer sector puede complementar a una de estas iniciativas privadas (la no lucrativa) pero no excluir su carácter privado (no son entes públicos ni integran el sector público, tal y como estos se definen en las leyes ordinarias nº 39 y 40 del año 2015).



- calidad del servicio público prestado
- calidad del empleo de las personas que trabajan en el sistema
- sostenibilidad

Solamente desde la constatación de cómo uno u otro modelo satisface tales requerimientos puede llegarse a conclusiones válidas sobre el mejor modelo. La práctica de mercantilización aguda acaecida en las tres últimas décadas en países como el Reino Unido desbaratan la presunta neutralidad del impacto de la finalidad lucrativa en lo que a la calidad del empleo y del servicio prestado se refiere; apunta, por el contrario, a que la persecución del máximo beneficio posible ha deteriorado ambos aspectos transportándolos a niveles insopportables²². En cualquier caso, es la Administración pública competente la responsable de garantizar que el derecho se satisfaga en las condiciones legalmente establecidas; a tal efecto, el seguimiento y la evaluación de la provisión privada –adjudicada mediante la contratación administrativa– constituyen los principales instrumentos públicos de aseguramiento del derecho y de penalización de prácticas mercantiles imponderables.

Existe, además, una consideración adicional sobre la garantía de la satisfacción de un derecho subjetivo que nos lleva a realizar una última reflexión: cómo en aras de la sostenibilidad del derecho se recurre dramáticamente en el recurso al mercado, y, en qué medida, dicha prestación mercantilizada no va a redundar en la garantía de la satisfacción futura. En esta clave, ¿debe escapar de la mercantilización la prestación de este derecho social, o el de la salud, o el de la educación?

El debate es sin duda sustancial, y la construcción de un sistema de dependencia mixto de entrada, lo agudiza.

Cabe tener en cuenta en este caso la reflexión constante que introduce en este punto Rodríguez Cabrero (2010, 2016), que alude a una suerte de determinismo inducido: el discurso de la sostenibilidad, de las dificultades de cobertura presente y *a futuro* de los derechos sociales –crudamente manifestado con la implantación del sistema de dependencia– hace mella en la conciencia de los individuos. Estos asumen la imposibilidad, en tiempos venideros, de la prestación pública y suficiente de muchos de estos derechos y, en consecuencia, configuran un sentido de responsabilidad individual al respecto que, a su vez, debilita la conciencia de derecho subjetivo.

E. FINANCIACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DEL SISTEMA

La financiación del SAAD, según la LAPAD, ha de ser estable, suficiente para garantizar el cumplimiento de las obligaciones contraídas con los usuarios y sostenida en el tiempo, optando por un modelo de financiación mixto, sufragado fundamentalmente

22 Cfr. Hudson (2016).



por los impuestos generales –y su correlativa consignación presupuestaria– y en muy menor medida a través de la participación de los usuarios del SAAD.

En función de las fuentes de financiación públicas, existen en la ley tres niveles de protección: (1) el mínimo básico definido y garantizado por la Administración general del Estado; (2) un segundo nivel, establece una cooperación de prestaciones adicionales al nivel mínimo, sustentado a través de conciertos entre la Administración general del Estado y la autonómica; (3) el tercer nivel que podrán desarrollar *motu proprio* las comunidades autónomas.

La asignación del nivel mínimo a las comunidades autónomas se realizará considerando el número de beneficiarios, el grado de dependencia y la prestación reconocida.

Se establece igualmente la contribución de los usuarios a la financiación del SAAD:

- en función del tipo de prestación, del coste de la misma y de la capacidad económica del usuario
- garantizando la progresividad
- a tenor de los criterios que determine el CTSAAD cuya ordenación en los respectivos territorios corresponde a las Administraciones autonómicas.

F. LA COOPERACIÓN ADMINISTRATIVA

Con el principio de cooperación administrativa que inspira la LAPAD se pretende un desarrollo adecuado del sistema –el SAAD– en el que participen lealmente todas las Administraciones públicas, en función de las respectivas competencias que la ley establece.

Se trata de un novedoso engranaje coparticipado por varios niveles legislativos, gubernativos y administrativos:

- el Estado interviene como regulador de las bases normativas del sistema, garantizando la igualdad de los ciudadanos al ejercicio de los derechos (artículo 149.1 CE). Las comunidades autónomas son las Administraciones competentes en la planificación, ordenación y gestión de las prestaciones así como del reconocimiento de la situación de dependencia. Las Administraciones locales intervienen en la gestión de algunas de las prestaciones del SAAD, a tenor de las competencias propias o delegadas que les atribuyen las leyes (ejemplo: ordenación y gestión del servicio de ayuda a domicilio, elaboración de informes sociales, en su caso).
- un órgano administrativo adscrito al ministerio competente en servicios sociales, el CTSAAD, de composición binaria, Gobierno de España–gobiernos autonómicos, actúa como cauce de cooperación. Trascendiendo dicho ámbito cooperativo, también recaba funciones normativas, al menos en lo que se refiere al diseño de los mecanismos esenciales del SAAD, necesarios para asegurar su funcionamiento y las condiciones básicas comunes en todo el Estado (baremo del grado de dependencia, intensidad de las prestaciones, estándares de calidad de cada prestación, las condiciones y cuantía de las prestaciones económicas, los criterios básicos del procedimiento de reconocimiento o de participación de los beneficiarios en el coste de los servicios). Los acuerdos del CTSAAD se plasman posteriormente en reglamentos del Gobierno de España o en reglamentos autonómicos.

La LAPAD también otorga un importante papel a los órganos deliberativos, con funciones de informe, propuesta y consulta. Establece dos tipos de órganos:



- el Comité Consultivo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, de carácter tripartito –integrado por las tres Administraciones territoriales, organizaciones sindicales y organizaciones empresariales– y paritario, a través del cual se hace efectiva la participación de los agentes sociales en el sistema de dependencia.
- los denominados por la LAPAD órganos consultivos, son los cauces para la participación del resto de instituciones relacionadas con el SAAD²³.

La implantación de la Ley de dependencia

Transcurrida una década desde la entrada en vigor de la Ley de dependencia, el análisis somero de la situación actual indica el importante despliegue realizado para la extensión del sistema, ya generalizado en todos los territorios. No obstante, los datos principales que analizaremos a continuación, aluden –como persistentemente remarcan los expertos²⁴– a la desigual implantación en los diferentes territorios y a la insuficiencia de la financiación y, consiguientemente, de la acción protectora, marcada, además por la prevalencia de prestaciones de baja calidad.

Tras un importante esfuerzo financiador por parte de la Administración General del Estado, en los primeros años de construcción del sistema (2008 a 2010), este empieza a reducirse en los años siguientes, por los recortes del año 2011 y, muy especialmente, por los de los años 2012 y 2013, con una, tal vez, tímida recuperación operada en el año 2017 (ADGSS: 2017).

A día de hoy, las aportaciones de la Administración General del Estado solo cubre en torno al 18% del gasto total del SAAD, descansando la mayor parte de la aportación en las comunidades autónomas. Dicha aportación de la Administración del Estado solo se concentra en financiar los niveles mínimos de financiación –para garantizar la prestación igualitaria del derecho en la totalidad de los territorios– con una aportación

23 Son los siguientes: Comité Consultivo del SAAD, Consejo Estatal de Personas Mayores, Consejo Nacional de la Discapacidad, Consejo Estatal de Organizaciones no Gubernamentales de Acción Social.

24 Cfr. ADGSS, 2017, Fedea, 2017.

claramente insuficiente, rozando lo testimonial (no llega a los 200 €/mes para una persona con grado III), y así denunciado de modo sistemático por todos los agentes implicados²⁵.

Rodríguez Cabrero (2016) relata cómo el drástico recorte de los años 2012 y 2013, fundamentado aparentemente en la sostenibilidad financiera del sistema, fue inoperante: la dependencia sufrió, en términos absolutos, un ajuste de un 23%, y, a pesar de las dramáticas consecuencias que ello supuso para el SAAD, este apenas vio reducido su presencia en el PIB (de un 0,66% en el año 2011 a un 0,7% en el año 2014).

Las magnitudes españolas en lo que a gasto social por dependencia poco tienen que ver con los mejores índices del entorno comparado, así, su magro 0,7% del PIB destinado a cuidados de larga duración poco tiene que ver con otras magnitudes de referencia: el promedio de gasto de la Unión Europea es del 1,8%, lejos aún del esfuerzo danés o sueco (4,5% y 3,9% del PIB respectivamente)²⁶.

Dicho menor esfuerzo público español solo alude a la financiación pública –formal–, no al esfuerzo real efectuado para correr con el cuidado de las personas dependientes. En efecto, el gasto público solo implica mayor o menor presencia de cuidados formales sustentados desde lo público; no implica la ausencia de cuidados, que persisten, abrumadora y mayoritariamente, invisibilizados, en la esfera privada, desempeñados por familiares, principalmente mujeres.

Los estudios realizados sobre las necesidades que la dependencia generará en un futuro, hablan de la duplicación del promedio de gasto europeo –del 1,8% al 3,6%– para el año 2060. De entrada, se presenta como obvia la necesidad de incrementar el gasto social, y se diseñan a una serie de ejes deseables sobre los que se espera construir un sistema de calidad y a los que también se confía la sostenibilidad²⁷:

- la apuesta por los cuidados en el hogar como el sistema más idóneo –también el preferido por los usuarios– no solo por la eficiencia que conlleva, sino, sobre todo, porque aporta mayores cotas de bienestar a la usuaria.
- aumento de la productividad del sistema, a través de la aplicación de nuevas tecnologías en el cuidado, incluido un amplio espectro de medidas de mejoras del propio domicilio. Se incluyen mejoras organizativas, acondicionamiento de hogares, uso de herramientas de asistencia e incorporación de la innovación y la mejora continua.
- prevención de la dependencia, a través de actuaciones sistemáticas y profesionalizadas de carácter social y sanitario.
- minimizar el impacto de la dependencia, capacitando a las personas usuarias para ser autónomas a pesar de su limitación funcional.

Un aspecto transversal a todas estas líneas de actuación es la ya aludida necesaria coordinación del sistema de dependencia con el sistema de salud. Esta coordinación debe trascender el plano voluntarista o testimonial, y comenzar a diseñarse y construirse de modo formal e institucionalizado. En el importante estudio conducido por la FEMP, la Fundación CASER y Pilares (2015) sobre el sistema de dependencia, se señala que sólo en un 7% de los casos analizados –de entre miles de ayuntamientos encuestados– se reconocía la existencia de un vínculo formal, aun heterogéneo, entre los servicios sociales de base y los centros de salud. En el resto de los casos, la colaboración, de existir, solo se llevaba a cabo por vías informales, mediante el contacto entre profesionales. Es, sin duda, un factor impostergable. Por lo que respecta al servicio de ayuda a domicilio, como veremos, la necesidad de acreditación de la cualificación profesional, es una condición imprescindible para muchos aspectos, pero, sin duda, también para facilitar la adecuada coordinación del sistema de dependencia con el sistema de salud.

25 Cfr. ADGSS (2017).

26 Cfr. Comisión Europea (2013).

27 Ibidem.

ANÁLISIS GENERAL DEL SISTEMA ESPAÑOL DE DEPENDENCIA

Conforme determina la LAPAD, las Administraciones implicadas colaboran en la aportación de datos relevantes del sistema identificados en el CST. De ese modo, las comunidades autónomas aportan los datos al ministerio competente –Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad desde el año 2016– en el que el organismo específico el IMSERSO²⁸, elabora información actualizada de algunas de las grandes cifras, relativas fundamentalmente a la cobertura –número de beneficiarios– y a la estructura prestacional, no así a la intensidad de la acción protectora.

Perfil y cobertura

Por lo que se refiere al número de personas perceptoras de prestaciones, el número total de personas usuarias que percibieron una prestación, asciende a 909.973, a fecha 31 de julio de 2017.

Conforme lo esperado, la evolución del número de perceptores ha ido *in crescendo* desde la entrada en vigor de la LAPAD. Así, si a 1 de diciembre de 2008 el número de personas reconocidas con derecho a prestación era de 422.848 (en este caso las cifras se refieren a personas con derecho reconocido, lo que no implica necesariamente que sean perceptoras), a 1 de diciembre de 2011 se computaban 741.713, en este caso perceptoras efectivas, que pasaban a ser 745.720 a 31 de diciembre de 2014 y 865.564 perceptoras efectivas a 31 de diciembre de 2016.

La tabla 3 presenta una población perceptora rotundamente feminizada (65%), descansando el grueso de las beneficiarias en el tramo de edad 80 años, evidenciando que es la contingencia del envejecimiento la que da lugar al grueso de la acción protectora del SAAD. Las mujeres beneficiarias lo son mayoritariamente por padecer la privación de autonomía que causa el avance de la edad biológica. El hecho de la abrumadora prevalencia de población femenina en los tramos de edad superiores a la edad estándar de jubilación es igualmente debida a la mayor tasa de supervivencia de la población femenina frente a la masculina.

Tabla 3. Perfiles de personas beneficiarias por sexo y edad. Elaboración propia con datos del IMSERSO (a fecha 31 de julio de 2017)

		Nº	%*
Hasta 18 años	mujeres	18.515	3,09
	hombres	33.086	10,58
	total	51.601	5,67
19 - 30	mujeres	14.357	2,4
	hombres	19.774	6,32
	total	34.131	3,75
31 - 45	mujeres	49.434	8,28
	hombres	59.849	19,14
	total	109.283	12,01
TOTAL GENERAL		Nº	% del total
MUJERES		597.267	99,88
HOMBRES		312.706	99,76

²⁸ Entidad gestora de la Seguridad Social adscrita al Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad a través de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad. Para información actualizada revisar la información el Portal de la Dependencia, de IMSERSO; para un análisis exhaustivo, revisar los informes anuales del Observatorio de la Dependencia (2016).



La población masculina, por el contrario, experimenta una mayor prevalencia de la discapacidad –derivada de disfunciones físicas, psíquicas o sensoriales y de accidentes o enfermedades– en los tramos de inferiores a los 45 años, siendo muy significativa la tasa de beneficiarios en la infancia temprana (menores de 3 años) y en el tramo de 31 a 45 años. De la tabla 10 puede, por tanto, concluirse que las dependencias no derivadas del envejecimiento tienen mayor incidencia en la población masculina.

En términos absolutos, conforme muestra la tabla 5, son las comunidades autónomas de Andalucía, Cataluña y Madrid, las que encabezan el número de perceptores, en correspondencia con el peso de su población en el conjunto de la población española. Destaca el número de perceptores de Canarias, que supone 1/5 o 1/3 de los perceptores de comunidades con similar población, como Castilla y León o País Vasco. Igualmente es relevante el escaso volumen global de perceptores de la Comunidad Valenciana, cuarta entidad autonómica por población en el conjunto de España que, ostenta un número de perceptores inferior a comunidades que tienen la mitad de población que esta, tales como Castilla y León o País Vasco.

En términos relativos, un porcentaje del 3,32% del conjunto de la población del Estado es perceptor de prestaciones de dependencia. Promedio que se ve claramente superado, por este orden en: La Rioja (4,78%), Castilla y León (4,53%), País Vasco (4,39%), Extremadura (4,35%) y Andalucía. Por el contrario, el colectivo protegido, en términos relativos, es notablemente bajo en Canarias (1,68%), Comunidad Valenciana (1,76%) y Baleares (2,13%). No obstante, no pueden obviarse las altas tasas de población superior a 65 años en las comunidades de Galicia, Castilla y León, País Vasco y La Rioja, que en torno a la horquilla entre el 20 y 25% de la población de la comunidad autónoma.

En este caso, los índices de aplicación de la acción protectora se deben, separada o acumulativamente, a dos razones: (1) a amplios niveles de extensión de la red, lo que apunta a una mayor calidad de la misma y (2) a tratarse de una región con importante demanda, en general, debido al envejecimiento de la población. Dada la prevalencia del perfil general –común en todas las comunidades autónomas, en principio, salvo los casos de prevalencia anteriormente señalados– de población mayor de 65 años,



los datos apuntan sobre todo a la débil cobertura y, por tanto, deficiente calidad de la acción de las comunidades autónomas que presenten bajos índices de cobertura.

Otro indicador relativo a la cobertura es el dato, sistemáticamente explotado desde el comienzo de la serie estadística, del número de resoluciones emitidas –con respecto a las solicitudes registradas– y cuántas de aquellas han sido favorables.

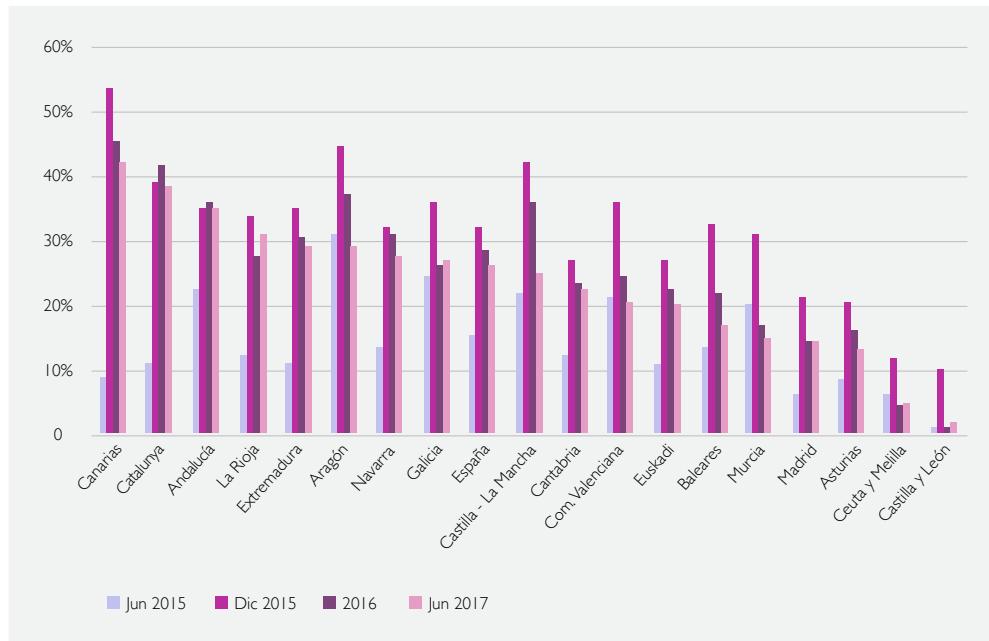
La no emisión de resoluciones, teniendo en cuenta que el plazo máximo para resolver que establece la LAPAD es de 6 meses –aunque algunas comunidades autónomas han optado por acortar este plazo hasta los 3 meses– es un indicador evidente del deficiente funcionamiento administrativo, que incide de modo sustancial en la calidad del sistema. Una serie de comunidades autónomas repiten el dudoso honor de soportar los peores indicadores: así Canarias encabeza la tasa de solicitudes no resueltas, con un temible de 23,06%, y le sigue la Comunidad Valenciana, con un insopportable 15,87%, no lejos de Aragón, Extremadura y Baleares (con unos índices que superan el 10% de solicitudes no resueltas). Madrid y La Rioja encabezan la tasa de alta resolución (0,46% y 0,54%, no resueltas, respectivamente) seguidas de cerca por Navarra, País Vasco y Cantabria, que no superan el 2% en el índice de no resolución, cuando la media del conjunto del Estado se encuentra en un 7,15%²⁹.

Una indeseada consecuencia de la emisión de resoluciones es la lista de espera, situación de desatención políticamente inasumible a la que se ven sometidas personas a las que se les ha reconocido la situación de dependencia: más de 300.000 personas se encuentran en esta situación a día de hoy (ver Gráfico 2 en capítulos posteriores), conocida como limbo de la dependencia.

²⁹ Aún más contundentes son los índices de resoluciones desestimadas, de entre las resueltas, encabezadas por Ceuta y Melilla (31,14%), Madrid (29,12%), La Rioja (28,66%), seguidas muy de cerca por Extremadura (25,95%). Son pocas las comunidades que superan el 80% –media estatal– de las resoluciones favorables: Murcia llega al 90%, y le siguen otras como Canarias, Galicia, Cantabria o Aragón, que rondan el 85% de resoluciones favorables. Tal número de procedimientos fallidos tiene dos explicaciones posibles, perfectamente acumulables: (1) bien un insuficiente sistema de información a los usuarios potenciales sobre sus probabilidades de éxito y sobre cumplimentación de trámites, o bien (2) unos estándares sumamente exigentes para la cumplimentación de requisitos exigidos.

El siguiente gráfico, del Observatorio de dependencia de FEDEA³⁰, muestra las disfunciones en la adjudicación de prestaciones reconocidas, la magnitud del limbo en cada comunidad autónoma.

Gráfico 1. Porcentaje de personas que esperan recibir prestaciones: limbo de la dependencia por CCAA. Junio y Diciembre 2015, 2016 y Junio 2017. Fuente: FEDEA



Se evidencia el práctico ajuste en Castilla y León y la preocupante existencia de límbos superiores al 30% en Canarias, Andalucía o Cataluña (en estos dos últimos casos es aún más grave pues son notoriamente las regiones que más demandantes presentan). La Asociación de Gerentes y Directoras de Servicios Sociales (AGDSS: 2107) presenta los mismos indicadores y consecuencias y maneja, al respecto, cifras preocupantes que indican que en el año 2016 más de 40.000 personas, con la situación de dependencia reconocida, habían fallecido durante el tiempo de espera de la percepción de la prestación, sin haber llegado a favorecerse de ella.

Estructura prestacional

Es muy importante conocer la calidad y cantidad de prestaciones reconocidas, porque lo mismo nos aporta la información más sustancial sobre la calidad de la acción protectora del sistema.

Así, la variable más global para conocer la estructura prestacional y su vinculación directa con la calidad es la división entre cuidados formales e informales, dado que la mayor incidencia de los primeros –profesionalizados y homologados– es preferible a la de los segundos –informales: no profesionalizados ni supervisados– en aras de la construcción de un sistema de calidad.

Todas las prestaciones contempladas en la LAPAD constituyen cuidados formales –desde la promoción y la teleasistencia, a la ayuda a domicilio, pasando por los centros diurnos y nocturnos y residenciales. Incluso lo son las prestaciones económicas de asistencia personal y la vinculada al servicio, puesto que la asignación monetaria del SAAD se destina a contratar un servicio profesionalizado, si bien de provisión privada, fuera del ámbito del SAAD (público o concertado).

Únicamente la prestación por cuidados familiares es de carácter informal, ya que el cuidado lo va prestar una persona cuidadora del entorno familiar, sin carácter profesional.

La tabla 5 muestra, por comunidad autónoma, la estructura prestacional y el nivel de distribución de los diferentes servicios, así como el peso de las prestaciones que comportan cuidados informales. Así mismo indica la apuesta, más o menos formal, por la que cada territorio ha optado.

30 Este informe, elaborado por Jiménez-Martín y Analía Viola para el Observatorio de dependencia de FEDEA, es distinto del dictamen anual del Observatorio de la Ley de dependencia, que tradicionalmente publica la Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.

Derivada de la misma, la tabla siguiente indica la prevalencia de los cuidados formales en la estructura prestacional que duplcan (66,45% frente a 33,45%) los cuidados informales proporcionados por la prestación para cuidados familiares.

Tabla 4. Distribución de prestaciones por tipo de cuidados. Elaboración propia con datos del IMSERSO (a 31 de julio de X)

	Prestaciones de servicio	57,18	
CUIDADOS FORMALES	Prestación económica vinculada al servicio	8,75	66,45
	Prestación económica para asistencia personal	0,52	
CUIDADOS INFORMALES	Prestación económica de cuidados en el entorno familiar	33,55	33,55
TOTAL		100,00	

La institucionalización, vía SAAD, de una parte de los cuidados informales no quiere decir que no existan cuidados informales fuera del sistema, sino que la opción adoptada por la LAPAD ha sido visibilizar, institucionalizar y remunerar una parte de los cuidados informales que venían prestándose en el ámbito familiar –esencialmente por mujeres como cuidadora familiar principal, aprovechando las relaciones y afectos solidarios de una sociedad de bienestar familiar por excelencia.

Indudablemente, la presencia sustantiva de esta prestación en el conjunto del sistema redundaría en la baja calidad del mismo, no sólo por la ausencia de profesionalización y cuidados de calidad que implica, sino porque detrae recursos a los cuidados profesionales –más costosos económicamente– al tiempo que descarga a la Administración competente de planificar y construir una red de cuidados formales mientras oferta una alternativa rápida de baja calidad. La LAPAD reconoce estos aspectos implícitamente, al establecer la preferencia de los servicios frente a la prestación económica y al otorgar a la de cuidados familiares un carácter excepcional que, a día de hoy, no es tal.

Así la tabla siguiente muestra el peso de los cuidados formales e informales por comunidad autónoma. Destaca, por aplanador, la ratio de cuidados informales del SAAD en comunidades como la balear, Navarra, Murcia, Comunidad Valenciana y Cantabria, en los que la prestación por cuidados familiares absorbe el 50% de la estructura prestacional.

Esta altísima tasa es tal vez el más determinante identificador de la bajísima calidad de estos sistemas autonómicos, y apremia a un replanteamiento radical para garantizar el derecho de las personas a cuidados de larga duración de mucha más calidad que los que ofertan. Por el contrario, Madrid, La Rioja, Castilla y León y Castilla-La Mancha presentan ratios sensiblemente más bajas (16% a 22%), que apuntan a una profundización de estos sistemas autonómicos en el entramado de los cuidados formales.

En general, la distribución de prestaciones de servicio o técnicas y la de cuidados en el entorno familiar aporta información sobre dos elementos:

a) esfuerzo en la implantación de un sistema de calidad³¹:

- un mayor despliegue de recursos del sistema implica un mayor esfuerzo (servicio), frente al menor esfuerzo que implica el mayor automatismo (prestación económica).
- un mayor peso de los cuidados formales en detrimento de los informales implica

31 En relación a los criterios de calidad de los sistemas autonómicos, ver los imprescindibles dictámenes anuales que elabora el Observatorio de la Ley de dependencia, de la Asociación de Directoras y Gestores de Servicios Sociales (ADGSS), a tenor de una serie de indicadores de calidad (más de una decena de ítems que van desde aquellos relativos a las listas de espera, pasando por la incidencia de prestaciones de bajo coste, al número de solicitudes presentadas o a la agilidad y transparencia del procedimiento administrativo. Cfr. <http://www.directoressociales.com>.

Según esta asociación, las valoraciones de los últimos años reconocen el sistema de dependencia de Castilla y León como el de mejor calidad. Más adelante veremos cómo, sin cuestionar el imprescindible trabajo de este observatorio de la ADGSS, los convenios de la ayuda a domicilio en esta comunidad desmejoran la alta calificación recibida, siquiera al considerar los bajísimos salarios brutos que reconocen.

- una mayor calidad del sistema.
- una mayor provisión con servicios propios del SAAD (públicos o concertados) en detrimento del recurso a la provisión subsidiaria con servicios privados (puesta en marcha vinculada al servicio) implica una mayor calidad del sistema.
- una articulación del sistema con alta incidencia de recursos de bajo espectro protector (teleasistencia) genera un sistema de peor calidad que otro construido con recursos de amplio espectro protector (ayuda a domicilio, centros diurnos, nocturnos o residenciales).
- el establecimiento de la prestación de cuidados familiares como alternativa subsidiaria de una prestación reconocida de calidad (servicios de proximidad, servicios residenciales) omitiendo la alternativa procedente, que es la prestación económica vinculada al servicio, disminuye la calidad del sistema, al (1) incumplir las prescripciones de la LAPAD –que declara a la prestación vinculada como subsidiaria ante la inexistencia de recursos de la red pública y a la de cuidados familiares como excepcional– y al (2) recurrir pertinazmente al cuidado informal.

b) preferencias del usuario cuando participa en el diseño de su PIA y en el proceso de reconocimiento de la prestación, dado que puede desear alternativas económicas no profesionalizadas como la de los cuidados familiares. En este caso, el factor preferencial del usuario sustituye a menudo el papel planificador de la Administración pública, cuya acción debe dirigirse a la calidad del servicio –que pasa por la formalización de los cuidados– y no a la implantación barata y recurrente de los cuidados familiares –subvirtiendo el carácter excepcional que la LAPAD otorga a esta prestación–.

Tabla 5. Estructura prestacional. Ratio de prestaciones. Elaboración propia con datos del IMSERSO (a 31 de julio de 2017)

ÁMBITO TERRITORIAL	TOTAL B _{RIAS}	Prev. y prom. autonomía	Teleassis-tencia	Ayuda a domicilio	Centros dia/noche	Atención residencial	P.\$ v.al servicio	P.\$ cuidados familiares	P.\$ asistencia personal	TOTAL	Ratio prest / b _{ria}
Andalucía	186.817	0,66	31,61	21,74	5,59	9,88	1,31	29,21	0,00	100,00	1,28
Aragón	23.965	10,17	2,27	7,29	5,47	14,30	18,04	42,45	0,00	100,00	1,11
Asturias	20.958	21,88	3,60	13,63	8,38	11,65	8,85	32,02	0,01	100,00	1,28
Islas Baleares	15.982	1,56	4,38	2,99	6,23	13,74	4,51	66,59	0,00	100,00	1,05
Canarias	17.620	0,16	3,44	0,06	21,26	19,33	15,53	40,23	0,00	100,00	1,03
Cantabria	14.961	0,00	7,54	5,88	10,38	26,13	0,00	50,07	0,00	100,00	1,11
Castilla y León	85.837	11,80	7,61	20,52	7,61	7,75	22,42	21,96	0,33	100,00	1,28
Castilla-La Mancha	49.090	7,73	16,24	21,37	5,20	19,81	7,40	22,23	0,02	100,00	1,21
Cataluña	137.661	0,61	9,98	13,90	6,70	15,81	6,31	46,67	0,01	100,00	1,25
Comunidad Valenciana	57.705	0,87	6,48	0,00	10,57	16,78	14,31	50,99	0,00	100,00	1,06
Extremadura	25.414	4,10	6,45	2,71	6,41	16,17	39,42	24,75	0,00	100,00	1,10
Galicia	48.949	6,45	5,35	30,16	12,50	13,54	8,98	22,86	0,16	100,00	1,13
Comunidad de Madrid	110.903	1,91	23,55	22,14	10,41	15,56	10,02	16,35	0,05	100,00	1,31
Región de Murcia	32.691	8,68	13,24	0,76	8,56	10,21	4,09	54,45	0,00	100,00	1,25
Comunidad F. Navarra	11.311	1,34	12,34	6,85	1,95	12,76	7,45	57,30	0,01	100,00	1,26
País Vasco	60.052	0,19	11,37	9,00	9,57	17,18	1,62	43,96	7,11	100,00	1,22
La Rioja	7.469	8,35	20,49	19,34	8,45	13,61	8,31	21,45	0,00	100,00	1,40
Ceuta y Melilla	2.588	12,35	16,97	22,31	2,15	5,94	0,09	40,18	0,00	100,00	1,35
TOTAL	909.973	3,78	15,77	15,98	7,94	13,72	8,75	33,55	0,52	100,00	1,23

Gasto público destinado al sistema

La tabla siguiente³² muestra la proveniencia de las fuentes de financiación, destacando la abrumadora diferencia entre la aportación autonómica (81,9%) y estatal (18,1%) al gasto total del sistema. Además se aprecia el gasto absoluto desplegado por las comunidades autónomas, en relación directa, en general, con el número de habitantes de tales territorios (Cataluña, Andalucía, Madrid, no así Comunidad Valenciana). El gasto relativo que cada comunidad autónoma destina a dependencia es también significativo, destacando de modo sobresaliente el realizado por La Rioja y por Castilla y León.

En relación con la estructura prestacional, los gastos por habitante superiores a 7.000 euros indican fundamentalmente (salvo en el caso de Cataluña), a una estructura residencial muy concentrada en los centros de día y residenciales del SAAD –y las prestaciones vinculadas al servicio utilizadas en su defecto–, que son los que consumen más recursos económicos.

Con independencia del gasto real efectuado, especialistas en la materia y agentes sociales implicados en la dependencia critican la insuficiente financiación del sistema, muy en especial la cobertura del nivel mínimo que financia la Administración General del Estado. Apenas el SAAD había comenzado a desarrollarse, con una planificación de gasto anualmente creciente al objeto de conseguir en una década cobertura y calidad prestacionales aceptables, cuando, precedidos por los de 2010 y 2011, sobrevinieron los recortes de gasto público de los años 2012 y 2013, que redujeron cerca del 20%³³ aproximadamente el gasto en dependencia, ajuste a día de hoy aún ni siquiera compensado.

Así las cosas, el peso del sostenimiento del SAAD corre a cargo de las Administraciones autonómicas, que cuentan con recursos muy limitados para hacer frente al mismo. No obstante, no pueden dejarse de lado las prioridades de la acción política de las diferentes Administraciones territoriales, no necesariamente volcadas de modo preferente en la construcción de un sistema de dependencia de calidad. En cualquier caso, los actuales niveles de gasto reflejan un despliegue territorialmente desigual e insuficiente para cubrir las necesidades reales de la población en situación de dependencia.

Tabla 6. Gasto público certificado por las CCAA en dependencia. Año 2015. Elaboración propia. Datos económicos obtenidos del Observatorio de la Dependencia (ADGSS), datos de población perceptora obtenidos del IMSERSO.

	Aportado por CCAA (€)	Aportado por AGE (€)	Gasto total territorio (€)	% aportación CCAA	% aportación AGE	% población CCAA/Estado	No perceptoras en CCAA	Gasto por usuario (€)
Andalucía	890.692.353,76	241.627.717,24	1.132.320.071,00	78,7%	21,3%	18,02	179.239,00	6.317,38
Aragón	157.311.848,11	31.285.166,31	188.597.014,42	83,4%	16,6%	2,81	17.828,00	10.578,70
Asturias	138.597.519,63	22.900.601,76	161.498.121,39	85,8%	14,2%	2,24	17.524,00	9.215,83
Islas Baleares	61.622.692,60	16.113.771,40	77.736.464,00	79,3%	20,7%	2,38	11.630,00	6.684,13
Canarias	94.768.169,81	27.349.802,11	122.117.971,92	77,6%	22,4%	4,51	13.885,00	8.794,96
Cantabria	83.465.843,42	18.052.324,82	101.518.168,24	82,2%	17,8%	1,25	13.945,00	7.279,90
Castilla y León	403.004.137,90	95.083.629,10	498.087.767,00	80,9%	19,1%	5,26	73.546,00	6.772,47
Castilla-La Mancha	283.365.136,91	57.712.049,71	341.077.186,62	83,1%	16,9%	4,39	36.796,00	9.269,41
Cataluña	1.004.040.000,00	223.880.000,00	1.227.920.000,00	81,8%	18,2%	16,16	126.450,00	9.710,72
Comunidad Valenciana	474.599.786,96	66.447.649,76	541.047.436,72	87,7%	12,3%	10,65	43.239,00	12.512,95
Extremadura	250.909.765,78	35.442.740,02	286.352.505,80	87,6%	12,4%	2,34	22.242,00	12.874,40
Galicia	237.591.197,36	73.086.225,94	310.677.423,30	76,5%	23,5%	5,84	41.823,00	7.428,39
Comunidad de Madrid	853.048.875,16	160.653.528,44	1.013.702.403,60	84,2%	15,8%	13,89	101.304,00	10.006,54
Región de Murcia	133.382.024,11	50.980.136,60	184.362.160,71	72,3%	27,7%	3,15	27.485,00	6.707,74
La Rioja	59.567.630,98	9.139.507,61	68.707.138,59	86,7%	13,3%	0,68	6.743,00	10.189,40
TOTAL*	5.125.966.982,49	1.129.754.850,82	6.255.721.833,31	81,9%	18,1%		733.679	8.956,19

32 Las comunidades autónomas deben remitir la certificación de gastos aplicados a la dependencia al SAAD (IMSERSO), diferenciando la Administración financiadora, central o autonómica. Estos datos no se aportaron de modo abierto y transparente en la información estadística del SAAD, disponible en la página web del IMSERSO, por lo que fue preciso que la información fuese recabada de cada Administración autonómica, en un paciente trabajo de la Asociación de Directoras y Gestores de Servicios Sociales. Tal vez la razón de dicha renuencia informativa, rayana con la opacidad, sea la evidencia que apunta la ADGSS: que la aportación de las comunidades autónomas fue del 81,9% abrumadoramente mayor a la aportación de la Administración General del Estado, el 18,1%. Cfr. <http://www.directoressociales.com/documentos/documentos-dependencia.html>.

33 Rodríguez Cabrero (2016) cifra una reducción del 23% de la cuantía de las prestaciones de dependencia.

Empleo

En lo que al empleo generado en el sistema de dependencia, la tabla A muestra cómo prácticamente se ha duplicado el número de personas que trabajan en el SAAD, al tiempo que se aprecia una progresiva disminución de la importancia de los servicios de proximidad frente a los residenciales.

Tabla 7. Afiliaciones en el sistema. Elaboración propia con datos del IMSERSO

FECHA	SERVICIOS NO RESIDENCIALES		SERVICIOS RESIDENCIALES		TOTAL
	No	%	No	%	
31-12-2006	105.085	45,88	123.965	54,12	229.050
31-12-2007	134.844	45,01	164.752	54,99	299.596
31-12-2008	148.580	45,85	175.442	54,15	324.022
31-12-2009	135.887	42,24	185.801	57,76	321.688
31-12-2010	141.320	41,58	198.571	58,42	339.891
31-12-2011	139.585	45,88	198.535	54,12	338.120
31-12-2012	136.755	40,71	199.174	59,29	335.929
31-12-2013	142.973	41,37	202.584	58,63	345.557
31-12-2014	145.932	40,86	211.237	59,14	357.169
31-12-2015	154.776	41,44	218.745	58,56	373.521
31-12-2016	160.776	41,04	231.020	58,96	391.796
31-07-2017	163.202	40,07	244.106	59,93	407.308

La siguiente tabla reproduce qué número de empleos genera cada millón de euros destinado al gasto público en dependencia en cada comunidad autónoma. Claramente el número de empleos generados se encuentra en relación directa con la mayor formalidad del cuidado dispensado y, por tanto, con la mayor calidad de la prestación.

Tabla 8. Empleos directos vinculados al SAAD por cada millón de euros de gasto público en 2016. Elaboración propia con datos del IMSERSO.

Castilla y León	50,1	Asturias	31
Extremadura	44,4	Castilla – La Mancha	30,1
Galicia	42,1	Cataluña	27,6
Madrid	35,5	Aragón	27,1
La Rioja	35,4	Navarra	23,5
Castilla-La Mancha	33,5	Valencia	22,8
País Vasco	33,1	Murcia	21,2
Andalucía	32,9	Baleares	20,7
Canarias	31,6	Cantabria	20,7
ESPAÑA	34,8		

La elevada cifra de empleo directo que se presenta en Extremadura refleja, aparentemente, el importante peso de la prestación vinculada al servicio que ostenta esta comunidad autónoma, indicando la contratación de servicios privados, para financiar centros residenciales privados, subsidiarios de la red del SAAD, en tanto se cubren por esta.

Ingresos por hogar y sistema de dependencia

La Encuesta de condiciones de vida elaborada por el INE en el año 2016 indica la natural relación directa entre el número de hogares (H) y el número de hogares por personas dependientes (HD). Así la Tabla Q muestra cómo el QII, que concentra el

mayor número de hogares, es también el que presenta un mayor número de hogares con personas dependientes en términos absolutos; en el extremo opuesto, la menor presencia de personas dependientes se da en los hogares del QV. Dicha menor presencia de personas con cuidados dependientes en este quintil abundaría sobre el recurso a centros residenciales privados, de más fácil acceso para las familias con rentas altas.

Tabla 9. Hogares con dependientes y cuidados por unidad de consumo. Elaboración propia con datos del INE (Módulo de acceso a los servicios 2016. Encuesta de condiciones de vida) .

INGRESOS POR UNIDAD DECONSUMO (Q)	Hogares (H)	Miles HD	% sobre HD	% sobre H	Miles HDC	% sobre HD	% sobre HDC
Primer quintil ³⁴	3.404,40	543,5	16	2,95	49,6	9,1	11,44
Segundo quintil	3.854,40	819,6	21,3	4,45	107,1	13,1	24,71
Tercer quintil	3.711,30	695,9	18,8	3,78	99,7	14,3	23,00
Cuarto quintil	3.694,30	537,2	14,5	2,92	81	15,1	18,69
Quinto quintil	3.743,90	414,4	11,1	2,25	96	23,2	22,15
TOTAL	18.408,30	3.010,70	81,7	16,35	433,4	74,8	100

Por su parte, el nivel de ingresos tiene relación directa con la existencia de cuidados en los hogares con personas dependientes: el QV, el de mayores ingresos, presenta el índice más alto de cuidados (HDC) en el total de hogares con personas dependientes (HD), índice que duplica con creces el de la presencia de cuidados en los hogares con menor renta (QI).

Tabla 10. Hogares con personas dependientes y cuidados por unidad de consumo. Elaboración propia con datos del INE (Módulo de acceso a los servicios 2016. Encuesta de condiciones de vida).

INGRESOS POR UNIDAD DE CONSUMO (Q)	Miles HDC	% HDC
Primer quintil	49,6	40,9
Segundo quintil	107,1	37,0
Tercer quintil	99,7	33,8
Cuarto quintil	81,0	43,5
Quinto quintil	96,0	31,0
TOTAL	433,4	186,2

En la Tabla 9 se aprecia cómo la mayor concentración de hogares con personas dependientes que recibe cuidados a domicilio, HDC, se encuentra en el QII, lo que apuntaría a una especial incidencia de la acción protectora pública en este nivel de rentas medias-bajas. Por su parte, la llamativa presencia cuidados en el sector de hogares de más renta per cápita, QV, el segundo de los que más cuidados recibe –habida cuenta de la menor presencia en ellos de personas dependientes, según indica la Tabla 10– abundaría en la provisión privada de tales servicios en las rentas más altas.

Resumen de los caracteres de la estructura prestacional

Del análisis conjunto de los datos se desprenden determinados aspectos del régimen prestacional del SAAD:

³⁴ Quintil (Q) es cada quinta parte de la población de un ámbito ordenada ascendente según los ingresos, siendo el quintil primero (QI), por tanto, el sector de población de menores ingresos y el quintil quinto (QV) el sector de población con más ingresos.

- a) Opción del sistema por el cuidado formal o informal. Con una media estatal del 33,55%, la alta incidencia de la prestación por cuidados familiares apunta a una baja calidad del sistema: así se desprende, como señalábamos anteriormente, de las abultadas de los sistemas de Islas Baleares, Navarra, Murcia, Comunidad Valenciana y Cantabria, en los que la prestación por cuidados familiares absorbe más del 50% de la estructura prestacional del SAAD. No se encuentra lejos de estas cifras el alto porcentaje de la comunidad catalana (46%). Por el contrario, en Madrid, La Rioja y ambas Castillas, los bajos porcentajes, entre el 16% y 22%, apuntan a una expectativa de sistema de mayor virtualidad.
- b) Distribución de los cuidados formales e incidencia de los servicios de proximidad.

Los servicios de proximidad –ayuda a domicilio, centros de día y de noche– son unos de los elementos claves del sistema, en la medida en que constituyen la opción más recomendada en todos los casos. Los expertos en atención a la dependencia aconsejan este tipo de servicios porque, al desarrollarse en el entorno geográfico vital de la persona dependiente, son los que más contribuyen al bienestar del usuario, siempre y cuando sea posible prestarlos por no requerir una atención más intensa. Por otro lado, también es la opción preferida de las personas usuarias en todas las encuestas sobre preferencia. Para las Administraciones públicas es una de las opciones más gratas, ya que requiere de un menor despliegue de recursos – que los centros residenciales. Las dos primeras razones contribuyen a identificar a esta opción como altamente deseable para construir un sistema de calidad.

En este sentido, los datos de estructura prestacional muestran cuál es el peso que cada comunidad autónoma decide otorgar, a día de hoy, a los recursos de proximidad, considerando que la media española es del 23,92%.

Al respecto podemos dividir tres grupos

- Un primer grupo, el que supera la media, integrado por siete territorios (Ceuta y Melilla computados como uno), en el que destaca claramente Galicia (42,66%), seguidas a cierta distancia por la Comunidad de Madrid (32,55%) y Castilla y León (28,13%).
- Un segundo grupo, integrado por territorios que aplican una política de prestaciones de proximidad inferiores a la media estatal, con una desviación máxima de un 8% (Asturias, 22,01%; Canarias, 21,32%; Cataluña, 20,06%; País Vasco, 18,57%, Cantabria, 16,26%).
- El tercer grupo presenta niveles sumamente bajos en lo que a prestaciones de proximidad se refiere, siendo un indicador determinante de la lábil concepción del sistema de dependencia en esa región (Aragón, 12,76%; Comunidad Valenciana, 10,57%; Murcia, 9,32%; Islas Baleares, 9,22%; Extremadura, 9,12% y Navarra, 8,8%).

No es difícil de establecer la relación inversa entre recursos de proximidad formales y recursos de proximidad informales (prestación de cuidados familiares). Así, las más bajas ratios de las estructuras de proximidad formales se corresponden, en general, con los casos en que las comunidades autónomas optan por articular sistemas de dependencia con ratios de cuidados informales superiores al 50% (Baleares, Navarra, Murcia, Comunidad Valenciana³⁵).

Por lo que se refiere a los servicios de proximidad aisladamente considerados, el servicio de atención domiciliaria presenta una incidencia estatal media del 15,98% de implantación. Galicia vuelve a encabezar la lista de comunidades autónomas con mayor implantación del servicio (30,16%), Ceuta y Melilla, Madrid, Andalucía y las dos Castillas le siguen a distancia, con ratios de entre el 20 y el 22%. La Rioja también supera la media estatal por tres puntos porcentuales.

Un importante número de territorios no alcanzan ese porcentaje, siendo ocho los territorios que no superan el 10% –País Vasco, Aragón, Navarra, Cantabria, Islas Baleares, Extremadura, Región de Murcia y Canarias– hasta llegar al enigmático cero absoluto de la Comunidad Valenciana³⁶.

- c) El equilibrio de la acción protectora entre las diferentes prestaciones no es síntoma, a priori, de una adecuada planificación del sistema. Esta, más bien, ha de

35 O Cantabria, que sólo dedica un 16,26% a los cuidados formales de proximidad y destina a la prestación de cuidados familiares el 50,07%.

36 Sorprendente, pues la ciudad de Valencia el SAD se desarrolló en los años 90 de siglo pasado.

reproducir un patrón integrado por una baja ratio de cuidados informales, y unos cuidados formales concentrados en los servicios de proximidad –ayuda a domicilio y centros de día y noche–, siendo minoritario el porcentaje de prestaciones residenciales, en la medida en que también lo son las personas que presentan los niveles de dependencia más altos. Asimismo, las prestaciones de prevención³⁷ y de teleasistencia no pueden concentrar una parte relevante de la dispensa, puesto que no están destinadas a satisfacer las necesidades más acuciantes de las personas dependientes. Desde esta perspectiva la distribución prestacional de Madrid, Galicia, Castilla y León, La Rioja, Castilla-La Mancha y Extremadura parecen presentar, a tenor de los datos, los sistemas mejor construidos.

- d) La extensión de la acción protectora, determinada por (1) el mayor índice de solicitudes resueltas en tiempo razonable, (2) con índices comunes de resolución positiva, (3) ejecutados con la debida diligencia, también apunta al mayor o menor esfuerzo y eficiencia de la acción protectora de cada territorio. El retraso en la emisión de resoluciones y el número de personas en lista de espera son elementos imponderables, aún característicos del SAAD, especialmente preocupante, en términos absolutos, en las comunidades de Andalucía y Cataluña.
- e) Es, por otro lado, lógica la relación directa entre empleo generado por gasto público dedicado, que se evidencia en los territorios con mayor peso de cuidados formales, aunque también pueden incidir otras variables. Una de ellas, no derivada de los datos expuestos, podría indicar criterios de planificación que apuesten por las menores ratios de cobertura entre personal trabajador y personas usuarias atendidas: de ese modo, a menor número de usuarios por persona contratada, el empleo generado sería mayor, y mayor también la calidad del servicio.
- f) Por su parte, la renta de los hogares es un factor que condiciona la provisión de cuidados, si bien la acción protectora del SAAD, aparentemente, podría concentrarse en los niveles de renta media-baja, que son los que en términos absolutos presentan más necesidades cuidados y los que ostentan un mayor índice de los mismos: ello indicaría la provisión pública del SAAD, al no disponer de los recursos privados que las rentas –altamente surtidas con cuidados– más altas sí pueden costear.

Localizaciones seleccionadas

Analizados algunos de los aspectos más relevantes del SAAD, procede llevar a cabo la selección de puntos a tenor de dicho análisis. Tres son los condicionantes que más influyen en la selección:

- a) la limitación de puntos de análisis cualitativo, en función de los recursos disponibles: serán 7 u 8 las localizaciones analizadas
- b) la estructura prestacional:
 - en particular las comunidades autónomas en las que el servicio de ayuda a domicilio tiene una implantación relevante en la estructura: Galicia, Madrid, Castilla y León.
 - el despliegue geográfico de la acción protectora: es interesante comprobar las diferencias que el SAD pueda presentar en comunidades autónomas de enorme extensión y población muy dispersa, tales como las dos Castillas o en grandes capitales.
 - la existencia de comunidades autónomas que presentan características positivas, en cuanto a la calidad de la acción protectora del sistema, tradicionalmente reconocidas a tales efectos (Castilla y León y País Vasco).
- c) la existencia de delegadas sindicales de UGT, que puedan favorecer el contacto con las auxiliares de ayuda a domicilio que vayan a ser entrevistadas (también ellas mismas, en su calidad de trabajadoras del SAD).

En función de los aspectos analizados, los puntos seleccionados para llevar a cabo el trabajo de campo de la ayuda a domicilio son: A Coruña, Baracaldo (Bizkaia), Barcelona, Bilbao, Granada, Madrid, Vitigudino (Salamanca), Tomelloso (Ciudad Real).

³⁷ La estrategia preventiva de la Junta de Castilla y León no parece una iniciativa de bajo coste. Cfr:<http://www.jcyl.es/junta/cp/Estrategiaprevencion.pdf>. Estrategia de prevención de la dependencia para las personas mayores y de promoción del envejecimiento activo en Castilla y León 2017-2021



EL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO





UNA BREVE HISTORIA

El servicio de ayuda a domicilio constituye uno de los recursos sociales básicos que prestan las Administraciones locales. Dicho carácter básico se fundamenta, en buena medida, en los numerosos precedentes que se sucedieron durante varios siglos: ya los registros históricos refieren figuras relacionadas con la atención privada –apoyo mutuo– que, ocasionalmente, proporcionaban las cofradías, hermanadas y gremios en el propio hogar a sus miembros, cuando se encontraban enfermos y no podían cubrir los gastos hospitalarios. De modo más institucionalizado y con carácter público, Carlos III en el siglo XVIII instaura la atención domiciliaria prestada por facultativos médicos a trabajadores y menestrales enfermos cuya enfermedad les impedía trabajar y conseguir el sustento para atender a su curación y hacer frente a las cargas familiares.

Es su nieto, Fernando VII quien consolida una serie de reglamentaciones de servicios de asistencia a domicilio para las clases humildes partiendo del presupuesto que inspiró a su antepasado: que la asistencia en el propio hogar mejora las perspectivas de curación y la calidad de la atención. Por ello la respuesta pública optó por primar la atención en el entorno frente a la hospitalaria, institucionalizando un sistema público de atención facultativa domiciliaria a través del *Reglamento de hospitalidad domiciliaria*³⁸ de 1816 que extiende la misma a todo el reino.

Posteriormente bajo el mandato del propio Fernando VII, pero durante el Trienio Liberal –en el que el rey es obligado a jurar la Constitución de 1812, que reconoce un sistema público de beneficencia³⁹– se aprueba el *Reglamento general de beneficencia*⁴⁰ de 6 de febrero de 1822, que integra la hospitalidad domiciliaria e incluye un *socorro domiciliario* para cubrir las necesidades de subsistencia de los vecinos y vecinas que lo requieran.

«Para que un necesitado sea socorrido en su casa habrá de ser vecino residente en la parroquia , de buenas costumbres , y tener oficio ú ocupación conocida , debiendo las mugeres gozar de igual concepto en su caso»⁴¹.

El Reglamento general de beneficencia atribuye a las juntas de beneficencia municipales la ejecución de la acción benéfica, entre otras la domiciliaria, encomendada a los ayuntamientos desde la Constitución de 1812.

Los hitos anteriores son los orígenes institucionales reglados de la atención domiciliaria del Estado. En los dos siglos posteriores, dicha atención fue experimentando importantes transformaciones, tanto en las manifestaciones de la misma y en los sujetos

38 Real decreto de fundación de la Real Hospitalidad Domiciliaria, de 12 de julio de 1816.

39 Ha de tenerse en cuenta que los servicios sociales de los sistemas del bienestar no se desarrollan con plenitud hasta bien avanzado el siglo xx. Previamente, la atención a las necesidades de las clases más desfavorecidas transitó por la pura caridad privada, por la beneficencia pública imperante en el siglo XIX, por la asistencia social que pervivió en los siglos xix y xx, por los seguros sociales del siglo xx y, finalmente, por un sistema de servicios sociales, configurado tras la Constitución de 1978.

40 Dictado por las Cortes extraordinarias de 1821 y sancionado el 6 de febrero de 1822.

41 Reglamento general de beneficencia de 1822, artículo 88.

destinatarios, como en la propia concepción –de acción graciable del Estado a derecho subjetivo–, consecuentes con la evolución de los servicios sociales.

Baste lo anterior para subrayar la idea de que la atención domiciliaria en España (1) constituye un servicio tradicional en nuestro derecho e instituciones, (2) secularmente encomendada a los ayuntamientos, (3) que entraña como valor los cuidados en el entorno, al considerar los mismos más eficaces que los cuidados hospitalarios o residenciales a los efectos de la consecución del objetivo del servicio y de la mejora de la calidad de la atención al usuario⁴².

La implantación postconstitucional de los servicios de ayuda a domicilio, amén de su anclaje en dicha tradición de cuidados en el entorno, incorpora los servicios del bienestar de atención a domicilio, arbitrados en los estados sociales del norte de Europa, a mediados del siglo pasado, encontrándose los precedentes más antiguos en los países escandinavos y en el Reino Unido.

Hecha la reseña anterior, pasamos al análisis del servicio de atención domiciliaria en la actualidad engarzado en el diseño competencial de la Constitución española de 1978 ya analizado en las secciones anteriores.

Las leyes de servicios sociales de esta época diseñan un servicio de asistencia domiciliaria –de ayuda a domicilio– como un servicio dirigido a la prestación de una serie de atenciones de carácter doméstico, social y de apoyo personal a individuos o familias, a efectos de facilitarles la autonomía en su medio habitual. Con este tenor se concibe el servicio de ayuda a domicilio en las primeras leyes constitucionales de servicios sociales: únicamente la ley de Madrid, de 1982, y la de Baleares, de 1987, introducen, como elementos integrantes del servicio de ayuda a domicilio, actuaciones de carácter psicológico y rehabilitador. Las posteriores normas reguladoras, tanto de carácter legal como reglamentario, irán configurando un contenido, cada vez más homologado del mismo, que iremos analizando del mismo.

No existen cifras exactas del número de atenciones que, desde los servicios de la ayuda a domicilio, se dispensa en la actualidad, dada la doble naturaleza del mismo –servicio social básico municipal, servicio social especializado del sistema de dependencia– y dada la competencia territorialmente distribuida en Administraciones locales y autonómicas que dificulta –¿perennemente?– la centralización de los datos⁴³.

42 Francisco Martínez realiza un interesante recorrido de la evolución histórica de los servicios de atención domiciliaria en Martínez López (2005). Ha de señalarse que esta valoración del entorno domiciliario no es tan temprana en otros países de nuestro entorno, así, por ejemplo, en el Reino Unido, esta tendencia se produce a mediados del siglo xx (Wanless: 2006).

43 El IMSERSO ofrece una cifra parcial, sólo relativa a la prestación del servicio a personas mayores (ello no implica que compute necesariamente las prestaciones especializadas de dependencia, podría incluir también las prestadas como servicio municipal básico); parcial porque no engloba a todos los colectivos (personas con discapacidad, unidades familiares) que pueden recibir este tipo de prestación. Según este organismo, en el año 2015 326.043 personas mayores de 65 años fueron usuarias de este servicio. En el ámbito de análisis de este trabajo, la cifras de atención de personas mayores fueron (fuente INE, IMSERSO):

Ámbito	Nº usuarias
Andalucía	65.932
Castilla y León	26.273
Castilla-La Mancha	15.979
Cataluña	67.166

Ámbito	Nº personas
Galicia	21.347
Madrid	62.546
País Vasco	6.588



ELEMENTOS DE CONFIGURACIÓN DEL SAD

Definición, naturaleza y objetivos

El servicio de ayuda a domicilio (también, en adelante, SAD) es el conjunto de actuaciones realizadas fundamentalmente en el hogar al objeto de ayudar a las personas y familias que presentan carencias de autonomía personal o dificultades para la integración social, proporcionando atención personal y doméstica al objeto de que puedan permanecer en el domicilio y de que puedan relacionarse en el entorno comunitario.

El objetivo del SAD, por tanto, es promover la mejora de la calidad de vida de las personas usuarias, potenciando su autonomía personal y su desempeño en el entorno familiar y comunitario. En algunas ocasiones, además del objetivo compensatorio de promoción, la normativa reguladora les atribuye un objetivo preventivo⁴⁴.

Se trata de una prestación de servicio cuya competencia corresponde tradicionalmente a los municipios, al ser los servicios sociales una competencia municipal propia (25 LBRL), siendo igualmente así configurada por todas las leyes de servicios sociales. No obstante el régimen local básico habilita a las entidades locales supramunicipales (diputaciones, comarcas, ...) a prestar este tipo de servicios en los casos en que los municipios menores de 20.000 habitantes no estén en condiciones de prestarlos (y así subsiguentemente lo contemplan las leyes de servicios sociales).

Engloba el SAD una doble condición: la de la prestación básica de carácter comunitario, concedida por los servicios sociales locales, y la de prestación especializada, derivada del sistema estatal de dependencia (SAAD). Por tanto, puede consistir en cualquiera de las dos siguientes prestaciones:

- Servicio de ayuda a domicilio como prestación básica, reconocida desde los servicios sociales de base: la competencia íntegra, de reconocimiento y de gestión de

⁴⁴ Así, por ejemplo, lo regula la cartera vasca de prestaciones sociales, y algunas ordenanzas municipales (ej: A Coruña), o en las prescripciones técnicas de los procesos de adjudicación (ej: pliegos de Barcelona).

esta prestación es de la entidad local. No constituye por lo general un derecho subjetivo –una prestación garantizada o no condicionada– ya que para ello ha de reconocerlo así una ley (en este caso, las diferentes leyes autonómicas de derechos sociales, ya directa, ya posteriormente mediante los decretos autonómicos que establecen las carteras de servicios sociales). Así, por ejemplo, esta modalidad básica de SAD es un derecho subjetivo en los sistemas andaluz, vasco y catalán; no lo es en el caso castellanoleonés, en el gallego o en el madrileño⁴⁵.

- Servicio de ayuda a domicilio como prestación especializada y contemplada en el sistema estatal de dependencia: la competencia de reconocimiento corresponde a las comunidades autónomas o diputaciones forales (en el caso navarro y vasco), y la gestión se atribuye a las entidades locales. Está necesariamente garantizada, dada la naturaleza de derecho subjetivo que otorga la Ley de dependencia a las prestaciones de su artículo 15, entre las que se encuentra el SAD.

El punto de confluencia de ambas modalidades de SAD es que en ambas la competencia de gestión y prestación se encuentra atribuida a los entes locales –municipales o supramunicipales. Aunque la titularidad del servicio y la responsabilidad en la prestación es pública (municipal, o supramunicipal), su prestación puede llevarse a cabo directamente, por la propia Administración, o indirectamente, a través de entidades privadas a las que les ha sido concedida la adjudicación de la gestión.

Existe otro elemento común que trasciende la dualidad del SAD: el principio de permanencia en el propio domicilio siempre que sea posible, como criterio preferencial que inspira la acción de los servicios sociales, el domicilio de la persona usuaria es el lugar de prestación. Es precisa, no obstante, la concurrencia del requisito de habitabilidad o movilidad adecuadas en dicho domicilio, aspecto clave que contempla la normativa de desarrollo de la prestación. A contrario sensu, cuando el domicilio no llega a reunir las condiciones de habitabilidad o accesibilidad mínimas, se opta por otro tipo de prestación, al no ser posible proporcionar la asistencia en ese entorno.

Modalidades y beneficiarios

La doble naturaleza, como prestación básica o como prestación especializada, del servicio de ayuda a domicilio da lugar a la configuración de dos modalidades distintas de SAD, con diferentes regímenes normativos, ámbitos subjetivos y regulaciones procedimentales: el SAD básico y el SAD de dependencia. Existe una tercera modalidad, el SAD de urgencia, que en algunas localizaciones está regulada como un subtipo excepcional dentro del SAD básico; opción esta última que asumimos, por lo que la analizaremos dentro del SAD básico.

SAD básico

Denominado también SAD ordinario.

a) Régimen jurídico:

Se encuentra regulado en el citado marco común del régimen local (artículos 25 y 26 de la LBRL) y en las diferentes leyes autonómicas.

Son las leyes autonómicas las que determinan si se trata de una prestación garantizada y no condicionada (en los supuestos que nos ocupan, los casos andaluz, catalán y vasco) o si no es una prestación garantizada. En caso de ser una prestación garantizada el derecho a acceder al SAD básico, es un derecho subjetivo, cuya denegación es

45 Cfr: Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de servicios sociales de Andalucía; Decreto [GenCat] 42/2010, de 11 de octubre, por el que sea aprueba la Cartera de servicios sociales; Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales; Decreto [GobCyl] 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de servicios sociales de Castilla y León; Decreto [XunGa] 61/2016, de 11 de febrero, por el que se define la Cartera de servicios sociales de inclusión. Madrid y Andalucía carecen de cartera/catálogo de servicios sociales, no obstante en el caso de Andalucía el artículo 42.2.b) de su ley de servicios sociales declara como prestación garantizada el servicio de ayuda a domicilio en su modalidad básica. En el caso madrileño la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de servicios sociales de la Comunidad de Madrid no declara como prestación no condicionada la ayuda a domicilio en su modalidad básica.

recurrente directamente ante los tribunales ordinarios, en el caso de que, concurriendo en el solicitante los requisitos legalmente establecidos, le sea denegada.

Adicionalmente, la regulación de este servicio se lleva a cabo a través de normativa reglamentaria de carácter específico, bien de carácter autonómico (órdenes o decretos), bien de carácter local (ordenanzas o reglamentos municipales), bien de ambas.

b) Ámbito subjetivo:

El SAD básico está dirigido a personas de todas las edades, y a familias, que se encuentren limitadas en su autonomía personal de modo temporal o permanente, o que se encuentren en situaciones familiares críticas que les impidan hacerse cargo de las actividades cotidianas. Más concretamente, se destina a:

- personas limitadas en su autonomía (por envejecimiento, por discapacidad física o sensorial) que no tengan reconocida la situación de dependencia o que, reconocida, se encuentren en lista de espera.
- personas o unidades familiares que pasan por episodios críticos impeditivos de su autonomía (enfermedad, urgencias hospitalarias, convalecencias, ...).
- personas o unidades familiares con menores, desestructuradas o con carencia de hábitos funcionales.

c) Procedimiento:

La valoración y la resolución corresponde a los servicios municipales. Se trata de un procedimiento administrativo ordinario ajustado a las normas comunes de la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas. En una fase instructora, tras la solicitud de la persona interesada, la entidad local comprueban fundamentalmente los aspectos relativos a la autonomía personal del solicitante, las circunstancias relativas a la unidad de convivencia y la habitabilidad de la vivienda y emite un informe social valorando la situación de los solicitantes a tenor de baremos pre establecidos por los servicios sociales. La concreción de la atención se lleva a cabo adecuadamente, en ocasiones, en forma de un informe o plan de intervención individualizado, concretando de modo detallado las pautas y objetivos del servicio; en otras ocasiones la concreción es más pedestre: a través de un denominado plan de intervención individualizado, tan rudimentario que no reúne las características exigibles, o a través de un documento básico de especificación del número de horas, expresando grosso modo las tareas a realizar.

La resolución corresponde a los alcaldes, a las juntas de gobierno local o a los institutos municipales de servicios sociales, según los casos, estableciéndose plazos máximos de resolución que van de los 3 meses a los 6 meses (plazo máximo, este último, general, según la Ley 39/2015, de 1 de octubre, de procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas). En estos casos de SAD básico, cuando no tiene la cualidad de prestación garantizada, se encuentra doblemente condicionado por las listas de espera, al tener preferencia en la adjudicación del servicio los casos derivados del sistema de dependencia (SAAD).

En los casos de urgencia la adjudicación del servicio es inmediata, emitiéndose al efecto la oportuna resolución del órgano municipal competente. No obstante, la adjudicación por urgencia queda condicionada a la iniciación en un plazo próximo de un proceso de solicitud ordinario del SAD básico o a una ratificación posterior⁴⁶.

SAD de dependencia

También denominado directo o automático por la inmediatez, como veremos, del proceso de adjudicación del servicio por parte la entidad local.

a) Régimen jurídico:

La norma reguladora principal es la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. A partir de los niveles básicos que marca la misma, las comunidades autónomas han ido adecuando su normativa en sus leyes autonómicas: declarando el derecho subjetivo a la prestación,

46 Como en el caso de la ordenanza municipal de A Coruña, que requiere de posterior solicitud en los 10 días siguientes, o como el caso de la ordenanza del Ayuntamiento de Madrid, que requiere de una ratificación posterior por el órgano competente para la resolución (el concejal presidente de cada distrito).

ajustando el régimen de distribución de competencias entre los entes locales, adaptando las carteras, en su caso, y dictando normas para proceder al reconocimiento de la prestación.

Es la Administración autonómica la competente para proceder al reconocimiento de la situación de dependencia –la foral en el caso de las comunidades vasca y navarra– y la responsable de hacer efectivo el sistema de dependencia en su territorio. Así, en lo que al SAD se refiere, la Administración autonómica reconoce la situación y resuelve que es el SAD la prestación que se adecúa al grado de dependencia de la persona. Aun cuando, como hemos señalado, la gestión del servicio la realiza la entidad local correspondiente, el SAD de dependencia es financiado por las comunidades autónomas –forales, en su caso– particularmente liberada a tales efectos, como servicio integrante del sistema estatal y autonómico de dependencia.

De modo específico la prestación de ayuda a domicilio se regula en el artículo 23 LAPAD:

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función, y podrán ser los siguientes:

- a) Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.
- b) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros. Estos servicios solo podrán prestarse conjuntamente con los señalados en el apartado anterior.

Como podremos comprobar, no hay diferencias de entidad en lo que se refiere al SAD básico o al de dependencia, más allá de la naturaleza jurídica de la prestación o de la concreción de los beneficiarios, el servicio incluye actuaciones de atención personal y de atención doméstica, que constituyen el núcleo central de ambas modalidades de SAD.

En los años 2012 y 2013 el SAAD y la Ley de dependencia experimentaron varias modificaciones, como consecuencia de un impulso político concentrado en el recorte del gasto social (y eufemísticamente denominado *sostenibilidad del sistema*), a cuya ineeficacia ya hemos hecho alusión en epígrafes anteriores. En lo que respecta al servicio de ayuda a domicilio, el cambio normativo afectó a la intensidad de la prestación, reduciendo sensiblemente (en algunos casos llega al 20%, como veremos) el número de horas del servicio que el sistema asumiría como contenido mínimo de la prestación.

De signo contrario, netamente positivo, fue la introducción de un segundo párrafo en el artículo 23 LAPAD que regula el SAD. En este caso, el afán de recorte era ajeno a la reforma, que pretendió imprimir una determinada concepción en el SAD: este no podía ser entendido como una mera actuación de ayuda al usuario en las tareas domésticas, sino como una atención personal de carácter promocional. Por ello la reforma impide como regla general que ambos tipos de atención (personal y doméstica) se presten separadamente, sólo excepcionalmente y de forma justificada, tales atenciones podrán prestarse en modo separado, cuando así se disponga en el programa individual de atención, debiendo la Administración competente motivar dicha excepción en la resolución de concesión de la prestación.

Asimismo, la concepción del SAD básico, en el diseño que de él hacen los órganos reguladores de los servicios sociales locales, también se enfoca en la misma línea, con un sentido fundamentalmente promocional⁴⁷.

- b) Ámbito subjetivo:

47 Con la única excepción del SAD del Ayuntamiento de Madrid, que diseña tres modalidades: doméstica, personal y mixta, sin prelación entre ellas. Existen pocos instrumentos normativos de conexión entre el SAD básico y el SAD de dependencia en el caso de la gestión del Ayuntamiento madrileño, de los que se desprende una notable autosuficiencia del ámbito municipal (sin duda anclada en la extensa trayectoria del SAD de la capital española), una insuficiente y tardía regulación procedural autonómica –tal vez la más deficiente de todas las analizadas– y un funcionamiento prácticamente paralelo de ambas Administraciones, tal vez generado en antiguas rivalidades políticas capital–comunidad. Lo cierto es que la *Ordenanza [Mad]* reguladora del acceso a los servicios de ayuda a domicilio para mayores y/o personas con discapacidad, de 29 de julio de 2009, funciona de manera prácticamente autónoma a la LAPAD, con escasas menciones a la misma o a su interrelación con el procedimiento de reconocimiento autonómico (junto a un supuesto de detección sobrevenida de la situación de dependencia, que obliga al usuario a re conducir su solicitud por el trámite derivado de la LAPAD), lo que sí hacen expresamente el resto de ordenanzas contempladas.



Las personas que tienen derecho a acceder al SAD, como prestación especializada de dependencia, son aquellas en las que concurren las siguientes circunstancias:

- se les ha reconocido la situación de dependencia
- el plan de intervención personal, confeccionado con ocasión de tal reconocimiento, establece que es la ayuda a domicilio la modalidad prestacional que más se ajusta a sus necesidades

c) Procedimiento:

El SAD de dependencia se ajusta igualmente a lo establecido en la Ley 39/2015, de 1 de octubre, del procedimiento administrativo común de las Administraciones públicas (en adelante, también LPAC) constando de una fase de instrucción y audiencia al interesado y una fase de resolución. Ha de precisarse que son las Administraciones autonómicas –o las diputaciones forales– quienes tienen la competencia para desarrollar las notas procedimentales básicas que señala la LAPAD, por lo que existen diferencias en las distintas regulaciones que, sin embargo, no ensombrecen la preponderancia de los aspectos comunes que señalamos a continuación.

- Solicitud: las diferentes normativas autonómicas (o foral) no son unívocas al respecto seleccionando cada una de ellas órganos de presentación diferentes, que básicamente oscilan entre los servicios sociales de base o el órgano competente para la tramitación (órgano autonómico), con clara preferencia de la mayor parte de las normas de los casos que nos ocupan por los servicios de base⁴⁸.
- Fase de instrucción: tras la solicitud, se procede a la recogida de información y a la valoración técnica del grado de dependencia, según el baremo establecido en el Real decreto 174/2011, de 11 de febrero⁴⁹. Esta ha de llevarse a cabo necesariamente por las Administraciones públicas (artículo 26 LAPAD) mediante empleados públicos especializados –en general, trabajadores sociales y otros profesionales de

48 Castilla y León opta por el órgano de tramitación (autonómico). Las comunidades autónomas restantes, por los servicios sociales de base, en algunos casos con exclusividad (Diputación foral de Bizkaia, Cataluña); con simultaneidad opcional, pero obligatorio el de base (Galicia); con preferencia Andalucía y Madrid.

49 Tras la presentación de la documentación pertinente en los servicios sociales de base, estos emiten un informe social, remitiéndose toda la documentación al órgano autonómico competente para la tramitación, y procederá a llevarse a cabo la valoración. En algunos casos en la fase de instrucción también puede participar la propia entidad local, recabando información e informes sociales y diseñando el PIA (ej: Bizkaia), bien integrando, además, el órgano competente para la valoración (ej: Castilla y León en el SAD, o Cataluña).

Cfr. Orden [Consejería de Familia y Asuntos Sociales de Castilla y León] FAM/824/2007, de 30 de abril, por la que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y del derecho a las prestaciones del SAAD; Decreto foral [Bizkaia] 121/2012, de 21 de agosto, por el que se modifica el Decreto foral 162/2009 de 1 de diciembre, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia y Ley 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales de Cataluña (artículo 17.d)



la salud cuando sea necesario– del órgano autonómico, o foral, en su caso. Estos órganos de baremación emiten un informe de valoración técnica, al que se suma otra documentación relevante (informe social de los servicios sociales comunitarios, informe de salud, ... etc). Tras los mismos se ha de elaborar el programa de intervención individualizado –conocido por las siglas PIA–, que se somete a la participación y consulta con el solicitante y se incorpora al expediente en un momento previo a la propuesta de resolución. Con la documentación técnica necesaria, la Administración competente (autonómica o foral) emite el dictamen técnico del artículo 27.1 de la Ley de dependencia, que ha de pronunciarse sobre el grado de dependencia y de especificar la prestación del SAAD que corresponda, y que sirve como propuesta de resolución o como base para dicha propuesta, según los casos.

– Resolución: el reconocimiento de la situación de dependencia se efectuará mediante resolución expedida por la Administración autonómica o foral de la residencia del solicitante. La resolución determinará además en el plan de intervención individual que ha de incorporar (PIA), los servicios o prestaciones que corresponden a la solicitante según el grado de dependencia⁵⁰, salvo en los casos en que el PIA sea objeto de una resolución posterior a la de reconocimiento (ej: Galicia, Andalucía). La resolución de reconocimiento tendrá validez en todo el territorio del Estado.

Conforme a la disposición final primera de la LAPAD, el plazo máximo para resolver y notificar la resolución será de 6 meses, a contar desde la fecha en que la solicitud haya tenido

50 En algunos casos, como en Galicia, el PIA se emite después de la resolución de reconocimiento de la dependencia. Se lleva a cabo de oficio y se instruye y resuelve por los mismos órganos competentes para el reconocimiento. Así, se trata de dos procedimientos concatenados, con sendos plazos máximos de resolución: 3 meses para la de reconocimiento y 3 meses para la elaboración del PIA. Cfr. Decreto [de la Xunta de Galicia] 15/2010, de 4 de febrero, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia.

El Decreto foral [Bizkaia] 121/2012, de 21 de agosto, en su artículo 9 determina con gran corrección el momento procedural de elaboración del PIA, aprovechando, además los recursos personales de los servicios sociales públicos, para confeccionar el plan de intervención: en el marco del procedimiento de reconocimiento de la situación de dependencia y las prestaciones correspondientes, los servicios sociales especializados con el concurso de los servicios sociales de base, establecerán un programa individual de atención en el que se determinarán las modalidades de intervención más adecuadas a sus necesidades de entre los servicios y prestaciones económicas previstos en la resolución para su grado, con la participación, previa consulta y, en su caso, elección entre las alternativas propuestas por parte de la persona beneficiaria y, en su caso, de su familia o entidades tutelares que le represente.

Resuelve perfectamente el decreto foral el entrampado procedural –también ocurre en el caso castellanoleónés y catalán– excluyendo la duplicación de planes de intervención que puedan derivarse, por un lado, el PIA y, por otro, el del servicio social de base. Como ejemplo, en los casos del Ayuntamiento de Granada o del de A Coruña, tras el PIA, el trabajador social del ayuntamiento, elabora su propio plan de intervención. Al tiempo, la redacción de este decreto foral –al igual que la normativa catalana o castellanoleonesa– impide que sean las entidades adjudicatarias quienes elaboran los planes de intervención (posibilidad que se permite, por ejemplo, en la ordenanza municipal del Ayuntamiento de A Coruña) al efecto de no despojar del esencial sentido comunitario y público a los servicios sociales de base.

entrada en el registro del órgano competente⁵¹ para su tramitación, con independencia de que la Administración competente haya establecido un procedimiento diferenciado para el reconocimiento de la situación de dependencia y el de asignación de prestaciones (PIA). El silencio administrativo implica, en general, la desestimación de la solicitud⁵².

Es dicha resolución del SAAD que prescribe el reconocimiento y la conveniencia de la concesión del servicio de ayuda a domicilio la que vincula a la Administración local para conceder el acceso automático al SAD, sin que medie, ninguna actuación municipal, más allá de una resolución –del órgano local competente– especificando el momento de la fecha de incorporación al servicio y comunicando el acceso del usuario a la entidad adjudicataria del servicio (de estar externalizado) a efectos de la prestación inmediata.

Actuaciones básicas del servicio, autonomía personal y tareas compensatorias que se prestan desde el SAD

I. Actuaciones básicas del SAD

El Real decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, desarrolla las prestaciones de la Ley de dependencia, y contempla el SAD en su artículo 8. Según el mismo, el servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones realizadas en el domicilio de las personas en situación de dependencia con objeto de atender las necesidades básicas de la vida diaria e incrementar su autonomía.

El servicio comprende fundamentalmente dos grandes grupos de actuaciones, alineadas con los servicios a los que alude el artículo 23 LAPAD:

- la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria
- la cobertura de las necesidades domésticas, mediante los servicios

51 Se ha de tener en cuenta la relevancia del hito de la entrada del expediente en el registro del órgano competente –foral o autonómico– de tramitación, máxime cuando en muchos casos la norma de dependencia obliga al usuario a presentar la solicitud en los servicios sociales de base, quedando en el limbo el período de tiempo que transcurre entre el momento de presentación en los servicios sociales de base y el momento en que estos derivan el expediente al órgano de tramitación. Con ello el procedimiento puede alargarse en un marco de alegalidad. La solución más garantista y de mayor seguridad jurídica es la que aporta la normativa de Castilla y León, donde la presentación se realiza en el propio órgano de tramitación, o en el caso de Andalucía, donde el cómputo del plazo se inicia en el momento de presentación –obligatoria– en los servicios sociales de base. Una alternativa adicional es la solución gallega, en la que se posibilita al usuario, al tiempo de la obligatoria presentación en los servicios sociales de base, la simultánea presentación en el registro del órgano autonómico competente. En el caso de la Diputación foral de Bizkaia, a pesar de que reduce a 2 meses el plazo de resolución desde que entra el expediente al órgano foral competente, queda en el limbo todo el período que transcurre en los servicios sociales de base, pudiendo, por tanto, durar mucho más tiempo la tramitación del expediente. Cfr. Decreto [JAnd] 168/2007, de 12 de junio, por el que se regula el procedimiento para el reconocimiento de la situación de dependencia.

Se insiste en el concepto de «plazo máximo para resolver y notificar», ya que son ambos contenidos –producción de la resolución y notificación al interesado– los que se ven subsumidos en la obligación legal de cumplimentación en 6 meses. Se trata de un plazo máximo legal imperativo según la LPAC y la LAPAD. Hemos podido comprobar prácticas administrativas donde la alegalidad del plazo máximo para resolver y notificar alcanza el paroxismo, como en el caso de la Comunidad de Madrid. En este caso el plazo máximo para resolver y notificar, es directamente soslayado. De entrada, se presenta la desventaja de que la normativa madrileña computa el inicio del plazo al entrar la solicitud en el órgano autonómico de tramitación la solicitud (tras el periplo temporal de los servicios sociales de base, preferentemente utilizado), además, y he aquí la ilegalidad, se obvia el mandato imperativo del plazo máximo: la Administración autonómica resuelve formalmente en 6 meses, pero el momento de la notificación se produce sine die, en ocasiones varios meses después de la resolución, ergo contra legem, atribuyéndose prerrogativas para las que no está habilitada, e incumpliendo palmariamente una norma imperativa.

Entendemos que estas argucias paralegales utilizadas en el estadio de notificación sirven, en general, para encubrir las magnitudes reales de las listas de espera. La Ley 39/2015, de 1 de octubre, de procedimiento administrativo común de las Administraciones Públicas, ofrece alternativas ante las cargas excesivas de trabajo a las que se enfrenta la Administración: la primera, es dotar de suficientes recursos personales y materiales (21.5 LPAC); la segunda, excepcional, es un ejercicio de transparencia: declarar abiertamente la ampliación del plazo para resolver y notificar, y asumir políticamente las consecuencias que ello pueda comportar (23 LPAC). La ampliación tácita, opaca y por la vía de los hechos del plazo máximo para resolver y notificar no está permitida por la norma y vulnera los derechos de los ciudadanos, máxime cuando se trata de hacer efectivo un derecho subjetivo.

52 Es la regla general en todos los procedimientos derivados del reconocimiento de la situación de dependencia. No obstante existe alguna excepción a esta regla, aunque fuera de los supuestos concretos analizados, es el caso de la Comunidad Valenciana, donde, a tenor de la Ley 9/2016, de 28 de octubre, de regulación de los procedimientos de emergencia ciudadana en la Administración de la Comunidad Valenciana, el silencio es positivo cuando se trata de prestaciones económicas del SAAD.

Además ese mismo real decreto posibilita que la Administración competente (autonómica o foral) pueda determinar actuaciones adicionales, en desarrollo de las normas del SAAD.

En general, la normativa autonómica de desarrollo del SAAD, en su caso, o las cartillas o catálogos de servicios sociales, definen cuál es el tipo de actuaciones que integran el servicio. Sirve como modelo que sintetiza tales actuaciones el que el Catálogo de servicios sociales de Castilla y León⁵³ oferta para esta prestación (en este caso circunscrita específicamente al SAD de dependencia, no al SAD básico) y que son comunes a todos los sistemas autonómicos de dependencia:

- Atención personal centrada en actividades básicas de la vida diaria: relacionadas con la higiene personal, la alimentación, la movilidad, cuidados especiales y de ayuda en la vida familiar y social.
- Atención doméstica centrada en actividades instrumentales de la vida diaria: relacionadas con la alimentación, con el vestido y con el mantenimiento de la vivienda.
- Actuaciones de apoyo psicosocial: intervenciones educativas dirigidas a promover y fomentar la adquisición, recuperación, aprendizaje y manejo de destrezas, conductas y habilidades básicas, para potenciar al máximo la autonomía de la persona usuaria y su entorno (tanto de habilidades psicosociales como sociocomunitarias).

Incluye este catálogo, además, una actuación que no comprendida en la totalidad de los sistemas autonómicos de dependencia: las actuaciones de apoyo a la familia y/o personas cuidadoras: encaminadas apoyar y orientar a la familia o a los cuidadores y cuidadoras en pautas, habilidades y actitudes para la autonomía, el auto cuidado y para prevenir situaciones de estrés y sobrecarga.

En el caso de la cartera vasca de servicios sociales, la ayuda a domicilio también encuadra apoyo familiar, en modo de respiro, para proporcionar tiempo libre a los cuidadores del entorno cercano al usuario⁵⁴.

El diseño normativo de esta prestación del SAAD incide en una concepción concreta del mismo como servicio social de promoción, no de limpieza o de cuidado del hogar; siendo esta segunda accesoria de la primera. Así se especifica, como hemos visto, en el artículo 23 LAPAD. En los mismos términos ser pronuncia el Real decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, que regula las prestaciones del SAAD en el citado artículo 8:

Los servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar sólo podrán prestarse conjuntamente con los de atención personal. Excepcionalmente y de forma justificada, podrán prestarse separadamente cuando así se disponga en el programa individual de atención. La Administración competente deberá motivar esta excepción en la resolución de concesión de la prestación

Dicho artículo establece igualmente que el programa individual de atención deberá diferenciar, de entre las horas de prestación del SAD, las destinadas a la atención personal y las destinadas a las necesidades domésticas o del hogar.

Las actuaciones anteriores se refieren al ámbito del SAD de dependencia, mucho más regulado que el SAD básico. La modalidad básica de SAD carece de normativa autonómica específica y casi siempre se encuentra regulada conjuntamente con el SAD de dependencia. De modo que puede encontrarse en las carteras de servicios sociales, en los casos, en los que se encuentra regulado como prestación básica (en el caso del País Vasco y de Cataluña), teniendo idéntica regulación y comprendiendo las mismas actuaciones.

En las restantes ocasiones, y cuando el SAD básico no es un derecho subjetivo (prestación garantizada), son órdenes autonómicas o normas municipales las que regulan el contenido del servicio de ayuda a domicilio incluyendo habitualmente las mismas actuaciones para el SAD básico que para el de dependencia⁵⁵.

En estos ámbitos más concretos de ordenación municipal, e incluso en los pliegos de contratación –cuando el servicio es licitado–, se incluyen, para ambas modalidades de SAD, contenidos consistentes en apoyos técnicos instrumentales que complementen la actuación personal de las auxiliares o actuaciones de personal especializado, tales como psicólogos, fisioterapeutas, podólogos, etc. (ej: pliegos de Bilbao, A Coruña o Madrid).

53 Decreto 58/2014, de 11 de diciembre, por el que se aprueba el Catálogo de servicios sociales de Castilla y León.

54 Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema vasco de servicios sociales

55 De los casos analizados, ya hemos señalado cómo la Ordenanza municipal de Madrid funciona de modo sumamente independiente al régimen común del SAD. También en este caso, al identificar atenciones personales, de limpieza o mixtas, pero sin prelación entre ellas.

2. Autonomía personal y tareas compensatorias que se prestan desde el SAD

Un elemento imprescindible en la articulación del SAAD es la *autonomía*, definida en el artículo 2 LAPAD como la capacidad de controlar, afrontar y tomar, por propia iniciativa, decisiones personales acerca de cómo vivir de acuerdo con las normas y preferencias propias así como de desarrollar las actividades básicas de la vida diaria⁵⁶. Es el resultado de la baremación⁵⁷ el que permite determinar el nivel de autonomía de la persona, sobre el que podrá determinarse el grado de dependencia.

En el sentido contrario, son los déficits en el desempeño de dichas actividades cotidianas los que determinan las actuaciones de promoción y complemento que la prestación del SAAD, en este caso el servicio de ayuda a domicilio, ha de englobar. De ese modo, una estructuración sintética de las tareas o actividades que integran las dos actuaciones principales del SAD (atención personal y asistencia doméstica y en el hogar) es la ofrecida en la siguiente tabla:

Tabla 11. Síntesis de las tareas o actividades que integran la atención personal y la asistencia doméstica y en el hogar del SAD⁵⁸.

ATENCIÓN PERSONAL	- Apoyo en la higiene y cuidado personal, ducha y baño incluidas. - Apoyo a las personas afectadas por problemas de incontinencia. - Apoyo para levantarse o acostarse. - Apoyo en los cambios posturales, movilización, orientación tempo-espacial. - Apoyo en la utilización de ayudas técnicas prescritas. - Control del régimen alimentario y ayuda, si es el caso, para alimentarse. - Supervisión, cuando proceda, de la medicación prescrita por facultativos.
ACTIVIDADES DOMÉSTICAS	- Compra y preparación de alimentos. - Limpieza del hogar. - Lavado y planchado de ropa.
ACTIVIDADES SOCIOEDUCATIVAS Y PSICOSOCIALES*	- Educación en hábitos saludables y de autocuidado. - Fomento del ocio y de la ocupación saludable del tiempo. - Cuidado de niños. - Acompañamiento y movilidad en la comunidad. - Orientación en la organización doméstica. - Acompañamiento para la realización de trámites y gestiones administrativos, consultas y tratamientos sanitarios.

Adicionalmente a las tareas que integran esta tabla, comunes a cualquier diseño de un servicio de ayuda a domicilio, en algunos ámbitos locales (ej. Barcelona) los pliegos técnicos establecen el cumplimiento de tareas preventivas, alineadas con el objetivo de prevención que el servicio también comporta en dichas localizaciones⁵⁹. Las actividades de carácter preventivo identificadas en tales casos son las de: escucha activa y las observación, detección y comunicación de cambios y situaciones de riesgo en la persona usuaria o en el entorno físico domiciliario.

Rige en la configuración normativa del SAD el enfoque accesorio, respecto de la atención personal, de los cuidados del hogar establecido en la propia LAPAD. Desde esta perspectiva promocional, alguna normativa local incide en el carácter de refuerzo, y no sustitutivo de las atenciones personales (A Coruña).

En todo caso, no constituyen actividades del servicio:

56 El artículo 2.3 LAPAD considera que son actividades básicas de la vida diaria aquellas tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas. Cfr. CRE Alzheimer Salamanca (2016).

57 Cfr. el Baremo de la dependencia que establece el Real decreto 174/2011, de 11 de febrero.

58 Aunque es admitida como tarea habitual del programa la limpieza general o extraordinaria (siempre que así se programen en el plan de intervención), la inclusión de las limpiezas de choque es absolutamente dispar en las diferentes localizaciones: en algunos casos se admite como parte del SAD, en otros casos no caben las limpiezas de choque, debiendo realizarse en momentos previos a la iniciación de la prestación del servicio. No se incluyen en el servicio tareas de desinsectación o de desparasitación.

59 En otros casos se han identificado objetivos preventivos –ej: cartera de servicios sociales de Euskadi, ordenanza municipal de A Coruña– que, sin embargo, no tienen concreción en funciones o tareas específicas al diseñar la puesta en marcha del servicio. En otros casos aislados se identifican tareas de carácter preventivo, pero las mismas no se diseñan de modo sistemático, por lo que no es probable que en la prestación del servicio se lleve a cabo una actuación preventiva organizada y congruente.

- las tareas no programadas en el plan de intervención
- las destinadas a otras personas que convivan con la persona usuaria
- las de carácter sanitario que requieran la pericia de un profesional de la salud
- aquellas otras que requieran esfuerzos excesivos.

Como hemos señalado en el epígrafe anterior, las actuaciones que integran el SAD básico no se encuentran reguladas de modo específico puesto que, al procederse a su regulación en la normativa autonómica y local, se lleva a cabo de modo conjunto con el SAD directo o de dependencia. Así, las tareas que comporta el desarrollo de ambas modalidades de SAD son idénticas.

Intensidad

3. SAD de dependencia

Cuando se trata de un servicio de ayuda a domicilio como prestación especializada de dependencia, la norma reguladora de esta cuestión, el Real decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, establece que la intensidad⁶⁰ del SAD se concreta en el número de horas mensuales de prestación prescritas en el plan de intervención. El real decreto fija la siguiente gradación de la intensidad, establecida en relación al grado de dependencia con el que la persona usuaria haya sido valorada:

- Para el grado III (gran dependencia): entre 46 y 70 horas mensuales.
- Para el grado II (dependencia severa): entre 21 y 45 horas mensuales.
- Para el grado I (dependencia moderada): máximo 20 horas mensuales.

Esta intensidad legalmente establecida es el nivel mínimo de protección, de obligado cumplimiento para las Administraciones locales responsables de los servicios de ayuda a domicilio, pudiendo, eso sí ser mejorada incrementando el número de horas, a costa del presupuesto de la entidad reconocedora de la prestación (comunidad autónoma, diputación foral).

4. SAD básico

En los casos del SAD en modalidad de prestación básica (los denominados «de acceso directo» o los «urgentes») las diversas reglamentaciones autonómicas o municipales son las habilitadas para establecer la intensidad, en algunas ocasiones esta es identificada con las del SAAD; en otros casos fijan intensidades propias para esta modalidad de SAD no especializada⁶¹.

Compatibilidad del SAD

5. SAD de dependencia

Mediante las reformas que experimenta la LAPAD durante el año 2012 se introduce un nuevo artículo, el 25 bis⁶², para incluir un régimen de incompatibilidades en las pres-

60 Real decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, por el que se regulan las prestaciones del SAAD. Modifica las previsiones del Real decreto 727/2007, de 8 de junio, sobre criterios para determinar las intensidades de protección de los servicios y la cuantía de las prestaciones económicas de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, reduciendo, como una medida más de la ola de recortes del momento, la intensidad mensual del SAD en los grados I y II en cuantías horarias que llegan a ascender al 20%, incorporando, eso sí, la posibilidad de que las personas valoradas con el grado I puedan tener acceso a la ayuda a domicilio.

61 Por ejemplo, el Reglamento del servicio de ayuda a domicilio de Granada (BOP de 30 de octubre de 2009) establece intensidades propias, diferenciadas de la LAPAD para las modalidades básicas y de urgencia, aplicando como no podía ser de otro modo, la intensidad de la LAPAD en la modalidad derivada del SAAD. En el caso de A Coruña, la modalidad básica tiene intensidades propias, sensiblemente menores a las establecidas en la LAPAD, sin embargo las intensidades de la Ley 39/2006 son las utilizadas para la modalidad de acceso urgente. Como último ejemplo, en la ordenanza madrileña que regula las modalidades distintas del SAD de dependencia, se establece una gradación con numerosos niveles de intensidad, alcanzando los niveles más altos un número de horas similares e incluso superiores (hasta 90 horas mensuales) a los de la LAPAD, significando, de modo no excesivamente clarificador, que las intensidades de la ordenanza municipal no se aplican en el caso de tratarse de un SAD de dependencia. Cfr. artículo 12.7 de la Ordenanza municipal de ayuda a domicilio de Madrid, de 29 de julio de 2009.

62 En concreto, a través del Real decreto-ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad, justificando la inclusión de este precepto para

taciones del sistema de dependencia, entre ellas el SAD. Conforme a dicho artículo y a su desarrollo reglamentario el régimen de compatibilidad que rige en el servicio de ayuda a domicilio, se estructura mediante tres reglas:

Regla general: el SAD es incompatible con todos los servicios del sistema, salvo con el de teleasistencia, y es incompatible con las prestaciones económicas

Regla especial: libre configuración para prestaciones que posibiliten la permanencia en el domicilio. Según la misma, el artículo faculta a las Administraciones competentes (autonómica o foral) que así lo consideren para establecer compatibilidades entre prestaciones que faciliten la permanencia en el domicilio.

El Real decreto 1051/2013, de 27 de diciembre, desarrolla este aspecto en su artículo 16.3, declarando la posibilidad de compatibilizar el SAD, si la Administración competente así lo acuerda:

- con las prestaciones económicas de cuidados en el entorno familiar y con la de asistencia personal
- con la prestación de centro de día y de noche

Establece el artículo 25.bis LAPAD un límite para el caso de que se produzca dicha compatibilización; según el mismo, la suma de dichas prestaciones no puede ser superior, en su conjunto, a las intensidades máximas reconocidas a su grado de dependencia.

Régimen propio, enteramente financiado por la Administración autonómica o foral: el citado Real decreto 1051/2013, incluye una habilitación adicional (artículo 16.4) para las comunidades autónomas, autorizándolas a establecer un régimen propio de compatibilidades con cargo al nivel adicional de protección cuya financiación es enteramente financiada por estas Administraciones.

Estas habilitaciones han sido utilizadas, por ejemplo, en el sistema vasco de dependencia, a través de la Cartera de servicios sociales, que configura un SAD compatible con todas las prestaciones de dependencia. La habilitación del artículo 25.bis LAPAD también convalida la normativa anterior a la inclusión de este artículo en lo que no se oponga al mismo⁶³.

6. SAD básico

Las diferentes reglamentaciones autonómicas o municipales suelen establecer regímenes de compatibilidad de la modalidad básica del SAD. Cada Administración local es competente para ordenar este servicio de su exclusiva competencia, cuya prestación, como hemos visto, es absolutamente independiente del régimen normativo y económico del SAAD.

Es el caso de la ordenanza reguladora del Ayuntamiento de Madrid⁶⁴, que declara al SAD básico compatible con la prestación de centro de día; o de la citada orden de la Junta de Andalucía que regula el SAD, para cuya modalidad básica solo prevé la compatibilidad con la prestación de centro de día en los casos de dependencia muy grave que aún no hayan sido reconocidos y que carezcan de apoyos adicionales. En todo caso se entiende compatible con otras prestaciones de naturaleza complementaria, tales como la de comida a domicilio.

Copago

La LAPAD establece el derecho subjetivo al SAD para todas las personas en quienes concurren los requisitos generales y particulares que las normas del SAAD establecen. Optó el legislador, no obstante, por instaurar el principio de igualdad en el reconocimiento del derecho a la prestación, pero no en el acceso, al considerar el grado de dependencia como criterio de ordenación prioritario. De ese modo, reconocido el derecho, la prelación

homologar la compatibilidad de prestaciones en el conjunto de sistemas de dependencia autonómicos.

63 Así, por ejemplo, valida el régimen de compatibilidades de la Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad autónoma de Andalucía, en la que se declara al SAD compatible con el servicio de centro de día (con determinadas limitaciones temporales) y con las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y la de asistencia personal (aunque solamente para el período vacacional de la persona cuidadora o asistente).

64 Cfr. Ordenanza municipal [AytoMad] de 29 de julio de 2009, por la que se regula el acceso a los servicios de ayuda a domicilio para mayores y/o personas con discapacidad en la modalidad de atención personal y atención doméstica, de centros de día, propios o concertados, y centros residenciales. En otros casos se declara incompatible con otras prestaciones (Ordenanza de A Coruña).

en el acceso a las prestaciones vendrá determinada por el (mayor) grado de dependencia y, a igual grado, por la capacidad económica del solicitante (artículos 3.q y 14.6 LAPAD).

Así, pues, prima el grado de dependencia sobre la capacidad económica del solicitante, no obstante el artículo 33.4 LAPAD asevera terminantemente que ningún ciudadano quedará fuera de la cobertura del sistema por no disponer de recursos económicos. La afirmación, que en otros ámbitos materiales, resultaría una cláusula de cierre, en este caso corre el riesgo de ser retórica en muchas localizaciones, al ser el SAAD una entidad azotada por una importante lista de espera en demasiados territorios.

La capacidad económica⁶⁵ de la persona usuaria es, además, el criterio que determinará el copago de la prestación –junto al tipo y coste del servicio– lo que la LAPAD denomina «participación en la financiación» de las prestaciones: contribuirá a ellas según su capacidad económica personal. Esta será también tenida en cuenta para la determinación de la cuantía de las prestaciones económicas (artículo 33.1 y 2 LAPAD).

La Administración autonómica –o foral, en su caso– competente para el reconocimiento de la prestación del SAD también lo es para determinar el modo de participación de las personas usuarias en la financiación del coste de las prestaciones del SAAD.

El SAD de dependencia presenta a estos efectos una característica particular; al existir una reserva material de ordenación del servicio a favor de la Administración local. Por ello, las reglamentaciones autonómicas remiten, en general, a las previsiones que a estos efectos señalen las ordenanzas municipales. Estas suelen establecer tasas o precios públicos por la utilización del servicio municipal y el copago, en caso de que sea prestado por una empresa adjudicataria, se llevará a cabo en la forma que determine el instrumento de adjudicación: bien directamente a la adjudicataria o bien directamente a la entidad local.

De este modo, dada dicha reserva de competencia de ordenación a favor de la Administración local, el copago del SAD, básico o de dependencia –de establecerse, ya que en ocasiones se excluye el copago– será el que determinen las ordenanzas municipales.

La gestión del servicio de ayuda a domicilio

Las diferentes leyes autonómicas autorizan la gestión de los servicios sociales, tanto directa, por la propia Administración local, como indirectamente, por entidades privadas, sean con fines no lucrativos (iniciativa social), sean con fines lucrativos (iniciativa mercantil).

La LAPAD fue una mentora determinante en este punto –la inmensa mayoría de leyes de servicios sociales de segunda generación se publicaron después de la entrada en vigor de la LAPAD– al sustentar el sistema de dependencia en el criterio de sostenibilidad. Del mismo se deducen, en su articulado, los principios de participación de las entidades privadas mercantiles y de las privadas no lucrativas.

En concreto, en el estudio de caso que nos ocupa, solo uno de los puntos de análisis es de gestión municipalizada, directa, el del Ayuntamiento de Tomelloso (Ciudad Real). Los restantes casos abordados son de gestión indirecta, llevada a cabo por la iniciativa privada lucrativa mayoritariamente, aunque también hay casos gestionados por la iniciativa privada no lucrativa.

Gestión indirecta: Contenido de la contratación de la gestión del SAD

La gestión indirecta analizada se conforma a través de las fórmulas legales de contratación de la Administración al uso, al amparo del Real Decreto Legislativo 3/2011, de 14 de noviembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley de Contratos del Sector Público (en adelante, TRLCSP). Si bien la norma vigente es hoy en día distinta, La Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de contratos del sector público, estos contratos adjudicados con anterioridad a la misma, quedan sometidos a la regulación de la ley de 2011, bajo

65 Los criterios de capacidad económica del usuario se fijaron primeramente en un acuerdo del CTSAAD publicado por la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, que establecía criterios de contribución económica para las diferentes prestaciones, además de generalidades fiscales de determinación de la renta y el patrimonio. Los primeros criterios –contribución a las diferentes prestaciones– fueron anulados en su totalidad por la Sentencia de la Sala de lo Contencioso-administrativo, de la Audiencia Nacional, de 25 febrero 2011, por lo que el Acuerdo del CTSAAD ha devenido en irrelevante. Posteriormente, un segundo Acuerdo del CTSAAD publicado por Resolución de 13 de julio de 2012 de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, fija sin carácter vinculante unos criterios sobre capacidad económica, más bien retóricos, que escasamente contribuyen a una homologación efectiva del copago en las diferentes comunidades autónomas.

la que se firmaron. Así la naturaleza común a la gestión indirecta analizada es la de contratos administrativos de gestión de servicios públicos (artículos 5.1, 8, 19.1.a y 277.a TRLCSP) o la de contrato de servicios (artículo 10TRLCSP) en menor medida en el caso del Ayuntamiento de Tarragona)⁶⁶, adjudicados a través de procedimientos de concurrencia competitiva guiados por los criterios de publicidad e igualdad.

7. Clasulado típico de estos contratos

Estos contratos administrativos tienen por objeto la prestación del servicio de ayuda a domicilio por parte de la entidad adjudicataria que, como contrapartida, recibirá de la Administración el precio pactado en el contrato.

El precio del contrato se determina mediante precio unitario, el correspondiente a un precio máximo de hora de prestación del servicio. El precio máximo licitado es absolutamente dispar en función de cada localización, desde los 15,00 €/ hora en Granada hasta los 29,54 €/hora en Bilbao, pasando por los 17,48 €/hora de Burgos.

Se trata, en todo caso, de una hora de servicio íntegramente prestada⁶⁷; es decir, la empresa adjudicataria no puede computar como servicio efectivamente prestado el coste de desplazamiento de la auxiliar de un domicilio a otro. La imputación dolosa de este trayecto a la facturación está considerada como infracción, o como hecho doloso u ocultación sancionable, en todos los casos.

Una vez adjudicado y formalizado el contrato, la adjudicataria es responsable de la calidad técnica del servicio prestado. Asume la ejecución del servicio, con los beneficios, perjuicios y riesgos que de la misma se puedan derivar salvo los supuestos de fuerza mayor y otros que hubiesen podido establecerse en los instrumentos de contratación. Es la conocida cláusula de la ejecución *a riesgo y ventura* (215 TRLCSP) del adjudicatario, institución clásica en la contratación del derecho administrativo, establecida en aras del interés general para impedir que la Administración pública no asuma las pérdidas económicas que pueda sufrir el adjudicatario.

En todos los casos analizados, la duración de los contratos es de 2 años prorrogables por otros 2 años, sin que sea posible que la duración total exceda de 4 años, iniciándose el inicio de la prestación al día siguiente de la formalización del contrato.

Las obligaciones del adjudicatario pasan por el cumplimiento de las obligaciones esenciales del contrato que son, en todo caso, el cumplimiento de las condiciones establecidas en los pliegos y del tenor literal de la oferta que presentó el adjudicatario al concurrir, que vincula enteramente a este. Junto a ello, y derivado de lo mismo, se establece la obligación que atañe a la entidad adjudicataria, de poner todos recursos humanos y materiales necesarios al servicio de la ejecución adecuada del contrato, y la obligación del adjudicatario de someterse a las instrucciones que se dicten desde la Administración para el mejor cumplimiento del contrato. El incumplimiento de las obligaciones esenciales, derivadas de los pliegos y de la adscripción de medios materiales, puede dar lugar a la resolución unilateral d la Administración.

Otras de las condiciones del contrato, están relacionados con la normativa vigente, este caso, se aprecian gradaciones del *quantum* de esta normativa se incluye. En algunos casos se consideran condiciones esenciales: así, en los casos del Ayuntamiento de Bilbao, A Coruña, Madrid o Granada se alude, en general, a toda la normativa –muy especialmente la laboral, social, tributaria, de protección de datos, confidencialidad, transparencia⁶⁸ y de prevención de riesgos laborales–. En otros casos, como en el del Ayuntamiento de Barcelona, los pliegos no identifican como esencial el cumplimiento de toda la normativa, sino que lo circunscriben a la normativa de seguridad social, de protección de datos, de confidencialidad y de prevención de riesgos laborales, pudiendo su contravención derivar en resolución unilateral del contrato.

Además estos contratos presentan una serie de condiciones especiales, características de esta contratación de gestión de servicios públicos: puesta en marcha de local

⁶⁶ La nueva Ley de contratos del sector público elimina la figura del contrato de gestión de servicios públicos, reconduciendo este tipo de contratación al contrato de servicios.

El contrato de gestión de servicios públicos es aquel en cuya virtud una Administración pública [...] encomienda a una persona, natural o jurídica, la gestión de un servicio cuya prestación ha sido asumida como propia de su competencia [...] (8. I TRLCSP).

Son contratos de servicios aquellos cuyo objeto son prestaciones de hacer consistentes en el desarrollo de una actividad o dirigidas a la obtención de un resultado distinto de una obra o un suministro. (10TRLCSP).

⁶⁷ En algunos casos cabe la prestación de 30 minutos.

⁶⁸ La Ley de transparencia obliga al adjudicatario de un contrato administrativo a facilitar la información necesaria para proporcionar información sobre su actividad públicamente financiada.

en el municipio de ejecución, suscripción de una póliza de responsabilidad civil, señalamiento de la persona responsable de la ejecución del contrato y de interlocución con el ayuntamiento (1 o 2 personas, según los casos), subrogación del personal contratado en la contratación anterior; si este ha desarrollado un mínimo temporal de permanencia en la empresa (3 o 4 meses)⁶⁹.

Igualmente características de estos contratos son cláusulas que obligan al adjudicatario a prestar al usuario el servicio de modo constante y continuado, prestación presidida por el principio de sustitución o rotación mínimas. Se introduce típicamente la prohibición de que la adjudicataria preste servicios privados de la misma índole a los usuarios del SAD, o que *motu proprio* las auxiliares de domicilio exijan o acepten gratificaciones de los usuarios.

Generalizadas, igualmente, son las cláusulas que reservan la titularidad y responsabilidad del servicio en la Administración, el mantenimiento de una determinada imagen corporativa alusiva a dicha titularidad en la ejecución que dispense la adjudicataria, la necesidad de una comunicación y coordinación constante y fluida entre las partes contratantes, de modo que la Administración esté permanentemente informada de las incidencias cotidianas de la ejecución. También en todo caso se introduce la cláusula que obliga a la entidad adjudicataria a presentar periódicamente la documentación técnica y económica justificativa de la realización del servicio, en los términos señalados en los pliegos.

Asimismo, en todos los supuestos se señala, para el caso de huelga, la previsión de que la empresa oferte los servicios mínimos esenciales determinados por la autoridad laboral, debiendo dar cuenta específica del modo de prestación de este incidente al poder adjudicador.

En algunos casos se introducen, en el clausulado de los pliegos o en los criterios de valoración, prescripciones de contenido social, tendentes, (1) a promover la contratación de colectivos que presentan dificultades para la inserción laboral o en riesgo de exclusión social; (2) a promover la representación paritaria de sexos o (3) a favorecer la contratación de carácter indefinido.

La obligación de la Administración es el pago convenido al contratista por el servicio prestado. Y sus prerrogativas, clásicamente exorbitantes, son numerosas, siempre relacionadas con la supervisión del servicio realizada en aras del interés general que preside el contrato: desde la interpretación de los pliegos, hasta la modificación o resolución unilateral, pasando por la orientación y supervisión de la ejecución y el requerimiento de información a tal efecto. En general, según la legislación de contratación administrativa, existen supuestos en que el incumplimiento de la Administración (en casos legalmente establecidos, por ejemplo, la demora en el pago) implica la resolución del contrato y conllevará la correspondiente indemnización al contratista por los daños y perjuicios causados.

8. Penalidades y régimen sancionador; suspensión y extinción

Conforme a la normativa general de contratación y a las condiciones de estos contratos administrativos, las *penalizaciones* se establecen para el caso de cumplimiento defectuoso, o de la no adscripción de medios, de incumplimiento de las instrucciones de la Administración o de las condiciones especiales de ejecución del contrato. Tales penalizaciones –que no tienen naturaleza sancionadora– son de carácter económico, y puede tener lugar, en los casos de contravención grave, la posibilidad de resolución unilateral del contrato por parte de la Administración.

Separadamente de las penalidades, estos contratos establecen en el clausulado de los pliegos regímenes sancionadores, para los casos de cumplimiento defectuoso o negligente o de incumplimiento contractual: las negligencias en la ejecución o en la gestión, la impuntualidad y la insuficiencia en la prestación; la negativa a realizar tareas prescritas por el ayuntamiento; el trato incorrecto a las personas usuarias o a los gestores municipales; los defectos en la publicidad del servicio (imagen corporativa); la omisión del deber de comunicar incidencias relevantes, la obstaculización de la supervisión municipal. También es habitual la tipificación de la excesiva sustitución del personal del servicio. Las sanciones pueden consistir, en función de la gravedad, en amonestaciones, en sanciones pecuniarias y, en los casos de infracciones muy graves, en la resolución unilateral del contrato por la Administración.

69 Ver nueva Ley 9/2017 de contratos del sector público.



La suspensión de estos contratos suele producirse como consecuencia de la ausencia temporal del usuario del domicilio debidamente comunicada: por vacaciones, hospitalización, traslado temporal a otro domicilio por un período de tiempo no amplio.

Por su parte, la extinción de los mismos sucede por el cumplimiento del tiempo del contrato, por resolución del mismo y por circunstancias tales como: fallecimiento del usuario, renuncia o desistimiento al servicio, o cambio de domicilio por períodos más extensos de tiempo. También, por la modificación de las circunstancias que dieron lugar a la concesión del SAD (por ejemplo, alta hospitalaria del cabeza de familia, modificación del PIA, etc.), o en general.

Asimismo, a veces la extinción viene determinada por el comportamiento del propio usuario: ocultación dolosa de datos relevantes, negativa a presentar la documentación requerida, impago de la tasa que le haya sido asignada, incumplimiento reiterado de las normas de funcionamiento o de los compromisos del plan de intervención o falta de respeto grave al personal que presta o gestiona el servicio.

9. Baremación de las propuestas licitadoras

Los criterios de valoración de las propuestas que concurren consisten en ítems, evaluables o no aritméticamente. Entre los evaluables aritméticamente se encuentra la oferta económica que presenta el licitador; cuya calificación máxima presenta diferencias en los distintos puntos: así en no llega al 25% del total en A Coruña, al 30% en Madrid o al 40% en Barcelona, superando en otros casos –no por un gran margen– el 50%, en localizaciones como Bilbao o Granada o el 60% en Burgos.

El resto de criterios a valorar, evaluables o no aritméticamente⁷⁰, consisten en: la valoración de la metodología de trabajo; de los procedimientos de organización, gestión, comunicación y coordinación de servicio; la existencia de planes de formación continua; la dotación informática y tecnológica; la adecuación de los recursos humanos, la contratación de mayor número de coordinadores o de otros profesionales especializados

70 En el caso de Barcelona, destaca la medición de la formación, la comunicación del servicio al usuario, la protocolización de la atención, la verificación de la atención prestada (control del tiempo) y la protocolización de la coordinación. Más allá de desiderátums o meras aspiraciones de mejora, para la cumplimentación de muchos de estos ítems hay exigencia de prestación efectiva, desde el primer momento. Es relevante en este sentido:

- la empresa la adjudicataria ha de contar con un plan de formación anual, en el que se profundice el trabajo en habilidades y competencias y la detección de las necesidades formativas
- igualmente ha de contar con protocolos de atención y de seguimiento de la actuación (bien es verdad que en algún momento de los pliegos se indica que la Administración trasladará a la adjudicataria los protocolos de actuación).
- ha de contar con protocolos de intervención individualizada
- ha de aportar a las auxiliares con teléfonos móviles y aplicaciones específicas para registrar la atención y verificar la presencia.



(psicólogos, fisioterapeutas, podólogos); y la incorporación de ayudas técnicas.

En ocasiones se incorporan cláusulas sociales, tales como la incorporación de personas con dificultades de inserción laboral en A Coruña⁷¹: hasta un 10% del total de nuevas contrataciones, entre personas con discapacidad, parados de larga duración mayores de 45 años, mujeres víctimas de violencia de género, o perceptores de la renta mínima de inserción gallega.

10. Medios humanos y materiales dispuestos para la ejecución del contrato

A. RECURSOS HUMANOS

Es una cláusula sustancial y común a toda la gestión indirecta del SAD la obligación de la entidad adjudicataria de proporcionar los medios humanos en número suficiente para prestar el servicio en las condiciones adecuadas de calidad. El personal en todo momento estará vinculado a la entidad adjudicataria por una relación jurídica laboral, nunca de modo laboral o funcionarial a la Administración local, y será siempre seleccionado por la adjudicataria.

La adjudicataria, además, debe asegurar la presencia constante y continuada del personal en las atenciones asignadas, debiendo cubrir las vacantes que se produzcan por vacaciones, bajas laborales o excedencias, comunicando debidamente, no solo a la Administración, sino también al usuario la sustitución.

El equipo básico de trabajadores con los que debe contar la entidad adjudicataria está compuesto por:

- Las auxiliares de ayuda a domicilio, que son quienes desarrollan las funciones de atención personal y domiciliaria en domicilio del usuario, debiendo contar con las titulaciones señaladas (técnico sociosanitario de atención a personas dependientes en el domicilio, auxiliar de ayuda a domicilio, de geriatría, o certificados de profesionalidad).
- Las coordinadoras técnicas: coordinan a las auxiliares de ayuda a domicilio, en número variable según los pliegos (ej: 195 usuarios por coordinadora en Madrid, 300 en Granada, 180 domicilios por coordinadora en Barcelona,). Suelen tener la titulación de trabajado social, dado el importante componente de intervención y promoción social de su función. Se encargan de la adecuada prestación del servicio al usuario, del seguimiento de los casos, de la elaboración de informes de atención, de la resolución cotidiana de incidencias y de la coordinación con los centros de servicios sociales. No son es de su cometido las tareas administrativas o de gestión del servicio.

⁷¹ No obstante desmeritar el proceso adjudicativo el hecho de que la aplicación del convenio colectivo vigente sea en esta localización, no una condición sine qua non para la adjudicación, sino un compromiso de ejecución que puede ser valorado con hasta 10 puntos (ergo, la falta de compromiso no es un factor excluyente; en clara asintonía, por otro lado, con la condición esencial del cumplimiento de la normativa laboral de sus pliegos a la que anteriormente hacíamos alusión).

- En las localizaciones de Madrid y de Barcelona existen, además, ayudantes de coordinación.
- En la generalidad de los casos una persona con funciones de gerente, gestor o responsable último del servicio prestado por la entidad.
- Personal administrativo de apoyo en las funciones administrativas.

Es de resaltar el desdoblamiento que se produce de la figura de la auxiliar de ayuda a domicilio en los casos de Barcelona pasan a desempeñarse por auxiliares de ayuda a domicilio (con los requisitos de formación especificados) las tareas consistentes en la atención personal, mientras que las actuaciones de limpieza y cuidado del hogar se prestan por auxiliares de hogar, de menor cualificación, para cuyo desempeño es suficiente estar en posesión de certificados de escolaridad obligatorios.

También en el caso de Barcelona ha de incorporarse, en cada zona delimitada, un coordinador técnico con titulación de Enfermería, encargado de la supervisión y seguimiento de la atención a aquellos usuarios valorados con el grado 3 de dependencia.

El personal ha de prestar el servicio debidamente uniformado, con las pautas que al efecto señala la Administración. Además debe de estar convenientemente identificado⁷².

B. RECURSOS MATERIALES

En todo caso la entidad adjudicataria ha de contar con:

- Un local adecuado, abierto en el municipio donde la adjudicataria presta el servicio
- Teléfonos de las auxiliares, cuyo coste corre siempre a cargo de la empresa. La funcionalidad de estos dispositivos es variable, desde la mera función de llamadas a la exigencia de aplicaciones de consulta y registro de tareas.
- Aplicaciones informáticas: en ocasiones se exige a la empresa que establezca una aplicación propia para procesar los datos que genere la puesta en marcha del servicio, en otros casos la adjudicataria ha de disponer de los medios telemáticos necesarios para conectarse con la plataforma de gestión del SAD del propio ayuntamiento (ej: Barcelona, herramienta SAD-BCN).
- En otros casos se exige la dotación a las auxiliares de terminales que, adicionalmente, tengan aplicaciones que permitan el control de la presencia de la trabajadora en el domicilio de la persona usuaria.

Gestión directa: Ayuntamiento de Tomelloso

Movidas por la idea de ubicar uno de los puntos de la investigación en un entorno no capitalino, una ciudad capital de comarca, seleccionamos a Tomelloso en la región previamente identificada de Castilla-La Mancha (Tomelloso tiene una población de derecho de 36.281 habitantes). El análisis de esta localización presentó *a priori* una característica especial, dentro de la investigación, ya que la gestión del SAD es municipal. Sin embargo, a medida que profundizábamos en el conocimiento del servicio, experimentábamos dosis de sorpresa directamente proporcional a la desviación que este SAD presentaba con respecto a los restantes servicios analizados y con respecto a la idea preconcebida que teníamos de un SAD municipalizado.

En una primera aproximación exploratoria, en el organigrama municipal no aparece ningún servicio de ayuda a domicilio, ni tampoco aparecen en la relación de puestos de trabajo puestos de auxiliar de ayuda a domicilio; tampoco existe una ordenanza reguladora del SAD (solamente, en una ordenanza reguladora de las tasas, consta el gravamen al receptor por la prestación municipal de la ayuda a domicilio).

Así las cosas, la principal normativa reguladora del servicio consta en unas bases de convocatoria de una oferta pública de empleo para la constitución de una bolsa de empleo de auxiliares de ayuda a domicilio. Como requisito previo para concurrir a la oferta de empleo, las personas participantes han de poseer la cualificación/titulación profesional reglamentariamente requerida en el sistema de dependencia (que más adelante analizaremos). Dichas bases señalan que las aspirantes que superen el concurso-oposición establecido en las mismas, integrarán la bolsa de empleo y serán llamadas

⁷² En ocasiones las pautas de identificación son sumamente laxas, lo que podría permitir consecuencias de suplantación indeseadas. En este caso, el Ayuntamiento de Barcelona pauta una correcta identificación: tarjeta plastificada con nombre, foto, categorías y empresa.



en función de las necesidades del servicio, para cubrir los puestos que requieran ser cubiertos, por riguroso orden, según la calificación obtenida en el concurso—oposición.

Llegado el momento, se procederá a realizar las contrataciones oportunas, con las siguientes condiciones:

- duración del contrato: mínima de un mes, máxima de 6 meses
- jornada semanal: 37,5 horas semanales, instaurando un novedoso sistema de prestación de servicios, con turnicidad y flexibilidad (de lunes a domingo)
- retribución bruta mensual: 922,67€ semanales

De la documentación analizada se deduce que el Ayuntamiento de Tomelloso articula una bolsa de empleo para ejecutar el servicio de ayuda a domicilio, en la que las personas contratadas pueden rotar en la cobertura de puestos, pudiendo trabajar un máximo de 6 meses. La bosa constituida estará vigente durante 3 años.

Este sistema de gestión municipalizada es la respuesta, continuada en el tiempo, con la que la Administración local de Tomelloso asume esta prestación, derivada de los convenios que firma, para prestar el SAD, con la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha. Se trata de una solución cauta y conservadora: ante la inseguridad de la financiación autonómica de estos servicios (para los que el Ayuntamiento suele adelantar los fondos), la Administración local no compromete puestos de trabajo indefinidos, adscritos a un servicio municipal consolidado, y evita riesgos financieros y laborales mediante la creación de una bolsa de empleo.

El análisis, necesariamente crítico, de este sistema podría requerir una exhaustividad que no es objeto de este trabajo, no obstante, han de señalarse varios aspectos:

- Por un lado, es más que censurable el imperfecto modelo de financiación instaurado por la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha para cubrir una parte del SAD que es, inequívocamente, de su competencia: el SAD de dependencia. Al dejar la financiación de este al albur de la Administración local, sin transferirle previamente los fondos necesarios, está sometiendo a la coyunturalidad un derecho subjetivo. Al parecer, para el convenio de colaboración vigente, la Junta acuerda transferir por adelantado un 40% de los fondos, sin previa justificación de ejecución por el Ayuntamiento de Tomelloso, lo que facilita la ejecución del servicio. Pero ello no resta intensidad a la crítica señalada en este párrafo.
- En segundo lugar; cabe afirmarse que un servicio, buena parte de cuya constitución está sometido a una bolsa de empleo, y del que no existe registro alguno en el organigrama municipal, no parece resultar un servicio público de ayuda a domicilio al uso. La diferencia con los restantes SAD analizados es manifiesta, presentando estos últimos gran homogeneidad, en comparación con el servicio implantado en Tomelloso. Es evidente que los recursos que esta entidad local pone al servicio de prestar la ayuda a domicilio no tienen la naturaleza de servicio público comúnmente entendido: consolidado, sistemático, con estructura municipal perfectamente



identificable, con funcionarios públicos encargados específicamente del desarrollo y supervisión del mismo, con vocación de calidad y mejora continua. Por el contrario, la vocación de la estructura implantada en Tomelloso es la constitución de una cautelosa bolsa, por la que transitan personas en un ejercicio palmario de contratación eventual municipal.

- En tercer lugar, es difícilmente cuestionable que con este sistema se dé cobertura a las aspiraciones de la LAPAD, en lo que a la calidad de la atención a las personas beneficiarias del SAAD se refiere, no por lo que se refiere a la prestación que puedan realizar las auxiliares de ayuda a domicilio, sino por cuanto no existe una estructura municipal adecuada, y no se vislumbran estándares y aspiraciones de calidad y de protocolización que sí se advierten en otros servicios de ayuda a domicilio analizado (en todos los restantes).
- En cuarto lugar, las condiciones de contratación son muy precarias (ni siquiera se excluye a los domingos de la prestación), el salario es bajo y la duración máxima de 6 meses de contratación indica una eventualidad y precarización más elevada que la que cualquier empresa privada tiene derecho a ejercer (ya que estas, por convenio, están obligadas a asumir la plantilla con la que trabajó la anterior adjudicataria). Parece deducirse de esta estrategia municipal que la misma prefiere repartir numerosos empleos precarios –democratizar la precarización–, a consolidar empleo de calidad. Al tiempo, esta precarización instaurada desde las propias instancias municipales contribuye (como veremos más adelante, al analizar la necesidad perentoria de reconocimiento de los cuidados en clave de derechos humanos y en clave de género) a la desvalorización de un servicio de cuidados formales sumamente valioso y a la perpetuación de roles de género, consolidando la discriminación entre mujeres y hombres.

En fin, no procede continuar el análisis de esta gestión directa en Tomelloso, dadas las particularidades que presenta. Sí es importante señalar que el ejemplo de Tomelloso no se corresponde con el arquetipo de municipalización que se tiene *in mente* cuando esta es reivindicada para el SAD o para cualquier otro servicio público. Cuando se aspira a que un servicio público sea gestionado directamente por una Administración territorial, se plantea concibiendo a este con las siguientes características:

- servicio municipal de calidad, plenamente identificado, con objetivos claros y suficiencia de recursos públicos destinados a su ejecución, con aspiraciones de mejora continua en la calidad del servicio.
- servicio municipal integrado por una plantilla estable de empleados públicos, con régimen funcional o de personal laboral fijo, resultante de una planificación rigurosa y planteado en la relación de puestos de trabajo (si es que se considera que el servicio de ayuda a domicilio o cualquier otro servicio propio, es un servicio básico municipal y un servicio básico de la dependencia, que exige prestación continuada).
- servicio municipal que genere empleo de calidad y que no produzca discriminación

- alguna por razón de sexo (y la perpetuación de estereotipos lo es) o por cualquier otra causa.
- servicio municipal sostenible en términos de viabilidad financiera y social.

RÉGIMEN LABORAL DE LAS AUXILIARES DE AYUDA A DOMICILIO

La relación laboral de las auxiliares de ayuda a domicilio viene regulada específicamente en los diferentes convenios laborales, existiendo en todas las localizaciones analizadas un convenio provincial específico de ayuda a domicilio. La única excepción al respecto es el caso de Granada, donde, no existiendo un convenio provincial específico, las relaciones se adscriben al convenio estatal de la dependencia.

No procede en este epígrafe analizar, más allá de generalidades, la situación laboral de las trabajadoras, ya que la misma es analizada en detalle posteriormente en el análisis de caso. Incidiremos, no obstante, en algunos aspectos especialmente relevantes.

En términos generales, los convenios regulan relaciones laborales que incluyen clausulados ordinarios, compartidos con otros convenios. Así, se incluyen jornadas que oscilan entre las 36 y 40 horas semanales (en Bizkaia solo son 30), incluyendo un descanso semanal obligatorio de 36 horas, o 30 días naturales de vacaciones y 4 de asuntos propios. Como se verá más adelante, los convenios establecen unas retribuciones muy bajas (con la excepción del convenio provincial de Bizkaia), particularmente para las auxiliares de ayuda a domicilio, en algunos casos escasamente superiores al salario mínimo interprofesional.

Todos los convenios analizados, sin exclusión, reconocen a la Ley de Prevención de Riesgos Laborales como norma de aplicable en la actividad preventiva de la relación laboral y, en general, aluden con cierta vaguedad al establecimiento de acciones formativas en la empresa.

Una particularidad de estos convenios es la cláusula de subrogación obligatoria de la empresa adjudicataria. Establecida para mejorar la calidad del empleo y promover la estabilidad laboral, los convenios incluyen una cláusula típica que obliga a la empresa adjudicataria a incluir en su plantilla el personal que prestó servicios para la adjudicataria anterior, siempre y cuando dicha prestación previa se hubiese prolongado por un tiempo mínimo de 3 o 4 meses, según los convenios.

Analizaremos, a continuación, dos aspectos específicos relevantes en la configuración de la relación laboral:

- el relativo a la prevención de riesgos laborales de las auxiliares de ayuda a domicilio
- el relativo a la formación exigida a las auxiliares de ayuda a domicilio

La prevención de riesgos laborales y la salud laboral de las auxiliares de ayuda a domicilio

Los riesgos laborales que entraña la prestación de la ayuda a domicilio han sido suficientemente enumerados por abundante bibliografía especializada⁷³. La prestación de este servicio entraña riesgos físicos –derivados de la movilización de personas y cargas, de la repetición de movimientos, de las condiciones y elementos del domicilio, etc.–; psíquicos –generados por el burnout, la carga emocional o el solipsismo del trabajo– y otros derivados del factor género –acoso laboral, minusvaloración,... que se mezclan a menudo con los de carácter psíquico–. Muchos de estos factores pueden agravarse a medida que avanza el grado de dependencia de la persona usuaria, por lo que es preciso llevar a cabo una importante actividad preventiva, en la que tanto la evaluación –a menudo continua– como la planificación son fundamentales. De estos aspectos se hablará en detalle en el análisis de caso.

Al respecto, la Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales (en adelante, también LPRL), declara el deber general de la empresa de proteger la salud de los trabajadores y de eliminar o prevenir los riesgos que se deriven de la actividad laboral. Consecuentemente, instaura una serie de principios básicos, siendo los más relevantes: el deber de evaluación de riesgos de la actividad laboral y, en caso de concurrir los mismos, de llevar a cabo una actividad preventiva (consistente en la planificación y en el despliegue de medidas conducentes a la limitación o erradicación de los riesgos); el deber empresarial de información al trabajador de los riesgos derivados de

⁷³ Baste recurrir a las valiosas y comprehensivas guías elaboradas al respecto por algunas de las Secretarías de Salud Laboral de UGT, como la de Cataluña y la de Islas Baleares.

la prestación laboral concreta y el derecho del trabajador a recibir formación relativa a los riesgos laborales a los que se enfrenta profesionalmente.

Introduce la LPRL el concepto de *daño derivado del trabajo*, con un significado distinto de los tradicionales *accidentes de trabajo y enfermedad laboral* (sí engloba la segunda, pero que no incluye todos los accidentes de trabajo). En realidad, el daño derivado de trabajo forma un binomio con la obligación preventiva del empleador: se configura como el eventual daño, acaecido durante la prestación del servicio, que el empleador tiene obligación de prevenir al tratarse de una lesión derivada de la prestación laboral.

En el análisis sociojurídico de la prevención de los riesgos que conlleva la actividad laboral de las auxiliares de ayuda a domicilio, confluyen una serie de elementos que pueden influir en la actividad preventiva general:

II. El domicilio

El elemento clave de esta actividad preventiva es el domicilio, en una triple consideración:

a) Como espacio destinado a vivienda de su titular: desde esta perspectiva el domicilio es la vivienda de un tercero, persona beneficiaria de la prestación, en el que la auxiliar va a desarrollar su trabajo. Dada la importancia nuclear atribuida a la intimidad de las personas, el artículo 18.2 CE instituye como derecho fundamental la inviolabilidad del domicilio, cuyo acceso sólo puede llevarse a cabo con el consentimiento del titular (en su defecto será precisa una autorización judicial; si bien excepcionalmente podrá obviarse cualquiera de los citados permisos⁷⁴⁾).

Para no menoscabar el derecho fundamental del artículo 18.2 CE, el legislador de la LPRL decidió que la misma no iba a aplicarse en el domicilio en los casos en los que este fuese el lugar de prestación laboral (régimen de empleadas de hogar), y que el particular empleador no iba a ver su domicilio sometido a evaluación de riesgos laborales y a la consiguiente prevención de la LPRL.

Por el contrario, en la lista exhaustiva y cerrada en la que la LPRL excluye las relaciones laborales sobre las cuales no impera su régimen –donde se encuentra el régimen especial de empleadas de hogar–, no se incluye el régimen de la prestación de la ayuda a domicilio.

Dada su condición de relación laboral no excluida de la acción protectora de la LPRL, los convenios colectivos analizados, reguladores de la relación laboral de ayuda a domicilio, redactan el clausulado relativo a los riesgos laborales con una remisión típica al articulado de la LPRL a la que reconocen, como no podía ser menos, su plena vigencia y aplicación en el ámbito de la ayuda a domicilio. Y, en lo que a la contratación administrativa se refiere, todos los contratos administrativos analizados determinan, sin exclusión, que el cumplimiento de la normativa de riesgos laborales (LPRL y normas de desarrollo) es una condición esencial del contrato administrativo, cuyo incumplimiento por la adjudicataria podría resultar en la resolución unilateral del contrato por parte de la Administración.

b) Domicilio como lugar de prestación de un servicio público: tal y como se ha ido explicando en capítulos anteriores, el domicilio de la beneficiaria de la prestación es el lugar donde la Administración va a ejecutar la prestación –básica o especializada– de ayuda a domicilio. A tales efecto, la habitabilidad y condiciones de movilidad dentro del mismo es una condición *sine qua non* para poder conceder la prestación, por lo que el análisis sobre las características del mismo debe quedar –y quedarse– reflejado en el informe social que la Administración local lleva a cabo, previamente a la concesión del servicio.

c) Domicilio como lugar de trabajo: a estos efectos no es preciso entender literalmente la necesaria existencia de un centro de trabajo –ese espacio físico y burocrático, registrado ante la autoridad laboral, al que el ordenamiento anuda determinadas consecuencias (artículo 1.5 del Estatuto de los trabajadores)– al que alude la LPRL, puesto que la actividad preventiva se extiende al domicilio como lugar de trabajo. Así se desprende de la definición construida legal y jurisprudencialmente, para los supuestos de accidente de trabajo:

Las referencias en el artículo 115.3 LGSS⁷⁵ al tiempo de trabajo y al lugar de trabajo van dirigidas,

74 Cfr. artículo 55 de la Ley de enjuiciamiento criminal.

75 Se refiere al artículo 115.3 del derogado Real decreto legislativo 1/1994, de 20 de junio, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley general de la Seguridad Social. Con la misma redacción se contempla



la primera al tiempo de trabajo efectivo sin restricción o reserva al horario ordinario o normal de actividad, y la segunda al lugar en que se está por razón de la actividad encomendada, aunque no sea el lugar de trabajo habitual (STS de 18 de diciembre de 1996).

La ley asigna una presunción del carácter laboral del accidente cuando este ocurre en el tiempo y lugar de trabajo; quien pretenda desvirtuar dicho carácter ha de probar que no hay relación alguna entre el siniestro y el trabajo.

De la argumentación anterior no parecen desprenderse dudas sobre la aplicación de la LPRL al domicilio en el que presta sus servicios la auxiliar: así, resulta que en el domicilio del beneficiario, lugar de prestación del servicio público y lugar (que no centro) de trabajo de la auxiliar del SAD, se despliega todo el impacto protector de la Ley de prevención de riesgos laborales, no hallándose esta actividad laboral incluida en el catálogo de exenciones⁷⁶.

12. La actividad preventiva

La acción protectora de la LPRL en el domicilio se extiende a todas las actuaciones que contempla la misma sobre el lugar de trabajo concreto: partiendo de la evaluación, tras la cual, de evidenciarse la existencia de riesgos, ha de planificarse la acción protectora, a través del plan de prevención. La LPRL ofrece alternativas a este respecto a la empresa, que puede llevar a cabo su actuación con recursos propios o externos.

En el caso del SAD lo adecuado sería que ya el propio informe social municipal previo a la concesión de la prestación incorpore elementos protocolizados que avancen una evaluación somera y, sobre el avance que aportan los mismos, la entidad pública o privada prestadora del SAD –la legalmente obligada– lleve a cabo la preceptiva evaluación de riesgos y posterior acción preventiva, en su caso, de detectarse riesgos en el domicilio concreto⁷⁷.

Cabría alegarse que la persona titular del domicilio puede oponerse a la llevanza de la acción preventiva de la LPRL, impidiendo el paso a la realización de esta actividad –de evaluación y posteriormente de planificación y de medidas concretas de protección o prevención-. Claramente ello es así: la titular puede negar la entrada en su domicilio,

en el artículo 156.3 de la Ley general de la Seguridad Social vigente (cuyo nuevo texto refundido se aprobó mediante el Real decreto legislativo 8/2015, de 30 de octubre): Se presumirá, salvo prueba en contrario, que son constitutivas de accidente de trabajo las lesiones que sufra el trabajador durante el tiempo y en el lugar del trabajo.

76 De haberlo querido el legislador, lo hubiera así expresado, como ha hecho con el régimen de empleadas de hogar; y así subsiguientemente lo hubieran contemplado los convenios colectivos y los contratos administrativos.

77 La práctica señalada en los pliegos técnicos de licitación del Ayuntamiento de Madrid parece la más adecuada: además de insistir suficientemente en el necesario cumplimiento del usuario de aquellas actuaciones necesarias para la puesta en marcha del servicio, obliga expresamente a la empresa a acreditar la evaluación de los riesgos y la planificación de la actividad preventiva (incluso podría ser más explícita para salvar la eventual oposición de la titular del domicilio).



alegando su derecho fundamental del artículo 18.2 CE. Pero ello nos conduciría a una situación absurda, ya que, si la beneficiaria no opuso resistencia alguna a la entrada de personal público para elaborar el informe social previo a la concesión del SAD, tampoco tiene sentido que la oponga para llevar a efecto la actividad derivada de la LPRL tras la concesión del SAD (evaluación y prevención, en su caso).

No obstante, para evitar cualquier tipo de problema, la concesión del servicio debería de estar condicionada a la autorización de la actividad preventiva (del mismo modo que el SAD es retirado a los beneficiarios cuando estos incumplen otros aspectos esenciales del servicio).

Llevada al extremo la alegación del artículo 18.2 de la Constitución, al serles impedido el acceso por el titular del domicilio, las entidades prestadoras del SAD, amén de incumplir palmariamente los preceptos vinculantes e insoslayables de la LPRL⁷⁸:

- no se llevaría a cabo la evaluación de riesgos en cada puesto de trabajo, al serles impedida su realización por el titular del domicilio.
- la supuesta actividad planificadora –planes de prevención con los que todas las adjudicatarias deben contar obligatoriamente– sería una actuación abstracta, desconectada de la necesaria actividad evaluadora de cada puesto de trabajo.
- finalmente (como consecuencia más perversa, indeseable y paradójica) todo el peso de la actividad preventiva –dada la inexistencia de evaluación concreta del riesgo de cada domicilio– descansaría en la receptividad/actitud que las auxiliares de ayuda a domicilio ofreciesen a las acciones informativas y formativas sobre riesgos laborales que la empresa, también, tiene el deber de ofertar.

I.3. Accidente de trabajo y enfermedad profesional

En lo que al accidente de trabajo se refiere, rigen para el SAD las previsiones generales del accidente de trabajo, contemplado en el artículo 156 de la Ley general de Seguridad Social, según el cual, accidente de trabajo es toda lesión corporal que el trabajador sufra, con ocasión (directamente derivado) o por consecuencia (indirectamente derivado) del trabajo (o de la representación sindical) que ejecute por cuenta ajena.

El artículo incluye, además, otros supuestos, tales como: el accidente *in itinere* (el que sufra el trabajador al ir o al volver del lugar de trabajo) o el acaecido en actos de salvamento cuando tengan conexión con el trabajo.

El accidente de trabajo engloba determinadas enfermedades, no catalogadas como enfermedad profesional. Son accidente de trabajo, entre otras, las enfermedades:

78. Según prescribe el artículo 96.2 de la Ley de la jurisdicción social, la carga de la prueba en los procesos jurisdiccionales derivados de accidentes de trabajo y enfermedades profesionales se impone al obligado a llevar a cabo la actividad preventiva (la empresa): esta debe demostrar la diligencia en su actuación de prevención o evitación del riesgo, sin que sea oponible la culpa del trabajador o la habitualidad o la confianza que inspira el trabajo.

que contraiga el trabajador con el motivo exclusivo de la realización de su trabajo padecidas con anterioridad, que se agraven como consecuencia de la lesión constitutiva del accidente.

En cuanto a las enfermedades profesionales, el artículo 157 de la Ley general de Seguridad Social define las mismas como las contraídas a consecuencia del trabajo ejecutado por cuenta ajena, en ejercicio de una serie de actividades especificadas reglamentariamente. Es el Real decreto 1299/2006, de 10 de noviembre, el reglamento que aprueba el cuadro de enfermedades profesionales en el sistema de la Seguridad Social que establece los criterios para su notificación y registro.

En este sentido, todas las guías y manuales de riesgos laborales hablan de la prevalencia de los trastornos esqueleto musculares (conocidos como TME), como enfermedades o lesiones más frecuentes contraídas en la prestación del SAD⁷⁹. Estos trastornos no se hallan incluidos en el citado catálogo de enfermedades profesionales, por lo que, *a priori*, una lesión muscular producida como consecuencia de un esfuerzo de movilización de una persona dependiente sería considerada como enfermedad común.

Solamente, en el caso de concurrir las circunstancias señaladas anteriormente por las que una enfermedad puede ser considerada accidente de trabajo (acaecidas y derivadas exclusivamente de la prestación laboral, padecidas con anterioridad y agravadas por la prestación laboral), podrían ser calificadas como contingencia profesional, en la modalidad de accidente de trabajo.

Formación exigida

El Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre acreditación de centros y servicios del SAAD, adoptado por el CTSAAD⁸⁰, estableció las cualificaciones profesionales con las que debía contar el personal que prestase servicios en el sistema de dependencia. En concreto, quienes ejerciesen como auxiliares de ayuda a domicilio debían contar con la cualificación profesional de Atención sociosanitaria a personas en el domicilio, el certificado de profesionalidad de Atención sociosanitaria a personas en el domicilio y las titulaciones o los certificados de profesionalidad requeridos para cuidadoras o gerocultoras. Transitoriamente podrían admitirse certificados de acciones de formación profesional para el empleo que pudiesen impartirse en cada comunidad autónoma.

Establece dicho acuerdo un régimen progresivo de obtención de tales acreditaciones, debiendo contar toda la plantilla de auxiliares de ayuda a domicilio con alguna de las anteriores cualificaciones a fecha 31 de diciembre de 2015.

Un Acuerdo del CTSAAD, de 7 de octubre de 2015⁸¹, modificaba el anterior de 27 noviembre de 2008, introduciendo una habilitación excepcional y una prórroga de dos años en el plazo de exigencia: habilitación o acreditaciones profesionales iban a ser exigibles a 31 de diciembre de 2017.

Finalmente, un último Acuerdo del CTSAAD, de 19 de octubre de 2017⁸², modifica nuevamente el Acuerdo de 2008:

- adecuando el catálogo de cualificaciones profesionales, actualizando los títulos y certificados de profesionalidad vigentes
- estableciendo habilitaciones coyunturales
- prorrogando la exigencia de acreditación y de habilitación.

79 El Real decreto 487/1997 de 14 de abril, por el que se establecen las disposiciones mínimas de seguridad y salud relativas a la manipulación manual de cargas que entraña riesgos, en particular dorsolumbares, para los trabajadores, encarga al Instituto Nacional de Seguridad e Higiene en el Trabajo (hoy denominado Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo, INSSBT), la elaboración y el mantenimiento actualizado de una guía técnica de referencia para la evaluación y prevención de los riesgos relativos a la manipulación manual de cargas. Como consecuencia de la encomienda, se elabora en 1999 el Protocolo de vigilancia sanitaria específica para los/as trabajadores/as expuestos/as a riesgos derivados de la manipulación manual de cargas.

El propio INSSBT, en sus informes sistemáticos continuados, declara actividad prioritaria en lo que a la actuación preventiva se refiere, a aquellas con elevados índices de incidencia y con una mayor población en riesgo, siendo una de ellas la asistencia en establecimientos residenciales. Si bien el trabajo de la ayuda a domicilio no se encuentra especificado en el catálogo de actividades sobre las que teoriza el Instituto, aludimos a este dato, dada la analogía –si no identidad– que presentan ambas profesiones (auxiliar en residencias y auxiliar de ayuda a domicilio). Cf:INSSBT (2017).

80 Y publicado mediante Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad.

81 Publicado por la Resolución de 3 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

82 Publicado por la Resolución de 11 de diciembre de 2017, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad.

a) Así, define con más precisión el catálogo de acreditaciones de la competencia profesional:

Quienes ejerzan profesionalmente como auxiliares de ayuda a domicilio, deberán acreditar la cualificación profesional de Atención sociosanitaria a personas en el domicilio, establecida por el Real decreto 295/2004, de 20 de febrero, según se determine en la normativa que la desarrolle.

A tal efecto, se considerarán los siguientes títulos y certificados:

- El título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería o los títulos equivalentes de Técnico Auxiliar Clínica, Técnico Auxiliar Psiquiatría y Técnico Auxiliar de Enfermería, o en su caso, cualquier otro título que se publique con los mismos efectos profesionales.
- El título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia, o el título equivalente de Técnico de Atención Sociosanitaria.
- Título de Técnico Superior en Integración Social.
- El certificado de profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, o en su caso, cualquier otro certificado que se publique con los mismos efectos profesionales.
- El certificado de profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio, o el equivalente certificado de profesionalidad de la ocupación de auxiliar de ayuda a domicilio, regulado por el entonces Real decreto 331/1997, de 7 de marzo, o en su caso, cualquier otro certificado que se publique con los mismos efectos profesionales.

b) Establece dos tipos de habilitaciones, una de carácter excepcional y otra de carácter provisional

Habilitación excepcional. Las personas cuidadoras, gerocultoras, auxiliares de ayuda a domicilio y asistentes personales que, a fecha 31 de diciembre de 2017:

acrediten una experiencia mínima de 3 años y 2.000 horas trabajadas en los últimos 12 años en esa categoría profesional

- sin alcanzar dicho mínimo de experiencia, hubieran trabajado y tengan un mínimo de 300 horas de formación relacionada con las competencias profesionales en los últimos 12 años
- quedarán habilitadas de forma excepcional en la categoría que corresponda, previa presentación de su solicitud.

La Administración autonómica establecerá al respecto la normativa habilitadora e indicará qué órgano posee la competencia habilitadora. Las certificaciones de habilitación tendrán validez en todo el territorio del Estado, validez que se extenderá a las certificaciones expedidas como consecuencia del Acuerdo del Consejo Territorial de 7 de octubre de 2015.

Habilitación provisional. Podrán ser habilitadas provisionalmente las personas que hubieran trabajado con anterioridad a 31 de diciembre de 2017 sin haber alcanzado los requisitos para la habilitación excepcional. Para ello han de comprometerse, mediante declaración responsable, a participar en los procesos de evaluación y acreditación de la experiencia laboral que se celebren, o a realizar la formación vinculada a la cualificación exigida, hasta el 31 de diciembre de 2022.

Cumplidos tales requisitos, dichas personas pueden instar la habilitación provisional a la comunidad autónoma donde esté ubicada la empresa donde haya prestado sus últimos servicios, conforme a la normativa autonómica que, previamente, se haya aprobado.

De no participar en dichos procesos o no realizar la formación en el plazo establecido, la habilitación provisional dejará de tener efectos.

La Administración autonómica es la competente para ordenar el proceso de habilitación provisional y para expedir la certificación oportuna, que tendrá eficacia en todo el territorio del Estado y validez hasta el 31 de diciembre de 2022.

Así pues, aun cuando el sistema reconoce, desde la propia LAPAD, la necesaria formación de las personas que trabajan en la dependencia y aun cuando las cualificaciones profesionales requeridas están perfectamente identificadas desde la puesta en marcha de la Ley

39/2006, se han producido moratorias en la exigencia de formación profesional reglada por un plazo de 15 años (de 2008 a 2022). Más adelante se analizará con detalle los efectos indeseados que la ausencia de formación ejerce, no sólo en la calidad del SAD sino sobre todo en el reconocimiento profesional de esta esencial parcela de los cuidados formales.

Ha de señalarse que la exigencia de formación de las trabajadoras de ayuda a domicilio, cuando se haga efectiva, está regulada reglamentariamente para el sistema de dependencia, no necesariamente, por tanto, para el SAD básico municipal. No obstante, la mayor parte de los entes locales analizados no hacen distingos al respecto entre la formación exigida a unas y a otras. Las consecutivas prórrogas del SAAD hacen que en el ámbito local se relaje, en igual medida, la exigencia de formación, únicamente, en la bolsa de empleo de Tomelloso es requisito imprescindible para concurrir el contar con la cualificación profesional (un título o un certificado de profesionalidad) que acredite las competencias para ejercer esta actividad.

3

LA FUNCIÓN SOCIAL
DEL CUIDADO





Cuidados, deber y género

Por cuidado, como función social, se entiende esa actividad humana dedicada a la atención directa de familiares –niños, mayores, personas enfermas o que presentan una discapacidad– y al mantenimiento y cuidado domésticos, desarrolladas ambas en el entorno familiar y relacional cercano. Integra el cuidado como función social, la condición de deber y una dimensión afectiva y emocional entre la persona cuidadora y quien recibe el cuidado. Su prestación se lleva a cabo de dos modos, como cuidado informal –prestado por personas cercanas, en condiciones de gratuidad y no profesionalidad– y como cuidado formal –prestado por terceros ajenos al ámbito relacional, con carácter oneroso y profesional.

En 1982 la psicóloga y filósofa Carol Gilligan publica *In a difference voice: psychological theory and women's development*, obra que tiene un enorme impacto en la filosofía feminista, al postular la llamada ética del cuidado. En ella Gilligan aboga por repensar la justicia androcéntrica, centrada en la igualdad neutra e imparcial, integrándola con la atención a las conexiones y responsabilidades personales, con el cuidado de las necesidades del otro. La aportación de Gilligan es fuertemente aclamada y contestada, pero tiene un indudable valor político y moral, al situar en la agenda pública la cuestión de los cuidados.

La provisión de cuidados y de los familiares cercanos que por edad, enfermedad o dependencia no han podido valerse por sí mismos se ha llevado a cabo histórica y sistemáticamente en el entorno familiar, en un modo informal, guiado por la confianza y el afecto entre los miembros de la familia y circunscrito al ámbito privado sin alcanzar trascendencia pública alguna. La función social del cuidado constituía, además, la realización de uno de los deberes más relevantes en las sociedades tradicionales: el deber moral de cuidado a la familia, la solidaridad intergeneracional.

El deber era inapelable, vinculante para todos los miembros de cada familia y universal en el entorno sociocultural al que nos ceñimos –del Deuteronomio a *El rey Lear*, pasando por *La Política* de Aristóteles–. Esta dimensión axiológica de los cuidados familiares es uno de los aspectos que más ha contribuido a invisibilizarlos, al ubicarlos en el *debe* del individuo, como prestación social personalísima e inevitable que las personas deben proporcionar a los suyos y cuyo desempeño en ningún caso puede ser transferido o reclamado a un tercero, el Estado entre ellos. De ahí que lo que se evidenciaba era su no desempeño, en forma de reproche social y normativo, y no su prestación, que se presumía.

Sin embargo, dicho deber de carácter universal, genéricamente neutro en su enunciación, no lo ha sido en su provisión, dado que han sido las mujeres las que a lo largo de la historia han ejercido el cuidado en modo mayoritario. La filosofía feminista, en particular su corriente radical, es la que mejor ha plasmado la división sexual de las esferas y roles sociales, mera plasmación de la estructuración del poder y de la desigualdad en torno al género. Empezó en algún momento mucho tiempo atrás, señala MacKinnon, primero se domina, posiblemente por la fuerza, después se crea una división relativamente firme entre uno y otro sexo, más tarde las diferencias se remarcan socialmente para exagerarlas en la percepción y en los hechos, «porque la distribución sistemáticamente diferenciada de beneficios y privaciones precisa que no haya errores

en el quién es quién». Hablando comparativamente, señala la autora no sin cierta sorna, «el hombre ha estado descansando desde entonces»⁸³.

El género en este sentido, expone MacKinnon, es una cuestión de poder que asigna las posiciones hegemónicas y las subordinadas, al tiempo que delimita nítidamente los espacios donde se ejercen unas y otras. Así la diferenciación condujo a la determinación de la objetividad normativa y a la separación de los espacios en consecuencia: lo masculino y lo femenino, lo público y lo privado o personal, lo lógico y sensato y lo emotivo e inmaduro, lo natural y lo racional, la producción y la reproducción, el trabajo valioso y el trabajo trivial, el trabajador neutro y la trabajadora problemática (embarazada, lactante, cuidadora)⁸⁴. El resultado de dicha comparación extensiva, la configuración de la diferencia sexual como alteridad, generó dicotomías en las que el atributo positivo del binomio –lo normal, lo racional– por fuerza se corresponde con la conceptualización que el grupo dominante tiene de sí mismo.

El género, como categoría estructuradora del poder en una sociedad patriarcal, relegó a la mujer a la intimidad del hogar y al hombre a una esfera pública, al tiempo que dotó de contenido significativo, normativo y visible todos aquellos espacios en los que se ejercía la actividad masculina. En suma, definió la realidad y la norma a imagen y semejanza de la actividad y potencialidad masculina al tiempo que invisibilizaba la actividad femenina y eliminaba la posibilidad de que la acción y la experiencia de las mujeres definiesen la realidad.

De ese modo, paralelamente a la funcionalidad masculina de carácter esencialmente valioso y productivo, a las mujeres se les asignó la función del cuidado, desarrollada en la intimidad del hogar familiar y valorada como trivial e irrelevante en la esfera pública o social.

El género y la distribución de poder y espacios que comporta es, pues, junto con el componente axiológico del cuidado, la segunda y principal razón de la ocultación de los cuidados y de la reproducción social. Esos lugares (hogar; cuerpo), relaciones (sexuales), actividades (reproducción) y sentimientos (intimidad, individualidad) que el feminismo identifica como centrales para la subyugación de las mujeres constituyen el centro de la doctrina de la privacidad⁸⁵.

Cuidado, género y derechos humanos

Una de las constantes en la construcción de los distintos discursos feministas es el desmontar dicha dialéctica de minusvaloración de la experiencia femenina ponderando adecuadamente el valor de la función del cuidado a los demás. Una de las autoras que más se ha detenido en este aspecto ha sido Nancy Fraser. Desde su perspectiva postmarxista Fraser ha abundado a lo largo de su obra en las implicaciones sociales y productivas de la función social del cuidado, evidenciando como otras feministas el carácter imprescindible de la misma: «sin ella no podrían existir la cultura, la economía, la organización política. Una sociedad que socave sistemáticamente la reproducción social no puede durar mucho tiempo» (2016:99).

La autora interpreta acertadamente, en sentido amplio, el significado del cuidado, al que denomina *función de reproducción social*: incluye aspectos materiales y afectivos que abarcan desde el alumbramiento y crianza de los niños hasta el cuidado de familiares y amigos, pasando por el mantenimiento de los hogares y de las relaciones sociales y comunitarias más amplias⁸⁶.

83 MacKinnon, C., (1987:42).

84 Herter Eisenstein (1985:23) apunta que la diferencia no es problemática per se, sino por el uso que políticamente se hace de la misma, y comparte con MacKinnon la innegable conexión entre poder, política, y diferencia: «la definición de lo que es diferente ha venido tradicionalmente vinculada con el ejercicio del poder; vinculada a aquellos que se hallan en una posición de decir quién es «diferente»». Iris Young –en una perspectiva ya clásica y más general, dedicada al reconocimiento de los grupos diferenciados y oprimidos como consecuencia de tal diferencia (entre ellos, las mujeres)–, comparte dichas claves y señala que la atribución de la cualidad de diferente conlleva la ubicación de ese diferente en un estatus subordinado, dentro de una estructura social estratificada en la que las relaciones entre los grupos vienen determinadas por condicionamientos de privilegio y opresión. También comparte Young la narración sobre la técnica de creación de un diferente, dibujado mediante binomios de opuestos, en el que el grupo diferenciado ostenta la condición negativa o inferior: mientras «el grupo privilegiado se define como un sujeto humano activo, los grupos inferiorizados son objetivados, sustancializados, reducidos a naturaleza o esencia. Mientras los grupos privilegiados son neutrales y exhiben una subjetividad libre, espontánea y gráfida, los grupos dominados están marcados con una esencia, aprisionados por un conjunto dado de posibilidades» (1995:158); y así en aquellas situaciones en las que las relaciones entre los grupos vienen marcadas por circunstancias de privilegio y opresión, «tal atribución de alteridad es asimétrica» (*ibid.*).

85 Cfr. MacKinnon (1983: 657).

86 Reproducción social, señala, cuya subsistencia se encuentra en riesgo como consecuencia del imperio del capitalismo vigente, el financiero. A advertir sobre los riesgos de las nuevas sociedades capitalistas está



La adecuada ponderación del trabajo femenino pasa por constatar la evidencia de la división social del trabajo en los dos binomios señalados: productivo/valioso/masculino, improductivo/reproductivo/inane/femenino. Tal binomio valorativo no se limita a la mera ubicación del primero en la esfera social y lucrativa y del segundo en el ámbito privado y no lucrativo, sino que atraviesa el propio mercado laboral estructurándolo a través de determinadas claves: (1) una división de trabajos, masculinos y femeninos, ocupados unos mayoritariamente por hombres y otros con mayoritaria presencia femenina, reservando la mayor valoración social y retribución para los primeros; (2) una estructuración de la valoración en el desempeño del mismo puesto de trabajo en función del sexo, de modo que las mujeres perciben retribuciones menores a los hombres y ocupan escasos porcentajes de puestos directivos.

Existe una tercera clave, relativa a la visibilización de las aportaciones, que ofrece contundentes elementos de contraste: así mientras la economía sumergida se mide sistemáticamente en términos de PIB –incluyendo también las actividades ilegales, y también la prostitución, un servicio tradicional de placer masculino–, la función social del cuidado que se desarrolla dentro de los hogares (los cuidados impagados, frente a otros pagados en el sector de la dependencia, guarderías y similares) nunca ha sido contabilizada en términos de PIB. Algunas instituciones internacionales han llevado a cabo ciertos esfuerzos para evidenciar los cuidados no pagados (*unpaid care*) estableciendo amplias horquillas: en la ONU se calcula que el importe de los cuidados informales oscila, según países, entre el 10 y el 40 % del PIB. En el ámbito de la UE se estima que la valoración de los cuidados impagados asciende a cifras que fluctúan entre el 50 y el 90% del importe total de los cuidados de larga duración (dependencia)⁸⁷.

Así pues, la estructuración social por género y los estereotipos y asignación de roles sociales que comporta constituyen la base de una buena parte de las discriminación

dedicando la autora sus últimas aportaciones, y la función del cuidado no escapa de tales peligros. Pero este es otro debate que sí escapa de las pretensiones de este trabajo.

87 Cfr. Sepúlveda Carmona (2013) y Comisión Europea (2013).

que las mujeres experimentan en el ámbito laboral: acceso, promoción, retribución y trabajo de calidad. De ese modo lo refleja el reciente Informe de Naciones Unidas sobre los cuidados impagados (Sepúlveda Carmona: 2013), que profundiza en la vulneración de derechos humanos de las mujeres en esta parcela informal del cuidado. Reitera igualmente que la globalización de la migración femenina no ha servido para alterar los patrones de la división sexual del trabajo.

La reivindicación por la consecución del igual valor de la aportación femenina y la masculina no es un elemento neutro y tampoco puede ser contemplada en clave de género con aspiraciones formales de trasponer la «perspectiva»: es ante todo una cuestión de derechos humanos en la medida en que tiene que ver con el derecho a la no discriminación por razón de género. Aunque la lucha por el reconocimiento del igual valor –igual dignidad– haya pasado un tanto desapercibida, en relación a otras cuestiones más evidentes y lineales de igualdad de trato, el igual valor forma parte del contenido del derecho antidiscriminatorio: así, el artículo 2 f) de la Convención de sobre todas las formas de discriminación, de 18 de diciembre de 1978, incluye el compromiso de los Estados de adoptar las medidas adecuadas para modificar o derogar, no sólo leyes o reglamentos, sino también usos y prácticas que constituyan discriminación contra la mujer. Y en el artículo 5 a) de dicha Convención, los Estados se obligan a:

Modificar los patrones socioculturales de conducta de hombres y mujeres, con miras a alcanzar la eliminación de los prejuicios y las prácticas consuetudinarias y de cualquier otra índole que estén basados en la idea de la inferioridad o superioridad de cualquiera de los sexos o en funciones estereotipadas de hombres y mujeres; [...].

La entrada en la agenda de la prohibición de establecer diferencias de valoración por razón de sexo es un elemento clave en la lucha contra la discriminación entre géneros. Aun cuando la reclamación del igual valor no haya creado aún un *corpus* de doctrina y jurisprudencia suficientemente contundente⁸⁸, es indudable el reto que presenta en la consecución de la mejor plasmación de los derechos humanos, fundamentalmente en lo que a la consecución del derecho fundamental a la no discriminación por razón de sexo se refiere.

Por el contrario, la diferencia del valor entre la experiencia y la aportación masculina femenina constituye, sí que constituye un factor sobresaliente en el campo del pensamiento feminista y de los derechos. Vuelve a ser Fraser, a mediados de los años noventa de la pasada década, la que plantea la cuestión en términos especialmente solventes, y lo hace desde el análisis de la estructuración del trabajo en función del género: el género, señala la autora, conforma una estructura de producción injusta, que condena a mayores tasas de discriminación, explotación y marginación a una parte de la población trabajadora (Fraser: 1995). El debate de la redistribución, para Fraser, no puede articularse solamente desde el concepto de clase social y de redistribución equitativa, sino que ha de ampliarse contemplando la «injusticia de género» y el factor de minusvaloración cultural. Para compensar tal injusticia han de arbitrarse «soluciones adicionales» de reconocimiento y respeto: se precisa «descentrar las normas androcéntricas», «volver a valorar un género despreciado» y otorgar un «reconocimiento positivo» a las mujeres como grupo cuya experiencia y aportación han sido despreciados (1995:81). Introduce Fraser en el debate la lógica del reconocimiento⁸⁹, en la que se verá acompañada y controvertida por su relevante colega de la Escuela de Frankfurt, Axel Honneth.

88 No obstante, en el caso español una más reciente jurisprudencia ha incorporado dicha perspectiva a los supuestos de discriminación sistemática. La misma no centra el enfoque en los colectivos históricamente oprimidos o sojuzgados –mujeres o personas homosexuales, por ejemplo– sino que aporta una construcción diferente, la «atribución de la categoría». Se trata de evidenciar la discriminación en función de estereotipos, la cual ha de ir desbrozándose en la práctica cotidiana. La jurisprudencia ha necesitado su propio proceso, a medida que avanzaba el derecho antidiscriminatorio, para no ser neutra y mirar con las «gafas de la sospecha» de existencia de aplicación de un estereotipo, la aplicación que resulta discriminatoria. Magdalena Nogueira (2014:180) define dicha «atribución de la categoría»: En un supuesto inconsciente de discriminación oculta se produce un salto lógico entre los rasgos distintivos contenido de la categoría (estereotipo) y las características reales del sujeto. Este salto lógico –o correlación ilusoria– que se produce finalmente entre el rasgo distintivo y las circunstancias reales del sujeto permite apreciar el proceso de atribución de la categoría en las discriminaciones directas.

89 Reconocimiento en claves completamente distintas a las utilizadas por los comunitaristas, en especial, Charles Taylor, centrados en políticas de reconocimiento de la identidad cultural de grupos nacionales o etnias, o a otras feministas pioneras en las políticas de reconocimiento, como Iris Young, más centrada en la crítica al paradigma redistributivo y en las políticas de la diferencia, que permitan la participación de los grupos oprimidos.



Honneth construye su teoría del reconocimiento, identificando las tres formas básicas de reconocimiento intersubjetivo –amor en la vida privada, derecho en el ámbito social y comunidad de valor; o solidaridad en el Estado– y explica cómo en las sociedades contemporáneas el desprecio hacia los individuos no se materializa únicamente en la privación material de bienes y recursos, sino en factores morales o psicológicos que hacen que los sujetos perciben cómo sus personas y sus proyectos vitales son despreciados por los otros. Así, a las tres formas de reconocimiento, opone tres formas de menosprecio: (1) en la vida privada, frente al amor, el maltrato físico; (2) en la vida social, frente al derecho, la desposesión de derechos y la exclusión social, el reconocimiento que lo remedia es la igual consideración en la titularidad de los derechos; (3) en el Estado, frente a la solidaridad el menosprecio consistente en la desvaloración social de las formas de vida de un individuo o grupo.

Ambos autores⁹⁰, como sostiene Honneth, logran trasladar el foco del debate: este ya no se centra exclusivamente en la tradicional justicia distributiva y equitativa, sino que se desplaza al reconocimiento, a la dignidad y al respeto, elementos clave desde los que poder interpretar la minusvaloración de la experiencia y el trabajo femenino y reconfigurar la situación en términos de igual valor de ambos géneros. Honneth mantiene, además, que el trabajo en las sociedades contemporáneas se ordena en torno a la valoración social, a un sistema de valores que legitima qué trabajos son socialmente valiosos y cuáles no, y cuál es, en consecuencia, la retribución que ha de otorgarse a los mismos⁹¹. Tal apreciación de Honneth ofrece a nuestro entender una razón de peso acerca de la discriminación del trabajo femenino, por más que existan otros factores estructurales sobre las relaciones de producción –oferta, demanda, negociación, ...– que también contribuyan a la configuración de las condiciones laborales.

Urge, en ese caso, la valoración del trabajo del cuidado, el último en la escala de valoración social, y más aún cuando tales trabajos son informales.

Estudios recientes (Comisión Europea: 2013, 2014) relatan cómo incluso en los países más desarrollados de la Unión Europea, el número de personas dedicadas a los cuidados informales a personas dependientes duplica el número de personas que realiza cuidados formales⁹².

90. Fraser y Honneth, por otro lado, protagonizaron un intenso e interesante debate a mediados de la década pasada en el que fundamentalmente Nancy Fraser achaca a la teoría del reconocimiento de Honneth limitaciones para dar satisfacción a las cuestiones de redistribución material. Debate de insoslayable mención, pero cuya profundización no viene al caso. Cfr: Fraser y Honneth (2006).

91. En la misma línea, Fraser muestra su más sincero desacuerdo con esta apreciación de Honneth, ya que entiende que el salario no se asigna en función de patrones culturales de valoración social, sino mediante procesos estructurales que determinan la oferta, la demanda, la productividad, la negociación colectiva, etc. En este caso sí que entendemos, distintamente a Fraser, que la división sexual del trabajo tiene su origen en patrones culturales que parten de la minusvaloración de lo femenino y que tal discriminación de valor contribuye de modo sustancial a las peores condiciones del trabajo femenino. Cfr: Fraser y Honneth (2006).

92. El número de personas dedicadas a un tipo de cuidados o a otro no es el único elemento sustancial, ya que ha de tenerse en cuenta, como indica el informe, si tales cuidados informales sustituyen o complementan

Los aspectos negativos derivados del cuidado como trabajo formal –menores salarios, posibilidades de promoción y retribución– desembocan con frecuencia en la generación de una categoría de trabajadoras precarias muy especialmente residenciadas en esta rama de actividad. Las circunstancias desfavorables se agravan cuando estos cuidados son informales y las mujeres no acceden al mercado laboral porque la asunción de la función de cuidado se lo impide. En la posición intermedia se encuentra quien compatibiliza su trabajo en el exterior con la prestación de cuidados informales, quien debe realizar importantes esfuerzos para compatibilizar sus obligaciones laborales con los cuidados informales. Además, salvo quienes se dedican profesionalmente a ello, las mujeres que realizan los cuidados informales para población de edad avanzada no ha recibido la formación adecuada.

Como apuntan todos los análisis⁹³, las consecuencias personales, en costes de oportunidad, son sumamente graves, trabajar como cuidadora informal no sólo implica la pérdida de rentas –ante la imposibilidad de acceder a un puesto de trabajo y a su correspondiente salario o ante la reducción del número de horas de trabajo en el exterior– sino el sacrificio de oportunidades futuras, al ver minoradas o eliminadas la formación profesional y las cotizaciones sociales que aseguren el desempleo o la jubilación –por no acceder al mercado laboral o por interrumpir los ciclos laborales. Además, el impacto de los cuidados en la salud del cuidador informal está contrastado, agravándose la situación con la imposibilidad de configurar un proyecto de vida autónomo, dada la imprecisa definición de las aspiraciones de la buena vida que el cuidado informal permite. En términos macroeconómicos, los costes del cuidado se trasladan a las familias y no al Estado; ahora bien han de computarse en el debe del Estado los costes de salud y la reducción de las cotizaciones sociales y de las demás contribuciones impositivas, con lo que no es tan clara la gratuidad del cuidado informal para el sistema.

Hasta la fecha, los sistemas de excedencia que se han puesto en marcha en buena parte de los Estados occidentales, contribuyen a agravar los costes de oportunidad y reproducen y perpetúan los estereotipos laborales en función del sexo. No obstante, en los países del norte de Europa, la compatibilización de la vida laboral con los cuidados informales no está concebida como un sacrificio de oportunidades para la mujer cuidadora, dadas la mayor calidad y el razonable acceso a los cuidados formales y la mayor efectividad de las políticas de conciliación⁹⁴.

Los cuidados y el estado del bienestar

Los avances en términos de poder experimentados en las últimas décadas por las mujeres desde la irrupción consolidada del movimiento feministas han sido relativos y en ocasiones muy importantes; pero sin duda las condiciones de vida en la privacidad del hogar y en el cuidado como actividad formal, siguen siendo los ámbitos en los que los derechos de las mujeres han experimentado un menor avance.

Un paradigma formalmente igualitario, como es el hecho de la incorporación masiva de la mujer al mercado laboral en estas últimas décadas no ha implicado cambios significativos en la división sexual de roles; al contrario, dicha aproximación igualitaria se ha solventado con una vía continuista con la tradición, ya identificada décadas atrás como la *doble presencia*. El desplazamiento de fuerzas femeninas a la producción social (trabajo formal) no ha significado activar vasos comunicantes, de modo que el hombre asumiese la carga del hogar desocupada por la mujer: la solución ha sido simplemente acumulativa, es la mujer la que asume las dos ocupaciones, la formal y la informal. Junto a ello, la inversión de la pirámide demográfica genera aún más acumulación de trabajos de cuidado. No es este el espacio temático para desarrollar este aspecto, sí basta recordar los anuales y sucesivos indicadores que pertinazmente evidencian las dos grandes consecuencias –alternativas o simultáneas– de la incorporación de la mujer al mundo laboral, en lo que a los cuidados del hogar se refiere: (1) la doble asunción de cargas, las laborales y las del hogar; ante la insuficiente responsabilidad masculina y (2) la traslación a una tercera persona –provista desde el mercado global y también mujer– de los cuidados del hogar⁹⁵.

a los cuidados formales. De ser complementarios y existir políticas coherentes de conciliación y de redistribución, el sacrificio de las cuidadoras informales se ve importantemente reducido, hasta el punto de que en algunos países nórdicos el cuidado informal no es percibido como sacrificio o carga.

93 Perfectamente descrito, entre muchos otros en Comisión Europea (2014), Rodríguez Cabrero (2007).

94 Cfr. Comisión Europea: 2013.

95 La Encuesta nacional de condiciones de trabajo (INE) de 2015, indica que el porcentaje más alto (33,9%) de mujeres trabajadoras que dedican tiempo al cuidado de hijos o nietos invierten 4 horas diarias. El

Solo había una salida *comparativamente digna* –en los socarrones términos de la gran jurista y filósofa (MacKinnon)– a este reparto de cargas de los cuidados, la atribución equitativa de las cargas a ambos miembros de la pareja. Y hasta ahora no ha sido posible.

Existe un segundo paradigma susceptible de introducir publicidad –*ergo, justicia*– en la privacidad de los cuidados: la entrada del estado del bienestar⁹⁶ en la provisión de un segmento relativamente importante de los mismos, al asumir el sistema la responsabilidad en la prestación de (parte de) los cuidados a las situaciones de dependencia o a la infancia. La mera asunción de tales cuidados como una prestación pública constituye un notable avance al considerarse estos cuidados como un elemento valioso y merecedor de una protección relevante, máxime en los casos en los que parte de esta protección alcanza el carácter de derecho subjetivo de los ciudadanos (ej. prestaciones de dependencia en España). Se trata, pues, de un proceso en el que los cuidados antes informales –«naturalmente» invisibles– salen a la luz, y pasan a ser reconocidos como públicos y prestados en un entorno institucionalizado y formal.

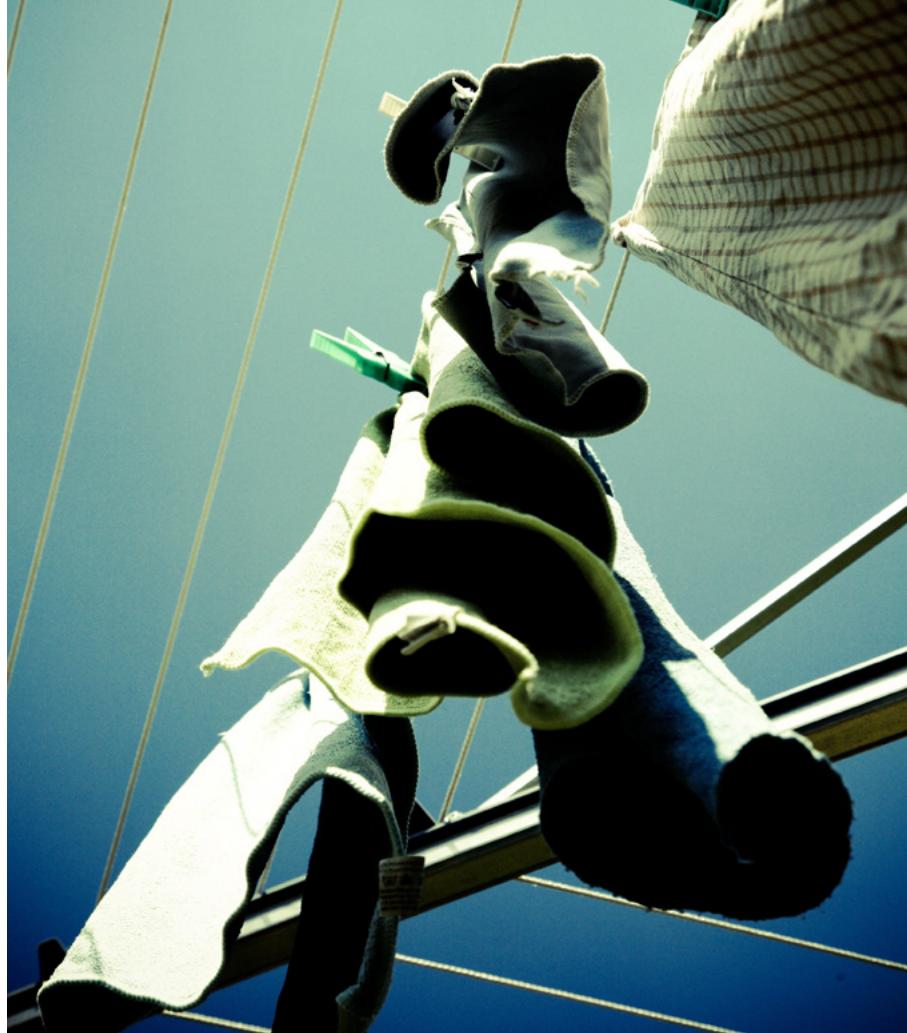
Cuestión sustancial en este paradigma es quiénes llevan a cabo los cuidados cuando estos son institucionalizados: son nuevamente mujeres en abrumadora mayoría las que desempeñan estos trabajos, produciéndose la masculinización exclusivamente en los niveles más altos de los diferentes ámbitos de actividad. Así, por ejemplo, en el ámbito de los centros residenciales o de los cuidados a domicilio, más del 90% de las trabajadoras que prestan el servicio directo al usuario son mujeres, incrementándose de modo notable la masculinización en los cuadros de mando y, en menor medida, en los cuadros técnicos. Sin embargo, la formalización de este sector del cuidado únicamente ha servido para constatar la perpetuación de la minusvaloración social: (1) siguen siendo empleos de baja calidad, baja retribución y de escasas posibilidades de promoción profesional; (2) ocupan las últimas categorías profesionales de su respectivo escalafón o convenio; (3) la posibilidad de mejora sólo se encuentra fuera del sector; ya que la formación ocupacional –sumamente escasa– no contribuye a acceder a mejoras sustanciales. En definitiva, ¿es la feminización de las profesiones de cuidado una cuestión de preferencias de género, de asignación lineal del mercado o de precariedad de condiciones laborales? La respuesta abundaría, en nuestra opinión, en lo ya apuntado hasta el momento, es una cuestión de género, que produce y condiciona la división del trabajo y la minusvaloración de las ocupaciones femeninas.

En definitiva, la entrada del Estado en la provisión de los cuidados, como uno de los servicios sociales merecedores de atención por el estado social, evidencia la existencia de tres planos distintos en lo que a la función de los cuidados se refiere:

- la persistencia de cuidados informales, no pagados, ubicados en el ámbito privado.
- la conversión de cuidados informales en formales, siendo asumidos y cubiertos por el Estado.
- la conversión de cuidados informales en formales, como consecuencia de la aparición de un mercado de cuidados formales, prestados la iniciativa privada y costeados por el usuario particular.

En un segundo nivel permanece el aspecto de la valoración social, prácticamente inmodificada a pesar de la formalización del cuidado, ocupando el cuidador –la cuidadora– el último lugar en la escala laboral y social, en su caso.

porcentaje más alto de hombres (36,7%) que trabajan dedican 2 horas diarias dichos cuidados. En lo que a tareas domésticas se refiere, el porcentaje más alto de mujeres trabajadoras (43,3%) dedican 2 horas diarias a dicha actividad. El porcentaje más alto de hombres trabajadores (42,5%) dedican 1 hora diaria a tales tareas. 96 Dentro de los análisis sociológicos del estado del bienestar, las sociólogas Mary Daly y Jane Lewis (2000) entraron en escena con un influyente análisis sobre los cuidados, introduciendo el concepto de cuidado social. Las autoras pretendían escapar del análisis circular que, en su opinión, sobre el cuidado ofrecía el feminismo, para abordar los cuidados desde la perspectiva del Estado del bienestar, una perspectiva sumamente amplia, al englobar: (1) el cuidado como trabajo –tanto formal como informal–; (2) el cuidado dentro de un marco normativo de responsabilidades y afectos familiares; (3) el cuidado como actividad que comprende gastos y costes, y su provisión desde los agentes, públicos, privados y familiares. Este análisis se ha revelado útil en ámbitos sociológicos y tal vez económicos, al identificar los diferentes aspectos y la organización del cuidado en el todo social, sea cual sea el agente prestador; además de aportar un conceptoívoco de análisis, no fraccionado en diferentes políticas (familia, dependencia, discapacidad, ... etc). Sin embargo, la amplitud del concepto del cuidado social no resulta adecuada a nuestro análisis, ante todo porque partimos de la base de la necesaria exhibición y publicidad del cuidado privado, y partimos del concepto de Estado social como sistema de previsión de servicios sociales de responsabilidad pública –y de provisión pública o concertada–, no como sistema de provisión que incluye al proveedor mercantil no concertado o al cuidador informal. Por otro lado, tampoco supera la visión autorreferenciada del feminismo en la medida en que comparte con él la descripción de la dimensión de género y no aporta explicaciones adicionales de por qué la figura de la persona cuidadora es femenina por autonomía.



Finalmente no puede pasarse por alto el impacto dañino que las políticas de austeridad generan en las mujeres cuidadoras, cuando la opción de recorte consiste en reducir el gasto social destinado a cuidados: (1) en primer lugar, ante la reducción de puestos de trabajo, las trabajadoras que trabajan en el ámbito formal de los cuidados, pasan a desempeñar exclusivamente cuidados informales al tiempo que se reducen los ingresos de la unidad familiar de la cuidadora que ha perdido su empleo. (2) En segundo lugar, la reducción de prestaciones sociales de cuidado obliga a la mujer trabajadora a reducir la duración de su actividad laboral para realizar cuidados informales, incrementando la doble presencia, o le obliga a reducir su jornada laboral, viendo reducidos los ingresos de la unidad familiar. En última instancia, las mujeres cuidadoras son quienes reciben el impacto directo de los recortes del gasto social de cuidado, viendo sustancialmente perjudicada su situación.

En tierra de nadie: la prestación para cuidados en el entorno familiar

Paralelamente a la transferencia al Estado de una parte de los cuidados informales se ha producido un proceso de neutralización axiológica, de reducción de la carga de valor que conllevaba asumir de modo personalísimo el cuidado a padres o a hijos. Esta cuestión, tal vez ya superada en las generaciones de mujeres más jóvenes, no es, ni mucho menos, inane a día de hoy, en particular entre mujeres de segmentos de edad más avanzados, que fueron educadas para cuidar a sus mayores llegado el momento y que se ven moralmente constreñidas a hacerlo. En este caso el problema no es el hecho de que cualquier persona asuma autónomamente, como deber moral, el cuidado a los ascendientes –posibilidad tan legítima y loable como cualquier otra–, la cuestión es que la carga de este cuidado recae de modo abrumador en las hijas ... o nueras, y no en los vástagos masculinos⁹⁷.

97 Fue muy significativo en este sentido el debate generado en los EE.UU. de América a finales de los años 70, en el seno del Comité de Envejecimiento del Congreso: se había llegado a un punto en el que el 10% de los mayores en situación de vulnerabilidad –dependencia– estaban alojados en residencias de mayores, lo que provocó una intensa controversia nacional al considerar que las familias estaban evadiendo sus responsabilidades



A este elemento de componente moral interno se añade un segundo, cultural, impregnado de todo lo anteriormente señalado, que es la percepción del rol social que las mujeres han de asumir y la eventual validación de la división sexual de funciones sociales. El último Eurobarómetro de 2017 indica que, como media, un 44% de ciudadanos de la Unión Europea y un 29% de españoles, opinan que el papel principal de la mujer es el cuidado del hogar y de los hijos, sin constatarse diferencias significativas entre hombres y mujeres a la hora de expresar esta opinión⁹⁸.

El legislador de la LAPAD tuvo en consideración este factor, axiológico y sociológico, entendiendo que existía un importante número de mujeres que habían asumido de modo personalísimo la obligación de cuidar de sus mayores y de las personas dependientes de su entorno en general. Existían al respecto experiencias comparadas en las que el Estado implantaba sistemas de pagos directos o indirectos a cuidadores informales familiares, bien es verdad que, salvo en los casos en que estas eran prestaciones complementarias y no sustitutorias de los cuidados formales, constituyía una técnica de aligeramiento del welfare y de debilitación de los derechos a sus prestaciones.

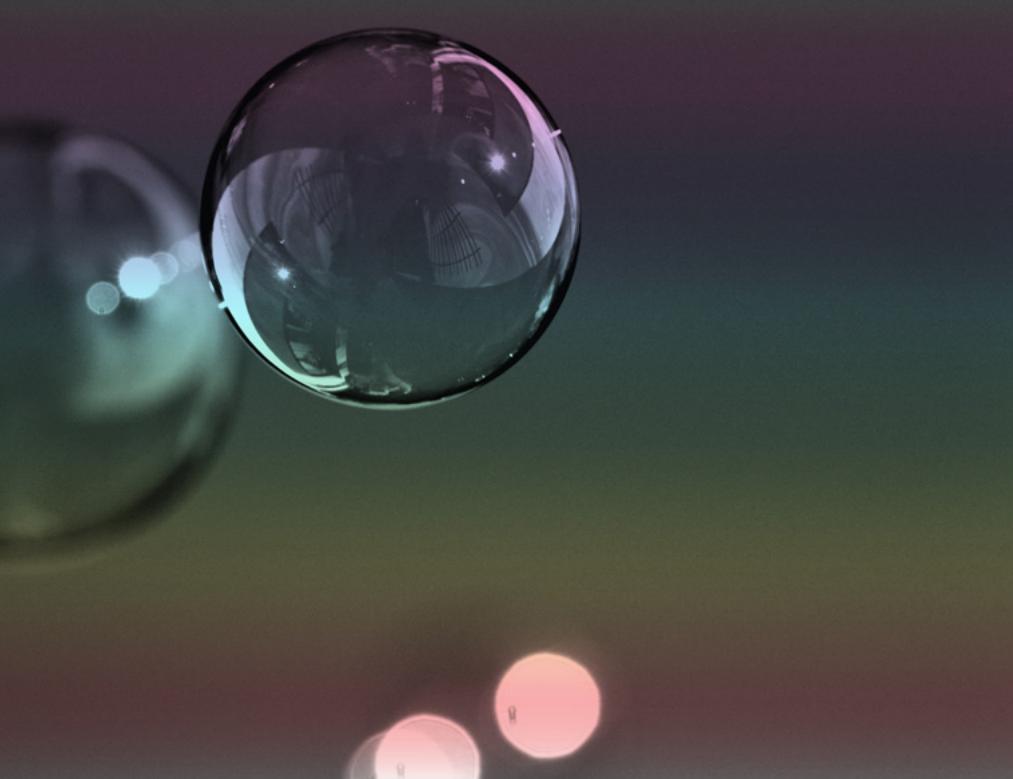
El legislador de la LAPAD anota tales experiencias comparadas y no renuncia a ellas, pero tampoco a la potente instauración del derecho subjetivo a la prestación de dependencia, con lo que, *a priori*, las garantías de los ciudadanos no quedaban descubiertas. Así, dispone (artículo 18 LAPAD) un instrumento excepcional de pagos indirectos a cuidadores informales de personas dependientes, la prestación económica por cuidados a familiares:

1. Excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4, se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares.
2. Previo acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia se establecerán las condiciones de acceso a esta prestación, en función del grado reconocido a la persona en situación de dependencia y de su capacidad económica.

familiares. En el Comité de Envejecimiento se rebatió el reproche social con el contundente argumento de que dicha reprobación «ignoraba la realidad de que el 80% de la población dependiente estaba cuidada por sus hijas en sus propias casas». Cfr: Harding (1998: 213–215). El argumento ha decaído en grados, seguramente, pero aún siguen siendo las esposas e hijas, y no los varones, quienes asumen en mayor medida el cuidado de los familiares.

Un reciente estudio de Angelina Grigoryeva (2014) demuestra que el número de horas que las hijas dedican al cuidado de sus padres mayores duplica el que los hijos varones dedican al cuidado de los suyos.

98 Cfr. TNS opinion & social network: 2017.



3. El cuidador deberá ajustarse a las normas sobre afiliación, alta y cotización a la Seguridad Social que se determinen reglamentariamente.
4. El Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia promoverá acciones de apoyo a los cuidadores no profesionales que incorporarán programas de formación, información y medidas para atender los períodos de descanso.

Para el acceso a esta prestación excepcional, se exige que concurren las adecuadas condiciones de convivencia y habitabilidad de la vivienda, y que así esté establecido en el plan de intervención individual.

La puesta en marcha de la prestación pretendía conjugar:

- Por un lado, el carácter excepcional de la prestación, acumulado al carácter subsidiario del servicio que acompaña a las prestaciones económicas de la LAPAD.
- Por otro lado, la existencia de un importante número de cuidadoras informales, a las que se le iba a asignar una cantidad económica por la prestación de sus servicios al familiar (como retribución, como reconocimiento a su labor), al tiempo que se cotizaba por tales servicios mediante un instrumento contributivo de la Seguridad Social específico –Real decreto 615/2007, de 11 de mayo, por el que se regula la Seguridad Social de los cuidadores de las personas en situación de dependencia–, y para las que se iba a arbitrar programas formativos y de respiro.
- En tercer lugar, las ventajas económicas que *a priori* esta prestación suponía para el sistema, dado que su puesta en práctica implicaba una movilización de recursos económicos y personales mucho menor que la de los servicios del sistema.
- En cuarto lugar, los beneficios que para la atención del usuario supone esta prestación, muy evidentes en el plano afectivo-emocional, y en lo que atañe a la intensidad de la prestación, cuantificada en el número de horas (claramente muy superior a las que puedan deducirse de la prestación asignada). El propio *Libro blanco de la dependencia* destacaba la admiración que la solidaridad y afectividad interfamiliares españolas suscitaba en los países nórdicos, y cómo dicho componente afectivo era digno de ser tenido en cuenta, de algún modo, en la construcción del SAAD.
- El legislador eligió como forma de asignación económica, el pago indirecto al cuidador; es decir, la prestación se asignaría a la persona dependiente y esta pagaría a su cuidadora informal. No pasaba por alto en ese momento que en la experiencia comparada, el pago al usuario implicaba un distanciamiento del Estado respecto a las necesidades del usuario y del servicio, en general, lo que no ocurriría si el pago se realiza directamente al cuidador.



Este distanciamiento ha sido relevante en el desarrollo en el tiempo de esta prestación⁹⁹.

Sin embargo, transcurridos más de 10 años de la entrada en vigor de la LAPAD, pocas de las previsiones legislativas se han cumplido.

- en principio no ha transitado como una prestación excepcional, sino que se ha convertido en la prestación estrella (prevaleciente) del sistema. Se corresponde con el 35% del total de las prestaciones asignadas.
- las condiciones del cuidador familiar –cuidadora familiar mayoritariamente– han experimentado un detrimiento notorio desde que la LAPAD fue diseñada: a los escasos montos de las prestaciones económicas, se une la voluntariedad de la cotización. Desde los recortes del año 2012, el importe de las cotizaciones deja de ser pagado por el Estado, y se deja a la voluntad del cuidador cotizar, o no, en la Seguridad Social, generando una situación prácticamente antijurídica: una bolsa de empleo irregular (no cotizante) financiada por el Estado.
- por otro lado, no se han arbitrado mecanismos sistemáticos de formación de las cuidadoras familiares, suponiendo un importantísimo detrimiento de la calidad del servicio prestado al usuario y de la calidad del SAAD en general, dado el porcentaje que esta prestación representa.
- la prestación incursiona de modo exótico en el ordenamiento laboral: son retribuciones indirectas, mediatisadas en forma de prestación, están exentas de la obligación de cotizar y compiten abiertamente con el mercado laboral de los cuidados formales, pudiendo rebajar la retribución de estos últimos.
- además en muchas Administraciones reconocedoras del derecho a la dependencia se ha generado una práctica perversa, que contribuye a generalizar la excepcionalidad: la elección de la prestación se deja a la persona usuaria, lo que no debía producirse porque la LAPAD se pronuncia en sentido contrario, y porque condiciona abultadamente el diseño del sistema.

En clave de género, esta prestación, *excepcional pero preponderante*, contribuye a perpetuar los patrones funcionales por razón de sexo; al tiempo, la ausencia de medidas sistemáticas de formación y de respiro, ligadas a la voluntariedad de la cotización, no ha contribuido a mejorar la situación de las mujeres cuidadoras.

Desde la óptica de la persona cuidada por su familiar, la informalidad del servicio que se le presta no implica la calidad de la atención. Por su parte, los factores estresantes y la sobrecarga física y emocional a los que se ve sometida la cuidadora informal en ningún modo contribuyen a la mejora de la atención; estos estresores no son, además, ajenos a los malos tratos que sufren con excesiva prevalencia las personas mayores cuidadas por terceros¹⁰⁰.

99 Cfr. Daly y Lewis (2000).

100 Cfr. Departamento de Empleo del Gobierno Vasco (2011), Comisión Europea (2014).

A su vez, la prestación excepcional y estrella del SAAD, tiñe el mismo de informalidad, característica altamente indeseable para la calidad de un sistema público que se precie, en el que la profesionalización, la formación continua, la intensidad de la cobertura y la evaluación son notas ineludibles. La prestación-estrella priva al SAAD de posibilidades sustanciales de mejora, y condena a la calidad mínima a los sistemas autonómicos que optan por esta prestación en tasas superiores al 40%. En este caso la prestación, no sólo no complementa, sino que sirve para suplir los cuidados formales por cuidados informales, un efecto indudablemente nocivo y no siempre indeseado.

Finalmente, la elección del usuario, que perturba el carácter excepcional de esta prestación, se presenta como la mascarada perfecta para aquella Administración que ha optado por no mejorar la calidad de su sistema de dependencia, articulándolo con prestaciones informales o de baja calidad, en vez de con servicios sujetos a un mayor control, evaluables y profesionalizados.



INTRODUCCIÓN AL ANÁLISIS CUALITATIVO: DEL PASADO AL FUTURO

La ayuda a domicilio en España empezó siendo un servicio municipal en torno a finales de los años 80 del siglo XX. En ocasiones fue una apuesta de la política local, que acababa de democratizarse, por mejorar las condiciones de vida de las personas con dificultades para mantenerse en su hogar por su falta de autonomía –sobre todo física, pero también social o psicológica–. Hubo entonces experiencias nacidas para hacer coincidir la solución de dos problemas: la falta de empleo de mujeres en situación de riesgo social, con baja o nula cualificación profesional y la soledad de personas ancianas, enfermas, con discapacidad, etc. El resultado fue de mujeres con dificultades económicas que cuidaban a personas mayores; mujeres prostitutas que encontraban un espacio laboral; mujeres exdrogodependientes que veían en los cuidados una manera de ser útiles socialmente; mujeres... Siempre mujeres.

La iniciativa partió a veces de instituciones benéficas –o incluso de personas concretas cargadas de buenas intenciones– que agruparon en torno a esta tarea de cuidados a un buen número de mujeres cuyo trabajo fue captado posteriormente por las entidades locales. Para ello, en más de una ocasión organizaciones y ayuntamientos promovieron la fundación de cooperativas o sociedades de trabajo asociado de las propias trabajadoras para facilitar, de ese modo, la gestión del servicio sin generar empleo municipal directo.

Así define ese proceso una de las cooperativas que aún presta servicios de ayuda a domicilio¹⁰¹ para una Administración local:

De un día para otro, estas trabajadoras amanecieron siendo empresarias, en una actividad, además, que, por no tener, no tenía ni definición. En los servicios de ayuda a domicilio las personas podrían demandar tareas tales como pintar la casa, comprar el pan en festivos, reparar un inodoro, cocinar, pasear un perro... Por lo tanto, el primer reto para las mujeres que asumieron la dirección de la cooperativa fue construir una identidad propia. En el año 1992 la plantilla estaba formada por 500 trabajadoras.

Algunas de estas cooperativas y entidades sin ánimo de lucro siguen activas y ofreciendo sus servicios, si bien en concurrencia competitiva con las empresas que irrumpieron en este mercado a partir de la entrada en vigor de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Fue entonces cuando el Estado, a través de las comunidades autónomas y las corporaciones locales, estableció el SAAD, por el que abrió la puerta a la provisión del servicio de ayuda a domicilio por empresas que, a partir de entonces, presentan a concurso

101 Grupo SSI. Bilbao. Cfr: <http://www.grupossi.es/>

público sus ofertas. Las trabajadoras (siguen siendo mujeres en su inmensa mayoría) son subrogadas a las empresas que consiguen los contratos y, de ese modo, hay un alto porcentaje de ellas con una historia laboral en la ayuda a domicilio de más de 25 años.

Como se ha señalado en capítulos anteriores, la existencia del servicio de ayuda a domicilio del catálogo de la LAPAD (prestación especializada) es compatible con que muchos ayuntamientos mantengan el suyo propio (prestación básica). De esta manera, el servicio de ayuda a domicilio básico (también, según el caso se denomina ordinario o social) que proporcionan las entidades locales es complementario –en distintos grados según cada entidad– con el que se deriva de la LAPAD para personas en situación de dependencia. Ambos son realizados por las mismas empresas aunque, a veces, a precios diferentes¹⁰². Sin embargo, está generalizada la queja de las trabajadoras subrogadas de que sus salarios se han reducido en comparación con lo que cobraban cuando el servicio era sólo municipal.

La mayoría de los usuarios del servicio son personas solas, ya sea con un nivel de autonomía total o limitado, y, en todos los casos entrevistados, desean quedarse en su vivienda sin contemplar la opción de un centro residencial y desconociendo casi siempre otras posibilidades.

Que el modelo no está aún ajustado se evidencia en que su revisión está presente en la mente de las personas entrevistadas tanto de la Administración como de las empresas que proveen la ayuda a domicilio y, por supuesto, de las trabajadoras que lo atienden directamente.

En los apartados posteriores se profundizará en cada una de las caras del prisma de la ayuda a domicilio: las necesidades de población en general y de las personas usuarias en particular; el papel de la Administración, el de las entidades proveedoras del servicio y las condiciones para garantizar su calidad, siendo entre estas una de las más importantes, la profesionalización de las trabajadoras (más del 90% son mujeres) y los trabajadores que lo ejecutan.

En todo el documento se trata de utilizar un lenguaje inclusivo, pero tanto a las personas profesionales del trabajo social como de la ayuda a domicilio se las nombra en esta parte en femenino porque ambas son profesiones altamente feminizadas y no parece imprescindible duplicar su denominación en masculino.

¹⁰² Es el caso, por ejemplo, del Ayuntamiento de Granada o del de Barcelona cuyo último contrato valora el precio hora a 12,50 € para el SAD de dependencia y a 14,92 € para el SAD municipal.

The background of the entire page is a soft-focus photograph of several white snowdrop flowers. They have long, thin green stems and leaves, and their delicate, bell-shaped flowers hang downwards. The lighting is natural, creating a bright and airy feel.

SOCIEDAD, ADMINISTRACIÓN
LOCAL Y AYUDA A DOMICILIO





Las necesidades de la población

Centrando el foco sobre uno de los servicios del catálogo de la Ley, la ayuda a domicilio, sirva, el esquema que proporciona el Ayuntamiento de Burgos en su página web para concretar más quiénes son las personas destinatarias del mismo:

El servicio está pensado para:

- Las personas de edad avanzada con dificultades en su autonomía personal y en condiciones de desventaja social.
- Las personas con discapacidades o minusvalías que afecten significativamente a su autonomía personal.
- Los menores de edad cuyas familias no pueden proporcionarles el cuidado y atención que requieren en el propio domicilio, permitiendo esta prestación su permanencia en el mismo.
- Las familias con excesivas cargas, conflictos relationales, situaciones sociales inestables y/o con problemas derivados de trastornos psíquicos o enfermedades físicas de gravedad.

Esta tipología es común en los casos estudiados aunque su peso en el conjunto de la población beneficiaria de la ayuda a domicilio es, como se verá, variable en función de una casuística diversa.

Conceptos

Aunque la ayuda a domicilio es una prestación individualizada, —es decir, son personas concretas quienes la solicitan y la reciben, no el conjunto de la familia—, es evidente que por la concepción social del cuidado que existe en España, las familias y, particularmente, las mujeres de las familias, se ven implicadas. No existe aún un servicio público en el domicilio que contemple el cuidado 24 horas al día y, en muchas ocasiones, son mujeres, hijas, hermanas, nueras, etc., quienes se ocupan/preocupan de la persona dependiente. Es decir, analizar las necesidades de las personas dependientes tiene como condición analizar también las necesidades de sus cuidadoras no profesionales.

Además, la persona que recibe el servicio de ayuda a domicilio vive en un contexto determinado en el que el entorno familiar, la red social, las condiciones del espacio físico donde habita y se desenvuelve, son factores que influyen de forma determinante en sus

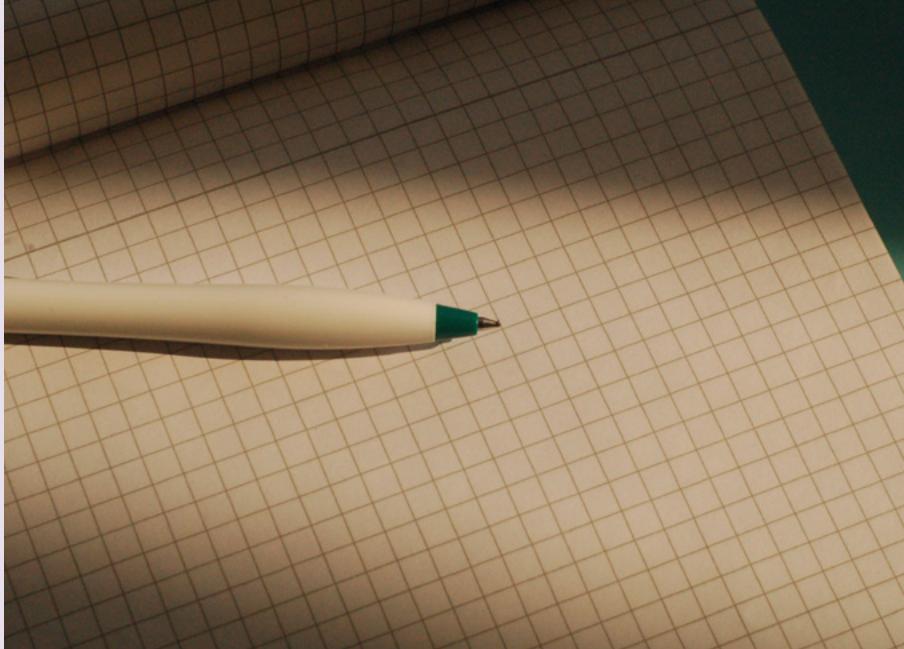
necesidades tanto en aquellas que expresa como en las que no. En consecuencia, parece importante contar con todos ellos para cubrir de forma eficaz las carencias expresadas o no, por cada persona.

Por esas razones, sería importante poder diferenciar entre los datos de *demandas* de ayuda a domicilio y los de la *necesidad* de ayuda a domicilio, teniendo en cuenta que, en general, en las construcciones teóricas se parte de que la *necesidad* es una carencia respecto al bienestar psicosocial de las personas, siendo la *demandas* la expresión de dicha carencia.

El estudio de las necesidades es una de las piezas fundamentales de cualquier diagnóstico social en general, y en particular, para establecer qué servicios y prestaciones son los más adecuados en situaciones de dependencia. Supone un esfuerzo sistemático para identificar y comprender los problemas que pueda padecer cada sujeto y ayuda a establecer la importancia de una situación en relación a otra. Ayuda a tomar decisiones para compensar la homogeneización de los servicios y prestaciones mediante la individualización del plan de intervención, considerando siempre que el diagnóstico es provisional, porque las necesidades cambian con la situación de las personas y varían a lo largo del tiempo.

En general se acepta que existen cuatro tipos de necesidades, que son:

Necesidades Expresadas	Necesidades Sentidas	Necesidades Comparadas	Necesidades Normativas
Manifestadas abiertamente por las personas porque conocen que existe una respuesta o forma para cubrirlas.	No han sido expresadas debido a que, normalmente, no se conoce la respuesta.	Hacen referencia a las que expresan las personas y que se sienten después de verlas cubiertas en terceras personas.	Son las consideradas por el personal técnico, o las autoridades, conforme a los derechos reconocidos a lo largo de la historia, así como en el trabajo y la experiencia diaria de estas personas.



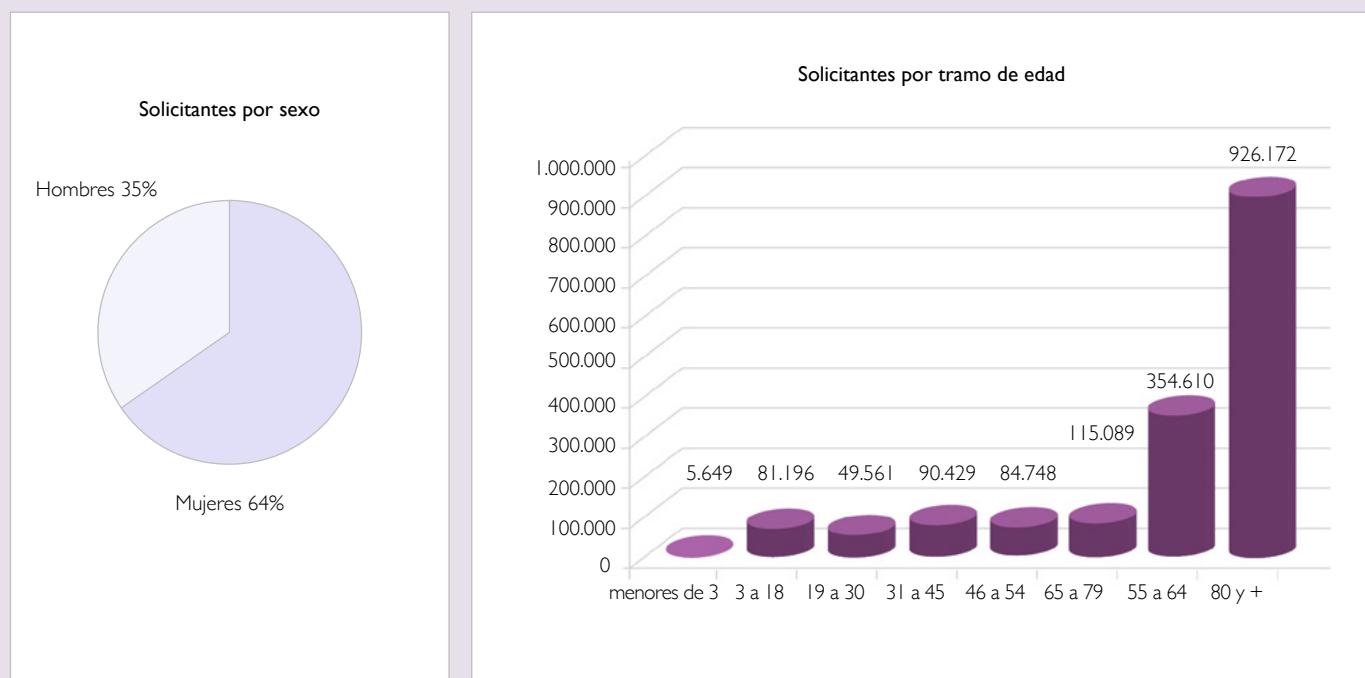
En el estudio de necesidades, por último, hay que considerar que satisfacer las necesidades inmediatas no siempre supone mejorar las condiciones que las provocan a medio plazo (intereses estratégicos). Es por ejemplo, el caso de la satisfacción de necesidades de las cuidadoras no profesionales que, de entrada pueden ver satisfechas sus necesidades prácticas de ayuda para los cuidados, pero para las que hay que considerar estrategias que avancen en la corresponsabilidad social sobre los mismos. Necesidades prácticas e intereses estratégicos son igual de importantes y se deben abordar de forma conjunta y planificada para que la acción sea realmente efectiva. Este tema y otros se verán a continuación.

Necesidad y demanda

La necesidad expresada de atención a la dependencia se puede cuantificar con la información del IMSERSO –ya comentada en capítulos anteriores–, cuyos últimos datos disponibles a noviembre de 2017 son que la han solicitado 1.707.454 personas, el 64% mujeres y el 54,24% personas mayores de 80 años.

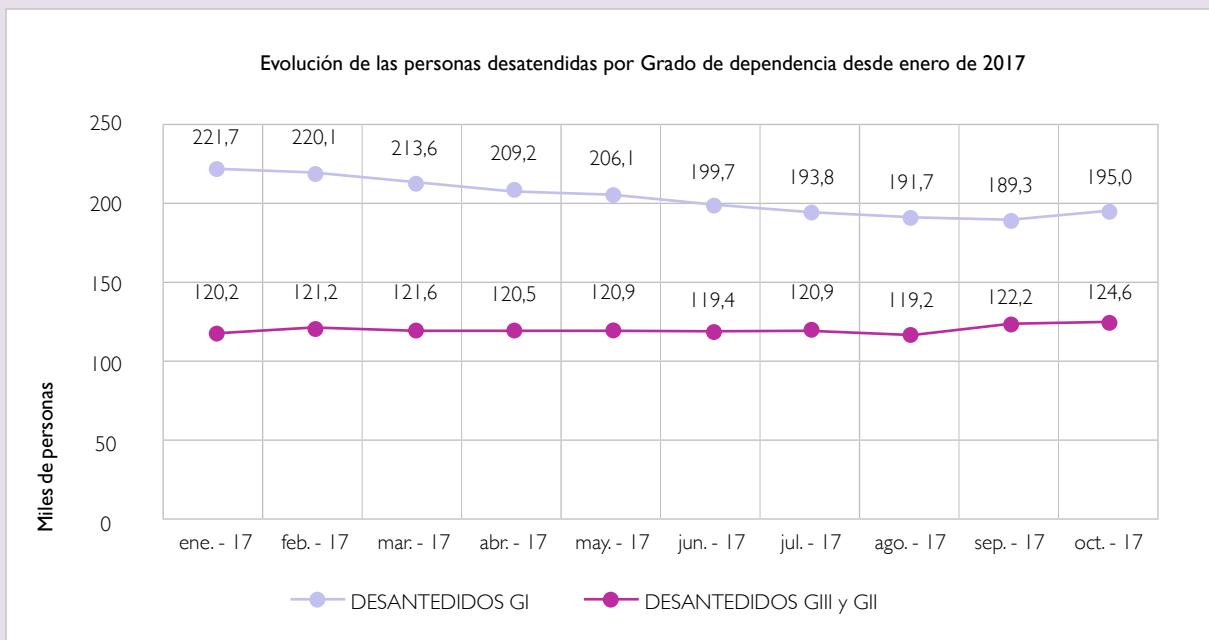
Gráfico 2. Perfil por sexo y tramos edad de solicitantes de ayuda a la dependencia a 30 de noviembre de 2017.

Fuente: IMSERSO. Informe de gestión.



No toda la demanda está cubierta sino que hay listas de espera de personas que han sido valoradas como dependientes. De todas las personas que aún no han recibido la prestación a la que tienen derecho, la mayoría tiene una valoración de dependencia de grado I y su lista de espera se ha ido reduciendo más que la de quienes necesitan prestaciones y servicios por su valoración de grado II y III.

Gráfico 3. Evolución de las personas desatendidas por grado de dependencia (en miles). Enero 2017–Octubre 2017. Fuente: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.



El 72,22% de las personas ya beneficiarias tenía más de 65 años. En concreto un 17,62% tenía una edad comprendida entre los 65 y 79 años, mientras que un 54,60% tenía 80 o más años.

Como se ha visto en capítulos anteriores, el servicio de ayuda a domicilio ha experimentado un importante aumento de prestaciones. Por ejemplo, atendió durante 2016 a más de 170 mil personas en todo el Estado y en noviembre de 2017 ya eran más de 191 mil, casi un 12% más. Lo cierto es que la evolución del servicio ha sido exponencial. Por aportar un dato, sólo en Galicia se están prestando unos siete millones de horas al año a más de 19 mil personas y, constituye el 31,47% de las prestaciones del sistema en esa comunidad autónoma.

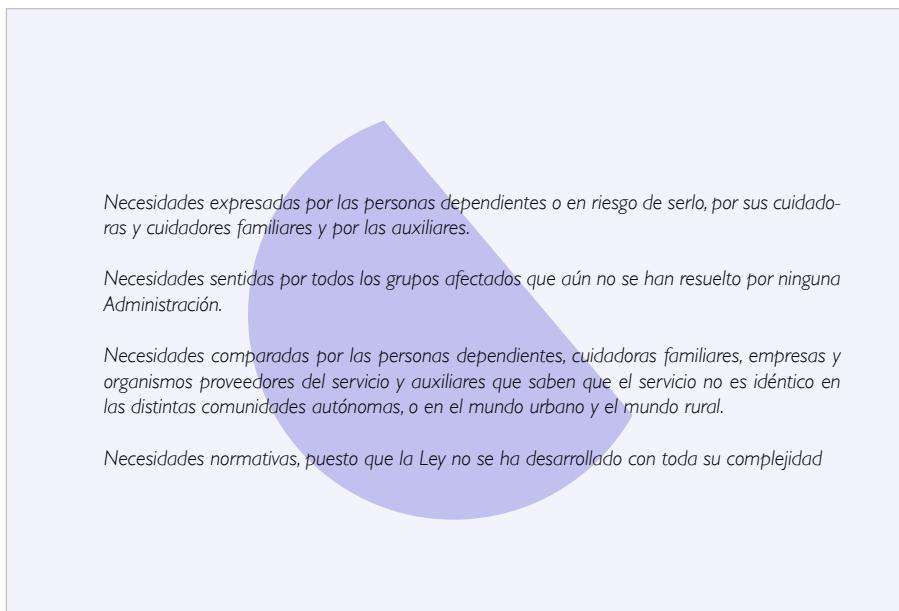
En conclusión, hay una necesidad creciente y una demanda aún no cubierta que también aumenta. A ello se añade que, como ya se ha visto, las previsiones demográficas en España apuntan a un incremento de la población de mayor edad. El propio Instituto Nacional de Estadística, avanza que la población mayor de 65 años que actualmente representa el 18,7% del total de la población, pasaría a ser del 25,6% en 2031, y del 34,6% en 2066.

Es decir, con la información disponible la lógica dice que se incrementará tanto la necesidad de prestaciones y servicios del sistema de atención a la dependencia como su demanda, y si se pretende potenciar que las personas permanezcan en sus hogares el tiempo que deseen, entre esos servicios, el de ayuda a domicilio será muy relevante. Valga el ejemplo de los últimos datos disponibles en Burgos en su *Memoria 2016 del Servicio de Ayuda a Domicilio*: el número de nuevas solicitudes presentadas a lo largo del año 2016 es 714, un 72,45% superior a 2015.

No se puede, por tanto, considerar que la ayuda a domicilio sea un servicio puntual, ni con riesgo de desaparecer porque no exista la necesidad o porque ésta no se demande. Es probable, eso sí, que cuando los presupuestos sean suficientes para la atención a todas las personas con grado III, se estabilice en concreto la demanda de esos beneficiarios y beneficiarias. En cualquier caso, la evidencia de que se trata de un servicio que crecerá implica que se asegure su idoneidad por parte de la Administración, tanto para cubrir las necesidades de sus usuarias y usuarios, como para garantizar el empleo digno de quienes lo atienden.

Se puede prever, por tanto, que el modelo de ayuda a domicilio tendrá que ajustarse para satisfacer una variedad de necesidades que han cambiado y cambiarán con el tiempo. En resumen, se puede decir que un diagnóstico exhaustivo de necesidades en relación a la ayuda a domicilio debería tener en cuenta las siguientes:

Ilustración 1. Grupos de necesidades para un diagnóstico social del servicio de ayuda a domicilio.



No era un objetivo de este estudio realizar un diagnóstico completo de necesidades, ya que el foco se ha puesto sobre las condiciones laborales de las auxiliares, pero se pueden avanzar algunas identificadas en los distintos grupos que podrían dar pie a análisis más exhaustivos. A continuación, se citan necesidades de las personas dependientes y sus familias, mientras que en otros apartados se verán otras relacionadas con las auxiliares y las empresas:

Necesidades expresadas y sentidas por las personas usuarias de la ayuda a domicilio y sus cuidadoras.

La oportunidad de conocer y entrevistar a personas usuarias de la ayuda a domicilio aporta información sobre necesidades cubiertas y no cubiertas por el servicio.

Como en la mayoría de los casos, hay que diferenciar necesidades de personas casi autónomas (en general grados I o II, valorados o no) y personas muy o totalmente dependientes (grados III) así como de sus correspondientes cuidadoras familiares.

En el caso de las personas más o menos autónomas, las necesidades expresadas por ellas son, sobre todo, de ayuda en las tareas más «duras» del mantenimiento del hogar (limpiar, cocinar, lavar y planchar la ropa, comprar suministros y colocarlos, etc.). Son necesidades que suele cubrir el servicio de ayuda a domicilio u otros complementarios como por ejemplo, el de comidas a domicilio con el que cuentan algunos municipios.

Aunque el acompañamiento es, por supuesto, una necesidad expresada y muchas veces sólo sentida, es una necesidad menos generalizada porque muchas de estas personas tienen una red familiar, vecinal o de amistades que cubre sus tiempos de soledad no deseada. Cuando no existe esa red, se evidencia la necesidad sentida: descuidan su aspecto, no salen a la calle, duermen demasiado, en resumen, se deterioran física y psicológicamente. Un ejemplo de esta necesidad es una usuaria entrevistada, que tiene menos de 60 años y padece fibromialgia, que ha solicitado ayuda a domicilio porque «necesitaba una amiga».

Otra necesidad sentida por este tipo de personas usuarias, y expresada por algunas, es el acompañamiento nocturno que no está cubierto ni por el servicio ni, normalmente, por su propia red. La teleasistencia es, en esos casos, el complemento que palia en parte sus temores aunque hay problemas para su implantación universal bien porque exige ciertos requerimientos que no siempre se cumplen, una línea fija de teléfono por ejemplo; bien porque las personas usuarias tienen problemas de comprensión,



de vocalización, sordera, etc. Es posible que la robótica pueda superar a futuro estos condicionantes pero de momento no hay servicios públicos para cubrir esta necesidad.

También en este grupo, el acondicionamiento para la accesibilidad de su propio domicilio (bañera, muebles de cocina, etc.), su propia movilidad (sillas de ruedas estrechas para la casa, andadores, etc.) pero también del acceso a la calle (ascensor, vestíbulo del edificio, puerta de entrada, etc.) resultan necesidades sentidas aunque no siempre expresadas porque no saben cómo pueden resolver sin suficientes medios económicos. Hay Administraciones que subvencionan, total o parcialmente, las obras de acondicionamiento e, incluso, pueden mediar con comunidades de vecinos para que se lleven a cabo en los espacios comunes; pero también hay otros casos en los que no hay previsión de ayudas y la solución es individual. Como consecuencia, hay personas que tienen un grado relativo de autonomía con una silla de ruedas, por ejemplo, pero que no pueden salir a la calle porque su ascensor es estrecho o porque hay escaleras en el portal. Y, otras en esas situaciones que reciben ayuda a domicilio y cuyas auxiliares tienen que hacer verdaderas demostraciones de pericia o de fuerza para acompañarles fuera de su domicilio. En ambos casos, se está afectando a los derechos y a la dignidad de las personas (a nadie le gusta verse, por ejemplo, levantado en volandas o pidiendo favores a tercera personas sólo para salir de casa).

No hay ayuda a domicilio los sábados por la tarde, domingos y días festivos para personas con un grado de dependencia inferior a III. En algunos casos sí tienen apoyo de su propia red para esos días, pero no siempre, aunque sus necesidades sean las mismas. La cultura de cuidados que señala a la familia como principal

responsable de los mismos tiene como una de sus consecuencias que si no hay familia o, por cualquier circunstancia, ésta no está dispuesta o disponible, no se prevé cómo mitigar esa ausencia; y al contrario, los servicios se reducen si hay red familiar aunque no sea la más adecuada por distintos motivos. Aún son insuficientes tanto las coordinaciones con iniciativas sociales de voluntariado que pueden mejorar esta situación, como alternativas residenciales del tipo viviendas compartidas o colaborativas. El resultado es la soledad no deseada y la desatención de muchas personas dependientes durante los días festivos, algo que, sin duda, tiene consecuencias en su salud y bienestar.

En el caso de personas con valoración de dependencia de grado III en sus distintos niveles, la necesidad sentida y expresada más evidente es la de cuidados personales en todos sus aspectos. La expresión de la necesidad puede ser de la propia persona o de sus familiares y, sobre todo, de sus cuidadoras. Como lo habitual es que las personas no estén solas (si lo están la ayuda a domicilio no es posible y es necesario recurrir a un recurso residencial), la ayuda para la movilización, para el aseo personal, levantarse, acostarse, desayunar, comer o cenar, salir hasta el portal para que les recojan para ir al centro de día, etc., es la demanda más clara. Las horas disponibles para este servicio son siempre escasas y cuando se cubren con tramos de media hora en tres momentos del día –algo muy habitual–, resultan claramente insuficientes. Sólo hay que reflexionar un momento sobre, por ejemplo, el tiempo que cualquiera puede tardar en despertar, levantarse, asearse, desayunar y salir de casa en condiciones de total autonomía, para imaginar que una persona que necesita ayuda para realizar cada uno de sus pequeños movimientos, que sea movilizada mediante una grúa, desplazada



hasta un cuarto de baño, vestida, etc., tenga suficiente con media hora. Las auxiliares lo hacen –siempre que colabore la cuidadora habitual– pero echan en falta una dedicación más cuidadosa y respetuosa con los ritmos personales de las y los usuarios.

Hay otras necesidades expresadas que hacen referencia a servicios complementarios: podólogos, atención médica y, sobre todo, algo que tiene una interpretación de género que no se considera lo suficiente: la limpieza doméstica más completa. Esta última se expresa sobre todo en el caso de mujeres mayores que ya no pueden realizar las que suponen sus tareas, como las han hecho *toda la vida*. La limpieza del hogar ha sido una parte fundamental de su trabajo, la casa es una extensión de sí mismas y que no se mantenga como a ellas les gusta, es un motivo de desazón y de queja. Es muy posible que esta interpretación de lo que significan las tareas domésticas para las mujeres vaya cambiando y la siguiente generación ya no lo viva del mismo modo, pero por ahora, si bien seguramente no hay que atender a los requerimientos, sí al menos hay que comprenderlos. Esto es motivo de conflicto permanente con las auxiliares, con las trabajadoras sociales o con las empresas proveedoras. La limpieza de cristales, los cambios de cortinas, limpiezas generales cada dos meses, «limpiar sobre limpio» como lo expresan muchas auxiliares, es una demanda a la que tienen que resistirse, sobre la que tienen prácticamente que educar, tanto a las usuarias como a sus familias.

Y, por último, las cuidadoras no profesionales expresan y sienten necesidades muy claras de acompañamiento, consejo y ayuda. Madres, hijas, nueras, etc., ocupadas de su familiar permanentemente, no suelen demandar servicios de respiro aunque es evidente que es una necesidad sentida pero, como en otros

casos, puede que no lo hagan porque determinen que la persona dependiente es su responsabilidad y ausentarse de sus cuidados es una especie de traición a la misma. No obstante, aunque siga pesando la sensación de abandono de responsabilidades por mandato de género, cuando hay esos servicios y los utilizan, los valoran muy positivamente. Cuando no lo hacen, es obvio que corren riesgos de que su salud se resienta.

En los escasos supuestos en los que la prestación del servicio de ayuda a domicilio es compatible con la prestación económica para cuidados familiares, el 88,7% de las personas consideradas *cuidadoras no profesionales* son mujeres y esta prestación para cuidados tiene una cuantía que ronda los 150 euros para el grado I y los 390, para grado III. Hay al menos dos preguntas que pueden formularse ante esta información: una, si realmente con esa prestación se están cubriendo necesidades prácticas de las mujeres cuidadoras tanto de remuneración por su trabajo como de acumular derechos vinculados a la seguridad social, como por ejemplo, pensiones. Y otra, es si esta prestación sirve para avanzar hacia la necesidad estratégica de mejorar la valoración social y el reparto del trabajo de cuidados. Este informe sólo sirve para enunciarlas, no para responderlas.

Necesidades comparadas y normativas de las personas usuarias de la ayuda a domicilio y sus familias.

Son necesidades que se expresan por comparación con situaciones análogas o con lo que la ley manda. Las personas usuarias no conocen la ley lo suficiente como para demandar de forma espontánea servicios que estén contemplados en ella. Sin embargo, sí conocen a sus vecinos y vecinas y saben de

situaciones similares en otros municipios, por lo que comparan los servicios que reciben. ¿Qué demandan entonces?

Lo habitual es más medios y más tiempo. Más medios como ayudas técnicas (camas articuladas, sillas de ruedas, andadores, etc.) o ayudas para el acondicionamiento de sus hogares porque saben que no son las mismas en todos los lugares. Más tiempo para acompañamiento, sobre todo, porque consideran que las principales tareas están cubiertas pero no así, otras que consideran subsidiarias como ya se ha comentado. Así que comparan su servicio con el de la vecina sin tener en cuenta, por ejemplo, que aquella tiene un nivel más alto en la valoración de dependencia y, por tanto, recibe una atención más prolongada.

También se expresan necesidades comparadas en las poblaciones más pequeñas o rurales por la falta de oportunidades de ocio y tiempo libre en relación con las ciudades más grandes, si bien, es una necesidad comparada poco fundamentada porque, en general, aunque sea cierto el argumento, en las ciudades más grandes no siempre ni el espacio físico, ni las distancias, ni esas oportunidades son mucho más accesibles para las personas con algún grado de dependencia.

Por concluir este apartado, hay que señalar que todo lo anterior se refiere a necesidades de personas que ya utilizan el servicio, entendiendo que **hay una necesidad superior y es la del acceso al mismo de todas las personas que tienen derecho, algo que, de momento, no es posible**. Recordemos que en el informe de noviembre de 2017, el IMSERSO calcula que aún hay un 14,44% de personas de los grados II y III y un 46,49% de grado I pendientes de recibir prestación. En ese sentido, el plazo de concesión del servicio es muy variable y las listas de espera que se originaron con la entrada en vigor de una ley insuficientemente dotada de estructuras organizativas y de financiación, se están absorbiendo en parte pero no siempre se cumple el plazo de seis meses entre la solicitud y el acceso (en A Coruña o en Granada, por ejemplo, pueden tardar un año) y el plazo es el mismo para las revalorizaciones. También hay que decir que las situaciones de emergencia siempre son atendidas con mucha más premura y se resuelven de inmediato porque se agiliza al máximo el trámite burocrático, solicitando incluso la información pertinente después de que se ha resuelto la situación que provocó la emergencia.

El papel de la administración local

Puntos de partida

Como se relata en otro apartado de este informe, la gestión y la prestación del servicio son competencias de entidades locales, bien municipales, bien supramunicipales (diputaciones o comarcas) en el caso de municipios con menos de 20 mil habitantes que no lo puedan desarrollar por su cuenta. Además, también se ha citado que el servicio de ayuda a domicilio como servicio público tiene un claro origen en los primeros ayuntamientos de la democracia elegidos en 1979 porque fue a partir de entonces, cuando las corporaciones locales (ayuntamientos, cabildos insulares y diputaciones provinciales y forales) desarrollaron nuevas competencias en el área de la asistencia social y de los servicios sociales.

A todo lo anterior es necesario añadir que la ayuda a domicilio convocó, desde el primer momento, varias circunstancias que marcaron el desarrollo de sus inicios en España y que se pueden resumir en las siguientes:

Una de ellas fue la conexión directa entre la necesidad de cuidados de una parte de la población y la necesidad de empleo de otra, especialmente de mujeres. El cuidado de personas mayores o con alguna discapacidad fue un *yacimiento de empleo*, como se denominaba en aquel momento, que acogió a numerosas mujeres desempleadas, muchas que hicieron cursos cortos del INEM y encontraron en esta actividad salarios, muy precarios eso sí, pero salarios. Esta función generadora de empleo persiste en algunas de las experiencias estudiadas, en especial en la de la Diputación de Salamanca¹⁰³ y en Tomelloso, donde se sigue poniendo en valor que sea una posibilidad laboral para mujeres, sobre todo aquellas que tienen una formación limitada y que viven en zonas rurales donde, a la vez, «fijan población».

Otra fue el interés de las mujeres que atendían el servicio, por realizar una labor realmente útil y profesional desde un planteamiento vocacional. Porque, efectivamente,

103 La Diputación de Salamanca es la entidad local que gestiona el servicio de ayuda a domicilio en uno de los casos estudiados: Vitigudino.

muchas de las que comenzaron en aquellos años, y aún continúan en ese empleo, ponen el acento en que sólo han podido permanecer en él gracias a su vocación. «Te tiene que gustar», dicen a menudo. Y para que se valorara —y, probablemente, por sentirse seguras en él—, se preocuparon de formarse en cursos y cursillos que, con mayor o menor acierto, se propusieron desde cooperativas o entidades sociales que eran las que entonces proveían el servicio.

Y una tercera cuestión es que la imagen social que se fue proyectando sobre la labor de las auxiliares se vio influida por las condiciones socioeducativas y socioeconómicas que tenían de entrada (mujeres muchas de ellas con variados grados de vulnerabilidad y formación escasa), sus condiciones laborales precarias (la valoración económica de los cuidados aunque éstos sean profesionales, era y es muy baja), y en una España en la que aún pesaba el modelo laboral en el domicilio de *la asistenta, la chica*, e, incluso, *la criada*. El sesgo de género como se ve, era y sigue siendo, altísimo.

A estas tres circunstancias se añade la propia concepción que del servicio tenían las entidades o personas que lo promovieron en primera instancia: entidades sociales, personas individuales con buenos deseos, servicios municipales más voluntaristas que dotados de suficientes recursos, etc. Es decir, los inicios de la ayuda a domicilio rozaron el voluntariado, la ayuda mutua, la cultura de la beneficencia¹⁰⁴ y, siempre, un deseo de complementariedad con el cuidado que proporcionaba nuestro sistema y cultura familiares. Todo ello sigue presente en el ADN del discurso social sobre la ayuda a domicilio.

La influencia de la puesta en marcha de la Ley 39/2006

Las personas responsables de la ayuda a domicilio evidencian algunas de las **consecuencias de la implantación de la Ley**. Para empezar, que trasladó la responsabilidad final del servicio a las Administraciones autonómica y foral y, en el comienzo, algunas, incluso, quisieron prestarlo directamente aunque con escaso éxito, como fue el caso de la Comunidad de Madrid, duplicando con empresas distintas el servicio que ya existía en los municipios.

En general, en las entrevistas se valora muy bien el papel homogeneizador que tuvieron los criterios para el acceso al servicio de dependencia. Consideran que es un aspecto positivo, aunque hizo visible una necesidad sentida y, por tanto, abrió la puerta a una demanda que, a estas alturas, no está satisfecha porque la dotación económica y de recursos organizativos ha sido insuficiente en estos once años de desarrollo. Asimismo, la LAPAD sirvió en algunos territorios para establecer modelos de gestión más uniformes donde estaban muy fragmentados.

También las opiniones señalan que el hecho de configurar el SAD de dependencia como derecho subjetivo, de ineludible prestación, ha obligado a modificar el diseño de la intervención. Centrado antes en las personas pero también en sus entornos, era posible trabajar aspectos variados como la mediación en conflictos en la unidad familiar; el apoyo socioeducativo específico, etc.; o priorizar casos con mayor grado de precariedad económica sobre personas con más medios económicos que podrían permitirse contrataciones privadas. Ahora el derecho es individual y universal con todas sus consecuencias.

La LAPAD también estableció que la financiación del SAD de dependencia corresponde a cargo de la Administración General del Estado y de la autonómica (no así el SAD básico, cuya cobertura se lleva a cabo desde los presupuestos de la entidad local financiadora) es decir, que ya no dependiera solo de las Administraciones locales sino que participara tanto la Administración General del Estado como las Administraciones autonómicas y forales, algo que ponen en valor las personas entrevistadas con alguna responsabilidad institucional. Sin embargo, también expresan con claridad que la

104 No hay que olvidar la historia de los servicios sociales y el carácter que imprimieron normas como el Decreto 2531/70, de 22 de agosto, por el que se creó el Servicio Social una de cuyas funciones era atender a la asistencia de los minusválidos en el orden sanitario, social y familiar; la Resolución del 8 de abril de 1980 por la que se aprobó el Plan de Prestaciones para Minusválidos Físicos, Psíquicos y Sensoriales, que en su artículo 59, decía: la atención domiciliaria comprenderá todos aquellos servicios y prestaciones personales que faciliten las actividades de la vida diaria, en su hogar a aquellos minusválidos con graves dificultades de desenvolvimiento personal y carencia de medios alternativos para atender sus necesidades. Luego, a partir del R. D. 1433/1985, de 1 de agosto, se ofreció una cobertura universal, al extender la atención a toda la población marginada. Con ello se sentaron las bases para que este servicio social pudiera ser solicitado por todas aquellas personas, además de por los ancianos y minusválidos, que atravesarán especiales dificultades y demostrarán su estado de necesidad.



proporción de la aportación de la Administración General del Estado se ha reducido a la mitad desde 2009 y se ha ido compensando con el incremento de la aportación del resto de las Administraciones y de las personas usuarias.

Como consecuencia, ante la falta de recursos suficientes, la ayuda a domicilio municipal (SAD básico) está absorbiendo una parte de la demanda del SAAD. El peso de la financiación local es importante y muy diverso y, en algunos casos, superior a monto que reciben de su comunidad autónoma o su diputación foral. En algunos, como A Coruña, el SAD básico se está haciendo cargo de beneficiarios en lista de espera y sobre todo de casos que tienen puntuación para ser valorados como grado III¹⁰⁵. El resultado es que el SAD básico está saturado y no permite trabajar la prevención con personas de grado I ó II. Es un ejemplo de que a veces la aportación de la Administración local para la ayuda a domicilio es superior a la de la comunidad autónoma o la diputación foral. Ocurre de ese modo al menos en Baracaldo, Madrid y A Coruña. No así, sin embargo, en otros lugares como Granada o Tomelloso.

Y respecto a la financiación, otra variable es la aportación en concepto de participación de las personas beneficiarias en el coste, que se conoce popularmente como copago que como se ha visto ha ido incrementándose desde 2009. En algunos ayuntamientos, antes de la puesta en marcha de la Ley se establecían tasas de cantidad fija (a modo de tarifa plana, como se hizo también en la Comunidad de Madrid en los comienzos de la LAPAD), o incluso, las personas podían pagar todo el coste del servicio (Burgos) permitiendo así una intensidad a medida de cada necesidad. La LAPAD determinó que el pago se realizara en función de la capacidad económica individual aunque son normas autonómicas o locales los que fijan las tasas correspondientes. La política respecto a esta tasa es diversa: desde los ayuntamientos como A Coruña que mantiene un cobro inferior al de la normativa autonómica y está buscando la

105 De hecho, en Galicia los dictámenes de grado III supusieron, en 2016, el 32,1% sobre el total; y en octubre de 2017, el 31,7%, siendo el porcentaje más elevado de dictámenes de grado III en todas las comunidades autónomas.

manera de eliminarlo; hasta el caso de Burgos donde un porcentaje elevado de las renuncias al servicio por personas usuarias se debe a que consideran que el coste del servicio es demasiado elevado –de hecho, el copago representó en 2016 el 20,5% del presupuesto ejecutado–; pasando por otros ayuntamientos donde la aportación del copago al presupuesto es residual, como en Granada (supone el 1,6% del presupuesto) o Barcelona (el 0,3% del presupuesto).

Una tasa elevada de copago disminuye la demanda del servicio y favorece la economía informal. Por ejemplo, en el caso de Burgos el servicio ha vivido momentos de aumento de las renuncias tanto cuando la entrada en vigor de la LAPAD coincidió con un periodo de crisis y las familias (las mujeres de las familias, habría que decir) volvieron a su papel de cuidadoras; como, más tarde, cuando una ordenanza reguladora del precio público en Castilla y León elevó el copago por el servicio, de tal manera que, como se comentaba más arriba, muchas personas beneficiarias con rentas medias renunciaron a él. Se había generado competencia con el sector privado informal y las familias preferían contar con una empleada privada aunque fuera sin contrato ni la seguridad de que pudiera ofrecer un servicio de calidad. En ese aspecto se expresan también las auxiliares de Bilbao que, entre sus reivindicaciones, recogen la queja de que «*el copago, supone, además de volver a pagar un servicio que se paga vía impuestos, un factor para que las personas opten por otro tipo de prestaciones, que no garantizan un cuidado adecuado, ni unas condiciones laborales adecuadas*»¹⁰⁶.

Pero tal vez, de las consecuencias de la Ley, lo más notable de las opiniones recogidas es cómo se ha modificado el enfoque de la intervención. Aunque en sus inicios el servicio de ayuda a domicilio era más asistencialista que promotor; también era más preventivo que paliativo. Prevenir la exclusión social, prevenir el deterioro, prevenir el aislamiento de las cuidadoras,... prevenir. También lo sancionó así la Ley 39/2006, que en su artículo 15, estableció que el servicio de ayuda a domicilio era uno de los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal; y en el artículo 23, lo definió del siguiente modo:

Artículo 23. Servicio de Ayuda a Domicilio.

El servicio de ayuda a domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria, prestadas por entidades o empresas, acreditadas para esta función, y podrán ser los siguientes:

- a) *Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.*
- b) *Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros. Estos servicios sólo podrán prestarse conjuntamente con los señalados en el apartado anterior.*

Excepcionalmente y de forma justificada, los servicios señalados en los apartados anteriores, podrán prestarse separadamente, cuando así se disponga en el Programa Individual de Atención. La Administración competente deberá motivar esta excepción en la resolución de concesión de la prestación.

Pero, en términos generales, las personas responsables del servicio en la Administración, señalan que desde la puesta en marcha de la LAPAD, el servicio se ha escorado hacia lo paliativo porque ha aumentado sustancialmente la incorporación de personas con grados de dependencia II y III que precisan de cuidados más intensivos. Antes de la Ley, las residencias absorbían buena parte de la atención de las personas que ahora, con un grado III de dependencia, son cuidadas en sus domicilios. Como se verá más adelante, es necesario matizar estas opiniones porque hay diferentes concepciones en relación a las tareas prioritarias en las distintas Administraciones locales (ver apartado sobre *Las tareas y los tiempos para desarrollarlas*).

En cualquier caso, se ha producido cierta reducción del carácter preventivo de la ayuda a domicilio y un aumento de la atención específica y paliativa porque, dicen los responsables municipales, se dio un giro de «*gente que antes se atendía con la ayuda a domicilio y estaba en su casa más o menos bien; y ahora a esas personas se les apoya poco.*» Mientras, «*todo lo que entra desde hace 4 años son grados 3, por encima de 80*

106 ELA, LAB, UGT y USO (Texto rueda de prensa 10/10/2017).

puntos (se valoran como tales con 75 puntos) aún hay lista de espera de personas por debajo de 75». Cuando el SAD básico cubre las listas de espera del SAD de la dependencia, satura un servicio que debería tener como misión fundamental prevenir.

Respecto a la **concepción del servicio**, como se introducía en apartados anteriores, la ayuda a domicilio arrastra su propia historia que marca el proyecto que de ella se tiene en cada Administración. Hay ligeras diferencias entre la opinión de responsables con competencias locales o autonómicas, pero, en líneas generales, en todos los casos se afirma con cierta contundencia que la ayuda a domicilio es el servicio necesario –y por lo tanto, hay que fomentarlo– para que las personas puedan elegir permanecer en su domicilio sea cual sea su grado de dependencia.

Es destacable que, aunque en la práctica el SAD básico cohabita con el SAD de dependencia, el discurso casi nunca recoge que la ayuda a domicilio sea un servicio necesario también para *personas o unidades familiares con menores, desestructuradas o con carencia de hábitos funcionales*; es decir, en general, cuando se habla de la ayuda a domicilio se piensa sólo en quienes tienen limitada su autonomía de modo temporal o permanente (por envejecimiento o discapacidad pero también por enfermedad, urgencias, etc.). Esta concepción marca la opinión de las personas entrevistadas y la realidad porque tanto la necesidad como la demanda en esas circunstancias es mucho mayor: según los datos, el volumen que representa la ayuda a domicilio para menores en situación de riesgo es residual (por ejemplo, un 2,9% de todos los casos en Barcelona).

En todos los casos estudiados, sobre los servicios sociales municipales recae buena parte del peso de la información, la elaboración del informe social y de cuantos otros se establecen por las comunidades autónomas o diputaciones correspondientes, con las consiguientes visitas diagnósticas a los domicilios de quienes demandan el servicio. Suelen disponer de una plataforma informática –no es una herramienta homogénea, con los consiguientes problemas para comparar sus datos– para volcar su información y tienen una función coordinadora, de seguimiento y control, tanto con el correspondiente organismo autonómico, local o foral que gestiona la dependencia, como hacia las empresas proveedoras del servicio.

Pero, las ratios de atención de las trabajadoras sociales que trabajan en los municipios de los casos estudiados son bastante significativas de los recursos que se ponen en marcha para realizar todas las tareas que debieran. Como puede verse en la tabla siguiente son muy diversas y cada trabajadora social llega a atender a una población muy numerosa:

Tabla 12. Ratios de trabajadoras sociales en servicios sociales y en la atención a personas usuarias del servicio de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017

	Número total de trabajadoras sociales	Ratio trabajadoras sociales sobre total población	Trabajadoras sociales relacionadas con la ayuda a domicilio	Ratio sobre personas usuarias ayuda a domicilio
Baracaldo	19	5.264	2	280
A Coruña	16	15.249	6	200
Madrid	603	5.250	603	112
Diputación de Salamanca	28	5.714	28	70
Granada	64	3.668	41	66
Burgos	22	8.028	22	55
Tomelloso (Ciudad Real)	12	3.062	6	38
Barcelona	700	2.298	700	29
Bilbao	sd	sd	sd	sd

La ratio recomendada por el Consejo General de Trabajo Social, es de un o una profesional del trabajo social por 3.000 habitantes y en esta estimación se tiene en cuenta que las unidades de trabajo social las componen profesionales de referencia en el sistema público de servicios sociales para garantizar el carácter integral y el acceso a los recursos sociales. Como puede verse en la tabla anterior, sólo en dos municipios podría considerarse que hay ratios aceptables y no parece realista que una trabajadora social pueda hacer el seguimiento de más de 50 casos de personas usuarias del servicio y mucho menos de 200.

En varios ayuntamientos, sus responsables políticos ponen el acento en la dificultad presupuestaria para sustituir a trabajadoras sociales que se jubilan o que se dan de baja y, aún más, para incorporar a nuevas trabajadoras a las plantillas. Las cifras anteriores



justifican que las trabajadoras sociales entrevistadas señalen que su tiempo se vea copado por los trámites burocráticos y que sea muy escaso el disponible para el seguimiento de cada caso. Sería deseable que las trabajadoras sociales pudieran ocuparse de comprobar que los planes de intervención se cumplen, que se consiguen o no las metas previstas y prever, por ejemplo, necesidad de revalorizaciones. Igual que las coordinadoras de las auxiliares deben tener como función principal asegurar que el trabajo de estas se realiza en las mejores condiciones, las trabajadoras sociales deberían ser las garantes de que el servicio de las auxiliares es el óptimo para cada caso.

5

EL TRABAJO Y LAS TRABAJADORAS
DE LA AYUDA A DOMICILIO





Caracterización

A pesar de que hay dos regímenes distintos, el SAD básico y el SAD de dependencia, no existen diferencias prácticas en las tareas que uno u otro conllevan. En los casos estudiados lo desarrollan de forma única las auxiliares de ayuda a domicilio, salvo en Barcelona donde, al igual que en el resto de Cataluña, se dividen las tareas entre dos figuras profesionales: trabajadoras familiares y auxiliares de limpieza.

El Real Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, por el que se establecen dos certificados de profesionalidad de la familia profesional Servicios socioculturales y a la comunidad que se incluyen en el Repertorio Nacional de certificados de profesionalidad enmarca la profesión de ayuda a domicilio en la familia profesional de Servicios Socioculturales y a la comunidad y señala que su competencia general es «ayudar en el ámbito sociosanitario en el domicilio a personas con especiales necesidades de salud física, psíquica y social, aplicando las estrategias y procedimientos más adecuados para mantener y mejorar su autonomía personal y sus relaciones con el entorno».

Y para ello, define tres unidades de competencia:

- UC0249_2: Desarrollar intervenciones de atención física domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria.
- UC0250_2: Desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención sociosanitaria.
- UC0251_2: Desarrollar las actividades relacionadas con la gestión y funcionamiento de la unidad convivencial.

Pero añade que «los convenios laborales que se suscriben en cada comunidad autónoma o el de ámbito nacional y los pliegos de condiciones técnicas con los que salen a concurso las adjudicaciones del servicio, constituyen el principal marco para concretar las tareas de las auxiliares, las coordinadoras y las auxiliares administrativas del servicio en cada territorio».

Las tareas y los tiempos para desarrollarlas

16. Las tareas

Como se explica en otro apartado, las tareas concretas que las auxiliares deben realizar en la atención a cada persona usuaria deberían estar prescritas y enmarcadas en un plan de intervención definido por un o una profesional del trabajo social de los servicios sociales de base (en el caso del SAD básico) o de los servicios sociales de dependencia (en el caso del SAD de dependencia). En caso de tratarse del SAD de dependencia en ese plan de intervención se han de especificar las prestaciones y servicios –la ayuda domicilio puede ser uno de ellos según el Catálogo del artículo 15 de la Ley 39/2006– que corresponden a cada persona en función de las prestaciones y servicios que establece el artículo 23 de la LAPAD:

- a) Servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria.
- b) Servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar: limpieza, lavado, cocina u otros. Estos servicios sólo podrán prestarse conjuntamente con los señalados en el apartado anterior.

A los efectos de este apartado, conviene destacar que **no corresponde** a las auxiliares de ayuda a domicilio realizar tareas que no estén programadas en un plan de intervención individual, que tengan como destinatarias a otras personas que convivan con la persona usuaria, que sean de carácter sanitario y requieran la pericia de una o un profesional de la salud, o aquellas que requieran esfuerzos excesivos.

En los casos estudiados se pueden diferenciar **dos enfoques distintos** que concretan las tareas que finalmente realizan las auxiliares.

- Por una parte, están aquellos municipios donde en los últimos cuatro años ha aumentado la dotación presupuestaria de la comunidad autónoma para la ayuda a domicilio y se ha dado de alta a muchas personas con grado III dependencia (A Coruña) o donde hay un desarrollo mayor de la Ley o un copago elevado (Burgos) que ocasiona que las personas beneficiarias renuncien a tareas de limpieza doméstica porque, además piensan que las auxiliares «están mejor preparadas para la atención personal». En estos casos, en los últimos años, ha aumentado la atención más paliativa y las funciones de las auxiliares han derivado hacia el aumento de la atención personal, sobre todo, centrada en la higiene y la alimentación. De ese modo, la movilización de personas encamadas se convierte en la tarea básica. El servicio mínimo suele durar media hora, aunque hay lugares donde no se realizan servicios inferiores a 45 minutos o a una hora. Los servicios de fines de semana son, en todos los casos, exclusivamente para la realización de este tipo de tareas.
- Por otra parte, hay municipios en los que las funciones de las auxiliares son básicamente de cuidado del hogar, sobre todo limpieza, y coincide con lugares donde la ley está menos desarrollada (Granada o Vitigudino, por ejemplo), donde el SAD básico tiene un volumen importante (por ejemplo en Baracaldo el 44% de las personas atendidas no tiene un grado de dependencia reconocido; o en Madrid, el 64% de los casos son del SAD municipal y, por tanto, sin valoración de dependencia o inferior a un grado II en lista de espera), o donde hay una mayor permisividad por parte de las trabajadoras sociales de servicios sociales o las coordinadoras responsables en las empresas de la ayuda a domicilio para que los servicios que finalmente reciben las y los usuarios en la práctica sean *a demanda* con independencia del grado (por ejemplo, Tomelloso). Aunque las personas responsables –sobre todo desde la Administración pero también en las empresas– explican que la atención personal es la esencial y que da sentido a la ayuda propuesta por la Ley, las trabajadoras señalan que la mayor parte de su trabajo es la limpieza doméstica. En ese sentido, tanto con gestión directa por los ayuntamientos como subrogada a las empresas, se trata por todos los medios de no entrar en conflicto sobre todo con la familia más que con la persona usuaria y se atienden sus requerimientos aunque no sean compatibles con la teoría de la ayuda a domicilio.

En general, en los planes de intervención no se prevén servicios de limpieza si no son complementarios a la atención personal y así se establece en la Ley, pero en el estudio se identifican muchas circunstancias por las que la limpieza se sobrepone a la atención. Aún así, siempre hay modo de justificarlo y que «*es la demanda principal*» es un argumento generalizado, pero también que «*son las auxiliares quienes más tiempo pasan con esa persona al día y detrás de la limpieza también hay observación, acompañamiento, supervisión, etc., no sólo limpieza*», como comenta una trabajadora social municipal de una ciudad grande; o el hecho de que una persona vaya a hacer el trabajo del hogar, supone alguien en casa todos los días con quien habla, «*tiene el control de la comida, si ha desayunado, el estado de ánimo, toda una supervisión que es lo más importante*». «*Aunque lo que valoren los usuarios sea sólo la limpieza* –dicen trabajadoras sociales de una zona rural–, *lo importante es lo demás, sobre todo por la soledad en que viven, algunos viven solos en todo el pueblo*». Un caso extremo se da en Tomelloso, donde las auxiliares denuncian que, a veces, el servicio suele prestarse a la familia y no sólo a la persona usuaria.

Hay que añadir sobre ambos enfoques que en la mayoría de los casos las mismas auxiliares realizan **limpiezas de choque** para personas diagnosticadas o no con síndrome de Diógenes porque la empresa lo ha ofertado como mejoras al pliego (Granada, A Coruña, Diputación de Salamanca, A Coruña, Bilbao, Baracaldo), pero también hay municipios donde este tipo de limpieza la realizan servicios diferentes (Barcelona, Burgos).

Como se ha comentado, un caso excepcional en el reparto de estos dos bloques de tareas es Cataluña. Allí las figuras profesionales son diferentes: el servicio de limpieza lo realizan auxiliares de limpieza y la atención personal y familiar, trabajadoras familiares.

Ambas no suelen coincidir a la vez en el domicilio y las trabajadoras familiares señalan que sus principales tareas son aseo y control de la higiene, hacer la compra de suministros y cocinar; pero consideran que lo principal es el apoyo psicosocial. Sin embargo, las auxiliares de limpieza se quejan de un trato displicente por parte de las trabajadoras familiares y se sienten infravaloradas en su trabajo en comparación, o sienten que no están bien tratadas por sus propias compañeras, «*hay trabajadoras familiares que ni limpian la bañera después del aseo de un usuario*», «*hay algunas trabajadoras familiares que sólo van al domicilio a sentarse*». Una consecuencia negativa de esta división de tareas es que se ha creado entre las trabajadoras una especie de jerarquía donde las auxiliares domésticas ocupan el escalón más bajo y las coordinadoras el más alto. En cualquier caso, los problemas identificados por las trabajadoras familiares son los mismos que los de las auxiliares de ayuda a domicilio del resto de los casos estudiados.

Otra diferencia básica se encuentra **en el mundo rural**. Tanto en el caso de Vitigudino como en Tomelloso, las tareas domésticas tienen un peso mucho mayor que el resto. Se recoge en las entrevistas que, incluso, hay usuarios que se niegan al aseo y en ese caso, sólo se les prescribe 11 horas al mes de atención doméstica.

Los dos grupos de tareas (atención personal y limpieza doméstica) incluyen, sólo en ocasiones, tareas complementarias para la atención personal o doméstica (ir a la compra, hacer la comida –importante, por ejemplo en la Diputación de Salamanca donde no se puede implantar un servicio anexo de comidas a domicilio–, etc.), o **acompañamiento** (por ejemplo, en el caso de Bilbao el acompañamiento lo lleva otro servicio; en Barcelona sólo se justifica si es para comprar suministros; en Madrid, sólo se prescribe si no hay hijos o hijas). Sirve para, como expresa una usuaria, «*hablar de nuestras cosas y tomar un cafelito*», hasta para acudir a visitas médicas (»*me acompaña y toma nota*», dice otro). En ningún caso se permiten acompañamientos en vehículos propios.

Además, las auxiliares y trabajadoras familiares tienen claro que entre sus funciones no hay ninguna de carácter sanitario, como se comentaba más arriba. No pueden sustituir a las ATS o al personal de enfermería. Ni siquiera pueden injectar insulina, sí con el dispositivo *bomba* (ellas lo denominan *boli*) y también pueden hacer la prueba de glucosa. Algunas, aunque no deben, toman la tensión, pero saben que corren riesgos. Sí tienen permitido limpiar heridas o llagas, (con el consiguiente riesgo de infecciones para ellas) pero no pueden curarlas.

Sin embargo, el control de la Administración sobre todo lo anterior falla en la práctica:

Para empezar, aunque exista un plan de intervención personal, el encargo que reciben las empresas y las auxiliares es una lista general (*limpieza, aseo, comida*, por ejemplo). No es habitual que haya una concreción de esas tareas con pautas individualizadas para cada domicilio (si hay más de una persona usuaria del servicio) o para cada persona y, por lo tanto, las auxiliares se ven abocadas a organizar su tiempo como les parece más adecuado o a negociar con la familia o con los usuarios o usuarias, cuál es su trabajo. Al organizar ellas mismas el tiempo en cada domicilio, puede ocurrir que, aunque se hubiera previsto una mayor carga de las tareas de atención personal, estas se reduzcan en pro de la limpieza, o que, como señala una coordinadora de las auxiliares, «*a veces las trabajadoras sociales dan horas que no tienen contenido*» y el resultado es un servicio de atención personal que se rellena con limpieza doméstica. Una conclusión es que en ese afán por medir la atención en horas, se pierde la importancia del plan personalizado para avanzar en objetivos concretos.

Las personas usuarias y, en muchas ocasiones, sus familias (ver apartado específico *Las familias y allegados*), suelen preferir que el servicio se centre en la limpieza y se producen **dos momentos en los que no hay suficiente apoyo o control por parte de la Administración**:

- En el primero, como se verá cuando se hable sobre la presentación de servicio, muchas auxiliares prácticamente tienen que negociar con la persona usuaria o con su familia las tareas que realizarán en cada domicilio. Aunque se nieguen a hacer, por ejemplo, limpiezas que no corresponden, no siempre tienen apoyo de la trabajadora social o de la coordinadora del servicio en la empresa. Aunque hay casos en los que ante la insistencia de familia o usuarios, está muy clara la regla de que no asuman determinadas labores y pueden recurrir a que la coordinadora o la trabajadora social llame para hablar con la familia y situar la atención, o incluso rescindir el servicio porque el usuario renuncie al mismo; la mayoría de las veces son ellas mismas quienes toman la decisión de realizar tal o cual labor sea o no sea la encamendada.
- En un segundo momento, cuando el servicio ya se ha iniciado, el «*yo me organizo*» es el lema común de las auxiliares y casi siempre, si el tiempo es escaso, priorizan

el aseo personal sobre cualquier otra tarea, pero también el exceso de confianza que se genera después de un periodo muy prolongado con el mismo usuario puede llevar a que la auxiliar asuma funciones que profesionalmente no debería. En Madrid, tras el proceso de presentación, con el listado de tareas en la mano, la pauta la establece cada auxiliar en convenio con la usuaria ya que desde la empresa asumen «que es importante que la o el usuario pueda tener voz en el servicio porque no puede ser inflexible». En general, tanto las administraciones como las empresas, admiten que las auxiliares hacen tareas que no deberían o que no están prescritas, e incluso las justifican porque «son auténticos radares de cosas que pasan en los domicilios y que pueden ayudar a identificar problemas médicos, de desprotección, de maltrato, etc.».

Es cierto también, que hay tareas que están en el límite de lo permitido y que se hacen o no en función del sentido común. Por ejemplo, sacar la basura cuando la persona usuaria no tiene posibilidades de hacerlo y no está acompañada, algo que en Granada, por ejemplo, les puede costar a las auxiliares una multa por hacerlo fuera de las horas de recogida de los servicios municipales.

No obstante, la queja reiterada de las auxiliares es que limpian demasiado. Que su trabajo «parece que se ha quedado en eso», como dice una de ellas. Más adelante se explicará cuáles son, a entender de este estudio, las causas de dicha deriva pero lo cierto es que es uno de los factores influyentes en la imagen social del servicio y, por consiguiente, en la profesionalización y, por supuesto, en las propias trabajadoras.

17. Los tiempos

El tiempo prescrito para realizar todas las tareas no siempre está ajustado. Algunas veces sobra en relación a los objetivos establecidos pero, casi siempre, es insuficiente. Un momento clave es cuando se precisa una revalorización de la dependencia y, mientras se produce, las horas asignadas son insuficientes durante un periodo que puede durar hasta un año, en el que las auxiliares se ven un poco desbordadas y dicen que «hacén lo que pueden o lo que les dejan».

Algunos ejemplos de falta de tiempo: un servicio habitual son dos días alternos de hora y media y en ese tiempo han de hacer control de medicación, baño, lavado a máquina, comida, limpieza polvo, suelos... O, en otro caso, en el que hay que preparar comida, la auxiliar la hace para tres días en una cocina con sólo dos fuegos. O incluso puede que tenga que dejar al usuario en el centro médico y que éste regrese solo a casa, como ha ocurrido en ocasiones en Vitoria-Gasteiz. Por ejemplo, cuentan las auxiliares en Burgos que «en 45 minutos asear y bajar al centro de día, a una persona con parkinson o un alzhéimer no da tiempo. Se desvirtúa el servicio». En Madrid no es infrecuente que el usuario sin valoración de grado de dependencia reciba un servicio de más horas que uno con un grado valorado. Cuando se produce la valoración, es posible que se rebaje el número de horas con el consiguiente perjuicio para el usuario.

Pero, como ya se ha dicho, el mayor problema respecto a lo limitado de los tiempos, lo tienen las personas valoradas con un grado III de dependencia que, por ejemplo, suelen recibir atención en tres veces al día durante media hora. Sería necesario considerar para los casos más severos, en particular para quienes viven sin compañía, hasta dónde la ayuda a domicilio es el servicio más adecuado con los tiempos con los que cuenta y si no es preciso demandar ingresos en residencias donde puedan tener apoyo 24 horas, algo que quienes desean (o sus familiares desean) mantenerse en el domicilio, suplen con contrataciones privadas, si pueden. «El enfoque era prevenir y evitar la residencia», dicen las trabajadoras sociales de Burgos y ahora «hay personas totalmente dependientes que deberían estar en residencias, pero no hay suficientes plazas».

En algunos municipios los servicios tienen una duración mínima de 45 minutos pero, aún así, son cortos. Sólo en el caso de Madrid, los servicios de 30 minutos están reservados para dejar o recoger en las rutas de los centros de día. Para el resto de tareas, el servicio mínimo allí es de una hora.

En muchas ocasiones, la falta de tiempo real para realizar las tareas se suple con el voluntarismo de las auxiliares, o con su experiencia, «son lentos el primer día, pero luego se organizan». Pero no así en otras en las que, «cuando se acaba el tiempo, hasta luego Lucas», como dice una auxiliar. Siempre el perjuicio es para la persona usuaria.

Además de la duración del servicio, el reto está también en los momentos en los que ha de darse. Normalmente se acumula la atención entre las 10 y las 12 h., el tiempo de comenzar la jornada para las personas usuarias. Como comenta una auxiliar, a esas



horas hay que priorizar el aseo porque «*la señora debe estar como un pincel*» aunque se descuiden más las labores domésticas.

En definitiva, el trabajo que realizan las auxiliares es muy complejo. Limpian, asean, escuchan, dan consejos, están pendientes de cambios, de la medicación, de la relación con el entorno familiar; asesoran para realizar gestiones, acompañan a la compra, pasean,... y cuando se saltan las normas, también son peluqueras, cortan las uñas, limpian toda la casa...un sinfín de ocupaciones que no siempre son lo suficientemente valoradas salvo por las personas que atienden que, en todos los casos, afirman que su vida es mejor gracias a ellas. Pero sobre todo, son tareas que precisan de un tiempo adecuado y que han de estar orientadas hacia objetivos pautados y de los que las trabajadoras sociales deberían hacer un seguimiento. En ese sentido, se echa en falta un papel más activo tanto de trabajadoras sociales como de coordinadoras.

Pero en cualquier caso, la pregunta que se suscita es si se espera que el servicio de ayuda a domicilio cubra absolutamente todas las necesidades de las personas usuarias. Queda la duda que se plantea una trabajadora social: «*¿Cuántas horas de servicio son necesarias para cubrir la soledad?*».

Presentación y el seguimiento del servicio

18. Presentación del servicio e información a la auxiliar

En todos los municipios, las personas responsables, tanto en la Administración como en las empresas, son conscientes de la importancia de la presentación del servicio. En algunos, el procedimiento previo es que la trabajadora social (Barcelona, A Coruña) o la coordinadora de la empresa (Madrid) vaya antes

al domicilio o hable por teléfono con la persona usuaria para informarle de la concesión del servicio y del importe de su apor-tación (copago). Sólo cuando el servicio es aceptado por la per-sona usuaria, se informa a la empresa que designa a la auxiliar. Es en ese momento es cuando ya se establece una cita con la persona usuaria (y la familia en su caso) en su domicilio.

Los pliegos técnicos para la licitación del servicio suelen establecer que ha de haber una presentación formal del servicio en el domicilio de la persona beneficiaria. Se trata, por tanto, de una parte del procedimiento del servicio que parece importante, ¿por qué? La respuesta puede ser una obviedad pero la práctica indica que es necesario insistir en ella por muchos motivos:

- Porque es el modo de que la persona conozca a quien va a ser parte de su hogar y, en muchos casos, de su intimidad, durante un tiempo.
- Porque esa persona debe saber con toda claridad en qué va a consistir concretamente el servicio y por qué: qué tareas incluye y cuáles no, durante cuánto tiempo y qué días. Y tam-bién qué debe hacer para avisar, mandar un mensaje o poner una queja.
- Porque conviene formalizar en un documento firmado por ambas partes el hecho de que se presta un servicio a un coste determinado y que incluye derechos y obligaciones.
- Porque además de conocer sus derechos, conviene recor-dar sus obligaciones –como por ejemplo, que debe avisar si necesita algún cambio de horario, un acompañamiento al médico, o simplemente, que no estará algún día.
- Porque entre esas obligaciones también está la de tratar con respeto a la auxiliar y reforzar que es una profesional que va

a ayudarle, no a sustituirle, aspectos que aunque sean muy obvios, parece necesario recalcar. Una presentación adecuada mejoraría la concepción social de las auxiliares y daría pie a una relación basada en la profesionalidad.

- La presentación también es el momento en el que puede ponerse en marcha el sistema de control de presencia allí donde existe, explicando claramente su utilidad y contrarrestando las resistencias que puedan encontrarse por parte de las personas usuarias. En varios casos es un sistema de geolocalización que necesita que en el domicilio haya un código informático que se concreta en una *pegatina*.

En resumen, la presentación del servicio y de la persona o personas que van a realizarlo es un hito fundamental. Es cuando se marcan las definitivas *reglas del juego* y resulta aconsejable que se recojan en un documento y que éste esté visible en el domicilio o, al menos, localizable por parte de la auxiliar más estable en el domicilio o de las posibles trabajadoras que eventualmente sustituyan sus tareas o las complementen.

Este modelo de presentación requiere de la presencia de una figura de referencia para la persona usuaria. Lo ideal es que sea la trabajadora social que conoce el caso y ha elaborado o participado en el plan de intervención y es responsable de su seguimiento. Es importante la presencia de la Administración a través de una trabajadora pública en un servicio, que no ha de olvidarse que es también público. En los casos estudiados, así se produce en Burgos donde en la presentación se trabaja con un manual impreso de derechos, deberes, e información diversa, se revisan los contenidos del servicio y se incorpora su conformidad al expediente. También en Baracaldo la responsable de la presentación es la trabajadora social municipal.

En otros municipios, la presentación se deja en manos de la empresa proveedora a través de sus coordinadoras (Bilbao, Barcelona, A Coruña, Madrid, Diputación de Salamanca). En A Coruña, por ejemplo, se exige que la empresa entregue un *dossier* de presentación supervisado por el ayuntamiento.

El servicio se presenta y se firman los papeles necesarios, dejando –solo a veces– una ficha de funciones visible (en la cocina, por ejemplo). Si durante la cita la persona usuaria no está conforme con el servicio, se le remite a la trabajadora social (Bilbao).

Sin embargo, a pesar de las buenas intenciones, en la práctica no se da a la presentación la importancia debida y hay muchos casos en que no se realiza. En algunos casos, nunca (por ejemplo, esto ocurre cuando el servicio lo prestan auxiliares eventuales) aunque lo exija el pliego de condiciones técnicas (A Coruña), o no en todos los distritos (Moncloa–Aravaca en Madrid) o son servicios que comienzan antes de las 8 de la mañana (Baracaldo) y «no está ni la trabajadora social ni la coordinadora de la empresa»; o se realiza sólo en algunos casos de SAD de dependencia (Granada), etc. Las razones son muy diversas y también es posible que las figuras responsables no lo vean necesario porque lo habitual es que la auxiliar sea del mismo pueblo y el usuario o la usuaria «ya la conocen» (Tomelloso, Diputación de Salamanca).

Las trabajadoras entrevistadas llegan a contar que, a veces, para saber lo que tienen que hacer «se lo preguntan a los usuarios». Un momento problemático es el verano porque las auxiliares, las coordinadoras y las trabajadoras sociales se toman sus vacaciones. Entonces, el trabajo se acumula en cada turno y, por ejemplo, en el caso de las coordinadoras «no es posible que puedan hacer todo» (Moncloa–Aravaca). Finalmente, puede que la presentación dependa mucho de la actitud de la trabajadora social o de la coordinadora y de su disponibilidad para informar tanto a la persona usuaria como a la auxiliar.

En la mayoría de los casos, las auxiliares reciben una información muy limitada sobre las características de la persona que van a atender. No tienen en ningún caso, acceso al informe social, tampoco a una copia de la orden del servicio y como ya se ha dicho, suelen contar sólo con una lista de tareas citadas únicamente por su denominación: atención personal y tareas domésticas; o acompañamiento y atención personal; o compra y atención personal... etc. La comunicación de que deben ir a un domicilio pueden recibirla por WhatsApp (Granada), en el portal (Burgos) o simplemente les dan la dirección y el nombre sin más explicaciones (Tomelloso) y así, otras circunstancias muy diversas.

Algunos aspectos a considerar ante la falta de presentación del servicio y de aclaración de las tareas de las auxiliares en la misma son los siguientes:

- El respeto por la privacidad de la persona usuaria a veces colisiona con la seguridad de la auxiliar (se verá más adelante en el apartado sobre riesgos laborales).
- La correspondiente coordinadora de la empresa no dispone de toda la información necesaria, la información completa la tiene la trabajadora social.

- Es necesario prever que también hay que asegurar la información sobre tareas y condiciones a las auxiliares suplentes.

19. Seguimiento del servicio

A partir de la presentación, la comunicación con las y los usuarios se establece con la empresa de manera telefónica (por ejemplo, A Coruña, Diputación de Salamanca) o con el ayuntamiento (por ejemplo, Burgos teléfono 010) o directamente con las trabajadoras sociales. Y aunque las auxiliares suelen decir que es con ellas con quienes se desahogan, las personas responsables en la Administración y en las empresas expresan que también reciben informaciones y quejas.

El seguimiento del servicio puede ser una competencia de las trabajadoras sociales municipales (A Coruña) o de las coordinadoras de las empresas (Baracaldo, Bilbao, Madrid, Tomelloso). Pero, si no siempre hay una presentación, lo mismo ocurre con el seguimiento: no hay una pauta de visitas a los domicilios y sólo se acude cuando hay un problema dejándolo «*al sentido común*» (Granada), de manera excepcional porque haya una incidencia (Baracaldo, A Coruña, Tomelloso, Madrid) o se organiza de forma distinta en cada distrito (Barcelona). Pero parece que el seguimiento es necesario porque «*una cosa es lo que dice el pliego y otra lo que hacen*».

También hay una buena práctica sobre seguimiento en Bilbao donde la coordinadora del grupo SSI señala que hay tres meses de periodo de adaptación de cada usuario y que luego se valora, entre la coordinadora y la auxiliar. El seguimiento le corresponde a la coordinadora de la empresa. Además, hay otra figura: *supervisora de servicios*. Pasa por los domicilios una vez al año para hacer una encuesta de satisfacción. Es una mirada ajena a las coordinadoras que, a veces, han sido auxiliares. Esta profesional sabe identificar tiempos y tareas y es capaz de valorar hasta qué punto hay condicionantes de la tarea y si ésta está bien o mal hecha. Aporta ajustes de los que se informa a la correspondiente auxiliar como parte de una evaluación de desempeño. Incluye en la aplicación correspondiente el seguimiento de cada caso y se coordina con la coordinadora de zona. Una vez al año se reúnen la auxiliar del caso, la trabajadora social y la coordinadora, pero la comunicación permanente, dice la responsable, es ágil.

En el resto de municipios estudiados, si son casos sin incidencias, la coordinación de la empresa puede realizar una visita bimensual (A Coruña) pero más para controlar el trabajo de la auxiliar que para comprobar el estado de la persona usuaria; o se realiza una visita al semestre (Granada), y como mínimo una anual (Diputación de Salamanca, Madrid). Pero hay casos de intervención que son de riesgo que tienen un seguimiento mensual (Granada).

No es muy difícil establecer cuáles son las causas de las deficiencias en la presentación o en el seguimiento. Como se ha visto, en servicios sociales hay un déficit de personal. Las trabajadoras sociales sólo pueden resolver «*lo urgente o inaplazable*» y las tareas burocráticas se llevan buena parte de su tiempo perdiéndose de vista la importancia de su trabajo de adecuación de la intervención a las necesidades concretas de cada persona.

Por su parte, las coordinadoras de las empresas que tienen encomendadas funciones de seguimiento y ajuste del trabajo de las auxiliares también están saturadas con tareas burocráticas. Además, parece lógico que el componente de su trabajo sea más la organización del servicio (horarios, incidencias, etc.) que el seguimiento de los objetivos de cada persona usuaria. Los roles de trabajadoras sociales municipales y de coordinadoras parecen distintos en la medida en que unas son parte de la administración gestionando un servicio público y, otras, son parte de las empresas gestionando el personal que lo realiza.

Al final, los resultados son acuerdos como el de Granada: «*debido al volumen de trabajo de todos/as, el elevado volumen de casos que se están poniendo nuevos tanto de dependencia como municipal hemos acordado que teniendo todas las partes la información consensuada y clara (la presentación) no es imprescindible*»; o que solo se vaya a los domicilios cuando hay algún problema del que se suelen enterar por las auxiliares o por las familias porque los trámites burocráticos derivados de la Ley de Dependencia «*les comen el tiempo*» (Diputación de Salamanca); o, como señala un cargo de una administración autonómica, «*lo normal es que llegue antes una comunicación de la familia o de la propia trabajadora social por teléfono antes de que llegue un informe por un seguimiento pautado*».

Lo que se está reflejando es un déficit importante en el desarrollo del servicio.

Atenciones con más dificultad

Como ya se ha visto, en el perfil de las personas usuarias sobresale que tengan una edad avanzada y en el perfil de la atención que, en los últimos años, se ha incorporado



un número importante de personas con una dependencia de grado III. Casi todas las auxiliares entrevistadas atienden a una o varias personas encamadas por su alto grado de dependencia, o que van en sillas de ruedas por motivos diversos de forma más o menos permanente y algunas de ellas con sobrepeso; y, también casi todas las auxiliares atienden a personas que o bien tienen alguna enfermedad mental, diagnosticada o no, o un deterioro cognitivo como consecuencia de su edad.

Se presupone que ambos aspectos se han tenido en cuenta en la formación de las auxiliares y que, por lo tanto, siempre cuentan con las aptitudes, conocimientos y habilidades necesarios para trabajar con estas situaciones sin problemas. Sin embargo, en la práctica, el estudio ha encontrado que el servicio no siempre se realiza en óptimas condiciones.

Atención a personas con movilidad reducida, encamadas o con sobrepeso

Salvo los casos de falta de movilidad por un accidente o por una intervención quirúrgica en los que se presupone mejoría, las situaciones de dependencia de personas con movilidad reducida o encamadas tienden a empeorar y por lo tanto, debería tenerse en cuenta que van a ser necesarios apoyos diversos que aumentarán con el tiempo.

Hay distintos aspectos que condicionan el servicio en estos casos:

– Que la vivienda y el acceso a la misma sea accesible.

La falta de accesibilidad de las viviendas es un problema importante, no sólo para la movilidad, sino para la vida

diaria y es muy frecuente en los domicilios y en sus accesos: puertas estrechas y pasillos por los que no caben sillas de ruedas, bañeras en lugar de platos de ducha, escalones en el domicilio, ascensores estrechos o que no bajan hasta el nivel del suelo, barreras arquitectónicas en los portales, etc. Esta circunstancia está impidiendo o reduciendo sensiblemente la movilidad de las personas en su propio domicilio, por ejemplo si van en silla de ruedas, la dificultad para el aseo, la imposibilidad de salir a la calle o de hacerlo autónomamente, etc.

– Que el servicio se realice por una o por dos personas.

En ocasiones, el sobrepeso o cualquier otra circunstancia dificultan que una sola auxiliar pueda mover al usuario. Lo más habitual es que colabore otra persona del domicilio (la cuidadora familiar o la particular casi siempre), pero hay situaciones en las que no es posible y la fórmula más utilizada es duplicar las auxiliares para esa tarea o en casos excepcionales, duplicar con un o una terapeuta ocupacional (Baracaldo). En cualquier caso, el tiempo de atención queda reducido a la mitad. Es una solución que genera problemas de coordinación (Granada) y, además, podría considerarse discriminatoria en relación a otras personas usuarias, dado que su derecho a la atención no debería verse mermado por sus condiciones físicas.

– Que la o el usuario cuente con una cama que se eleve y esté articulada, con grúas, silla de ruedas y todo el posible conjunto de ayudas técnicas.

En la mayoría de los casos, las ayudas técnicas se solicitan a partir del informe social que realiza la trabajadora social en los trámites para la valoración o la revaloración de la dependencia. Para hacer el informe social es frecuente que haya visitado el domicilio y tomado nota de sus condiciones. Hay lugares, no en todos, en los que el servicio no se inicia hasta que no se han conseguido las condiciones adecuadas mínimas por ejemplo, que haya agua caliente para los aseos.

Pero, está dentro de lo habitual que sean las auxiliares las que avisen de la situación del usuario cuando empeora o de la situación del domicilio cuando la trabajadora social no ha visitado el domicilio (una situación frecuente como se ha comentado).

Los medios técnicos pueden ser propiedad de la Administración autonómica o local (en Granada de la Junta de Andalucía o de los centros de salud, en Tomelloso de la Junta de Castilla-La Mancha, Madrid también tiene por ejemplo 32 camas articuladas para toda la ciudad) y las personas usuarias han de solicitarlas directamente. Si los servicios están subrogados a una empresa, el contrato suele incluir la dotación de estas ayudas técnicas (también en Granada) y la gestión es relativamente ágil, aunque puede que funcionen por lotes anuales y cuando se terminan pueden tardar mucho en recibir la ayuda técnica (por ejemplo, en Madrid). Pero también hay casos de gestión directa municipal (Tomelloso) donde no se cuenta con ayudas técnicas en la Administración local y la propia auxiliar es quien identifica la situación y también quien trata de resolverla por ejemplo, apoyando la solicitud del usuario a una ONG para conseguir una silla de ruedas si no consigue ayuda de la Junta de Castilla-La Mancha.

Una situación especial la sufren las auxiliares que trabajan en el medio rural porque encuentran viviendas que aún tienen muy malas condiciones para el servicio: los baños no son casi nunca accesibles y las camas son o muy altas, o muy bajas, o están encajadas en la habitación, con lo que se dificulta mucho la movilización. No reúnen condiciones y el trabajo en ellas se complica: Negociar con las o los usuarios para meter una grúa genera problemas. Los baños no están adaptados. No hay calefacción. Las auxiliares dicen que se quejan pero no pueden hacer mucho más. No son aspectos que se tengan en cuenta en la valoración para aumentar el tiempo cuando para dar los servicios en estos domicilios necesitan el doble de tiempo.

Las ayudas técnicas no son siempre gratuitas, a veces hay sistemas de préstamo (Bilbao) o prestaciones económicas para la compra (Barcelona) o el alquiler (Madrid). En Baracaldo las subvenciona la Diputación foral. En algunos casos se ofrecen ayudas económicas para el acondicionamiento de la vivienda (Barcelona, Madrid) o mediar con el vecindario para hacer accesibles las zonas comunes (Barcelona).

Los problemas son, por tanto, diversos: resistencias de las familias o de los propios usuarios o usuarias a poner una grúa u otras ayudas porque tienen miedo, porque ocupan sitio, etc.; resistencias a cambiar la cama, incluso de lugar; imposibilidad de hacerlo porque las habitaciones son pequeñas; retrasos en la concesión de las ayudas; o, simplemente que hay muchos casos en los que las personas usuarias y sus familias no tienen recursos para comprar o alquilar las ayudas técnicas que necesitan. Es evidente el perjuicio para la persona usuaria que no puede recibir una atención adecuada e, incluso, se han llegado a identificar casos de personas cuidadoras que «les castigan» (sin lavarles, por ejemplo) como un modo de presión para recibir de la Administración, la ayuda técnica que reclaman (A Coruña).

– *Que las trabajadoras tengan la formación necesaria para realizar las movilizaciones de manera segura.*

Se presupone que en la formación de las auxiliares se tiene en cuenta todo lo relacionado con las movilizaciones. Las entidades que gestionan el servicio (empresas o ayuntamientos) realizan cursos de prevención de riesgos laborales que incluyen ese tema. Pero, como en otros aspectos, se nota una diferencia importante entre las trabajadoras que llevan en el servicio mucho tiempo y las que se han incorporado recientemente o sólo cubren eventualidades.

– *Que el tiempo que se utiliza para el servicio sea suficiente.*

Sobre este aspecto no se insiste porque se ha desarrollado en otro apartado, pero está claro que el tiempo mínimo para atender a una persona encamada no debería ser inferior a una hora.



Las consecuencias de un servicio deficiente con personas encamadas no afectan sólo a ellas que, por supuesto, ven reducida la calidad de la atención; sino que también repercuten, y mucho, en la salud de las cuidadoras no profesionales y, por supuesto de las auxiliares como se refleja en otro apartado. Como en otros casos, hay cierta tendencia de las auxiliares a suplir con voluntarismo la falta de medios: «se dan casos de estar durante seis meses sin recibir ayuda, ni siquiera de la familia, para hacer transferencias de la cama al baño», dice, por ejemplo, una de las auxiliares.

Atención a personas con enfermedad mental o deterioro cognitivo

Respecto a las personas que tienen alguna enfermedad mental o que por su edad tienen un deterioro cognitivo, no todas las auxiliares tienen formación específica aunque muchas de ellas sí han acumulado mucha experiencia. En varios de los municipios estudiados se habla de que se detecta un aumento de casos de estas características, porque las personas usuarias son muy mayores o porque hay más personas con enfermedad mental entre 50 y 60 años, en particular con esquizofrenia o bipolaridad. Son por tanto, usuarias y usuarios de cualquier edad, no tan graves como para ser ingresados, o gente mayor que no puede ser ya atendida en centros de día.

Las auxiliares no siempre saben que van a atender a una persona con estas características, «a veces, les dicen que van a atender a una persona mayor; pero, además, es esquizofrénica y no lo saben», algo que ocurre mucho más a menudo en las suplencias y hay ocasiones que se enteran sólo porque se lo dice la propia persona. Como para otras situaciones, no siempre combina bien la seguridad de las trabajadoras con la protección del historial clínico de las personas atendidas.

No hay una norma concreta para seleccionar a las auxiliares que deben cubrir estos servicios. Las personas responsables en la Administración muestran su preocupación porque la especialización de las auxiliares no está normativizada todo lo necesario. En algún caso (Burgos, Tomelloso) opinan, con cierto optimismo, que no puede haber problemas porque «dentro de su formación deben saber de control de medicación, psicología de la evolución de las patologías de las dependencias, y en el ámbito de la salud mental, afrontamiento de situaciones». Aunque en algunos pliegos se recoge que las empresas han de tener a un grupo de auxiliares con formación específica para estos casos (Granada, Diputación de Salamanca, Madrid), sus responsables hacen mención a que buscan a quienes tengan un perfil con más habilidades sociales (Granada, Baracaldo, Barcelona, Madrid, A Coruña) o que, además, tenga «*paciencia, afable, que no levante la voz, que sea muy amable*» (Diputación de Salamanca).

Hay lugares donde la respuesta es duplicar las horas para incorporar a dos auxiliares (Granada, distrito de Moncloa-Aravaca en Madrid); o cambiar de vez en cuando a las auxiliares para «darles un descanso» (Granada); o exigir que la persona esté acompañada porque si no, la ayuda a domicilio no es la adecuada (Madrid). Además, en el caso de Madrid, si la persona está sola y exige una constante revisión, el ayuntamiento financia una plaza privada residencial mientras obtiene una plaza pública.



No obstante, las personas responsables de la Administración señalan las dificultades que supone la atención a personas con enfermedad mental que, por ejemplo, no se median como debieran y sobre todo aquellas que viven solas. Sigue siendo un reto la coordinación con el sistema de salud mental y, se recoge la opinión frecuente de que la desinstitucionalización de las personas con enfermedad mental para que vivan en sus domicilios sólo funcionará bien si se dota de los recursos necesarios.

Las soluciones complementarias son diversas, entre ellas, contar con una o un enfermero de enlace y de salud mental con quienes coordinarse (Granada) pero se insiste en las dificultades de coordinación con los servicios de salud mental aunque haya educadoras o educadores en ellos que hacen seguimiento de los casos pero no en colaboración con servicios sociales (Barcelona). En Madrid, no hay recursos complementarios para los casos de salud mental pero se coordinan técnicamente para temas como el control de medicación, aunque no en todos los distritos y dependiendo mucho del voluntarismo de las y los profesionales tanto de servicios sociales como de salud.

En general, las auxiliares expresan que atender a estas personas no les supone un problema añadido. Una respuesta común es que «*se apañan*» o que «*las saben llevar*» (Bilbao, Barcelona, Diputación de Salamanca) y en algunos casos dicen que son la mitad de las personas que atienden (Granada) o más (Madrid), sin embargo, también admiten que son enfermedades que pueden tener brotes (a veces porque la persona no se toma la medicación como debe) o hacer mostrar al paciente una actitud agresiva, lo que a las auxiliares les supone un «*carrastre emocional*» (Granada, Madrid). Efectivamente, pueden darse casos de alienación temporal ante los que las responsables de las auxiliares

(trabajadoras sociales o coordinadoras) recomiendan que las auxiliares no entren en el domicilio y lo comuniquen (Granada).

A modo de ejemplo, este es un resumen de las respuestas de un grupo de auxiliares ante la pregunta de si han tenido o tienen algún problema en la atención de personas con problemas de salud mental:

Una dice que se asustaba porque le tiraba cosas y no podía dejar de mirarla. Otra, si se acerca mucho a la usuaria, esta la pega. Una auxiliar se metía en la ducha con la usuaria para que se tranquilizara. Otra auxiliar dice que tiene una hermana esquizofrénica y sabe tratar estos enfermos. Otra tiene un caso de alzhéimer que hay que convencer de todo, «está el día que es un cielo, es un cielo, pero también es un demonio». A otra, un usuaria la llama ladrona. En otro caso, la usuaria no está mal, pero sí su hijo. La aprecia mucho porque «ella (la auxiliar) le da paz». Otra situación es de un matrimonio esquizofrénico y la auxiliar ha de tener cuidado para ducharle para que la mujer no se enfade, tienen celos uno de otro y hay maltrato entre ellos. Algunos tienen demencia, pero son tranquilos. Uno ahora se ducha más porque antes la otra compañera le dejaba que no se duchara. Ahora se ducha y está encantado. Etc.

No todas las empresas o las administraciones cuentan con un equipo psicológico que apoye a las auxiliares en estos casos (o en otros, como en las situaciones de duelo por la muerte de alguna persona usuaria con la que pueden llevar muchos años). Sí algunas, como en el caso de la empresa que gestiona el servicio en el distrito de Tetuán en Madrid que cuenta con un equipo formado por una psicóloga y dos terapeutas ocupacionales.

Además de las consecuencias psicológicas para las auxiliares, la situación inestable de algunas de las personas de estos casos

puede desembocar en agresiones (Baracaldo) o en que las auxiliares no se sientan seguras: «*Tengo un caso de esquizofrenia que van dos personas de lunes a sábado, pero el domingo voy sola, con el móvil en la mano y mirando porque, además, el sábado ha podido salir a beber*» (Diputación de Salamanca).

Las trabajadoras: auxiliares de ayuda a domicilio, trabajadoras familiares, auxiliares domésticas, coordinadoras y ayudantes de coordinación.

Figuras profesionales

Aunque a lo largo del informe se establece el término «auxiliar de ayuda a domicilio» como la manera de nombrar a todas las trabajadoras y trabajadores que realizan las tareas previstas en los domicilios para la prestación del servicio, hay que señalar que, como se ha visto, en la práctica hay:

- Coordinadoras del servicio
- Ayudantes de coordinación del servicio
- Auxiliares de ayuda a domicilio
- Trabajadoras familiares sólo en el caso de Barcelona
- Auxiliares domésticas sólo en el caso de Barcelona

A estas figuras se suman en la gestión de los servicios, otro personal como auxiliares administrativos o gerentes locales.

Este estudio pone el foco sobre las auxiliares de ayuda a domicilio/trabajadoras familiares/auxiliares domésticas, pero también cita algunas circunstancias que afectan, de manera particular, a las coordinadoras.

Perfil de las trabajadoras

Este estudio no proporciona datos representativos del conjunto de trabajadoras y trabajadores del sector; pero sí puede afirmar que son datos significativos porque en los distintos casos se repiten informaciones que animan a pensar que pueden generalizarse.

En todos ellos, hay dos grandes tipos, tanto entre las auxiliares como entre las coordinadoras, diferenciados por el momento de su incorporación a esta actividad.

- En un grupo están aquellas que comenzaron a trabajar como auxiliares de ayuda a domicilio hace más de 10 o incluso 20 años. Suelen ser de origen español y muchas se incorporaron a pequeñas empresas, cooperativas, o iniciativas de ayuntamientos. Su experiencia laboral está demostrada porque han sido subrogadas a lo largo de este tiempo de empresa en empresa. La mayoría no contaba con estudios superiores a Primaria pero consiguió convalidar su experiencia o conseguir un certificado de profesionalidad. Su edad está ahora entre los 50 y los 64 años y su salud comienza a resentirse de todos los años realizando movilizaciones, levantando pesos, empujando sillas de ruedas, etc., aunque casi nunca se reconocen sus lesiones como enfermedades laborales. Suelen estar contratadas fijas a tiempo completo o a tiempo parcial pero con un número alto de horas. Han ido consiguiendo derechos y no es frecuente que trabajen los fines de semana. Muchas delegadas en los comités de empresa provienen de este grupo general porque, probablemente, tienen un mejor conocimiento de sus derechos y sus obligaciones.
- En otro grupo se encuentran quienes llevan menos de cinco años. En este grupo se encuentra más población de origen extranjero en situación regular o nacionalizada aunque, con excepción de Madrid (son el 80%) y Barcelona (son el 40%), las trabajadoras de origen extranjero son minoritarias o muy minoritarias. Sus niveles formativos son muy variados: no todas tienen formación específica para realizar el servicio, algunas sí tienen el grado de FP y otras están pendientes de conseguir su certificado de profesionalidad o convalidar su experiencia. Son mujeres de cualquier edad y las más mayores, tienen los mismos problemas que los que se señalan para el primer grupo. Sus contrataciones suelen ser eventuales y a tiempo parcial. Muchas son contratadas sólo para fines de semana. Las mujeres entrevistadas con estas características no tenían una información exhaustiva sobre sus derechos y obligaciones aunque estuvieran afiliadas a algún sindicato, lo que da pie a pensar que, aun en esas condiciones, es posible que cuenten con más información que sus compañeras en la misma situación.



Si algo une a estos dos grupos es que son mujeres en su inmensa mayoría (los lugares estudiados donde menor porcentaje de mujeres hay son Granada –70%– y Barcelona –87%–), y que, como tales, se les ha exigido cumplir el rol de cuidadoras no sólo en su empleo, sino también en su vida personal. Esto les supone necesidades prácticas de conciliación que se resuelven, como se verá más adelante, con contrataciones a tiempo parcial y horarios flexibles que, en muchas ocasiones, consideran beneficiosas. No ven, sin embargo, avances en sus necesidades estratégicas de mejorar su formación, sus ingresos o su posición en el mundo laboral. Algo que, al menos, les permitiría llegar a jubilarse con unas condiciones económicas dignas. Si bien en todos los casos se enuncia por parte de la Administración y las empresas, el deseo de que se incorporen también hombres como auxiliares, no hay ninguna política que lo fomente y tampoco las condiciones son atractivas para los estereotipos de trabajo masculino.

Tabla 13. Porcentaje de mujeres y de personas de origen extranjero entre las auxiliares de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017

	% mujeres	% de origen extranjero
Granada	75	20,0
Baracaldo	97,7	9,9
Bilbao	99,1	3,6
Barcelona	87,0	40,0
Diputación de Salamanca	99,7	9,0
Madrid	99,0	80,0
A Coruña	s.d.	s.d.
Burgos	99,4	15,0
Tomelloso (Ciudad Real)	100	6,1

Las coordinadoras de las empresas dicen que ellas «son tan trabajadoras como las demás» aunque sus problemas sean diferentes. Suelen tener titulación de Trabajo Social

y algunas han llegado al puesto por promoción interna. Se encargan de la organización del trabajo de las auxiliares ocupando un puesto intermedio entre las gerencias de las empresas o la Administración y las auxiliares, pero se ven abocadas a realizar una gran parte de trabajo burocrático que les impide relacionarse mejor con las auxiliares. No siempre tienen relación con las personas usuarias.

Algunas coordinadoras en las entrevistas manifiestan su queja de que no son consideradas por sus compañeras auxiliares como trabajadoras con sus propios problemas. Lo cierto es que, en pocas ocasiones están representadas en el comité de empresa.

Hay que recordar que la ratio de coordinadoras por auxiliares es también muy diversa.

Tabla 14. Ratio de auxiliares por coordinadora

	Auxiliares por coordinadora
Granada	Entre 60 y 130
Baracaldo	66
Bilbao	50
Barcelona	57
Diputación de Salamanca	41
Madrid	21
A Coruña	19
Burgos	39
Tomelloso (Ciudad Real)	33

Que la gran mayoría de auxiliares, trabajadoras familiares o coordinadoras sean mujeres por supuesto que no es por casualidad. Las tareas que se realizan en los domicilios están feminizadas y así las viven también las propias personas usuarias. «*Los usuarios no quieren hombres, sobre todo las mujeres, ellas nunca quieren hombres, a ellos les da más igual, pero también prefieren mujeres*», comenta la responsable de coordinación de la ayuda a domicilio de una de las empresas entrevistadas, reflejando una opinión muy extendida. Cuando hay un porcentaje de auxiliares hombres, sólo hacen servicios con usuarios hombres o con aquellos casos que tengan que levantar más peso. En Baracaldo, citan que destinan hombres al servicio si la usuaria tiene una orden de alejamiento por violencia de género. Hay un mayor número relativo de hombres en los puestos de coordinación, pero sigue siendo poco significativo.

Además, las cifras que ofrece el Ministerio de Educación, Cultura y Deporte en sus estadísticas de alumnado matriculado en 2015–2016, que son las últimas disponibles, confirman que son mujeres el 82% de quienes se están cursando los ciclos formativos de formación profesional de grado medio o superior o estudios de grado que podrían acceder tanto a la coordinación como a ser auxiliares o trabajadoras familiares (ver Tabla 15).

Captación de las trabajadoras y trabajadores

Como se verá más adelante, muchas de las auxiliares que están en activo tienen una larga trayectoria que se inició al final del siglo pasado. Las empresas han ido subrogando sus contratos pero precisan contratar a más personal porque muchas se están jubilando y porque han aumentado las necesidades del servicio. Ya se vio en el apartado sobre Formación que el SAAD reconoce una serie de certificaciones y titulaciones para prestar el servicio.

No hay datos exactos de cuántas profesionales de la ayuda a domicilio están contratadas, pero puede servir por aproximación la información que proporciona el IMSERSO, según la cual, a 30 de noviembre de 2017, hay empleadas más de 172 mil personas en los servicios no residenciales y es de presuponer que buena parte sean auxiliares de ayuda a domicilio o figuras similares¹⁰⁷.

¹⁰⁷ Los datos de noviembre de 2017 rompen una serie histórica (iniciada en 2009 a consecuencia de la crisis) de crecimiento de los cuidados institucionales en detrimento de los no residenciales.

A su vez, las empresas señalan la dificultad de captar a nuevas trabajadoras con la titulación necesaria para realizar el trabajo de ayuda a domicilio. Las más antiguas han conseguido habilidades con su experiencia o un certificado de profesionalidad y, para las nuevas, hay también titulaciones regladas de Formación Profesional de grado medio que son las más idóneas para optar a este trabajo y se ha dilatado el tiempo para acceder a nuevas certificaciones hasta el 31 de diciembre de 2022, según el *Acuerdo de 19 de octubre de 2017 del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*. Sin embargo, en todos los casos estudiados las empresas y las Administraciones señalan que no es fácil captar a nuevos empleados o empleadas.

Los datos del Ministerio de Educación señalan que en la actualidad más de 42 mil personas podrían acceder en el futuro a la profesión de auxiliar de ayuda a domicilio y casi 22 mil a la de coordinador o coordinadora, como se decía, el 82% son mujeres.

Tabla 15. Alumnado matriculado en el curso 2015–2016 en ciclos formativos de FP de grado medio y superior que habilitan el trabajo como auxiliares de ayuda a domicilio. Fuente: Ministerio de Educación. Estadísticas de Enseñanzas no universitarias. Alumnado matriculado. Curso 2015–2016.

	Hombres	Mujeres	Total
Ciclos formativos de FP de grado medio y superior			
Cuidados auxiliares de enfermería (presencial)	7.260	32.679	39.939
Integración social (presencial)	439	2.071	2.510
Atención a personas en situación de dependencia (a distancia)	222	1.865	2.087
Integración social (a distancia)	292	1.272	1.564
Atención sociosanitaria (presencial)	26	133	159
Estudios de Grado			
Trabajo social y orientación	4.038	17.920	21.958
TOTALES	12.277	55.940	68.217
%	18,0	82,0	100,0

Pero, a pesar de estas cifras, aunque hay empresas (Granada) que manifiestan que en la actualidad no quieren contratar a más personas sino reorganizar la plantilla en función de las altas y bajas que han recibido de usuarias y usuarios, las demás expresan la dificultad de encontrar personal.

Para resolverlo, algunas cuentan con convenios con ONG para tutorizar prácticas de formación para el empleo de personas en riesgo de exclusión social (Granada, Barcelona, A Coruña). En otros casos, organizan formación con compromiso de contratación (Baracaldo, Diputación de Granada) o cuentan con colaboraciones del Servicio de Empleo o de cursos del propio ayuntamiento (Tomelloso, A Coruña, Madrid). Sin embargo, subsisten los problemas.

Para parte de las personas responsables en empresas, la explicación de las dificultades de captación de nuevo personal es que la gente más joven no quiere dedicarse al ámbito de la atención domiciliaria porque con la misma formación tiende a buscar empleo en proyectos de integración social (Barcelona). Aun la gente que realiza prácticas en ayuda a domicilio, no lo considera su primera opción y buscan otros proyectos. También, opinan que no se ha fomentado la formación de este perfil profesional porque no se pone en valor el trabajo que realizan (Barcelona) o que, como en estos momentos hay más oferta en el mercado laboral y más posibilidades de movilidad, pueden prescindir de este tipo de empleos, al contrario de lo que ocurría hace años (Burgos). Esta última opinión se confirma en el caso de Tomelloso donde no hay dificultades para encontrar auxiliares porque tras la caída del sector textil de la zona, «*esto y el comercio son las únicas posibilidades de encontrar empleo*», como dice una responsable municipal.

Es obvia la influencia de la precariedad laboral, reflejada bien en la siguiente opinión de una responsable de servicios sociales municipales: «*La gente no elige ayuda a domicilio y además abandona más cuando empieza a trabajar, la gente formada acaba trabajando en otro sitio porque no compensa económicamente. Hay muchos contratos de fin de semana en el sector. Y al final, acaban en hostelería.*»

Estas circunstancias se agravan en las zonas rurales donde el trabajo presupone por ejemplo, desplazarse a varios pueblos o aldeas con los que, además, no hay buena comunicación en transporte público o por carretera (Diputación de Salamanca, A Coruña). Un responsable autonómico explica que «*será muy difícil encontrar perfil en esas zonas y trabajar en ayuntamientos con 15 habitantes no es rentable económicamente para una empresa*» así que cree que hay que adecuar la financiación a las características del territorio y en las zonas rurales y «*donde se constate que no hay nadie con la formación adecuada, poder contratar a gente sin formación*», sin embargo no resuelve cómo puede compaginarse la no formación con la calidad del servicio.

Como solución, las empresas a veces *relajan* la exigencia de titulación, contratan a personas sin formación, o captan a personas que trabajan en residencias porque también es personal con una titulación de grado medio o con una certificación y, en ocasiones, las condiciones de flexibilidad les compensan los bajos salarios, o, finalmente también son empleadas personas en situación de vulnerabilidad (por acuerdo o no con programas de ONG) sin formación suficiente que abandonan en cuanto pueden el empleo porque «*el trabajo no les gusta nada y llegan a deprimirse*» (Granada) o, incluso, contratan en prácticas de otras titulaciones y, como señala una trabajadora, «*no saben mover a alguien que lleve una sonda*» .

Las Administraciones, por su parte, también miran hacia otro lado en muchas ocasiones y no extremán la exigencia de que las personas que se incorporan tengan la formación necesaria, concretada en los pliegos técnicos (ver apartado sobre Formación Continua). En algunas ocasiones, cuando se contrata a alguien no formado, pueden indicar la obligación de la empresa de hacer una formación previa a la tarea (Madrid) e incluso, poner un plazo concreto para la misma (seis meses en el caso de la Diputación de Salamanca) pero tampoco controlan que tal cosa se lleve a cabo. Por supuesto que son conscientes de que «*el factor humano*» es esencial para este servicio y que con un aumento de la cualificación sería más factible aumentar la remuneración y mejorar la imagen social. Pero, además, hay otras implicaciones porque, como una responsable de un ayuntamiento comenta con acierto, este aspecto «*salpica*» a la Administración en dos aspectos: por un lado, muchas auxiliares son también usuarias de servicios sociales porque tienen nóminas extremadamente escasas y entran en los grupos de población vulnerable; y por otro lado, esta misma vulnerabilidad impide la profesionalización y reduce la calidad en el servicio. Habría que añadir, al menos, otra consecuencia grave que afecta de modo especial al ejercicio del derecho al servicio: hay empresas que, a veces, no dan altas durante el fin de semana porque no encuentran personal que quiera cobrar lo que pagan.

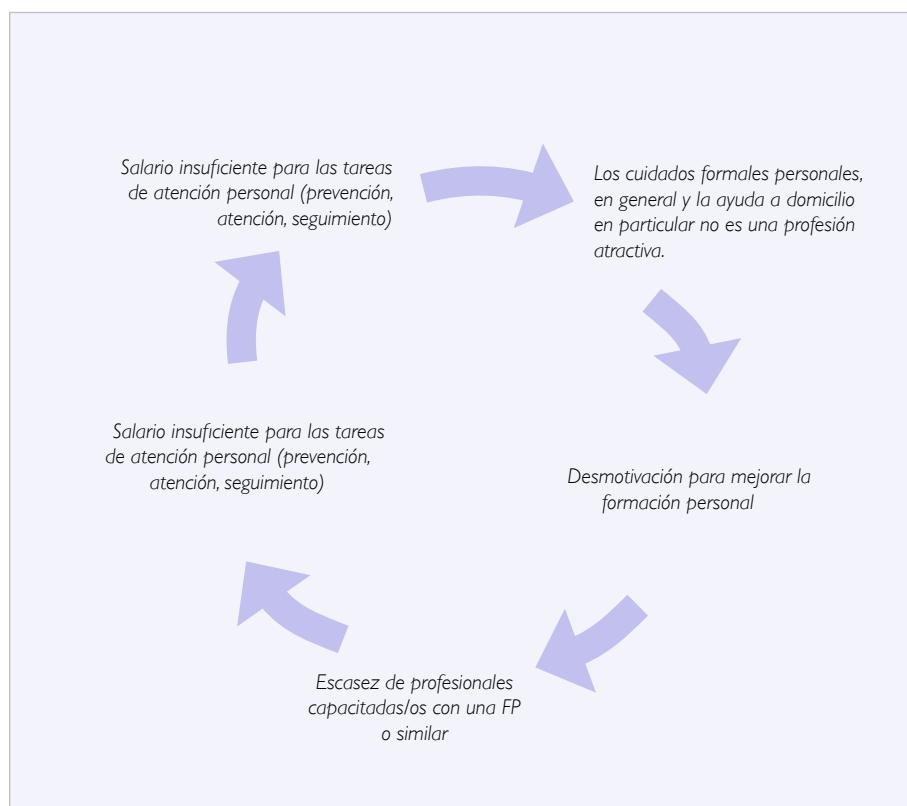


Este aspecto de la relación entre formación y calidad del servicio se evidencia cuando las trabajadoras se enfrentan a situaciones complejas para las que la empresa suele contar con las que tienen más experiencia, como se puede ver en el apartado que trata sobre las personas con enfermedades mentales, pero también en otras situaciones como por ejemplo, de domicilios de convivencia conflictiva, que, como expresa una responsable de la Administración en Madrid, «son muy complicados para quien tiene una cualificación de 80 horas sobre aseo, movilización y cocina básica».

Que las nuevas contrataciones no tengan suficiente formación para la tarea, es una razón más para que esta bascule con más fuerza hacia la limpieza doméstica y que profundice en la imagen social de las trabajadoras como *limpiadoras*.

La falta de dignificación de las tareas y los salarios tan bajos que cobran las auxiliares son razones que se retroalimentan, generando un círculo vicioso del que habría que encontrar la salida.

Ilustración 2. Círculo a romper en la dignificación del trabajo de ayuda a domicilio



Las condiciones laborales

Contratos y jornadas

En el caso del trabajo a domicilio, los convenios colectivos provinciales, de comunidades autónomas o diputaciones forales regulan las jornadas laborales cuya duración es muy diversa.

Tabla 16. Jornadas laborales de las auxiliares de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017

	Horas a la semana por convenio	Horas a la semana habituales de los contratos a tiempo parcial
Granada	39	34 a 20
Bilbao y Baracaldo	35 (incluye 5 horas de desplazamiento)	25
Barcelona	37	32 a 35
Diputación de Salamanca	36	18 a 22,5
Madrid	36	30
A Coruña	39	25
Burgos	37,5*	19 a 21 y media
Tomelloso	* 40 horas en convenio provincial sector 35 según convenio Ayuntamiento y 37,5 en la oferta pública de empleo	24

Hay lugares donde la mayoría de la plantilla proviene de subrogaciones (en Granada, por ejemplo, es el 75%) y suele tener contratos a indefinidos tiempo completo (aunque algunas mantengan contratos por obra o servicio no denunciados), pero, en cualquier caso, son la minoría (Granada, Baracaldo, Burgos), ya que en el resto, la mayoría de contratos son a tiempo parcial indefinidos o no.

Algunos contratos a tiempo parcial de las trabajadoras con contrato indefinido son por petición propia buscando conciliar su vida personal y laboral o porque tienen otros empleos (casi siempre como limpiadoras domésticas o cuidadoras en la economía informal) para mejorar sus ingresos. Es el caso de casi todas las auxiliares en poblaciones rurales y el gerente de una empresa lo explica porque «tienen jornadas menores y, en general, no viven de esto». En las grandes ciudades como Madrid, en entidades de grupos empresariales, se encuentran trabajadoras a tiempo parcial empleadas en distintas contratas de la misma empresa. Es necesario precisar que la mayoría de contratos a tiempo parcial lo son por decisión de las empresas, no de las trabajadoras.

Hay auxiliares que tienen contratos de lunes a sábado y otras que trabajan siete días a la semana, «porque pasan por una mala situación económica» (Bilbao), porque se lleva haciendo así desde 2006 aunque cobren los sábados tarde, domingos y festivos como horas extras (4,69 euros más la hora) (Diputación de Salamanca) o «porque quieren» como ocurre en A Coruña, donde «algunas eventuales no tienen nunca día y medio

continuado de descanso, pero no se quejan porque tienen miedo de perder el trabajo», como explica otra auxiliar: «*Si te tocan dos fines de semanas seguidas son tres semanas seguidas sin descansar*», cuenta una trabajadora de Vitigudino. Si en los casos anteriores se trata de contratos de lunes a sábado, en Tomelloso la mayoría de las trabajadoras tienen contratos de lunes a domingo como personal laboral del Ayuntamiento.

Las jornadas no siempre son continuadas en un solo turno de mañana o tarde (Madrid, Barcelona), casi siempre son partidas, sobre todo para los contratos a tiempo completo. Hay lugares donde se parten en más de dos tramos. Las trabajadoras con mayor antigüedad y derechos adquiridos no suelen trabajar por la tarde (Granada), o los sábados (Madrid), salvo que tengan que recuperar horas.

En los fines de semana se da servicio a personas muy vulnerables que no pueden pasar ni un solo día sin atención personal. Sólo en Burgos se prevén algunas horas para servicios nocturnos. La plantilla de fines de semana puede ser específica (Granada, Bilbao, Barcelona, Madrid, Burgos, A Coruña), en algunos casos con contratos fijos discontinuos (Bilbao) aunque la mayoría de las veces sean eventuales o indefinidos a tiempo parcial de una duración de aproximadamente 20 horas, o también personal que contratan sólo para fines de semana y que luego utilizan para suplencias entre semana (A Coruña). Pero asimismo es frecuente que haya trabajadoras con contratos a tiempo completo que trabajen festivos (no domingos) a cambio de un día libre (Granada, a excepción de las mayores de 60 años), o como horas extras (Baracaldo, Bilbao), o que roten obligatoriamente (Diputación de Salamanca). La rotación de los fines de semana es un problema para las trabajadoras. Por ejemplo, en Vitigudino, las auxiliares pueden llegar a trabajar quince días continuados e ir a lugares a los que tardan una hora para un servicio de media. Sábado por la tarde, domingo y festivos cobran 4,50 más la hora.

Puede haber retenes para los casos de urgencia social que, en ocasiones, son bastantes como en Granada que supusieron en 2016 más del 30% del total porque había una larga lista de espera que se ha ido reabsorbiendo. Allí, las auxiliares hacen dos guardias al año de sábado y domingo y un festivo al año, a excepción de las que tienen más de 60 años.

Es decir, como se ha visto, las circunstancias particulares son muy variables pero, en general, hay, por una parte, un porcentaje importante de trabajadoras con contratos fijos, la mayoría con una jornada laboral a tiempo parcial; y, por otra, hay un porcentaje menor de contratos eventuales pero también a tiempo parcial. Esa es la norma que se ha encontrado en los distintos casos con una excepción singular: en Tomelloso, donde el ayuntamiento gestiona directamente el servicio, las trabajadoras que no tienen un contrato indefinido, es decir, la mayoría, son despedidas anualmente (antes lo eran cada semestre) para convocar un proceso de selección a partir de una bolsa de empleo. No son seleccionadas si han trabajado en los últimos tres años para evitar posibles denuncias y tener que aumentar el número de trabajadoras con contrato indefinido.

La tendencia general es a aumentar tanto la eventualidad de los contratos como la reducción de horas de los mismos, entre otras razones porque las trabajadoras con el derecho adquirido a contratos fijos y a jornada completa, se van jubilando. El ideal para la organización del servicio por parte de sus gestores es de trabajadoras o trabajadores eventuales y a tiempo parcial. Es una consecuencia del modelo de organización del trabajo en el sector que se basa en las horas concedidas de prestación del servicio. Los contratos de la Administración a las empresas se computan en horas de servicio prestado y ese es también el criterio de las empresas para las contrataciones de sus empleadas y empleados.

En función de ese criterio marco, es cierto que la organización de los cuadrantes horarios de las auxiliares es compleja: hay una acumulación de servicios en determinados tramos horarios (por la mañana de 10 a 12 h. o de 12 a 14 h. según los sitios) y por la tarde de 16 a 20 h., y también se producen muchas incidencias por parte de las personas usuarias que obligan a adelantar, retrasar o eliminar servicios, pero, cuando se elimina un servicio porque, por ejemplo, la persona usuaria fallece, la auxiliar reduce su tiempo laboral formalmente (le rebajan las horas de contrato) o empieza a deber horas a la empresa (*arrastre o bolsa de horas*).

Una consecuencia no menor de este modelo es que las auxiliares, que por su trabajo sufren un importante desgaste físico y psicológico, no pueden acceder a jubilaciones parciales con o sin contrato de relevo. Son excepciones los casos de Bizkaia cuyo convenio laboral (provincial) es el mejor de los estudiados y sí está obteniendo resultados, o de Burgos donde las trabajadoras más antiguas han acumulado derechos. Particularmente, las eventuales o las que tienen contratos por obra y servicio no alcanzan ese derecho. «*Con 18 horas al mes no hay quien cotice lo suficiente*» y se trata de un

porcentaje alto de trabajadoras, de tal modo que «*hay compañeras con 65 años que están cuidando a personas más jóvenes que ellas*».

Todos los actores –Administración, empresas, comités laborales, sindicatos, personas usuarias y, por supuesto, las trabajadoras y trabajadores– son conscientes de la precariedad laboral para las auxiliares de ayuda a domicilio implícita en este modelo. «*No pueden pedir grandes calidades al precio de saldo que están pagando*», dice una trabajadora social. Pero la propuesta es siempre la misma: el responsable es otro. Las Administraciones manifiestan que es un problema de las empresas y de los convenios laborales; los sindicatos que es un problema de la Administración y de las empresas; las empresas dicen que cumplen con los convenios; y las trabajadoras y la calidad del servicio son los principales perjudicados.

En ese sentido es interesante, a modo de ejemplo, la opinión de una persona responsable del servicio en una empresa:

Los sindicatos deberían trabajar más por subir los salarios que por el resto de las condiciones laborales y que, sobre todo, debe hacerlo con la Administración. Todos los convenios laborales están saliendo sin subida por el incremento del IPC y con esa desvinculación de esa variable (desindexación) no hay subida de precio de los contratos con la Administración. Pero lo que no pueden hacer es un cambio a mitad de contrato, porque los tres años que tenemos los gestionamos al mismo precio por el que se concedieron y, si suben los salarios por convenio, «estamos muertos». Lo suyo sería revisar el precio de acuerdo al incremento del convenio poniendo un límite (el IPC más un porcentaje). Mientras los sindicatos no peleen por ese incremento de la masa salarial a cargo de la Administración, no se podrá avanzar en mejores condiciones para las trabajadoras.»

Bolsa o arrastre de horas

Sólo en un municipio de todos los estudiados, Burgos, no existe lo que se denomina como **bolsa de horas** o **arrastre de horas**. Consiste en la acumulación de horas que la trabajadora realiza de más o de menos como consecuencia de la organización del servicio en función del tiempo concedido a las personas usuarias, es decir, no depende de su voluntad, sino de altas, bajas o incidencias diversas. El volumen y la organización de esta bolsa de horas son diversos. A modo de ejemplo:

- En el caso de Bilbao uno de los lotes lo llevan trabajadoras subrogadas que sufrieron un ERE con una reducción del 30% de los servicios. Significó que a las que hacían 30 horas (el total de la jornada según convenio) les quitaron 15 minutos de jornada laboral y a las que hacían 25 horas, les quitaron 10 minutos.
- En Baracaldo y Bilbao, de acuerdo con el comité de empresa, adoptaron una bolsa de horas que se actualiza antes de los 30 días naturales tras producirse la incidencia. En sus reivindicaciones, las trabajadoras denuncian que esto ha supuesto «*pérdida de poder adquisitivo y sustrayendo derechos laborales para que los Ayuntamientos y empresas gestoras, dispongan de las trabajadoras a la carta, por la falta de garantía de horas, jornadas parciales y horas complementarias con carácter estructural.*»
- En Barcelona se mantiene una bolsa de horas que se regulariza una vez al año. Las trabajadoras se quejan de que, como los desplazamientos no se calculan adecuadamente, no siempre están conformes con las horas que ellas van acumulando. Para la empresa, «*los servicios salen cuando salen*» y deben acomodar el empleo a las necesidades de las personas usuarias. Como criterio se acata el convenio y, si es posible, acumulan horas en una franja laboral. Antes de planificar la recuperación de horas se habla con la trabajadora o trabajador para llegar a un acuerdo, ya que consideran que es mejor que imponer el trabajo de tardes.
- En la Diputación de Salamanca, a mediados de mes, por diferentes incidencias de las personas usuarias (enfermedades, ingresos en residencias, visitas de hijos, etc.) a las trabajadoras pueden reducirles el número de horas de trabajo y no cobrar por las que tiene en contrato. Incluso pueden quedarse sin horas. Entonces se les van acumulando horas que deben a la empresa y que esta utiliza para las sustituciones. Según las auxiliares, La bolsa se utiliza para sustituir «*hasta reventan*». Si ocurre al contrario porque realizan más horas de las que tienen por contrato, la trabajadora acumula horas que no siempre pagan, sino que se lo suelen cambiar por tiempo libre. La empresa y el comité de empresa defienden no regularizar esta bolsa, ni siquiera al año y seguir acumulando horas. Por convenio tienen establecido que no deben acumularse más de 65/70 horas pero el criterio en los últimos años ha sido acumular horas positivas para las trabajadoras hasta más de 400.



- En Madrid, algunas trabajadoras denuncian que las horas que hacen de más (horas complementarias en el caso de los contratos a tiempo parcial que son la mayoría), no siempre se las dan como días libres, sino que, a veces, la empresa se las cambia por días de asuntos propios. La empresa explica que las horas de más se las pagan y, las de menos, intentan que las recuperen las trabajadoras dentro de sus jornadas habituales y, a veces, los sábados por las mañanas pero no todas aceptan esto último, ni cuando el servicio es fuera de su jornada laboral. Las auxiliares con más antigüedad se niegan a hacer turnos de sábado por la mañana o a cambiar de turno porque, según la empresa, «*hay cierta rigidez en el colectivo*». Argumenta que aunque cree que hay que mantener un mínimo de regularidad, a las trabajadoras «*les falta conciencia de la peculiaridad del servicio porque los usuarios cambian, o quieren que vayan más tarde, o dan un alta en la otra punta...*, y no depende de la empresa. Dice que no pueden ajustar el personal al cien por cien porque no tienen capacidad de decisión «*y la plantilla no acaba de ser flexible*».
- En A Coruña, hay trabajadoras con contratos de 30 horas que llegan a duplicar sus jornadas acumulando horas. La forma de regularizarlo es pagarlas en concepto de «*complemento personal voluntario*», cantidades que no cotizan a la Seguridad Social. No ha sido posible contrastar esta información con la empresa porque sus responsables no han querido ser entrevistados. Según las auxiliares, la empresa regulariza estas horas trimestralmente.
- En Tomelloso no existe el concepto de *bolsa o arrastre de horas* pero cuando no hay suficientes servicios para cubrir la jornada contratada (24 horas), en ocasiones, las auxiliares van o bien a ayudar a otra compañera o bien a elaborar alimentos para el servicio municipal de comida que complementa el de ayuda a domicilio.

Este método de *arrastre de horas* aunque hay trabajadoras que lo llegan a ver como una manera de facilitar la conciliación (»*andas más tranquila si la empresa te debe horas y luego puedo pedirlas para atender a mis padres*»), supone un perjuicio por muchas razones ya que ignoran cuántas horas trabajarán la semana siguiente, si cotizarán o no a la Seguridad Social con la correspondiente consecuencia para sus derechos laborales y cuánto o cuando cobrarán por ello tengan el contrato que tengan.

Los días libres también son objeto de convenio o de acuerdos. Y como se ve en la siguiente tabla, también hay diversidad de situaciones particularmente en los días libres para asuntos propios.

Tabla 17. Vacaciones y días libres por asuntos propios de las auxiliares de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017

	Vacaciones anuales	Días libres por asuntos propios	Peculiaridades
Granada	30 naturales	4 (máximo uno al trimestre)	En algunos pueblos de la provincia, las auxiliares denuncian que no tienen vacaciones pagadas.
Baracaldo y Bilbao	21 laborales	No	Ni Bilbao ni Baracaldo cuentan en el convenio con ningún día libre por asuntos propios. Si cuentan como licencia retribuida con 10 horas anuales para acudir al médico de cabecera, médico particular o para ir a consultas médicas, revisiones médicas ingreso hospitalario e intervenciones de menor importancia de cónyuge, hijas o hijos menores de 15 años y madre o padre.
Barcelona	30 naturales	2	Las empresas Suara y Clece rotan las vacaciones entre julio, agosto y septiembre pero, dicen, no es la práctica habitual en otras empresas. Tienen también un día de cómputo por más horas trabajadas, aunque a veces se lo quitan por ejemplo, porque en Barcelona hay una fiesta más.
Diputación de Salamanca	30 naturales	4	15 de los días de vacaciones anuales pueden cogerlos cuando quieran y si hay problemas, se sorteaa.
Madrid	31 naturales	4	Por convenio, uno de los cuatro días de asuntos propios es designado por la empresa.
A Coruña	30 naturales	4	
Burgos	30 naturales	4	
Tomelloso (Ciudad Real)	22 laborables	6	También son días libres el 24 y 31 de diciembre y el día de Santa Rita.

Salarios y transporte

Para las trabajadoras más antiguas que comenzaron como empleadas de las administraciones locales, la entrada de la LAPAD supuso una reducción en sus salarios porque los convenios provinciales o de las comunidades autónomas para el sector les supusieron un recorte en sus ingresos netos al perder complementos pactados con los ayuntamientos.

Como puede verse en la tabla siguiente, en los territorios estudiados hay grandes variaciones respecto al salario bruto de las auxiliares y la duración de la jornada laboral. Es evidente que las mejores condiciones son las del convenio laboral de Bizkaia a mucha diferencia del resto y que las peores son las de la Diputación de Salamanca, donde el salario de las auxiliares sólo es un 27,2% superior al salario mínimo interprofesional; y Tomelloso que a pesar de ser un caso de gestión directa municipal, paga a sus trabajadoras un salario superior al mínimo en un 30,4%. Viendo estas cifras y considerando, por ejemplo, los precios que cobran a la hora las trabajadoras de la limpieza o las cuidadoras profesionales del mercado informal, no es de extrañar que las auxiliares que necesiten aumentar sus ingresos recurran al mismo. De hecho, como no tienen permitido trabajar fuera de sus turnos con las personas usuarias que atienden (ni con familiares de las mismas), es frecuente encontrar a auxiliares que sí lo hacen como empleadas en el servicio doméstico o como cuidadoras de noche de personas usuarias de otras zonas de la misma ciudad o en residencias.

Tabla 18.Comparaciones salariales estimativas de las auxiliares de ayuda a domicilio con el salario mínimo interprofesional en 2016. Poblaciones de estudio. 2017

	Salario Bruto mensual con prorrataeo de pagas extra	Incremento porcentual sobre salario mínimo interprofesional	Horas a la semana por convenio laboral	Estimación euros/hora
Salario mínimo interprofesional 2017	825,65			
Baracaldo y Bilbao	2.010,07	143,5	30	16,8
Barcelona	1.262,57	52,9	37	8,5
Madrid	1.226,66	48,6	36	8,5
A Coruña	1.179,50	42,9	39	7,6
Granada	1.135,13	37,5	39	7,3
Burgos	1.091,96	32,3	35	7,8
Tomelloso (Ciudad Real)	1.076,45	30,4	37,5*	7,2
Diputación de Salamanca	1.050,00	27,2	36	7,3

* 40 horas en convenio provincial sector 35 según convenio Ayuntamiento y 37,5 en la oferta pública de empleo

Si se considera que muchas de estas mujeres puede que vivan solas o que el suyo sea el único ingreso familiar; sólo las que trabajan en el territorio de Bizkaia se acercan a la renta media por hogar del conjunto de España, aunque cobran cerca de un 10% menos que lo que supone la renta media, mientras en el resto de los casos, sus ingresos casi no llegan a la mitad o son inferiores¹⁰⁸.

Tabla 19. Comparaciones salariales de las auxiliares de ayuda a domicilio con la renta media por hogar en España en 2016. Poblaciones de estudio. 2017

Renta media por hogar en 2016. Datos INE Encuesta de condiciones de vida: 26.730	Aproximación al salario bruto anual de las auxiliares	Variación porcentual sobre la renta media por hogar en España
Baracaldo y Bilbao	24.121	-9,8
Barcelona	15.151	-43,3
Madrid	14.720	-44,9
A Coruña	14.154	-47,0
Granada	13.622	-49,0
Burgos	13.104	-51,0
Tomelloso (Ciudad Real)	12.917	-51,7
Diputación de Salamanca	12.600	-52,9

Considerando los datos particulares de rentas medias de las poblaciones de estudio, la situación se muestra aún más grave en las ciudades, en especial en Madrid y Barcelona, donde las auxiliares tienen salarios por debajo de la mitad de la renta media por hogar.

108 Según el indicador AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusión) las personas en riesgo de pobreza son aquellas cuyos ingresos por unidad de consumo son inferiores al 60% de la renta mediana disponible equivalente (después de transferencias sociales que, en este caso, es un factor neutro).

En esta comparación podría considerarse que las trabajadoras de Madrid, con una renta cerca del 60% inferior a la renta media de Madrid, están en riesgo de pobreza. Sin embargo, restando la situación del caso de Gran Bilbao, las que más se acercan a la renta media de sus poblaciones son las de municipios más pequeños como Tomelloso y Vitigudino.

Tabla 20. Comparaciones salariales de las auxiliares de ayuda a domicilio con la renta media por hogar en 2016 en cada territorio de las poblaciones de estudio. 2017

	Renta media de cada población	Aproximación al salario bruto anual de las auxiliares	Variación porcentual sobre renta media por hogar en cada población
Madrid	36.442	14.720	-59,6
Barcelona	34.669	15.151	-56,3
Granada	26.774	13.468	-49,7
Burgos	25.919	13.104	-49,4
A Coruña	22.644	14.154	-37,5
Tomelloso (Ciudad Real)	18.572	12.917	-30,4
Vitigudino (Salamanca)	17.832	12.600	-29,3
Gran Bilbao	33.963	24.121	-29,0

En resumen, los salarios de las auxiliares, con la excepción de Bizkaia, están más de un 40% por debajo de la renta media de España y más de un 29% por debajo de la renta de sus propias poblaciones y, en algunos casos, rozando el riesgo de pobreza.

A estos datos hay que añadir que si los salarios que fijan los convenios ya son, de por sí, muy bajos, la contratación a tiempo parcial puede llegar a que haya trabajadoras que cobren menos de 400 euros al mes (Diputación de Salamanca) aunque tengan que dedicar una larga jornada organizada en dos o más tramos para conseguirlos.

Además, el **tiempo y el coste de ir de un sitio a otro** no están regulados de manera uniforme y son otro caballo de batalla.

En ese sentido, en todos los casos el tiempo de desplazamiento se incluye en las horas de contrato y las entidades gestoras (empresas o ayuntamientos) tratan de que haya la mínima distancia entre un domicilio y el siguiente. También en esto hay excepciones y en algunos sitios tratan de evitar por ejemplo, que la auxiliar atienda a varias personas en el mismo bloque de edificios para evitar comparaciones y problemas de confidencialidad (Granada) o consideran que sería lo apropiado aunque no lo apliquen (Barcelona).

Es habitual que el territorio esté zonificado para centrar en una zona concreta el trabajo de cada auxiliar pero también, en cada zona o distrito puede haber distancias largas de más de 25 minutos andando (Granada, Baracaldo, Madrid, Barcelona, A Coruña). Lo habitual es que de un domicilio a otro haya entre 10 y 20 minutos andando.

La excepción es el mundo rural disperso como el caso de la Diputación de Salamanca, donde el recorrido de un domicilio a otro de poblaciones aisladas puede ser entre 10 y 40 km, mucho más los fines de semanas cuando puede que hagan 200 km. en total para atender a un número muy limitado de servicios. Se añade aquí, que hay usuarios y usuarias que prefieren que la auxiliar no sea del mismo pueblo, que la red de carreteras en invierno puede tener problemas y que se ha dado el caso de accidente con el propio vehículo cuyo coste ha corrido íntegro por cuenta de la auxiliar.

Tabla 21. Compensación del tiempo de desplazamiento y del transporte de las auxiliares de ayuda a domicilio.
Poblaciones de estudio. 2017

	Forma de compensación del tiempo desplazamiento o del transporte
Granada	<ul style="list-style-type: none"> - Cuentan con dos horas para transporte para la jornada completa (39 horas). - Si van en vehículo propio les pagan una parte del kilometraje
Baracaldo y Bilbao	<ul style="list-style-type: none"> - La jornada laboral es de 30 horas de trabajo efectivo de lunes a viernes y 35 horas a la semana de lunes a viernes con desplazamientos. Se abona el transporte público entre el domicilio de la auxiliar y el del usuario (ida y vuelta) cuando existe una distancia de 3 o más km.; también se abona entre los domicilios de los usuarios si hay una distancia entre ellos de 2 km. Cuando no existe transporte público se abona el kilómetro en transporte privado a 0,28 céntimos/km.
Bilbao	<ul style="list-style-type: none"> - Si viven en Bilbao, les incluyen en contrato una estimación del tiempo tanto a su domicilio como entre servicios y de regreso a su domicilio. Con justificante les abonan tarjeta de transporte mensual.
Barcelona	<ul style="list-style-type: none"> - Calculan el tiempo con Google Maps y añaden un 11% más al tiempo que esta aplicación señala.
Diputación de Salamanca	<ul style="list-style-type: none"> - Distancias cortas: reducen el tiempo a las personas usuarias en 5 minutos para que las auxiliares tengan 10 minutos entre un lugar y otro. - Distancias largas: Pagan kilometraje a 0,19-0,20 euros/km. No siempre incluye los trayectos de salida y llegada al propio domicilio. - Si hay desplazamientos de más de 1.400 km al año, la empresa puede facilitar un vehículo. Hay auxiliares que dicen hacer entre 1.800 y 2.000 km.
Madrid	<ul style="list-style-type: none"> - El transporte entre servicios es tiempo efectivo de trabajo según el convenio colectivo y las empresas lo calculan con Google Maps que, según las trabajadoras, "no entiende de paredes, semáforos etc. y las empresas suelen aplicar de hecho menos tiempo de desplazamiento". No están incluidos los trayectos de salida y llegada al propio domicilio
A Coruña	<ul style="list-style-type: none"> - El transporte entre servicios es tiempo efectivo de trabajo según el convenio colectivo y las empresas lo calculan con Google Maps. No están incluidos los trayectos de salida y llegada al propio domicilio - Abonan el título de transporte o kilometraje a 0,17 euros/km. Además cobran 34 horas por plus de transporte.
Burgos	<ul style="list-style-type: none"> - Las empresas calculan las distancias con Google Maps. - En el precio/hora están incluidos 5 min a cuenta del ayuntamiento y 5 a cuenta de la empresa. La prestación es de 55 minutos y se establecen 10 minutos entre domicilios. Si hay desplazamientos más largos se incorporan como periféricos y se incrementa el tiempo en 20 minutos y se paga a parte. - No están incluidos los trayectos de salida y llegada al propio domicilio.
Tomelloso (Ciudad Real)	<ul style="list-style-type: none"> - El tiempo de desplazamiento entre servicios se reduce del tiempo de los usuarios (puede ser 10 minutos menos).

El método de cómputo del tiempo de desplazamiento suele ser la aplicación Google Maps –una responsable en una empresa lo justifica como lo más objetivo porque «la percepción del tiempo es variable»– y casi nunca las auxiliares están de acuerdo con las distancias que marca porque dicen que no tiene en cuenta la condición física de la persona, los semáforos, las cuestas, etc. Hay siempre quejas en relación a este tema y el incremento del 11% de Barcelona se consiguió a partir de una denuncia de las trabajadoras.

Una posible solución suele ser que, ante alguna queja, las coordinadoras comprueben personalmente el trayecto, pero depende de la disponibilidad y la actitud de cada una, ya que la norma que marcan las empresas es el uso de la aplicación.

Otra reivindicación es la compensación por el tiempo desde el propio domicilio al iniciar la jornada laboral y el regreso al mismo. La justificación para no pagarlo es que son empleadas sin un centro fijo de trabajo. Las trabajadoras de Castilla-León lo denunciaron y perdieron, pero tienen recurrido la sentencia ante el Tribunal Supremo.

Y por último, hay que poner el foco en los casos que se reduce el tiempo de prestación de servicio a cada persona usuaria para compensar el tiempo de desplazamiento de un lugar a otro. Esto está ocurriendo en la Diputación de Salamanca, en Burgos y en Tomelloso. No parece lógico que sean las personas usuarias quienes vean afectado su derecho (por no citar de nuevo lo insuficiente que es muchas veces el tiempo para los servicios) cuando se trata de un desplazamiento por motivos laborales.



Control de presencia

Las auxiliares se suelen ocupar de una media de 6/8 usuarios que atienden de forma más o menos estable. Lo habitual es que para organizar el trabajo, la correspondiente coordinadora organice en un plantilla los horarios que deben cumplir en cada domicilio a lo largo de la siguiente semana o del siguiente mes. Sólo si se produce alguna incidencia, las trabajadoras vuelven a comunicarse con la coordinadora, normalmente de forma telefónica.

En varios pliegos técnicos se ha comenzado a pedir a las empresas que incorporen algún sistema de control de presencia de las auxiliares en los domicilios de las personas usuarias. Debería servir para asegurar que se prestan los servicios durante el tiempo y a las horas adecuadas (puede evitar, por ejemplo, que una persona se quede sin servicio por alguna incidencia grave de la auxiliar que no pueda avisar a tiempo) y, por supuesto, para que la empresa justifique la facturación de las horas prestadas de servicio público. Pero también tendría utilidad para las trabajadoras que, en caso de conflicto o queja, podrían demostrar su presencia en un lugar concreto a una hora determinada. No hay que olvidar que una parte de las quejas de las personas usuarias son por impuntualidad de las auxiliares o porque se van del domicilio antes de tiempo.

Por supuesto que también las empresas ven utilidades únicamente a su favor como, por ejemplo, la que expresa que se empeñarán en mejorar ese control «*si se pudiera emplear como herramienta de gestión para pagar la nómina*», algo que no pueden hacer porque «*los convenios no están adaptados a los controles de presencia*», así que «*no pueden pagar a la trabajadora por el tiempo real*». Y también le pondría mayor interés si la pudieran usar para cobrar también por el tiempo real que se realiza, por ejemplo, si una auxiliar se queda bloqueada tres horas por una incidencia en un domicilio, la empresa paga tanto a la trabajadora bloqueada como a la sustituta de los siguientes servicios. «*Cobro una hora y realizo tres*». Así que, dice, estaría muy bien si se pudiera utilizar como herramienta de gestión porque para el Ayuntamiento sería «*lo más transparente*», porque no tendría dudas de que «*facturarían lo que trabajan*».

No es, en cualquier caso, una práctica generalizada. Es más frecuente que el control se realice con partes de trabajo semanales o mensuales escritos a mano con las horas de entrada y salida de cada servicio, en algunos casos firmadas también por las personas usuarias o mediante llamadas telefónicas al entrar y salir de cada domicilio. También hay empresas que realizan llamadas y visitas aleatorias a los domicilios para controlar el trabajo de las auxiliares (Baracaldo), aunque, como se ha visto en otro apartado no son frecuentes ni para esta cuestión, ni para hacer el seguimiento del propio servicio. O la propia Administración correspondiente comprueba aleatoriamente algunos casos cuando recibe la factura (Distrito de Tetuán en Madrid).

Hay, no obstante, empresas que sí están poniendo algún tipo de mecanismo de control de tiempo, aunque no son idénticos porque, como identifica un responsable de la Administración, el conocimiento tecnológico que generan las empresas en este sentido, no se comparte y no se puede homogeneizar. En ese sentido, en A Coruña, la intención

es que el programa informático sea de propiedad municipal y que sean las empresas las que lo adopten.

Algunas empresas (Azvase, Valoriza) utilizan sistemas de códigos QR o NFC que se reconocen con móviles de empresa que se entregan a las auxiliares y que pueden servir también para comunicaciones internas de la relación de servicios del día, cambios, urgencias, noticias corporativas, agradecimientos de los usuarios, etc. Previamente, es necesario entregar una *pegatina* a la persona usuaria para que la fije en algún sitio de su domicilio. Lo habitual es que sea en la presentación del servicio pero como no siempre se produce, hay casos como el distrito de Moncloa–Aravaca en Madrid en el que las auxiliares son quienes entregan esa pegatina cuando la coordinadora de la empresa no ha ido previamente.

La condición, entre otras, es que en cada domicilio el código, la *pegatina*, esté visible. Esta es una dificultad para este tipo de sistemas porque dado que el domicilio no está considerado un lugar de trabajo, las personas usuarias pueden negarse a facilitarlos. Además, no todas las auxiliares tienen teléfonos, sobre todo las que son eventuales o están haciendo suplencias. Otra dificultad para este modelo es que no siempre los servicios se inician en el domicilio ya que pueden empezar por ir a la compra, por ejemplo. O también, que no registra el tiempo de llegada al domicilio mientras las personas abren la puerta del portal, se sube en el ascensor, etc. En esos casos, que se fiche en el domicilio no resuelve el control y una posible alternativa sería la geolocalización a través del teléfono móvil que tendría otros requerimientos. Otro sistema que se ha implantado de forma complementaria en Barcelona es un llavero que llevan las personas usuarias y que permite fichar a las trabajadoras (no en casos de personas con enfermedades mentales o niños y niñas que acompañan al colegio). Finalmente, las trabajadoras dicen que, en algunos casos, ponen un correo cuando se van antes para avisar a la empresa.

En la Diputación de Salamanca no hay ningún tipo de control, pero los coches (muy pocos) que presta la empresa a las trabajadoras que quieren si hacen más de 1.400 km. al año, llevan localizadores.

Las trabajadoras muestran muchas resistencias ante la implantación de cualquier tipo de control que no sean los partes de trabajo. En su opinión, es una falta de confianza hacia ellas y expresan que si lo hicieran mal las personas usuarias ya se quejarían.

Algunas Administraciones y empresas muestran similares resistencias. El argumento habitual es también que podría parecer que hay falta de confianza en las trabajadoras o que puede vulnerarse la intimidad de los usuarios o la de las propias auxiliares. La solución que ofrecen las Administraciones es sólo para cuando reciben alguna queja por parte de las personas usuarias y consiste en ponerse en contacto con la empresa y pedir explicaciones, pero ni las auxiliares, ni las empresas o las Administraciones que brindan estos argumentos y respuestas parece que valoran que también puede haber problemas ocultos no expresados, por ejemplo, impuntualidades o reducciones de tiempo derivadas del exceso de confianza entre las auxiliares y las personas usuarias.

Formación inicial y continua

Como se comenta más arriba, en estos momentos, es muy alto el porcentaje de auxiliares con su experiencia homologada o un certificado de profesionalidad en vigor o pendiente de conseguir antes de que culmine el plazo establecido (que por otra parte se alarga desde hace años). Muchas trabajadoras han acumulado experiencia y otras también cuentan con titulaciones de formación profesional. Pero también hay otras empleadas y empleados que acceden al trabajo de ayuda a domicilio con una formación escasa.

Para todas ellas es importante actualizar o adquirir conocimientos y habilidades que les permitan realizar su trabajo en las mejores condiciones de calidad y seguridad. Además, parece lógico pensar que cada empresa tiene su propia cultura de organización y de intervención social y que debería asegurarse de que todos sus empleados y empleadas la conocieran.

Los pliegos técnicos, por los que las Administraciones sacan a concurso público los contratos de servicio, suelen recoger estos aspectos o también las empresas los ofrecen como mejoras al pliego (Baracaldo). A modo de ejemplo, el pliego técnico de Madrid indica que: «*Todo el personal auxiliar domiciliario deberá haber recibido formación en las tareas que debe realizar, de al menos, 15 horas antes de su incorporación a la prestación del servicio. En ese contenido deberán constar, como mínimo, los siguientes temas:*

- Objeto y objetivos del SAD. Competencias del mismo a desarrollar por el auxiliar domiciliario.
- Manifestaciones físicas, psíquicas y sociales del envejecimiento
- Alimentación y nutrición en las personas mayores.
- Higiene y vestido.
- Movilización de encamados.
- Uso de Productos de Apoyo
- Habilidades Sociales para el buen trato a las personas mayores, incidiendo especialmente en el respeto a la dignidad y a la intimidad de las personas.
- Herramientas para la solución de conflictos con los usuarios.

Se entenderá por formación realizada, cualquier titulación oficial cuyo contenido verse sobre lo establecido anteriormente. En caso de que el auxiliar no tenga formación previa, ésta deberá ser prestada por la entidad antes de su incorporación efectiva al servicio», y más adelante señala la obligación de organizar formación continua para su plantilla: «todo el personal auxiliar deberá realizar formación continua cuando su permanencia en el servicio sea igual o superior a un año».

Estos requerimientos no se cumplen en todos los casos y las Administraciones no siempre controlan su ejecución aunque suelen pedir a las empresas un plan de formación continua. Administración y empresas muestran a veces dudas sobre que los certificados de profesionalidad expedidos aseguren la formación necesaria o, como señala uno de los responsables de una empresa, sólo «*límite riesgos*». Incluso en una Administración se llega a sugerir que la formación inicial se realice desde el propio ayuntamiento, en competencias básicas de control sanitario y de seguimiento de medicación.

Hay lugares donde a las personas sin formación se les contrata por un periodo de prácticas en las que las acompaña otra auxiliar con experiencia. En algún caso, existe un módulo de acogida para las coordinadoras donde se trabajan aspectos relacionados con la gestión de equipos; y en otro, la empresa cuenta con manuales que se pueden descargar online y para los que las trabajadoras reciben una introducción de dos horas al inicio de su actividad.

Si la formación inicial es escasa, en pocos de los casos estudiados, las trabajadoras estaban accediendo a algún tipo de actividad de formación continua y tampoco las empresas han facilitado sus planes de formación, si bien en todos los casos señalan que «*lo tienen previsto*». Hay quienes señalan que el plan lo pactan con el comité de empresa o que lo hacen a través de la Fundación Estatal para la Formación en el empleo.

Los contenidos de la formación prevista o realizada suelen ser comunes:

- Movilización y ayudas técnicas (es el único que se suele concebir dentro del horario laboral –junto al de Riesgos Laborales–, con una duración generalmente de dos horas).

Pero también, cada empresa decide otros contenidos. Por ejemplo:

- Curso de ética online. (Granada)
- Ley de protección online. (Granada)
- Salud mental presencial. (Granada)
- Habilidades sociales. (Granada)
- Cocina básica (Granada)
- Manipulación de alimentos (Barcelona)
- Informática básica (Diputación de Salamanca)
- Riesgos psicosociales (Diputación de Salamanca)

Si hay alguna formación obligatoria se incluye en horario laboral pero sólo se ha encontrado formación de estas características en relación a los sistemas de control de presencia o de prevención de riesgos laborales.

En cualquier caso, salvo excepciones (Burgos), la formación sólo se organiza para las trabajadoras con contratos superiores a un año y las trabajadoras eventuales quedan fuera. Además, casi toda la formación o está fuera del horario laboral sin ser remunerada, o está en el horario laboral pero no son posibles las sustituciones, o ambas cosas. También hay empresas que compensan las horas de formación con tiempo del arrastre de horas y sólo en casos excepcionales, la empresa paga una parte del tiempo de traslado hasta el local (Barcelona, Diputación de Salamanca) y en otros, han llegado a un acuerdo con el comité de empresa para realizar una formación de 20 horas

dentro del horario laboral (Burgos). Las organizaciones sindicales también organizan alguna formación (Granada, Barcelona) y tiene buena acogida mientras sea de carácter presencial y gratuito.

La modalidad formativa también es un tema a debate y en las empresas tratan de experimentar con modalidades semipresenciales, a distancia o muy participativas (manuales en Granada). La formación no presencial no parece muy adecuada para las trabajadoras, que no siempre tienen ordenador en casa o cobertura suficiente (Diputación de Salamanca) y, sobre todo, cuentan con muy poco tiempo propio. Además, por el tipo de conocimientos y habilidades que han de aprender, por el hecho de que necesiten compartir experiencia y porque en la educación de personas adultas es sabido que los sistemas no presenciales requieren un alto grado de autoorganización, tesón y motivación, es obvio que la modalidad presencial es la más adecuada a pesar de los problemas enunciados a los que se añaden los de desplazamientos en el caso del mundo rural (Diputación de Salamanca). La duración de los cursos que se organizan por las empresas no exceden de las 4 horas –en una empresa la denominan *formación cápsula*– teniendo en cuenta que para los más largos aún hay más dificultades de asistencia.

Todas estas circunstancias pueden explicar el escaso interés que la formación suscita entre muchas trabajadoras quienes, en una proporción muy alta, no acuden a las convocatorias de cursos que realizan las empresas. Aunque, en opinión de varias personas responsables en Administraciones o en empresas, se debe a que las trabajadoras no tienen una «*cultura laboral de formación continua*»; cuando las trabajadoras toman la palabra sí son conscientes de sus déficits y echan en falta más formación sobre temas como primeros auxilios o sobre enfermedades mentales y el trato con personas con enfermedad mental o deterioro cognitivo. De hecho, muchas han realizado formación específica por su cuenta y expresan que se plantearían acudir a la formación continua «*si al menos la empresa pagara la mitad*» (Bilbao). Aún así, el estudio identifica entre las auxiliares a muchas mujeres con escasa formación en otros campos y con muy poca motivación para ampliarla. Se quejan de que «*les cuesta mucho* volver a estudiar, que ya son mayores, o de que les cobran tasas que no pueden pagar.

Es significativa la opinión de una de las responsables de una empresa filial de un gran grupo empresarial, que opina que la formación de las trabajadoras ha de realizarse fuera de horario laboral «*porque se lo llevan puesto*» y las trabajadoras tienen que poner de su parte. A ella «*no se le ocurriría*» pedir que su formación fuera en tiempo de trabajo. Además, no le parece realista porque «*una empresa no va a invertir en horas de trabajo para formación porque no sería rentable, perderían mucho tiempo de trabajo para formarse*» y ella, como trabajadora, cree que cuando le convocan a una formación lo único que valora es si le va a aportar algo para su crecimiento y para desarrollar su trabajo, pero no valora si es o no en horas laborales. Así que piensa que por eso, están teniendo problemas con las auxiliares cuando les piden que vayan a la empresa una vez al mes. Las trabajadoras les exigen que les paguen tanto el tiempo con la coordinadora como el tiempo que tardan en llegar en consonancia con que ellas cobran también por las horas que realizan. Pero la responsable de la empresa dice que aunque algunas van porque es voluntario, le sorprende las que no quieren ir; porque es una vez al mes y «*no lo valoran*» aunque solo sea por conocer a sus responsables y que «*la empresa está dispuesta a recibirlas una vez al mes*» incluso fuera del horario de los propios responsables. Dice que también están exigiendo a la empresa que les mande la nómina a casa por correo porque no quieren recogerla en mano y de paso, ver a las responsables, pero el envío de las nóminas por correo «*supone un coste alto para la empresa*».

No obstante, además de opiniones como la anterior, en el estudio también se han encontrado buenas prácticas de formación inicial y continua en especial en las empresas que tienen una larga trayectoria en la intervención social (Bilbao, Madrid). En ellas, la formación de las trabajadoras es una constante de la estrategia empresarial y valoran que esa política «*marca la calidad del servicio*» (Bilbao).

Prevención y riesgos laborales

Identificación de riesgos

En 1995 se aprobó en España la Ley 31/1995, de Prevención de Riesgos Laborales (LRL). Esta norma regula el derecho de protección de la seguridad y salud en el trabajo de las personas trabajadoras, y establece las obligaciones empresariales en materia de seguridad y salud. Todas las empresas deben elaborar un plan de prevención,

orientado a evitar los riesgos presentes en el trabajo, evaluarlos cuando no se puedan evitar, y planificar e implantar las medidas necesarias de prevención y protección para controlarlos. La LPRL es de aplicación tanto a quienes trabajan por cuenta ajena como trabajadoras y trabajadores de las Administraciones Públicas. En el Capítulo II de este estudio se encuentra una explicación exhaustiva sobre este aspecto.

En los casos estudiados suele existir un plan de prevención de las empresas que gestionan el servicio por imperativo legal. En este caso, tampoco las Administraciones controlan su ejecución de forma exhaustiva y algunas ni siquiera lo conocen. Muchos de estos planes se reproducen de unas a otras empresas, no siempre las trabajadoras saben de ellos y no en todos los casos han sido facilitados para este estudio.

Respecto a la prevención de riesgos laborales el trabajo de ayuda a domicilio tiene un hándicap importante ya que, en el discurso dominante, los domicilios no son considerados centros de trabajo y, en consecuencia, prima la voluntad de las personas beneficiarias para facilitar la información necesaria. Ante un problema, dicen, no puede actuar la inspección de trabajo. Este discurso, como ya se indicó en el Capítulo II, es discutible.

Pero mientras no se conforme un relato en el que se evidencie que el domicilio es el lugar de trabajo de las auxiliares con todas sus repercusiones, el actual tiene consecuencias para diferentes aspectos del trabajo a domicilio, por ejemplo, para el control de presencia, pero también para que se obligue a las empresas a realizar informes de valoración de riesgos laborales para las profesionales que trabajan en la ayuda a domicilio.

Por esa razón, son excepcionales los casos en los que se realizan estos informes en los domicilios de las personas usuarias antes de iniciar el trabajo de las auxiliares, pero hay casos donde sí se hace una primera valoración más o menos sistemática. Puede que esté a cargo de las propias trabajadoras sociales (Diputación de Salamanca, Baracaldo, Burgos, A Coruña), o de la empresa (Bilbao) y que sirva para trabajar sobre las soluciones posibles antes de que se inicie el servicio de ayuda a domicilio.

Pero en la mayoría de las ocasiones, sólo se realiza una valoración de riesgos cuando se detecta algún problema por parte de la propia auxiliar o, de modo excepcional, por coordinadoras que tienen formación específica (Barcelona, distrito de Tetuán en Madrid), por mutuas contratadas por las empresas y, en ocasiones, con terapeutas ocupacionales que acuden a realizar una valoración si las trabajadoras lo piden (Barcelona, Burgos) o consideran que es un caso complejo, donde es necesario incluso cambiar el plan de intervención (distrito de Tetuán en Madrid). En los casos de las mutuas, se hace hincapié en que su labor es sólo recomendar, no prohibir, por lo que tras un informe de valoración de riesgos puede que se tomen las medidas adecuadas para paliarlos o no. Una situación especial es el Ayuntamiento de Burgos que en la tramitación exige a la persona usuaria que firme un documento donde comunica y se responsabiliza de las condiciones de su vivienda. Otra, se da en A Coruña donde son las delegadas del comité laboral quienes han diseñado su propia lista de comprobación de riesgos que utilizan para elevar informes a la Inspección de Trabajo cuando encuentran problemas en un domicilio, de ese modo, están animando a las empresas a contratar a terapeutas ocupacionales. De este modo, cuando una auxiliar denuncia un problema, el terapeuta de la empresa va al domicilio y propone correcciones al plan de intervención o medidas específicas, por ejemplo que el aseo no se haga en el baño sino en la cama, etc.

Aún menos habituales son las empresas que realizan una vigilancia periódica de la salud de las trabajadoras (se cita una revisión hace tiempo, en Granada). Y son excepcionales los casos donde la empresa explica que adapta los puestos a las auxiliares más mayores o con alguna dolencia muscular o en las articulaciones para encargarles tareas concretas que no supongan sobrecargas físicas –por tanto, menos atención personal y más tareas de limpieza o acompañamientos–.

A lo largo de este estudio se identifican situaciones problemáticas que merecerían una valoración individualizada de los riesgos de la atención en los domicilios:

- Condiciones de accesibilidad del domicilio. Particularmente: aseos y cuartos de baño, dormitorios, cocinas, puertas de entrada y pasillos, ascensores, vestíbulos y portales. En los municipios con viviendas en una planta, también es importante comprobar el estado de los patios y accesos. Este aspecto se ha desarrollado en el apartado sobre pacientes con movilidad reducida.
- Condiciones de comodidad para la ejecución de las tareas: materiales de limpieza adecuados, agua caliente, sistema de calefacción seguro, instalación eléctrica adecuada. Sobre todo en municipios rurales pueden encontrarse viviendas sin sistemas de calefacción o con braseros; y sin agua caliente, con lo que para el aseo de las personas usuarias hay trabajadoras que deben calentar el agua previamente.



- Condiciones de salubridad del domicilio y valoración si es necesaria una limpieza de choque.
- Enfermedades infecto-contagiosas de las personas beneficiarias.

Es necesario poner el acento en cada una de ellas, pero en particular, se han encontrado muchas dificultades para identificar posibles riesgos derivados de enfermedades infecto-contagiosas de las personas beneficiarias. Las personas usuarias no tienen obligación de proporcionar esa información, las administraciones explican que es necesario respetar los datos personales, las empresas se escudan en que no se enteran si no lo dice la Administración y las auxiliares denuncian que a veces se enteran porque se lo cuenta la propia persona usuaria y nadie les ha avisado de nada. Es indudable que es un riesgo real y también que hay que respetar y proteger la información personal de cada usuario, pero es necesario buscar una manera de que la auxiliar no se vea expuesta a un potencial contagio. En algún caso, la Administración o la empresa manifiestan que se informa a las auxiliares, aunque no digan de qué enfermedad se trata y que, si hubiera algún problema por falta de información «*incluso*» llegan a hacer análisis clínicos a la auxiliar (Diputación de Salamanca) o que «*si es un caso espectacular*» pueden suspender el servicio. Con un buen sistema de información y prevención, tales riesgos no se correrían.

Formación en riesgos laborales

Aunque todas las trabajadoras dicen tener formación sobre riesgos laborales esta no suele realizarse de forma periódica (hay trabajadoras que dicen haber recibido formación «*hace años*»), puede ser tan puntual como una charla o dos horas de formación y no siempre está adaptada a las necesidades particulares de las tareas de la ayuda a domicilio. Tampoco se realiza siempre en horario laboral (A Coruña) o se facilita el acceso de las trabajadoras (Diputación de Salamanca). Es habitual que las trabajadoras reciban una información por escrito (un folleto o un manual) o a que sea disponible en una plataforma web (Distrito de Tetuán en Madrid) pero ellas manifiestan en muchas ocasiones que no lo han leído, así que su implantación es dudosa, salvo en los casos de formación obligatoria y en jornada laboral que son los menos.

En algunos casos se organiza a petición de las propias trabajadoras a través de sus delegadas de prevención (Granada), pero no en todas las empresas se habrá constituido la mesa de prevención de riesgos laborales dentro del comité de empresa (como en Granada) o una comisión paritaria de salud laboral con participación de la Administración (como en Barcelona), aunque casi siempre hay delegadas de prevención de riesgos. En algunos casos estas delegadas han recibido formación específica (Barcelona, Diputación de Salamanca).

Accidentes, bajas laborales y absentismo

El accidente en el trayecto o *in itinere* tiene su origen en la jurisprudencia, que elaboró su concepto a través de la ampliación del concepto de accidente de trabajo, al incluir



en este los accidentes que, de forma indirecta, podrían tener una relación con el trabajo. Viene siendo definido de forma simple como el que puede sufrir el trabajador o trabajadora al ir o al volver del lugar de trabajo. En el caso de las auxiliares, estos accidentes se producen al ir de un domicilio a otro: caídas, atropellos, torceduras de tobillo, tirones, etc., a veces accidentes de moto, bicicleta o automóvil, y son considerados accidentes laborales. En el caso de accidentes de tráfico las auxiliares no tienen ayuda jurídica, ni ayuda económica si el seguro no es suficiente. (Se vio el caso de una auxiliar que perdió su coche en un accidente entre un domicilio y otro, con resultado de siniestro total y no tuvo ningún apoyo por parte de la empresa).

También se producen accidentes en los domicilios son: resbalones, caídas, tirones, cortes, quemaduras, desgarros musculares, contracturas, etc., más o menos graves¹⁰⁹. Aunque las lesiones que se producen en los domicilios como consecuencia, por ejemplo, de movilizaciones de personas encamadas o con movilidad reducida –además repetidas en tiempos cortos– puedan ser consideradas accidentes laborales, las enfermedades asociadas a ellas, por esfuerzos repetitivos, como lumbalgias, artrosis, ciática, tendinitis, etc., no son consideradas enfermedades profesionales.

Las trabajadoras en general, se quejan de la poca sensibilidad de las mutuas para considerar que sus accidentes o enfermedades son motivo de baja laboral. Sobre todo en el caso de lesiones musculares o de espalda. Les dicen que son enfermedades previas que no tienen que ver con el trabajo que realizan y les remiten al médico de cabecera. En las mutuas, las auxiliares escuchan cosas como: «esto ya lo tenías cuando naciste», «usted tiene 55 años, está gorda, tiene artrosis»... Expresan muchas quejas y entre otras, que no se les dé la baja por riesgo laboral por embarazo.

En algunos lugares, las auxiliares se hacen acompañar de la delegada sindical a la mutua y resulta más efectivo (Baracaldo, A Coruña).

Muchas auxiliares tienen bajas laborales a lo largo de su carrera profesional. Además de por contingencias comunes, las causas fundamentales son dolencias musculo esqueléticas: lumbalgias, lesiones musculares, artrosis, roturas de huesos, de tendones, fibromialgias, hernias en la espalda, roturas de ligamentos, etc. En algunos casos se trata de bajas muy largas o de enfermedades recurrentes y tampoco cuando les dan el alta pueden reincorporarse del todo al trabajo cotidiano. Las empresas no siempre pueden ofrecer alternativas de cambios de tipo de tareas a realizar. Afectan de modo especial a las trabajadoras que tienen más edad y no todas pueden solicitar como se vio, contratos de relevo o jubilaciones anticipadas.

Pero también se producen bajas por agotamiento (Granada) o por depresión (Granada, Bilbao, Barcelona, A Coruña). Las causas de este tipo de baja se achacan a la soledad del trabajo, a que no tienen equipo, a que están dispersas, al cansancio emocional de los cuidados, al estrés, etc. Es interesante en ese sentido la conclusión de algunos

¹⁰⁹ Durante la realización de este estudio, se produjo un accidente mortal en un domicilio de la provincia de Granada.

estudios que señalan que: «*las bajas por enfermedad son más elevadas en trabajos con bajo apoyo social, elevadas demandas psicológicas y escaso control sobre la asignación del tiempo o el modo organizativo*».¹¹⁰

También se recoge la opinión de algunas empresas que creen que las auxiliares no tienen una concepción de que su trabajo sea más que una fuente subsidiaria de ingresos familiares y que eso afecta a su cultura laboral porque dan más importancia al cuidado de sus familias que a su empleo y, en consecuencia, también a su absentismo. Se entiende por absentismo la ausencia de una persona de su puesto de trabajo, en horas que correspondan a un día laborable, dentro de la jornada legal de trabajo. En España, el índice de absentismo se situó en 2016, en el 4,8%, el 5% en el sector Servicios¹¹¹. En la mayoría de casos las empresas entrevistadas opinan que en su sector hay un grado alto de absentismo y lo calculan alrededor del 15% (Bilbao), el 9–12% (Madrid), el 10% (Barcelona, Diputación de Salamanca), o el 5% (Burgos).

Las empresas no señalan alternativas a esta situación, sólo la diagnostican. No cuentan con fisioterapeutas y casi ninguna con terapeutas ocupacionales para las auxiliares; ya se ha visto que la formación en prevención de riesgos es, como mínimo, insuficiente y no siempre cuentan con servicios de atención psicológica que podrían acompañar y ayudar al trabajo de las auxiliares. Si existen, no son eficaces (Baracaldo, Diputación de Salamanca, Burgos) y sólo se ha encontrado un caso en el distrito de Tetuán donde la empresa considera que es necesaria esta ayuda y la ofrecen explícitamente a las auxiliares cuando, por ejemplo, muere alguna de las personas que atienden. Ellas dicen que los problemas los resuelven solas, «*quedando a tomar café*». La empresa, en algunos casos, responde buscando para casos puntuales una supervisión externa (Barcelona), pero no es un trabajo sistemático.

Autopercepción e imagen social

La relación con la persona usuaria y sus familiares

En un momento de la entrevista a los grupos de auxiliares, se les solicitó que describieran con una palabra su relación con las personas usuarias. Expresando la frecuencia con la que se citó cada palabra por su tamaño, el resultado sería el siguiente, donde se ve con claridad cómo están mezclados los aspectos emocionales y profesionales:

Cariño
Profesional
Cercana
Humana
Paciencia
Buena
Empatía
Maravillosa
Vocacional
Inventora
Creativa
Resolutiva
Complicada
Paño de lágrimas

¹¹⁰ Adecco. *VI Informe Adecco sobre absentismo*. Junio, 2017.

¹¹¹ Adecco. *VI Informe Adecco sobre absentismo*. Junio, 2017.

Existe una gran diversidad de situaciones de convivencia en los domicilios que atienden las auxiliares. La más habitual es que la persona beneficiaria del servicio viva sola. Hay que tener en cuenta que de los 18,4 millones de hogares en España en 2016, el 25% los ocupan personas que viven solas y, en particular, 1,9 millones son de mayores de 65 años¹². Aún así, esas personas solas pueden recibir visitas recurrentes de algún familiar que conviva puntualmente con ellas (hijas, nietos o nietas, etc.). También hay hogares donde las personas usuarias conviven con su pareja o otros, en los que ambos cónyuges son beneficiarios de una prestación.

Más en los casos valorados con un grado III de dependencia que en el resto, la persona suele vivir acompañada, bien de su pareja, de otro familiar o de una cuidadora profesional.

Y en la mayoría de las situaciones, viven solas o acompañadas, las personas beneficiarias tienen familiares que colaboran con ellas en las gestiones burocráticas para conseguir el servicio y que están presentes en algún momento del proceso.

Las auxiliares suelen tener relación con todas ellas para bien y para mal.

20. Las familias y allegados

Las auxiliares expresan que, en general, se llevan bien con las familias y otras personas que puedan convivir con la persona usuaria de forma permanente o puntual. Califican su relación de «*empática*», «*amable*», «*cordial*», «*respetuosa*» y valoran en muchos casos su papel «*educador*» en aquellos domicilios donde imponen una rutina, por ejemplo, de aseo o de limpieza tratando de implicar al resto de las personas que habitan en el mismo hogar. Pero también, en su descripción de la relación con las familias, las auxiliares citan con frecuencia el concepto de «*ingratitud*».

La relación con las personas que conviven en el mismo hogar que las personas beneficiarias del servicio puede marcar las tareas a realizar por las auxiliares. Puede tratarse de personas muy colaboradoras que apoyen su trabajo (algo fundamental en las movilizaciones o en los casos en los que hay que crear una cultura de higiene en el domicilio), pero también hay una gran variedad de situaciones en las que lo dificultan. La casuística es muy diversa pero, a modo de ejemplo, es relativamente habitual que los familiares quieran cambiar el aseo de la persona usuaria por servicios de limpieza y, si bien en los lugares donde la ayuda a domicilio está mejor organizada, es algo que las trabajadoras sociales no permiten y hablan con la familia para, en su caso incluso rescindir el servicio; en otros, no se pone ninguna dificultad. En situaciones extremas, las auxiliares incluso, se ven obligadas a dejar de atender al usuario o la usuaria para limpiar todo el domicilio familiar. Quienes son responsables de la ayuda a domicilio en la Administración conocen la situación y siempre señalan su interés en que la persona sea el centro de la atención por encima de las tareas de limpieza y buscan alternativas (por ejemplo en Burgos, si no hay valoración de dependencia se concede un máximo de 6 horas semanales para la limpieza en un servicio mixto o dos horas en un servicio exclusivo de tareas domésticas).

Pero, como se ha señalado, hay trabajadoras que se exceden en los servicios hasta extremos y sólo se identifica cuando han de ser sustituidas por otra compañera. Algunos casos frecuentes son:

- La limpieza del dormitorio del hijo o la hija.
- Plancha de ropa de hijos o hijas.
- Comida para toda la familia.
- Limpiezas a fondo no pautadas.
- Compras para toda la familia.

Algunas auxiliares justifican con cierta naturalidad esas situaciones, «*me da fatiga no hacerlo, total son cinco minutos*», «*total, no cuesta nada*», en otros casos señalan que hay compañeras que no tienen formación o que temen que un conflicto afecte a su contrato, mientras que otras se niegan y apelan a su profesionalidad para negociar con las familias o pedir apoyo a sus coordinadoras.

Otra situación que las auxiliares manifiestan es que llegan a recibir quejas por parte de las familias cuando éstas se inhiben por completo de los cuidados de la persona usuaria y exigen que, de algún modo, la auxiliar les sustituya completamente. O

¹¹² INE. Encuesta continua de hogares. 2016.



también, que hay hijos o hijas de personas usuarias que hacen todo lo posible para impedir el servicio porque lo que quieren es que el padre o la madre sea internado en una residencia. O que ellas están atendiendo «*el desamparo que sufren muchas personas por parte de sus familias y encima no te lo agradecen*».

En algunos sitios, el servicio se suspende cuando algún familiar decide ir a pasar una temporada (Bilbao) en el domicilio de la persona usuaria o se modifican las tareas y eliminan las tareas domésticas «*sí viene la hija y las hace*», manteniendo sólo las de atención personal.

Además de familias, en muchos domicilios hay contratadas **personas para cuidados personales o para limpieza**. Son profesionales cuyo trabajo está, en muchos casos, dentro de la economía informal. Pueden estar en régimen de internas o por horas. Las auxiliares tienen con ellas (también suelen ser mujeres) una relación de complementariedad, aunque hay una queja recurrente de que quieran que cubran sus tiempos de descanso. De hecho, en la valoración de tiempos que realizan, por ejemplo en Burgos, para personas beneficiarias con una valoración de grado II cuando el tiempo previsto puede estar entre 21 y 45 horas a la semana, el ayuntamiento no concede horas que cubran períodos de descanso de las contratadas internas cuando, además, la persona beneficiaria vive con un familiar.

También en esa relación con las contratadas privadas, las auxiliares tienen la percepción de que no siempre son igualmente valoradas: mientras las internas están mejor consideradas por las familias y las perciben como personas de compañía, las auxiliares creen que a ellas sólo las ven como limpiadoras (Granada). De hecho, no es infrecuente que entre los requerimientos que deben negociar las auxiliares, esté el de la limpieza de la habitación de la contratada interna.

Como se ha comentado en otros apartados, la coordinación de las empresas o de las trabajadoras sociales de la Administración no siempre media en estas situaciones o conflictos y son las auxiliares quienes negocian sus tareas con las familias. Hay casos en los que la empresa, ante una queja en este sentido, cambia a la auxiliar por otra que tenga mucha experiencia y por lo tanto, más capacidad de negociación con la familia.

Una buena práctica en casi todos los casos es la negativa de la Administración y de las empresas a cambiar de auxiliar por requerimientos de las personas usuarias o de sus familias sobre el origen, la cultura o la religión de la auxiliar. Aunque en casi todos los lugares estudiados se detectan exigencias por parte de algunas personas usuarias de que les atiendan sólo personas blancas, españolas y no musulmanas, porque, como explica una trabajadora social hay «*personas mayores que tienen problemas de adaptación a la diversidad*», cuando la Administración o las empresas reciben alguna queja no la atienden y sólo le dan a la persona usuaria la opción de rechazar el servicio. Como se ha dicho, esto ocurre en casi todos los casos, porque también se ha encontrado alguno en el que la respuesta de la Administración ante una actitud de xenofobia es que «*se hace lo que se puede*» y se trata de cambiar a la auxiliar.

Sí que se trata de atender requerimientos sobre que la auxiliar sea mujer u hombre, aunque es evidente que como hay muy pocos tampoco es posible siempre. Que sea

un auxiliar hombre pueden pedirlo otros hombres para tareas de aseo o también, para que «realice pequeñas reparaciones domésticas» (Granada). De nuevo surgen los estereotipos de género.

21. Permanencia de la auxiliar con una persona

El criterio casi general de la Administración y, en consecuencia, de las empresas es que se produzcan los mínimos cambios de auxiliar para cada usuario o usuaria. Señalan que se «establecen relaciones de cariño que dan seguridad a los usuarios», «entran en los domicilios de personas mayores o con discapacidad, vulnerables, y entran en su intimidad y en su soledad y precisan protección», y que hay que tenerlo en cuenta, en particular, con las personas con enfermedades mentales o deterioro cognitivo. Se crea un vínculo y las auxiliares «saben por dónde llevarles». En general el trato es «de cariño y cercanía» porque son personas que están muchas veces solas y «ellas están en el día a día», «saben dónde está cada cosa, saben moverse en ese «territorio» y muchas veces «son el nexo entre las personas usuarias y sus familias».

Esto conlleva atenciones continuadas a veces durante muchos años (9 a 15). Hay excepciones en las que se recomiendan cambios cada seis meses (distrito en Barcelona) o rotaciones (distrito de Tetuán en Madrid).

La empresa cambia a la auxiliar de domicilio cuando se muestra una evidente incompatibilidad de caracteres o porque se produzca un conflicto o por razones de fuerza mayor (una baja, vacaciones, etc.). En algunos casos, también rotan auxiliares porque las personas usuarias sean muy demandantes, por ejemplo, o tengan muy mal carácter, o supongan mucha carga emocional o por razones de salud laboral. En algún caso, se establecen turnos de rotación a los que las familias son muy resistentes pero que son imprescindibles para aliviar la sobrecarga de las auxiliares. Pero la mayoría de los cambios se producen por organización de los cuadrantes de horarios y para rentabilizar los desplazamientos.

El cambio de auxiliar es una de las quejas más frecuentes por parte de las personas usuarias que, en general, no llevan bien que se modifiquen sus rutinas, ni contar con diferentes personas. De tal modo que, incluso, suspenden el servicio cuando la auxiliar habitual se va de vacaciones aunque la opción sea incorporar a una sustituta eventual. «*Las auxiliares –dice una trabajadora social– son parte de su familia, con las que no tienen secretos porque «son como sus hijas» y de ese modo, en la confianza, la atención es mucho mejor. El riesgo de falta de profesionalidad se supera con lo que se gana.*» En general, dicen que las personas usuarias pueden aceptar cambios para las tareas de limpieza, pero no así para las de atención personal.

Sin embargo, una excesiva permanencia en el mismo domicilio puede conllevar un exceso también de confianza con todos sus problemas y se pierde el límite entre trabajadoras y personas usuarias, deteriorando la profesionalidad. Las situaciones a las que da lugar son muy diversas, pero se citan aquí algunas significativas:

- Hay hasta quien se lleva a la usuaria a su propia casa para pasar el rato.
- Algunas se llevaban al trabajo a su hijo y tuvimos que decirles que no podía.
- Hay muchas que dan su teléfono personal al usuario y se implican extralaboralmente.
- Hacen recados fuera de horas.
- A veces nos vamos antes, aunque luego recuperemos el tiempo otro día.
- Una se casó con el usuario y tuvo problemas con la familia porque le puso todo a su nombre.
- Hay quien come en casa del usuario, le pide dinero o se lo lleva de vacaciones.
- Un día llega tarde porque tiene que dejar a la hija en el colegio, luego llega tarde todos los días, luego pide dinero...

Para las auxiliares los cambios de usuarios también traen algunas desventajas como que la persona nueva no cuadre en distancias con el resto de las que atiende y pueda suponer un desplazamiento excesivo; pero igualmente, la permanencia con la misma persona durante años exige mantener una distancia emocional para la que no siempre están preparadas.

En Barcelona, se propone como proyecto piloto, que la ayuda a domicilio sea parte de unos servicios compartidos en equipo para una zona concreta. De esa manera, también para la personas usuarias cambia el referente y pasa de ser una sola persona a un equipo. Al entender de sus responsables, mejoraría la situación actual porque los horarios ahora son muy cerrados, muy inflexibles, y con un modelo de proximidad son posibles jornadas cortas, servicios concentrados a primera hora, que al final redunden en las jornadas de

las trabajadoras y que duren entre 6 y 7 horas al día. Buscan crear equipos que atiendan como ahora, pero que en función de la realidad de cada usuario establezcan unas planificaciones más estables y distintas. Por ejemplo, un usuario puede necesitar a dos personas en un momento determinado para la movilización, pero luego, una de ellas puede irse sin reducir el tiempo de atención como se hace en estos momentos. Las personas responsables son conscientes de que se generarán resistencias por parte de las trabajadoras y por parte de las empresas para avanzar hacia equipos autogestionados, pero entre las ventajas creen que se evitará que haya personas usuarias que cuando se va su trabajadora familiar de vacaciones, renuncien al servicio o que la trabajadora social exija a la empresa que se ponga a una persona concreta para la atención de un usuario concreto.

22. Problemas

Además de los problemas que ya se han señalado, propios de una relación de servicio en los domicilios, en algunos casos hay otros más graves y, por suerte, muy infrecuentes.

Se dan por una parte, acusaciones de robo de las auxiliares. Ellas no tienen permitido quedarse con las llaves (salvo permisos especiales) o quedarse solas en el domicilio, pero como en otras situaciones, también estas prohibiciones se las saltan con frecuencia. Cuando las empresas o las administraciones reciben una queja de estas características, investigan y, la mayoría de las veces, no están basadas en nada real. Suelen ser despistes de personas mayores que, ante la duda, acusan a la auxiliar, o personas que tienen algún deterioro cognitivo que les trastoca la realidad. Por supuesto, hay también casos en los que tras la investigación, se ha interpuesto una denuncia contra la auxiliar y ha sido despedida, pero son muy puntuales.

Por otra parte, se identifican casos de maltrato psicológico e incluso de agresiones físicas hacia las auxiliares por parte de las personas atendidas o por sus familias. Son pocos en términos relativos pero existen. Suelen ser personas con deterioro cognitivo o politoxicómanas, tanto personas usuarias como familiares, sobre todo hijos, que viven con ellas. No suele haber protocolos en caso de agresión y lo único que las proponen es salir del domicilio y avisar a su coordinadora en la empresa. Las trabajadoras manifiestan que no siempre se denuncian estos casos y que muchas compañeras «aguantan». Un caso explicado por una auxiliar muestra la naturalización de algunas ante la agresión de personas con enfermedad mental: «*mientras lavaba a un usuario con alzhéimer me insultaba y tenía que tener cuidado para que no me diera un golpe y la coordinadora lo sabía, pero él era así*». O esta otra opinión de una coordinadora: «*a veces las auxiliares están acostumbradas a que sean «un poco guarretes»*», pero añade que si las auxiliares se quejan se comunica al ayuntamiento y se han suspendido servicios por esta razón.

Además, en los lugares donde hay más auxiliares de origen extranjero, éstas identifican casos claros de xenofobia. «*Me insultan por ser latina*», «*me dicen todo el tiempo que en España esto se hace así o así*», etc. No hay reacción por parte de las empresas a pesar de que algunas de ellas tienen programas específicos de atención a la diversidad.

Y por último, entre las auxiliares de todos los grupos entrevistados siempre hay alguna que señala que ha sido acosada sexualmente. Ha podido ser por un usuario o por cualquier otro hombre que viva en la casa. Lo habitual es que las auxiliares no interpreten que sea acoso algún tocamiento puntual o comentarios lascivos. Tienen tendencia a justificarlos y pocas veces se quejan porque casi siempre son hombres con problemas mentales y cuando les están aseando y ellas argumentan que se desinhiben por la enfermedad. En los casos más graves, de hombres en plenas condiciones mentales, cuando ven necesario que se intervenga (les llegan a ofrecer dinero por prostituirse), lo habitual es que la o el coordinador de la empresa se haga cargo de llamar la atención al usuario, a la familia o a ambos. Si el caso se repite o va a más, lo que la empresa hace –cuando se entera– es cambiar a la auxiliar mujer por un auxiliar hombre y si se repite su actitud, llegan a rescindir el servicio. Pero ellas también se enfrentan a veces con el individuo problemático y tratan de resolver el problema por su cuenta.

En términos generales, las empresas se hacen cargo de estos problemas y apoyan a las auxiliares aunque no siempre. Ellas se quejan de la falta de empatía de las empresas o de su poco interés por ayudarlas. Esta sensación de abandono está afectando a su percepción como trabajadoras.

Percepción del trabajo de ayuda a domicilio y de las trabajadoras

23. Percepción social

En la percepción social sobre el trabajo de ayuda a domicilio se recogen dos conjuntos de ideas muy diferenciadas. Por una parte, la percepción de quienes conocen



el trabajo: responsables en empresas, en la Administración, coordinadoras, personas beneficiarias y las propias auxiliares; y por otro, el que cada uno de esos actores cree que el resto de la sociedad tiene.

En el primer conjunto, no hay duda de que el trabajo de ayuda a domicilio y la labor que realizan sus profesionales está muy bien considerada por todos los actores.

En el caso de las personas beneficiarias, los agradecimientos, dice un concejal, «llegan a través de los familiares, cuando el usuario fallece o cuando se lo llevan a una residencia. Lo que más se valora es el apoyo, el alivio de tener un respaldo y el propio servicio que es adecuado según las necesidades que identifica la trabajadora social». Allí donde hay cuestionarios de satisfacción de personas usuarias, la valoración es muy alta, lo valoran en más de 8 sobre 10. Es el segundo servicio mejor valorado después de la teleasistencia. En las entrevistas realizadas a usuarias y usuarios, en todos los casos, expresan que es un servicio que les ayuda a vivir en sus domicilios, que les resulta imprescindible y que sólo echan en falta, y no en todos los casos, más tiempo de atención.

Las Administraciones y empresas, incluyendo las coordinadoras, también valoran muy bien el trabajo de las auxiliares. Se manifiestan sin fisuras sobre la bondad del servicio y del trabajo de las auxiliares, aunque como ocurra en todas las profesiones, encuentren que haya profesionales con mejores o peores actitudes o formación. Ponen en valor su potencial como antenas del sistema de servicios sociales porque podrían (y en ocasiones lo hacen) identificar, comunicar y orientar sobre situaciones ocultas que ellas viven en el día a día de los domicilios. «Alertan de cambios del usuario, están pendientes, avisar, contienen muchas situaciones en personas con enfermedad mental, alertan de cosas nuevas...», comenta una trabajadora social.

Señalan que el volumen de quejas de personas usuarias es muy pequeño en relación con el volumen que atienden y que, además, las quejas se producen por causas que muchas veces tienen que ver más con la organización del servicio que con el trabajo de las auxiliares. Creen de éstas que tienen experiencia y capacidad incluso para servicios muy complicados aunque no los desarrollen en las mejores condiciones. La siguiente opinión de una persona responsable de la ayuda a domicilio en una Administración, resume el sentir general: «*Entran en unidades familiares poliproblemáticas, polítóxicas, etc., con enfermedades mentales, padres mayores con hijos enfermos mentales a su cargo... y consiguen un clima familiar positivo. Se controlan, no hay crisis, se tratan... son ejemplares. En situaciones muy crónicas, chapeau*».

Y cuando señalan retos importantes, estos son mejorar la estabilidad en el empleo, aprovechar sus conocimientos (porque «no han hecho una formación para barrer y fregar, su formación es dependencia», como señala un gerente de servicios sociales), la calidad del servicio, el seguimiento, la coordinación con el sistema sanitario, la complementariedad con otros servicios (lavandería, comidas, acompañamiento, estimulación cognitiva, fisioterapia, etc.) y, además, garantizar su sostenibilidad, poniendo en alerta sobre los modelos de excelencia porque tienen un coste demasiado alto.

Sin embargo, en el otro conjunto de ideas, este estudio recoge la opinión generalizada de que la falta de conocimiento de la sociedad sobre qué es el servicio y cuál es el trabajo que realizan las auxiliares genera una percepción social desvirtuada. El servicio,

cuando no se conoce, se concibe como ayuda para las tareas domésticas, «cuando alguien pide el servicio cree que es hacer la casa, limpiar los altos, las lámparas, los cristales», señala una trabajadora social; y las auxiliares pasan a ser «*las chicas de la limpieza*», con toda la connotación que ello tiene, incluso, a veces de jerarquía social: «*Hay gente que tiene aires de grandeza y lo que quiere es una chacha*», comenta el gerente de una de las empresas. De hecho, hay un importante porcentaje de renuncias incluso a solicitar el servicio, una vez se informa de sus características.

El cambio se producirá cuando, como dice una trabajadora social: «el servicio se vea como un derecho social y no como una actividad más del ayuntamiento».

La situación es peor cuando quienes conocen bien el servicio porque se ven favorecidas por el mismo, siguen pensando y expresando que son *trabajadoras domésticas a cargo del ayuntamiento* y esa percepción social que mantienen también familias y personas usuarias, se ve favorecida por algunas circunstancias que, como es normal, se relacionan entre sí:

- Las condiciones salariales que, como se ha visto, rozan la precariedad o abundan en el concepto de «*trabajadoras pobres*» las sitúan en una posición de vulnerabilidad social. Salarios bajos presuponen falta de formación y de responsabilidades y esto perjudica su imagen.
- La necesidad de un empleo que lleva a las auxiliares más jóvenes o menos experimentadas a aceptar la realización de tareas no prescritas si se lo piden las personas usuarias y sus familias. En parte por intentar «*quedarse bien*» con las empresas, en parte por desconocimiento propio. Esta actitud perjudica al conjunto del colectivo que, en muchas ocasiones, tiene que reconducir la concepción del servicio que han adquirido personas usuarias y sus familias con compañeras más permisivas.
- Las condiciones del propio trabajo que se realiza en soledad y de manera aislada y no concede a las auxiliares un contexto favorable para su propia organización como trabajadoras. La desorganización de las trabajadoras influye en que las empresas negocien a veces de manera individual las condiciones del trabajo que deben realizar, sus contratos y sus jornadas laborales. Son frecuentes los abusos en ese sentido, en particular, con la cuestión de las *bolsas de horas*.
- La falta de acompañamiento y apoyo de las empresas o de la Administración para dar a conocer a las familias y a las propias personas usuarias, cuáles son sus tareas y cuáles no. Como ya se vio, la Administración no tiene suficientes recursos para hacer esta primera presentación y, luego, el seguimiento de cada caso. Tampoco lo realizan, en muchas ocasiones, las coordinadoras encargadas por las empresas. El resultado es que el conocimiento que se tenga de lo que es el servicio y lo que supone, es el que transmite la propia auxiliar, a veces en contradicción con otras compañeras o reproduciendo una visión equivocada.
- El incremento del copago en algunos lugares ha traído como una consecuencia, en palabras de un gerente de una de las empresas que, algunas personas usuarias «*consideran entonces que ya que pagan 9 euros la hora, lo que tienen no es ayuda a domicilio, sino una interna. Por eso les exigen cosas que no deberían, no lo ven como un servicio público, sino como una interna barata*». La falta de concepción de que las auxiliares son empleadas públicas también redonda en una imagen social degradada.

A pesar de todo lo anterior, se recogen también muy buenas opiniones entre las personas usuarias y sus familias. Sobre todo cuando el servicio proporciona cuidados a personas con un alto grado de dependencia. Así lo expresa una trabajadora social: «*Cuando se informa a los usuarios de que eso no lo pueden hacer (se refiere a limpiar ventanas, subirse en escaleras, etc.), la gente dice que renuncia al servicio. Pero se nota la diferencia cuando lo que necesitan es aseo personal, entonces, la limpieza ya no les importa. También hay diferencias con la gente que tiene rentas bajas porque son menos exigentes que quienes tienen rentas altas y su prioridad es el aseo*».

24. Autopercepción

Es cierto que la esencia del servicio es la atención personalizada con todo lo que ello significa de prevención, acompañamiento, seguimiento, etc., y que desde ahí, puede entenderse que las tareas domésticas también son un pretexto para realizar todas las demás, sobre todo cuando la autonomía empieza a resentirse. Es cierto que las trabajadoras con mayor trayectoria y formación se rebelan contra la concepción de que

su trabajo sea limpiar. Sin embargo, como se ha visto la percepción de trabajadoras que «sólo van a limpiar» es muy general y afecta a la autopercepción de las auxiliares, algunas de las cuales, en opinión de una responsable de empresa, «ellas mismas están *acomplejadas, no se sienten profesionales*».

Puede realizarse un análisis de cómo se consideran a través de algunas variables:

Una de ellas es cómo perciben la utilidad de lo que saben, **de su formación y de su experiencia**.

En ese sentido, las trabajadoras con la experiencia convalidada o con certificados de profesionalidad opinan que los requisitos se han ido flexibilizando y que los certificados «se los dan a todo el mundo» cuando en las primeras convocatorias eran más exigentes. Pero, en cualquier caso, casi todas señalan que la formación que tienen es únicamente útil para trabajar en el sector de la dependencia, o «como mucho» en centros de día o residencia. Además se quejan de que todo lo que aprendieron en teoría no pueden utilizarlo porque no realizan muchas de las tareas que deberían. Algunas, pocas, valoran que con la experiencia y la formación que tienen, podrían reciclarse para trabajar como ayudantes personales. En alguna ocasión se consuelan diciendo que lo que saben también les sirve para su vida diaria.

Otra variable es la opinión que les merece **la ayuda en domicilio en sí** y ellas como trabajadoras.

Las trabajadoras suelen tener una alta valoración de lo que hacen y de la ayuda a domicilio en general. Consideran que es un servicio imprescindible para garantizar necesidades básicas de la población y que será aún más necesario con el tiempo. Valoran de forma especial que sea un servicio de carácter universal, sin tener en cuenta el poder adquisitivo de cada persona. Además aprecian que da trabajo a muchas mujeres como ellas.

Muchas se sienten muy orgullosas de realizar una labor que creen que es imprescindible –«somos el parche de carencias sociales», «las personas se pueden quedar en sus domicilios porque estamos nosotras y hay muchos casos que cuando se van a una residencia «caen en picado»– y no siempre en buenas condiciones o con apoyo de la empresa para la que trabajan: «si es necesario, hacemos comida sin comida, lavamos sin agua y sin jabón, trabajamos a veces en condiciones de insalubridad, y nos dicen ante un claro caso de Diógenes, haz lo que puedas».

Cuando se les pide una valoración de su trabajo con una sola palabra, salen las siguientes y muy pocas tienen una connotación positiva:

- Muy difícil (frecuente)
- Deceptionante (frecuente)
- Incomprendida (frecuente)
- Satisfacción personal
- Muy orgullosa de lo que hace
- Necesaria
- Desorganizado
- Gran desconocida social
- Agotadora física y psíquicamente
- Necesaria

Otra variable es como perciben **la eficacia** de su labor.

En líneas generales las auxiliares valoran que son muy «eficaces» en su trabajo, que hacen una labor importante para que las personas se puedan quedar en su domicilio más allá de sus condiciones físicas (sobre todo), «se hace de enfermera, de psicóloga, de madre, de hermana, de todo», y que siempre es una alternativa mejor a las residencias, salvo para los casos en los que la dependencia es total, «están completamente inmóviles» y ellas consideran que su trabajo es insuficiente.

Y, por último, la autopercepción también está basada en cuál creen que es la valoración social de su trabajo, en especial por parte de empresas y Administración.

En este sentido, su grado de satisfacción es limitado.

Se quejan de la soledad y de la falta de seguimiento de su trabajo: «Estás sola, limpia y limpia, vamos a la aventura, no hay control, nadie sabe lo que haces. Nadie mira por ti, ni se preocupa, nadie va a los domicilios.» Incluso se quejan de que no les informan de los agradecimientos cuando los hay, «te enteras por la calle». Creen que «nadie sabe lo que es la ayuda a domicilio. Siempre cogen la foto de las fregonas en la prensa, pero no de la atención a la persona».

Y en muchas ocasiones, la insatisfacción se ha generado con el tiempo, «nos han quemado», «te desilusiona mucho», afirman, porque casi todas señalan que es un trabajo que les



gusta, para «el que tienen vocación», aunque en su desarrollo encuentren muchas trabas y tenga tan poco reconocimiento que les llaman *criadas* o *chicas*. El mayor problema que denuncian es la falta de apoyo de la empresa que es también la fuente de mayor desmotivación. «*Un mal domicilio puede amargarte la vida si la empresa no responde*».

«*Es muy duro*» afirma una de ellas, mientras que otra dice que le gusta la ayuda a domicilio aunque trabajando en una residencia se sentía «*máspreciada*». Pero muchas afirman que «*es vocacional*» porque si no, no durarían. Sin embargo, en general, se sienten «*devaluadas*» como profesionales desde que la Ley de Dependencia entró en vigor. Aquellas que trabajaban antes para el SAD municipal sentían que las trataban mejor porque su trabajo estaba más pautado y estaba más claro lo que tenían que hacer y lo que no. Ahora, «*llegan las trabajadoras sociales y les dicen a los usuarios que harán lo que necesiten*», para los usuarios han pasado a ser «*las muchachas*».

Aunque está claro que sus condiciones salariales son muy mejorables, muchas manifiestan que su descontento no es un problema sólo de sueldo. Creen que es un trabajo poco valorado socialmente, creen que «*vamos a limpiar culos*», «*nos miran como chachas*». En Barcelona, las auxiliares de limpieza creen que aún tienen peor concepto de ellas, «*somos las chachas de las chachas*». Algunas evitan decir en público que son auxiliares de ayuda a domicilio y dicen que son auxiliares de enfermería.

En términos generales, su satisfacción mejoraría si la gestión de su trabajo fuera más adecuada: jornadas de lunes a viernes o de fin de semana, pero no toda la semana, horarios continuados, mayor seguridad en el empleo, «*que pudieran planificar su vida*».

25. Expectativas de las auxiliares

Tanto las coordinadoras como las auxiliares, en líneas generales, no tienen muchas expectativas de cambio sobre su relación laboral ni sobre el propio servicio.

En el caso de las auxiliares aunque hayan trabajado en otras profesiones, prefieren la ayuda a domicilio y no se ven formándose para cambiar de trabajo – en algunos casos las empresas dicen que proporcionan becas para formación con el fin de favorecer la movilidad laboral (Diputación de Salamanca) – y tampoco creen que tuvieran muchas oportunidades distintas. Lo que más valoran del trabajo de ayuda a domicilio es la flexibilidad para poder conciliarlo con su vida personal y la posibilidad de organizarse y «*ser la única responsable de mi trabajo*». En líneas generales, sobre todo, aquellas que no trabajan domingos o festivos, no querían trabajar en residencias porque valoran que la calidad de la atención en la ayuda a domicilio es mejor, «*la atención es más personalizada y tenemos tiempo para hablar con cada persona*», y también la relación entre compañeras.

En este caso, se puede cerrar otro círculo que se cruza con el que se estableció en el apartado sobre las trabajadoras:

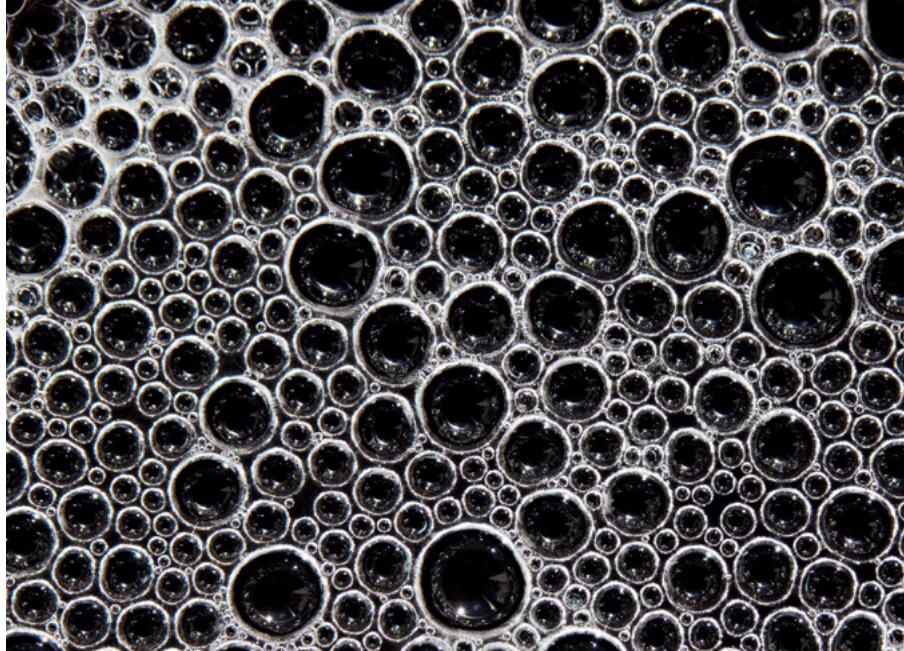
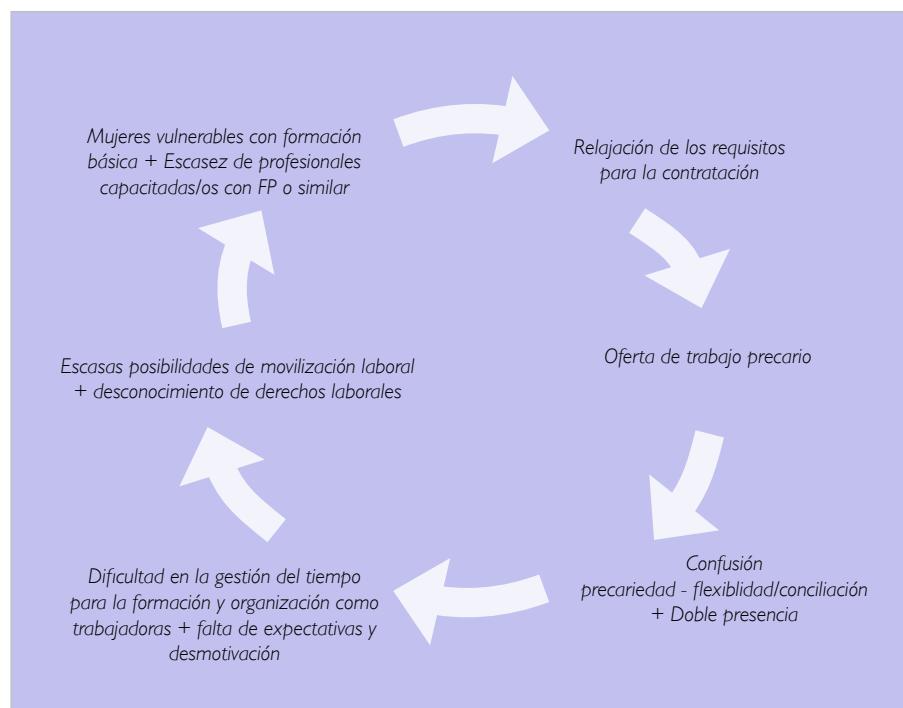


Ilustración 3. Círculo a romper para superar la vulnerabilidad de las mujeres que realizan el trabajo de ayuda a domicilio





ALGUNAS CONSIDERACIONES MÁS SOBRE LAS EMPRESAS

A lo largo del estudio se citan muchas cuestiones que tienen que ver con la gestión de las empresas. Tienen todas o muchas responsabilidades en lo referente a la captación, la organización del trabajo, las condiciones laborales, la prevención y formación en riesgos laborales, la imagen que tienen de las trabajadoras, etc., sin embargo hay aspectos que aún no se han tratado y que han surgido a lo largo del trabajo de campo que se recogen en este apartado.

Desde su puesta en marcha, el servicio ha sido prestado por una gran diversidad de instituciones con distintas fórmulas jurídicas. Hubo al comienzo, entidades sociales como por ejemplo, Cáritas, que dejaron de prestar el servicio con la entrada en vigor de la LAPAD; asociaciones de auxiliares que en su mayoría desaparecieron o se reconvirtieron en cooperativas o en pequeñas empresas que pueden tener ahora cientos de trabajadoras; empresas pequeñas o medianas que nacieron como proveedoras de servicios sociales y que se han encontrado en el recorrido, con problemas de liquidez para afrontar los pagos a sus empleados y empleadas; y en los últimos tiempos, han entrado con fuerza los grandes grupos empresariales con sus filiales de servicios que, en algunos sitios, copan la atención, entre otras razones porque cuentan con la solvencia económica que exigen los pliegos.

De este modo, en la actualidad, hay en el sector entidades diferentes prestando el servicio de ayuda a domicilio pero en los casos estudiados se ha identificado la siguiente tipología:

26. Cooperativas o asociaciones que iniciaron este servicio antes de la Ley de Dependencia.

Por sus orígenes son cooperativas que han ido creciendo y adecuando su plantilla y su organización a los requerimientos de los contratos. No todas las empleadas son cooperativistas. En el caso de Suara (Barcelona) las trabajadoras subrogadas mantienen sus contratos, pero las que entran de nuevas, tienen dos años de contrato tras los cuales, han de incorporarse como socias de la cooperativa. Para ello han de abonar 8.600 euros (suelen capitalizar el paro) que les devuelven cuando se van o se jubilan, en un plazo de cinco años. En el caso de la Cooperativa del Grupo SSI en Bilbao, las nuevas cooperativistas han de abonar 1.800 euros (también los suelen conseguir capitalizando el paro).

Suara forma parte de un grupo de cooperativas Clade Grup Empresarial Cooperatiu que es el primer grupo cooperativo catalán multisectorial. Su origen está en el inicio del servicio de ayuda a domicilio con el ayuntamiento. Se constituyó como cooperativa antes de la Ley de Dependencia. Nunca han dejado de llevar el distrito centro de Barcelona y ahora tienen a su cargo dos lotes del Ayuntamiento de Barcelona.

El Grupo SSI se creó hace 31 como cooperativa e integra empresas de iniciativa social y de utilidad pública. Trabaja en el ámbito territorial del País Vasco y en la actualidad, gestiona dos lotes de la ayuda a domicilio de Bilbao.

ASISPA nació como Asociación de Servicio Integral Sectorial para Ancianos, en 1980 y que mantiene en la actualidad su condición de entidad de economía social. Ofrece servicios de ayuda a domicilio, teleasistencia, residencias asistidas y centros de día. Gestiona el servicio de ayuda a domicilio del Ayuntamiento de Madrid en los distritos de Tetuán, Fuencarral, Salamanca, Barajas, Chamberí, Ciudad Lineal, Chamartín y Hortaleza. La Comunidad de Madrid es su ámbito territorial de referencia.



27. Empresas específicas de provisión y gestión de servicios sociales.

Son entidades mercantiles, creadas con el fin específico de proveer o gestionar servicios sociales. Algunas son herederas de otras o han modificado con el tiempo su personalidad jurídica. En los casos de estudio, son:

- Arquisocial, dedicada a la prestación de servicios en el ámbito de servicios sociales, tiene sede en Zaragoza y presta la ayuda a domicilio, entre otros lugares, en Granada.
- Grupo Urgatzi, fundada en 1994, ha prestado el servicio de ayuda a domicilio en Baracaldo y su actividad está centrada en la gestión de servicios dentro del sistema de servicios sociales en Navarra y el País Vasco.
- Azvase S.L. fundada el año 1989, trabaja en los sectores de Servicios Sociales, Culturales y Servicios de Gestión de Recursos Humanos.
- Empresas del sector multiservicios que también realizan provisión de servicios en este ámbito.

En el estudio no se ha podido entrevistar a responsables de todas las empresas de estas características, pero en las distintas localidades, las siguientes gestionan al menos una parte de los servicios de ayuda a domicilio:

- Clece (sustituye en Baracaldo al Grupo Urgatzi, tiene un lote de Barcelona y dos en A Coruña). Se creó en 1992. Tiene sede en España, Portugal y Reino Unido. Trabaja en el sector sociosanitario, en centros de ocio y espacios deportivos, sector aeroportuario, industrial, financiero, educativo, hotelero,

etc. Clece nació en el seno del Grupo ACS que mantiene el 76,5% de las acciones de esta filial de medio ambiente y servicios sociales. El resto de las acciones es de una firma de capital riesgo. Clece es parte de la «Asociación de Empresas de Externalización de Servicios Auxiliares a la Producción» (**ESAP**), donde también están otras empresas como Eulen, Acciona, Ferrovial, Randstad o Adecco.

- Eulen (lleva uno de los lotes de A Coruña) es un grupo empresarial que nació en 1962. Se dedica a la externalización de servicios generales a empresas y, como indica en su web, tiene más de 86 mil empleados. Es especialista en actividades de limpieza, seguridad, servicios auxiliares –logística, generales y telemarketing–, Facility Services & Management, servicios sociosanitarios, mantenimiento integral, trabajo temporal y medio ambiente. También forma parte de ESAP.
- Ingesan (lleva uno de los lotes de A Coruña) es parte de la división OHL Servicios, del Grupo Obrascón, Huarte, Laín (OHL) un grupo empresarial de concesiones y construcción con origen en Bilbao en 1911. Ingesán fue adquirida por OHL Servicios en 2007 y centra su actividad en el mantenimiento a inmuebles, atención a las personas y servicios urbanos.
- Valoriza (lleva un lote en Barcelona, otro en Madrid en los distritos de Centro, Arganzuela, Moncloa–Aravaca, Latina y Carabanchel y la concesión del servicio en Burgos) es una filial del grupo SACYR, creado en 1986, que en su web se define como «un grupo diversificado, cuyos objetivos son la innovación y la expansión internacional en todas sus áreas: construcción, concesiones de infraestructuras, servicios y construcción industrial».

Aunque para la gestión del servicio se impone la contratación por concurso público de entidades que liciten a un precio tasado por la Administración local, hay otras fórmulas en los casos de estudio como la gestión directa (algún ayuntamiento de la provincia de Granada y el caso de Tomelloso); o la contratación a menor precio, como es el caso de A Coruña. En cualquier caso, el precio hora del servicio resulta muy variable:

Tabla 22. Precio hora establecido en los contratos de prestación del servicio de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017.

	Precio Hora por contrato
Granada	12,50
Baracaldo	28,28
Bilbao	28,37
Barcelona	17,12 TF 14,26 AD
Diputación de Salamanca	17,25
Madrid	17,01 20,42 Fest.
A Coruña	15,74
Burgos	17,19
Tomelloso (Ciudad Real)*	Gestión Directa (Sale A 12,50)

En alguno de estos precios está presente un sobrecoste por la distancia entre domicilios (Diputación de Salamanca), en otros, un análisis de costes (Madrid) o, simplemente, es el menor entre los ofertados por las empresas (A Coruña).

¿Tiene alguna ventaja el que el servicio sea prestado por alguno de los tipos anteriores de entidades?

No era objeto de este estudio averiguarlo pero en relación con las condiciones laborales de las trabajadoras no se han visto diferencias. Sí se puede valorar que en aquellas empresas que llevan más tiempo en el medio hay una mayor sensibilidad sobre algunos aspectos como la formación o el modelo de la ayuda a domicilio deseable, por ejemplo, pero ni los salarios, ni las jornadas, ni los modelos organizativos varían significativamente.

De hecho, en las opiniones recogidas, la más frecuente es considerar que da igual, porque en la historia de la ayuda a domicilio ha habido buenas y malas experiencias con entidades de un tipo y de otro; y hubo aquellas que dejaron «un reguero de sentencias laborales», como señala un concejal, porque no pagaban a sus trabajadoras. Poco a poco la situación se ha ido regularizando. Y efectivamente, a las trabajadoras el aspecto que les preocupa de los distintos modelos de empresa es que con algunos han tenido problemas de cobro que han terminado en los tribunales. Tal vez por esa razón, hay un sentimiento más o menos generalizado de que prefieren las grandes entidades (sin considerar su fórmula jurídica) porque «están mejor organizadas» y aunque tengan «más protocolos, que significan más trabajo» les da seguridad y «se sienten más arropadas».

También en algunos casos se señala que en las cooperativas la representación sindical está más limitada, ya que la clave está en la cantidad de personal asalariado por cuenta ajena que la cooperativa tenga a su cargo cuya proporción varía en las legislaciones de cada territorio, mientras que en las empresas, la representación sindical está definida por el Estatuto de los Trabajadores.

Sin embargo, la opinión de algunas personas con responsabilidad en la Administración en el control de la calidad del trabajo que realizan las empresas, es que la diferencia entre las empresas que tienen un largo historial en los servicios sociales y las grandes corporaciones que provienen de otros ámbitos, «es del agua al vino». De poder gestionar el servicio «con criterio y concepto» al que «le cuente lo que le cuentes, le da lo mismo». Quienes han trabajado con entidades de la economía social y con empresas

puramente mercantiles, señalan que las primeras tienen «una visión social diferente, no de negocio, sino social».

No obstante, las mismas personas están identificando que las filiales de grupos empresariales que provienen por ejemplo, del ámbito de la construcción, están modificando su actitud y que «hacen buenos proyectos», porque se han dado cuenta de que el servicio tiene una gestión compleja y con unas plusvalías limitadas. Para las empresas el reto está sobre todo en la gestión de los grados altos de dependencia que exigen, en su opinión, un tipo de atención que no se puede asegurar con la ayuda a domicilio, porque lo más adecuado es una residencia.

Los pliegos técnicos han ido también evolucionando y exigiendo nuevos requerimientos a las entidades que los proveen, pero, en cualquier caso, como se puede ver a lo largo de este informe, el control de la Administración sobre la ejecución real de los proyectos que presentan es limitado. «Solo contamos con la información que llega a través de las propias trabajadoras», justifica una concejala. En algunos casos, el esfuerzo de los ayuntamientos es notable y, se dan, ejemplos de acuerdos con empresas tras conflictos (A Coruña) y de procesos de inspección por la comunidad autónoma o por el propio ayuntamiento que concluyen con expedientes sancionadores cuando no cumplen sus compromisos (Burgos, A Coruña), pero, en líneas generales no hay personal en la Administración, como se ha visto, que supere la barrera de la gestión cotidiana.

En algunas entrevistas a responsables en la Administración se menciona la posibilidad de que la ayuda a domicilio se gestione directamente por los ayuntamientos. El argumento principal que ofrecen es que es preferible que la ganancia del servicio recaiga en las arcas públicas pero también se escuchan otras razones, como que se podría «potenciar cooperativas de mujeres que pudieran gestionar el servicio con condiciones laborales más dignas, con un servicio de calidad, que ahora está muy centrado en el cuidado sólo físico». Y por calidad se entiende «no sólo atender a personas dependientes y aumentar los servicios que se pueden dar, sino centrarse también en el resto de personas que viven solas, familias que son cuidadoras, dar pautas a las cuidadoras, etc. porque ahora las auxiliares no tienen tiempo. Le gustaría que se pudiera trabajar tanto con el sujeto como con la familia que le cuida, la parte más emocional, más social, que está descubierta. En resumen, garantizar el bienestar para todas las partes: familia, usuario y trabajadoras.»

Pero también en las opiniones recogidas se prevén dificultades para absorber desde un ayuntamiento a toda la plantilla de auxiliares y coordinadoras. Es evidente tras este estudio que si una administración local opta por gestionar directamente este servicio debería ser garantizando la calidad del servicio y la calidad del empleo que genera.

Desde UGT, se está solicitando a todas las administraciones que contratan este servicio con empresas privadas, se recoja en los pliegos cláusulas de garantía de cumplimiento de lo acordado:

1. demostrar solvencia económica, para evitar descuelgues salariales del o los convenios, salvaguardando los derechos de los trabajadores y trabajadoras en materia de salarios y descansos.
2. que se valore la calidad del servicio por encima de la oferta económica.
3. Que el reiterado incumplimiento de derechos de los trabajadores y trabajadoras, sean motivo de retirada de la concesión del servicio.

Hablamos de fondos públicos por lo que consideramos a las administraciones autonómicas, responsables subsidiarias de los incumplimientos de las empresas adjudicatarias de estos servicios.



RESUMEN SOBRE LOS ESTUDIOS DE CASO

28. El presente

Aún hay un 14,44% de personas de los grados II y III y un 46,49% de grado I pendientes de recibir prestación. Esa es la situación actual de una ley que no está suficientemente dotada de infraestructura organizativa ni de presupuesto para llevarla a cabo. La ayuda a domicilio como uno de sus servicios se ve, inevitablemente afectada.

Las personas que ya son beneficiarias de la ayuda a domicilio manifiestan necesidades aún no cubiertas porque el servicio es el idóneo pero está mermado en sus tiempos de atención. También expresan otras necesidades complementarias menos urgentes aunque imprescindibles para una vida digna en sus domicilios. Si bien hay que tomar conciencia de que el servicio de ayuda a domicilio no puede ser la panacea para cubrir el conjunto de necesidades sentidas y expresadas en relación a la vejez, la discapacidad o la falta de autonomía por cualquier aspecto, el servicio de

ayuda a domicilio es, de momento, el recurso disponible cuando aún no hay suficientes estrategias coordinadas con la iniciativa social o con alternativas residenciales.

El carácter familiarista de los cuidados en nuestro país afecta de forma especial a las mujeres en la medida en que son quienes se ocupan de los cuidados no profesionales. Las prestaciones y servicios son insuficientes para que ellas mantengan su salud emocional y física durante el periodo que ejercen de cuidadoras. Las prestaciones económicas son muy escasas y no están generando derechos y, en conjunto, ni los servicios ni las prestaciones previstas están avanzando estratégicamente hacia otra cultura de cuidados más compartida socialmente. Es una falta de visión a medio y largo plazo, puesto que los cambios de la cultura familiar que está sosteniendo los cuidados a las personas dependientes se evidenciarán en una o dos generaciones.

La Administración local, como responsable de la gestión de los servicios y promotora de la ayuda a domicilio antes de la LAPAD, se ve afectada por la incidencia de la falta de presupuesto para realizar correctamente su tarea. A pesar de que trata de mejorar las condiciones que impone en los pliegos técnicos para las empresas, no tiene personal suficiente que pueda cubrir todas las tareas de diagnóstico, orientación, seguimiento y control. Sus presupuestos para la contratación o para la suplencia de personal de servicios sociales se han visto mermados y las trabajadoras sociales casi nunca tienen el tiempo necesario. Esto redonda en un abandono de tareas imprescindibles para garantizar la calidad del servicio.

Entre esas tareas hay dos fundamentales, una es la presentación del servicio en el domicilio donde se establecen las normas, condiciones, derechos y concepción del servicio; y otra es el seguimiento de los objetivos del PIA de cada persona usuaria. Un servicio de calidad sería muy cuidadoso con ambas porque tienen una fuerte componente educativa para las personas usuarias, porque mejoran la profesionalización de las auxiliares y porque servirían para ejercer un control de la actuación de las empresas. Ninguna de las dos se está desarrollando de manera sistemática. La razón fundamental es la falta de trabajadoras sociales en la Administración y el exceso de tareas burocráticas que acumulan. Se entiende que podrían ser también funciones de las coordinadoras de las empresas –y así se establece en algunos casos– pero tampoco son suficientes y, además, se entiende que mientras que las trabajadoras sociales deben representar a la Administración y asegurar una intervención con objetivos; las coordinadoras han de asumir más un papel de gestión del trabajo de las auxiliares y asegurar que las condiciones en las que lo realizan sean las adecuadas.

Hay dos situaciones en los que aún se evidencian más los déficits del servicio y es en la atención a personas con movilidad reducida y a personas con deterioro cognitivo o enfermedad mental. En ambas es preciso garantizar que se dispone de los medios adecuados y que las auxiliares tienen las capacidades, conocimientos y habilidades necesarios. Y todo ello sin perjudicar el derecho de las personas como cuando éstas ven reducido el tiempo de su atención porque es necesario contar con dos auxiliares de modo simultáneo.

Quienes atienden el servicio son, sobre todo, mujeres, tanto las auxiliares, trabajadoras familiares o coordinadoras y también son mujeres quienes cuidan de manera no profesional o profesional a las personas en sus domicilios. El enfoque de género es sustancial para establecer estrategias sobre este sector; estrategias que, además han de tener un profundo sentido transformador de la cultura de los cuidados.

Las condiciones laborales de las auxiliares son manifiestamente mejorables. La única excepción –que también tiene sus deficiencias– es la de la Bizkaia porque el convenio es mucho más favorable en términos económicos.

En general, hay, por una parte, un porcentaje importante de trabajadoras con contratos fijos, la mayoría con una jornada laboral a tiempo parcial; y, por otra, hay un porcentaje menor de contratos eventuales pero también a tiempo parcial.

La tendencia general es a aumentar tanto la eventualidad de los contratos como la reducción de horas de los mismos, entre otras razones porque las trabajadoras con el derecho adquirido a contratos fijos y a jornada completa, se van jubilando. El ideal para la organización del servicio por parte de sus gestores es de trabajadoras o trabajadores eventuales y a tiempo parcial. Es una consecuencia del modelo de organización del trabajo en el sector que se basa en las horas concedidas de prestación del servicio. Los contratos de la Administración con las empresas adjudicatarias se computan en horas de servicio prestado y ese es también el criterio de las empresas (y de las Administraciones) para las contrataciones de sus empleadas y empleados. De este modo, el riesgo y ventura de las contrataciones se traspasa automáticamente a las contrataciones de personal en una lógica perversa que no se da en ningún otro ámbito laboral de cuidados.

La práctica de *la bolsa o arrastre de horas* es una solución cortoplacista de las empresas que está aumentando la precariedad de las trabajadoras porque les impide conocer con exactitud cuánto y cuándo van a trabajar y a cobrar su salario. Asimismo, el desplazamiento de un domicilio a otro no está considerado siempre tiempo laboral e, incluso, se reduce del tiempo de presencia en los domicilios ignorando que la prestación es la ejecución de un derecho que no se puede subvertir. De nuevo, todo ello es consecuencia de valorar el trabajo de las auxiliares en función de las horas asignadas a las personas usuarias.

El sistema establecido de gestión por horas de servicio lleva a la necesidad de implantar sistemas de control de presencia en los domicilios que no son ni homogéneos, ni generalizables, y para los que las trabajadoras y las personas usuarias tienen muchas resistencias a pesar de las posibles ventajas que supondrán para ambos grupos si se mantiene el mismo sistema.

Es lógico que las trabajadoras muestren muy poca motivación para avanzar en su formación aunque sí tengan interés en mejorar su capacitación en cuestiones concretas relacionadas con sus tareas, principalmente con el cuidado de personas con enfermedad mental. Las empresas no asumen sus obligaciones de formación continua de manera eficaz. Y en todo ello están influyendo varios factores como –de nuevo– la precariedad de las contrataciones, la falta de un compromiso empresarial por la formación de sus trabajadoras y por tanto, por la calidad del servicio y el enfoque paliativo o meramente de limpieza que se está dando a las tareas de las auxiliares.

Las auxiliares están asumiendo riesgos laborales en su trabajo para los que las empresas no tienen suficientes mecanismos de prevención, ellas no tienen suficiente formación y, en general, pueden provocarles lesiones permanentes que, por otro lado, no se están considerando enfermedades laborales.

Aunque las auxiliares tienen una buena relación profesional con las personas usuarias, sus familiares y otras personas que conviven con ellas, el tipo de trabajo que realizan genera en muchas ocasiones relaciones emocionales que pervierten el tipo y el sentido de sus tareas. Su presencia exclusiva y la duración del servicio en años lo favorece. Además, las personas usuarias se sienten más seguras y confiadas si se producen los mínimos cambios de auxiliares. Está en pie el reto de una mayor profesionalización de las auxiliares y este aspecto hay que tenerlo en cuenta pero no se ha encontrado una alternativa para compatibilizar la creación de confianza y seguridad de las personas usuarias y la distancia emocional de las profesionales.

En el discurso mayoritario, el domicilio privado no está considerado lugar de trabajo y, entre otras cosas, esto influye en que las auxiliares se sientan desprotegidas en casos de abusos, maltrato e incluso agresiones que se producen en un porcentaje muy pequeño, pero se producen.

El trabajo de las auxiliares es complejo. No son limpiadoras, son cuidadoras con todo lo que ese concepto supone. Sin embargo, la imagen social de su trabajo está profundamente marcada por el desconocimiento y los prejuicios sociales. A ello se une la insuficiente valoración de la Administración y de las empresas por su trabajo, a pesar del acuerdo generalizado de que es imprescindible y de que son excelentes trabajadoras. Es una incoherencia ese pensamiento si no se demuestra en la práctica de las condiciones laborales y de los recursos movilizados para que se realice con todas las garantías.

Una tensión en la gestión del servicio está establecida entre la absorción de la misma por grandes corporaciones y sus entidades multiservicios o la gestión directa por la Administración local. El debate está abierto y todas las opciones tienen ventajas e inconvenientes, pero no pueden desecharse.

En resumen, Administración y empresas se sienten víctimas de condiciones que están en sus manos mejorar. Los sindicatos no apoyan lo suficiente a estas compañeras que más lo necesitan cuando sus dificultades de organización son obvias desde su trabajo en solitario. Las propias auxiliares se muestran muchas veces resignadas e incluso agradecidas en la precariedad, y aquellas que no lo hacen, se encuentran aisladas. Y además, la sociedad no es consciente de que están realizando una función que tarde o temprano, será necesaria para cada uno de sus individuos. No es un buen diagnóstico.

29. Lo deseable: condiciones para generar alternativas

Pensando a futuro, las personas responsables de la ayuda a domicilio en la Administración entienden que el servicio de ayuda a domicilio tal como está, será insuficiente. Hay quien ve la necesidad de servicios adicionales, «*nutricionistas, apoyo psicológico, podólogos, etc.*», en algunos casos organizados en equipos multidisciplinares que den



servicio a zonas limitadas, incorporando una componente de educación social para la promoción de la autonomía, donde el papel de las auxiliares sería uno más, complementario, pero no específico o el nexo de todos los demás. La condición superior es que con equipos o sin ellos la atención sea integral.

Se perciben, no obstante, algunas diferencias de opinión respecto al fin último de la ayuda a domicilio, sobre todo relacionadas con el papel de la familia en los cuidados un aspecto interesante sobre el que se presentan muchos matices:

Desde el punto de vista legal, el ordenamiento jurídico indica por ejemplo, que las familias tienen la obligación de prestar alimentos y cuidados a sus miembros. Los artículos 142 y siguientes del Código Civil recogen esta obligación bajo el término «alimentos entre parientes». Por alimentos se entiende todo lo que es indispensable para el sustento, habitación, vestido y asistencia médica. Es decir, la familia es responsable del cuidado de aquellos de sus miembros que no tengan autonomía para ello.

Culturalmente, quienes se han ocupado históricamente de dichos cuidados en su parte no monetaria, (es decir, cuidando y no pagando los cuidados) han sido las mujeres de la familia: esposas, hijas, madres, nueras, etc. Una responsable de servicios sociales, lo resume del siguiente modo: «*la responsabilidad de los cuidados en España es familiar, no que sea un derecho social. Y no tiene en cuenta que puede pasar de todo, incluso que no quieras ni ver a tu padre. La atención a los mayores se sitúa en un contexto pastoral donde se culpabiliza a quien no lo hace. Así que el cuidado se circunscribe a lo familiar y no se pone en valor que lo haga otra persona desconocida*

En la teoría, muchos autores señalan los beneficios de los cuidados familiares sobre otros modelos.

En las opiniones recogidas, de responsables en la Administración de la ayuda a domicilio, se transita entre un futuro modelo en el que la ayuda a domicilio cubra todas las necesidades de las personas no autónomas que así lo deseen y de manera independiente a su situación sociofamiliar; a un modelo basado en apoyar a la familia cuidadora y que la Administración sea sólo subsidiaria de tales cuidados. Es decir, en esa segunda opción, la ayuda a domicilio se extendería en toda su amplitud sólo en el caso de que la persona no tuviera una red familiar.

Tal vez una condición para un ajuste del modelo en general, sea considerar que el



sistema de dependencia ha de cubrir no solo necesidades individuales y prácticas, sino avanzar estratégicamente hacia un reparto social de los cuidados.

Un aspecto que destaca sobre todos los demás es la necesidad de coordinación con el sistema sanitario. No siempre hay coordinación institucional («Ahora hay dos sistemas y puede que no se conozca si hay una alta hospitalaria, ni el médico que sepa que hay ayuda a domicilio») y, cuando la hay, es de carácter informal, dependiendo de las voluntades de las y los distintos profesionales, ya sean del trabajo social, de la medicina o de la enfermería. Pero, como se recoge en las entrevistas «Sanidad está trabajando en sistemas tecnológicos en el domicilio, control de tensión, de azúcar, el hogar digital... y el profesional de ad sería los ojos también de ese seguimiento sanitario.» Lo cierto es que entre los aspectos deseables de las mejoras en la ayuda a domicilio esta coordinación ocupa un lugar prioritario, en particular, para los casos de personas con grados altos de dependencia y múltiples patologías.

La información aportada en el estudio refleja que para generar alternativas de un modelo del servicio de ayuda a domicilio en el que se garantice el derecho individual de cada persona atendida y de forma paralela los derechos laborales de quien la atiende, parece importante respetar algunas condiciones como las siguientes.

- Es un servicio que tiende al crecimiento. En los últimos años ha aumentado el presupuesto de las distintas administraciones y, en consecuencia, el número de usuarias y usuarios, el número de trabajadoras y el de empresas que se dedican a su provisión.
- A pesar de lo anterior, aún precisa ajustar sus presupuestos a las necesidades reales de los usuarios y usuarias.
- Relacionado directamente con lo anterior, hay que profundizar en la profesionalización de las trabajadoras (y algunos trabajadores) que la prestan.
- Es necesario contar con trabajadoras sociales en las Administraciones locales que realicen las tareas de vigilancia de la calidad del servicio público y con coordinadoras en las empresas que se ocupen de una mejor organización del trabajo de las auxiliares. Ambas figuras son imprescindibles pero cada una ha de tener funciones

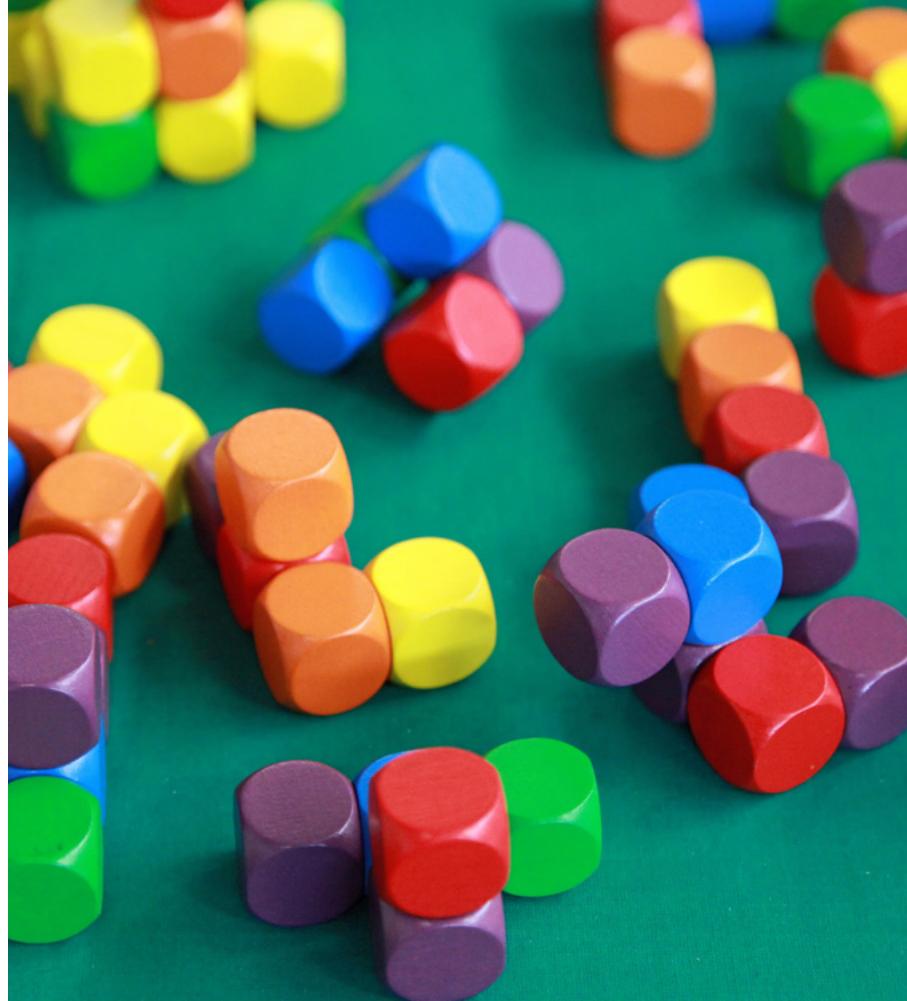
diferenciadas.

- Se evidencia la necesidad de que atienda a diversas necesidades que se escapan de las tareas que asume en la actualidad y propiciar la coordinación entre el sistema de servicios sociales y el sanitario. La formación en temas sanitarios generales y sobre salud mental en particular; más completa de la que actualmente reciben las auxiliares sería una condición necesaria. Si no se desea que las auxiliares *invadan* tareas profesionales del sistema sanitario, es necesario planificar cómo cubrir las necesidades expresadas y sentidas por equipos multidisciplinares y coordinados. Hay personas que pueden ir a una residencia cuando la familia no puede atenderles, pero hay otros que no tienen plaza en centros y la ayuda a domicilio se queda coja para atenderles.
- Desde todos los puntos de vista se insiste en que es necesario mejorar las condiciones laborales de las auxiliares que son en su inmensa mayoría, mujeres. Este criterio sólo parece posible en la medida en que mejoren las condiciones de los convenios laborales y, por ende, la licitación de la Administración que siempre se atiene a los costes del convenio, y, como consecuencia los precios ofertados por las empresas que tienen que estar sujetos a los salarios establecidos. En cualquier caso, es precisa una profunda reflexión sobre si la mejor alternativa es que los contratos de las auxiliares estén vinculados exclusivamente al número de horas que realizan en cada domicilio.
- La salud de las trabajadoras debe ser una prioridad para el sector. No es suficiente con mejorar las medidas de prevención de riesgos, sino que es necesario ocuparse del conjunto de su salud psicológica y física y a lo largo de su carrera profesional. Sería positiva una orientación como la que se propone desde el NIOSH de modificar el paradigma de prevenir los riesgos laborales a promocionar la salud total del trabajador y la trabajadora, y, además en este caso, es fundamental, hacerlo desde una perspectiva de género.



CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES





SOBRE LA AYUDA A DOMICILIO DENTRO DEL SISTEMA DEL SAAD

La entrada en vigor de la Ley de dependencia, evidenció un contexto territorialmente asimétrico, desestructurado e infradesarrollado del sistema español de servicios sociales, e interpeló agudamente al mismo, ante la exigente respuesta –ahora no coyuntural, controvertible o posibilista– que la atención de la situación de dependencia, como derecho subjetivo, demandaba.

Los PIA introducidos por la LAPAD son un parámetro para evidenciar el insuficiente desarrollo de los servicios sociales, se constata un funcionamiento habitual que hace uso insuficiente de los planes de intervención individualizados como herramientas del trabajo con las personas.

Aún en proceso de implantación y despliegue, fuertemente condicionado por los ajustes presupuestarios que recurrentemente inciden en el gasto social. Insuficiente dotación de recursos y disfunciones, a veces dramáticas, en la cobertura.

Son elementos típicos del diseño del SAAD:

- Opción del sistema por el cuidado formal o informal: la alta incidencia de la *presentación excepcional* para cuidados familiares (35,55%) apunta a una baja calidad del sistema, a la reproducción de patrones de género y a la precarización –salarios insuficiente, no obligación de cotización, imposibilidad de promoción profesional– de la situación de las mujeres cuidadoras.
- Distribución de los cuidados formales e incidencia de los servicios de proximidad.
- Los expertos en atención a la dependencia aconsejan primar, cuando sea posible, los servicios de proximidad, que presentan resultados más satisfactorios que los residenciales. La proximidad también es la opción preferida de las personas usuarias y de las Administraciones públicas entrevistadas. La mayor presencia de cuidados de proximidad es la opción adecuada para construir un sistema de calidad.
- El retraso en la emisión de resoluciones, la alteración alegal del procedimiento administrativo de resolución y el número de personas en lista de espera son elementos imponderables, aún característicos del SAAD.

SOBRE LA AYUDA A DOMICILIO COMO UN SERVICIO PÚBLICO DE CUIDADOS

I. PERSPECTIVA DE SERVICIO PÚBLICO DE CUIDADOS

El SAD se configura ante todo como un servicio público, con las implícitas connotaciones de generalidad e igualdad en el acceso. En el caso del SAD de dependencia se trata, además, de un derecho subjetivo, de prestación garantizada por la Administración pública a todas las personas que han visto reconocida la situación de dependencia.

Es, además, el servicio estrella de la dependencia: Administración, personas usuarias, expertos,... todos ellos reconocen al SAD como la prestación del SAAD que más se ajusta a las necesidades expresadas por cada uno de estos.

No obstante, del discurso de las trabajadoras se desprende su ausencia de conciencia de ser un agente fundamental, la provisora, de tal servicio público. Su autopercepción es la del desempeño de un trabajo en condiciones solipsistas, desconectadas de la cadena de prestación de un servicio público.

Es un servicio público de proximidad y de cuidados. Frente a la institucionalización, más despersonalizada y estandarizada, el SAD es un recurso de proximidad en el que el servicio se presta en el medio más deseado –por seguro, por conocido, por confortable, por privativo– por los beneficiarios: su domicilio o entorno cercano.

La ONU y las organizaciones internacionales de mujeres insisten en la necesidad de visibilización y valoración (ej: traslación a los PIB nacionales, como se traslada la valoración de la economía sumergida o el coste de los servicios destinados al placer sexual masculino –la prostitución–) y reconocimiento del valor de tales cuidados, imprescindible para que se produzca la «reproducción social», en términos de Fraser: la pervivencia de la especie en el plano biológico, afectivo y comunitario.

La conversión de cuidados informales en cuidados formales, mediante la transferencia de una parte de los mismos a los servicios del Estado del bienestar, es el primer indicativo del reconocimiento a esta función productiva.

Junto a necesidades organizativas del servicio público –recursos humanos, materiales–, la reivindicación más acuciante de todas las personas entrevistadas –trabajadoras, empleadores, Administración– es la necesidad de reconocimiento del servicio público de los cuidados, de reconocimiento al valor de este trabajo.

El discurso de los empleados públicos que trabajan SAD es el que mejor articula la necesidad de reconocimiento de esta función, a la que consideran un servicio público generador de altas cotas de bienestar social.

No obstante, las propuestas de mejora no se concretan desde esta parte, que exhibe capacidad para reconocer la provisión de cuidados pero no para reconocer las particulares condiciones de las proveedoras de los mismos (tal vez porque la función del cuidado, de reproducción social, sigue estigmatizada como triviales, insignificantes e improductiva).

Conscientes del valor de la atención personal que prestan, las auxiliares experimentan gran frustración al comprobar que son percibidas por el entorno con cierta minusvaloración clasista, como un servicio municipal de limpieza. Ellas sí que verbalizan de modo concreto los límites del reconocimiento, que extienden no solo a una retribución salarial justa y razonable, sino también a la readecuación de la percepción social de su labor y a la demanda de respuesta ante las dudas e incidentes del día al día, para cuya solución se encuentran solas, sin un referente organizativo, la figura de la coordinadora.

RECOMENDACIONES

- Debe de construirse un discurso sólido de SAD como servicio público, en términos similares al de salud (y más en los casos en que sea un derecho subjetivo).
- Y debe transmitirse a todas las personas involucradas lo que ello significa, incluidas las auxiliares, información suficiente al respecto.
- Debe construirse un discurso de valoración de la importancia de un servicio público de cuidados y de valoración de los cuidados profesionalizados: como ocurre con el de salud.
- El reconocimiento ha de trascender la retórica y pasar a la acción: de entrada, la retribución del trabajo de cuidados debe equiparse a categorías profesionales homólogas en otros sectores masculinizados.

- Ha de profundizarse en la discriminación retributiva, en este caso no por razón de género, sino por razón de estereotipos de género.

2. COORDINACIÓN CON LOS SISTEMAS DE BIENESTAR

De larga tradición municipal –desde donde se viene desarrollando un SAD con carácter de servicio social básico– el SAD de dependencia es un servicio social especializado, integrado en las carteras de prestaciones autonómicas, que ha requerido de un importante esfuerzo de coordinación de las Administraciones públicas involucradas, la local y la autonómica (o foral, en el caso vasco), tanto en el aspecto de la prestación –ya que es prestado por la entidad local y financiado por la autonómica– como en el procedimental. Aún se aprecian disfunciones procedimentales en distintos territorios, aunque algunos de ellos –Cataluña, País Vasco, Castilla y León– han conseguido un más que razonable sistema de coordinación de recursos técnicos, que ha contribuido a acortar los plazos y a dotar de coherencia al procedimiento. Es llamativo el funcionamiento autónomo e independiente de las Administraciones madrileñas.

La LAPAD habla vagamente de coordinación con el sistema de salud, pero los estudios de viabilidad del sistema inciden en la necesidad de una actuación conjunta de los recursos existentes, sociales y sanitarios, que trabajan con el usuario, de modo que no haya funcionamiento autónomo de ambos servicios públicos. Trascendiendo el campo de la sostenibilidad, la atención integral de una persona que ha de recibir cuidados de larga duración aconseja que existan protocolos de interrelación de dichos sistemas de salud y de servicios sociales.

RECOMENDACIONES

- Avanzar en la mejora de los procedimientos, utilizando las mejores soluciones de los distintos territorios.
- Comenzar las experiencias de coordinación **formales** con los servicios de salud y analizar si la coordinación aportaría una mejor atención a la persona usuaria y aprovechamiento de recursos.

3. CALIDAD DEL SERVICIO PÚBLICO

La calidad del SAD como servicio público está condicionada por la adecuada realización de una serie de elementos que integran el ciclo típico: diagnóstico, ejecución, seguimiento y evaluación.

Desde la perspectiva de la Administración, la ejecución en condiciones aceptables de calidad, está sumamente condicionada por la insuficiencia de empleados públicos que puedan controlar cada uno de los elementos. La insuficiencia de recursos humanos encargados del seguimiento y evaluación (sin los cuales no es posible realizar el subsiguiente diagnóstico para la próxima ejecución), es un determinante común en todas las localizaciones.

Aisladamente considerados, el seguimiento de la ejecución del contrato es el eslabón más relevante del ciclo de provisión del SAD, y su carencia es la que más se detecta a lo largo de la investigación, se plasma: (1) en la imposibilidad de controlar las condiciones de ejecución comprometidas por la entidad licitadora en el concurso (controles documentados que servirían para verificar dicho ajuste y para generar un expediente documentado de antecedentes de contratación de la entidad en licitaciones futuras); (2) en la imposibilidad de dar respuesta a las necesidades presentadas por la adjudicataria; (3) en la imposibilidad de supervisar la situación de los usuarios; (4) de mantener un contacto mínimamente funcional con las auxiliares (hoy no existen canales de comunicación auxiliar–Administración).

La insuficiente evaluación de los resultados de la prestación condiciona la calidad del servicio desde el punto de vista de la eficacia, la eficiencia y la idoneidad.

De la presentación del servicio derivan muchos aspectos que condicionan su calidad, dado el componente educativo hacia los usuarios que implica y dada la profesionalización que imprime a la prestación (la trabajadora desarrolla su función con tareas pautadas que responden objetivos, tareas que no pueden ser subvertidas por la voluntad de la persona usuaria ni por la adjudicataria).

Otro asunto recurrente en la investigación es el control de la presencia de las trabajadoras en el domicilio, interpretado en múltiples maneras: en general, las trabajadoras son reacias a ser objeto de ese control, alegando susceptibilidades sobre la falta de confianza que tal control dicen que implica, y las personas usuarias tampoco son entusiastas de los mismos. En ocasiones la Administración defiende la necesidad del control, y en otros territorios obvian el generar un conflicto por el mismo.



Se detecta una insuficiente dotación de ayudas técnicas y de movilización de personas, y de adaptación de los hogares, que pone en peligro la salud de las trabajadoras.

Empleo de calidad: entre los elementos con los que la LAPAD articula la calidad del servicio LAPAD se encuentra el de la calidad del empleo. La calidad del empleo alude no sólo a la formación de las profesionales que lo prestan, sino a la configuración de relaciones laborales homologables a cualquier otro sector profesional, con retribuciones aceptables que alejen a las trabajadoras de los umbrales de pobreza.

RECOMENDACIONES

- Incremento de personal público. Configuración adecuada del responsable del proyecto.
- Protocolizar cuidadosamente la presentación, incrementando la participación de la auxiliar en la misma, en lo posible.
- (Ver apartados en relación a la salud laboral y a las condiciones laborales de las trabajadoras)

4. MUNICIPALIZACIÓN

El debate en torno a la municipalización, la asunción directa por la entidad municipal o la gestión indirecta, está abierto.

En términos doctrinales la decantación entre una y otra es relativamente sencilla cuando se analiza desde una perspectiva axiológica: la lógica del interés social que preside la iniciativa pública es sin duda más deseable que la del beneficio económico que preside la iniciativa privada mercantil.

No basta con contrastar elementos axiológicos, ya que la decisión de la mejor opción pasa necesariamente por comparar su articulación práctica en torno al criterio de resultado, desglosado en tres ejes¹¹³: la calidad del servicio, la calidad del empleo creado, la sostenibilidad del servicio a medio y largo plazo.

La suma de los niveles de cumplimiento de estas tres premisas determinará qué gestión pública o privada arroja resultados más satisfactorios.

Indicariamente, los datos analizados muestran que las empresas pueden recibir un interesante excedente del precio unitario, una vez cubiertos los gastos, por lo que no

¹¹³ Ha de añadirse que la experiencia de gestión municipalizada que presenta el caso de Tomelloso no sirve como referente, y no aporta ningún parámetro de contraste, dado que el ayuntamiento no ha establecido un servicio de ayuda a domicilio propiamente dicho, con los objetivos típicos que comparten las distintas localizaciones, sino una bolsa de empleo, no exenta de cierto aroma clientelar, que permite a las mujeres del lugar concurrir a una oferta pública de empleo para un trabajo temporal de cuatro años; trabajo, cuyas condiciones laborales adolecen de la peor calidad de todos los casos analizados.

es disparatado realizar análisis económicos de esta posibilidad de que sea económicamente viable. A este respecto la Administración muestra dosis de temor, a corto plazo a asumir plantear iniciativas de gestión directa y de horror vacui al imaginar el momento en que la demanda se estabilice, una vez implantado en su totalidad el SAD, y el número de trabajadoras, eventualmente contratadas en gestión directa, sea inasumible.

Un factor, intangible, de reflexión sobre la necesidad de defensa del sistema de gestión pública de derechos sociales sugiere la creación de experiencias contrastadas de buena gestión pública, asentando un reconocimiento incuestionado, como ocurre en un sector inatacable en torno al reconocimiento social: el sistema de salud.

Los datos analizados apuntan aspectos de algún modo inquietantes, tales como que los hogares con personas dependientes se concentran en las clases medias y, sobre todo, en las medias-bajas; a su vez, la cobertura de los cuidados se concentra en la clase media-baja, y notablemente en la clase alta, lo que indica que la clase media-baja recibe los cuidados desde lo público y que la clase media los costea con sus propios recursos. Si tales tendencias se mantienen y se produce la desmovilización de los recursos públicos, los estratos sociales con menos posibilidades de defensa de su bienestar quedarán absolutamente desprotegidos ante las situaciones de dependencia.

En el entorno comparado, la práctica de décadas de mercantilización extrema (Reino Unido), han demostrado un empeoramiento del servicio público prestado y de la calidad de las relaciones laborales de las auxiliares.

RECOMENDACIONES

- Compromiso de las entidades locales de llevar a cabo análisis serios de viabilidad económica.
- Exploración de formas de municipalización.
- Imagen positiva del servicio de gestión directa: autoridad/predicamento.
- Contraste de experiencias de gestión directa, generando elementos positivos visibles.
- Estudiar el consenso generado entre los beneficiarios sobre la calidad de la gestión directa (ya se ocurrió cuando se prestaba antes de la LAPAD en algunos municipios, ej. Burgos).

5. PLANES DE INTERVENCIÓN INDIVIDUAL

Si bien la LAPAD tiene como una de sus virtudes la homogeneización de criterios para la elaboración de los PIA (criterios del CTSAAD), los PIA actuales no permiten individualizar la atención y adecuarla a las necesidades particulares. En su lugar, configuran prestaciones abstractas, burocratizadas y enfocadas en los resultados de la baremación, descontextualizada de necesidades globales del cuidado y de los apoyos del entorno.

La información plasmada en los PIA desarrolla poco los objetivos y las tareas planificadas y, además, estos no se trasladan a las auxiliares. Ellas reciben instrucciones muy generales sobre el contenido de sus tareas y las desempeñan de forma intuitiva, desconectada, además, de una intervención con objetivos planificados.

RECOMENDACIONES

- Dotación de recursos, en especial, trabajadoras sociales municipales
- Protocolizar la información que es necesario trasladar a las auxiliares, entre la que debe incluirse una mayor conexión con los objetivos de la intervención.
- Pautar con más detalle las tareas a realizar en cada caso por las auxiliares.

SOBRE LAS CONDICIONES LABORALES DE LAS TRABAJADORAS DE LA AYUDA A DOMICILIO

6. CARACTERES GENERALES

Una de las consecuencias de la entrada en vigor de la LAPAD fue un empeoramiento de las condiciones laborales de las auxiliares subrogadas. A partir de entonces, a las empresas adjudicatarias de los concursos públicos para la prestación del servicio. El empeoramiento se concreta, sobre todo, en la obligada reducción de los contratos a tiempo indefinido hacia contratos a tiempo parcial.

Sin embargo, cabe reflexionar sobre si esta precarización es consecuencia de la mercantilización del servicio o de la insuficiente dotación de recursos del sistema de servicios sociales que ha pasado de prestaciones posibilistas y coyunturales, a la obligación de atender un derecho subjetivo.

Los convenios laborales son respetados por las empresas y en ellos se escudan para establecer las condiciones laborales de sus empleadas. Sin embargo, éstos no siempre son clarificadores respecto a los derechos de las auxiliares de ayuda a domicilio y denotan una falta de atención para dar solución a algunas de las características esenciales de este servicio. El convenio de Bizkaia es más favorable aunque también tiene deficiencias.

Hay importantes diferencias retributivas por territorios. La diferencia más notable se da con Bizkaia (la retribución de las trabajadoras llega a ser el doble que en otros territorios), pero en otros lugares se dan diferencias entre mil y cuatro mil euros al año brutos.

Hay diferencias en las jornadas de trabajo que oscilan entre 30 y 39 horas semanales para jornadas a tiempo completo y entre 20 y 35 para jornadas a tiempo parcial.

Tampoco está estandarizado el tiempo de vacaciones con algunas diferencias relativas; ni el número de los días para asuntos propios.

Asimismo, el desplazamiento de un domicilio a otro no está considerado siempre tiempo laboral e, incluso, se reduce del tiempo de presencia en los domicilios ignorando que la prestación es la ejecución de un derecho que no se puede subvertir.

Los convenios suelen reconocer la existencia de *bolsa* o *arrastre* de horas que significa, en la práctica, jornadas laborales «acordeón» en función de las necesidades de organización del servicio. La *bolsa* o *arrastre* de horas es una solución cortoplacista de las empresas que está aumentando la precariedad de las trabajadoras porque les impide conocer con exactitud cuánto y cuándo van a trabajar y a cobrar su salario, al tiempo que altera la certeza del contrato de trabajo.

En el mejor de los casos, se fija un número máximo de horas de arrastre en convenio, en otros casos queda al albur de la empresa y siempre se regula a favor del empresario. Se ha suprimido en Burgos.

RECOMENDACIONES

- Intercambio de logros obtenidos (por ejemplo sobre el arrastre de horas en Burgos o las condiciones salariales en Bizkaia) para incorporarlos a todos los convenios que regulan este trabajo.
- Si no es posible erradicar esta práctica, establecer en los convenios el sistema de su control riguroso y limitación drástica, siempre de forma consensuada con la representación de las trabajadoras.
- Modificación sustancial de las condiciones de trabajo por cuestiones organizativas
La fragilidad de la población es una condición esencial del servicio (población dependiente y mayor), sometida a traslados a casas de hijos, enfermedad, muerte, hospitalización, etc.
- Una condición que define la esencialidad de un servicio no puede ser, a su vez, considerada una coyuntura organizativa. Del mismo modo que, por ejemplo, en servicios destinados a emergencias o seguridad pública (UME, bomberos...) las contingencias de las emergencias no definen las condiciones laborales. Estos cuerpos mantienen la certeza de las condiciones marcadas en contrato con independencia del número de emergencias que tengan que atender.
- Es un claro sesgo de género, en la medida en que se infravalora el trabajo de cuidados respecto a otras profesiones. También puede haber un sesgo por clase social, ya que no ocurre en otras profesiones prestigadas de atención directa a usuarios, por ejemplo, de la salud pública.
- Tiene que haber formas eficaces de defensa de los derechos. Es importante desmontar el discurso de las contingencias organizativas de aspectos organizativos esenciales como



estructuradoras de las condiciones laborales del servicio, tanto desde el punto de vista del derecho subjetivo como por la necesidad de reconocimiento y valoración de este tipo de trabajo de cuidados. Dado el profundo sesgo de género en esta disfunción de la relación laboral, hay que tener en cuenta, para la defensa de estas trabajadoras, que en la agenda internacional está presente la prohibición de establecer diferencias de valoración por razón de sexo como un elemento clave en la lucha contra la discriminación entre géneros (artículo 5 CEDAW).

7. FORMACIÓN

Buena parte de las trabajadoras con más antigüedad en el servicio han consolidado su experiencia pero no tienen formación reglada, lo que influye en su propia percepción como trabajadoras y en sus expectativas laborales. Las más recientes no siempre tienen formación reglada y están accediendo a certificados de profesionalidad.

La prórroga continuada de plazos para asegurar que todas las nuevas trabajadoras cuenten con formación profesional formal está influyendo en el prestigio profesional y en la calidad del servicio. También perjudica la mejora profesional –en la medida en que podrán seguir incorporándose trabajadoras sin formación acreditada–, el reconocimiento social de las auxiliares –que seguirán siendo consideradas trabajadoras de bajo nivel.

Las trabajadoras tienen muy poca motivación para avanzar en su formación aunque muestran interés en mejorar su capacitación en cuestiones concretas relacionadas con sus tareas, principalmente con el cuidado de personas con enfermedad mental. Las empresas no asumen sus obligaciones de formación continua de manera eficaz.

Todo ello genera un círculo vicioso: precariedad de las contrataciones, falta de un compromiso empresarial por la formación de sus trabajadoras, la calidad del servicio, el enfoque básico o meramente de limpieza que se está dando a las tareas de las auxiliares.

RECOMENDACIONES

- Realizar un diagnóstico de necesidades formativas de las auxiliares para adecuar contenidos y metodologías.
- Garantizar la formación continua y presencial adecuada a las tareas que han de realizar las auxiliares y en horario laboral.
- Posibilitar la convalidación de la formación continua a la formación reglada para favorecer la movilidad laboral.
- Evitar ulteriores prórrogas de plazos para asegurar que todas las nuevas trabajadoras cuenten con formación profesional formal.
- Hay dos situaciones en las que aún se evidencian más los déficits del servicio: la atención a personas con movilidad reducida y la atención a personas con deterioro

cognitivo o enfermedad mental. En ambas es preciso garantizar que se dispone de los medios adecuados y que las auxiliares tienen las capacidades, conocimientos y habilidades necesarios. Y ello sin perjudicar el derecho de las personas usuarias, como cuando estas ven reducido el tiempo de su atención porque es necesario contar con dos auxiliares de modo simultáneo.

- Incorporar sistemáticamente a la formación continua módulos teórico-prácticos sobre cómo realizar mejor las movilizaciones y en relación a las enfermedades mentales y el envejecimiento.

8. CONTRATACIONES / EVENTUALIDAD

En general, hay un porcentaje importante de trabajadoras con contratos fijos, la mayoría con una jornada laboral a tiempo parcial; y otro porcentaje menor de contratos eventuales pero también a tiempo parcial.

La tendencia general es a aumentar la eventualidad de los contratos y la reducción de horas de los mismos, entre otras razones porque las trabajadoras con el derecho adquirido a contratos fijos y a jornada completa se van jubilando. El ideal para la organización del servicio por parte de sus gestores es de trabajadoras o trabajadores eventuales y a tiempo parcial.

Es una consecuencia del modelo de organización del trabajo en el sector, que se basa en las horas concedidas de prestación del servicio en los planes de intervención. Los contratos de la Administración a las empresas se computan en horas de servicio prestado y ese es también el criterio de las empresas (y de las Administraciones) para las contrataciones de sus empleadas y empleados. En resumen, se trata de un sector que se concibe desde la temporalidad y las jornadas parciales.

RECOMENDACIONES

- Romper el discurso de ligar la lógica de la contratación administrativa a la lógica de la contratación laboral.

9. SALARIO: LÓGICA PRECIO/HORA

Los salarios están determinados por la lógica de la contratación administrativa con precio unitario (precio/hora). Esta lógica se conforma, por un lado, con horas adjudicadas a un precio a la empresa y, por otro lado, con las necesidades de la Administración para cubrir un servicio público esencial.

La «productividad», entendida en este caso como incremento en el precio total del contrato con respecto a años anteriores, se traslada sólo a cubrir las necesidades de la Administración (cumplimentar un servicio público) o de las de la empresa (lucro), sin reservar una parte de esa productividad al incremento de los salarios.

La lógica distributiva no se cumple en su totalidad ya que sólo está satisfaciendo a dos de las tres partes implicadas. La aplicación coherente de la lógica distributiva implica una mejora de la retribución salarial que, por otro lado, es una condición imprescindible para el reconocimiento y valoración del sector profesional de cuidados.

Que la Administración, sensibilizada, y vinculada, por el clausulado social de las directivas europeas de contratación traspuestas en la legislación española de contratación pública, incorpore en los pliegos una reserva de esa «productividad» destinada al incremento salarial.

RECOMENDACIONES

- La relación laboral, concebida desde principios de certeza y seguridad jurídicas, se ve pervertida por esta lógica del precio unitario, en la medida en que el riesgo y ventura del empleador (y la maximización del beneficio) se trasladan a la relación laboral, plagándola de modificaciones horarias y salariales.
- La propia Ley de dependencia identifica como uno de los criterios de calidad del servicio la calidad del empleo de las trabajadoras del sector.

10. SALARIOS: PRECARIEDAD

Los salarios que perciben las trabajadoras de acuerdo con sus convenios laborales están cercanos a los niveles de riesgo de pobreza. Según el indicador AROPE (At Risk of Poverty and/or Exclusión) las personas en riesgo de pobreza son aquellas



cuyos ingresos por unidad de consumo son inferiores al 60% de la renta mediana disponible equivalente (después de transferencias sociales que, en este caso, es un factor neutro).

En el caso de las auxiliares de ayuda a domicilio sus ingresos no superan en ningún caso la renta media por hogar del conjunto de España. Sólo en el territorio de Bizkaia se acercan a la renta media y en el resto de localizaciones son inferiores entre un 44,9% y un 61,5%. Esta situación se agrava en Madrid y Barcelona porque el nivel medio de gasto es más alto que en el resto de España.

Son por lo tanto, trabajadoras pobres, que forman parte de lo que ya se denomina *precariado*. En ocasiones ellas mismas son usuarias de los servicios sociales, o incluso, han sido cooptadas por las empresas a partir de convenios con ONG entre población vulnerable de programas de promoción del empleo.

RECOMENDACIONES

- No contar con condiciones laborales dignas y salarios suficientes son factores que profundizan y retroalimentan la vulnerabilidad y que se reproduce de nuevo en la población femenina.
- Hacer visible que hay una discriminación por razón de sexo (y de clase social) en las condiciones laborales de las auxiliares, en su inmensa mayoría mujeres, que tienen condiciones laborales y salarios precarios.

III. ¿FLEXIBILIDAD Y CONCILIACIÓN?

Curiosamente, muchas auxiliares expresan que su trabajo tiene como ventaja la posibilidad de conciliar su vida personal y laboral. En realidad, son un ejemplo de la doble presencia, que apuntó Laura Balbo, y de la satisfacción de necesidades prácticas, sin ninguna mirada estratégica para conseguir mejores condiciones sociales (a través de condiciones laborales dignas o facilitar la corresponsabilidad de sus parejas en las tareas de cuidado familiar y mantenimiento de sus hogares).

Confunden conciliación con reducción de horas: la reducción no voluntaria de sus horarios o el incremento de la eventualidad no son, en ningún modo, medidas de conciliación sino de precariedad.

Aunque es una condición de la mayoría de los pliegos, las empresas o no tienen plan de igualdad o no lo dan a conocer, con lo que su eficacia es dudosa.

RECOMENDACIONES

- Establecer planes de igualdad efectivos, profundizar en la conciencia de igualdad de las trabajadoras.

12. ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO

Las trabajadoras no reciben suficiente información por sus responsables directas de coordinación para realizar adecuadamente sus tareas que, por otra parte, las desarrollan solas. En muchos casos, las propias coordinadoras tampoco tienen todos los datos necesarios y no conocen los objetivos de intervención. Las auxiliares que resultan ser las prestadoras del derecho a los cuidados, son, en ocasiones, las que menos información tienen de los casos a atender.

Estos aspectos de sus condiciones laborales afectan sustancialmente a su motivación hacia la tarea y a su propia percepción como trabajadoras. En muchos casos, es el mayor motivo de queja, por encima de los salarios o del tipo de jornada.

RECOMENDACIONES

- Exigir a las empresas que las personas responsables de la coordinación de las auxiliares se ocupen de forma eficaz de la información, el acompañamiento, el seguimiento, la tutorización y la evaluación permanente de su trabajo. Diferenciar con claridad su papel del de las trabajadoras sociales municipales cuyas funciones deben estar enfocadas al seguimiento de los objetivos de los planes de intervención.

13. LOS ASPECTOS EMOCIONALES DE LOS CUIDADOS

Un aspecto que diferencia el trabajo de las auxiliares frente a otras profesiones es que se realiza en los domicilios y de forma continuada con las mismas personas. Reproduce en el ámbito de los cuidados formales las transferencias emocionales que operan en los cuidados informales (familiares).

Aunque las auxiliares tienen una buena relación profesional con las personas usuarias, sus familiares y otras personas que conviven con ellas, el tipo de trabajo que realizan genera en muchas ocasiones relaciones emocionales que pervierten el tipo y el sentido de sus tareas.

La perversión se favorece por la presencia exclusiva de las auxiliares y la duración del servicio en años. Además, las personas usuarias se sienten más seguras y confiadas si se producen los mínimos cambios de auxiliares.

Hay que tener en cuenta en la profesionalización de las auxiliares las consecuencias emocionales del cuidado y de la presencia exclusiva duradera. No se ha encontrado una alternativa para compatibilizar la creación de confianza y seguridad de las personas usuarias y la distancia emocional de las profesionales.

RECOMENDACIONES

- Incorporar en la formación continua aspectos relacionados con la gestión de las emociones en los cuidados.
- Negociar con las empresas servicios de acompañamiento psicológico para las auxiliares que les permitan afrontar situaciones críticas, por ejemplo, duelos.

14. SALUD LABORAL

El domicilio no es solo el lugar de prestación de trabajo, sino el lugar donde el servicio público se hace efectivo; al tiempo que las condiciones de adecuada habitabilidad y movilidad del domicilio son elementos esenciales para poder reconocer esta prestación. En tal sentido, la autorización del titular del domicilio ha de

ser entendida como una condición *sine qua non* para poder proceder a prestar el servicio, en la medida en que la Ley de prevención de riesgos laborales no exime a estos domicilios de llevar a cabo la evaluación (al no aparecer en el listado de ocupaciones exentas).

Por otro lado, es irrelevante que el domicilio donde se presta el servicio público sea un centro de trabajo, categoría de trascendencia inane a estos efectos: el domicilio no es el centro de trabajo, sino el lugar en el que se presta el trabajo y, como tal, es merecedor de la protección de la LPRL.

El Real Decreto 1299/2006 no incluye entre las enfermedades profesionales del sector sociosanitario aquellas derivadas de la movilización de personas. El estudio identifica una acuciante recurrencia de enfermedades esqueleto-musculares derivadas de la movilización de personas, levantamiento de cargas y movimientos repetitivos. Es muy difícil desvincular esta prevalencia de lesiones de la actividad laboral de estas trabajadoras y no se incluye en el catálogo de enfermedades profesionales.

Como consecuencia de la omisión de la evaluación se generan incoherencias: (1) la planificación de riesgos se lleva a cabo sin una evaluación de riesgos; (2) el cumplimiento obligado de la normativa de prevención de riesgos es una condición esencial del contrato con la adjudicataria, cuyo incumplimiento puede derivar en la resolución unilateral por la Administración: resulta chocante la elusión de la Administración de este aspecto esencial; (3) en algunos casos las personas entrevistadas refieren la práctica de evaluaciones solo en casos problemáticos, es decir, en tales casos no se obvia la evaluación, pero sí en los restantes.

Se detectan casos de insuficiente información a las trabajadoras sobre personas usuarias con enfermedades infecto contagiosas cuyo desconocimiento ponía en riesgo la salud de las trabajadoras.

Ante la soledad que experimentan, las auxiliares se sienten desprotegidas en casos de abusos, maltrato e incluso agresiones que se producen en un porcentaje muy pequeño, pero se producen.

RECOMENDACIONES

- No omitir las evaluaciones de riesgo en los lugares de prestación del servicio –domicilios–: esta anodina costumbre elimina del protocolo común de la LPRL la evaluación y la planificación concreta de la actividad preventiva, aligerando el contenido obligatorio de la LPRL y trasladando la carga preventiva a la actitud de la trabajadora, pues es su receptividad a la información y la formación sobre riesgos el principal activo preventivo en esta prestación del servicio.

SOBRE LAS ENTIDADES PRESTADORAS DE LOS SERVICIOS DE AYUDA A DOMICILIO

15. EMPRESAS/INICIATIVA SOCIAL

Desde un lenguaje rayano con la corrección política el discurso oficial del sistema, implantado desde el propio ámbito legislativo y desplegado a toda la aplicación normativa y práctica, es de preferencia de la iniciativa privada social frente a la lucrativa, porque esta tiene formalmente objetivos más nobles que los asignados a estrategias comerciales.

Sin embargo, el hecho de que la entidad sea de iniciativa social no garantiza una mejor gestión del servicio, aunque se manifiesta mayor sensibilidad sobre aspectos como la esencia del servicio de ayuda a domicilio o la formación de sus trabajadoras y trabajadores.

RECOMENDACIONES

- Un mejor seguimiento sistematizado de la gestión del servicio permitiría identificar buenas prácticas y mejoras exigibles en los pliegos de la Administración.

16. CAPTACIÓN DE LAS TRABAJADORAS

Las empresas muestran dificultades para captar a auxiliares de ayuda a domicilio con la formación o la experiencia suficientes y «relajan» las condiciones de entrada. Contratan a personas sin formación, de manera precaria, que, finalmente, cuentan con poco tiempo y motivación para mejorar su formación pero que se encuentran «atrapadas». Es parte del círculo que profundiza en la vulnerabilidad de las mujeres que trabajan en la ayuda a domicilio.

RECOMENDACIONES

- Se insiste en la necesidad de mejorar el acceso y la idoneidad de la formación continua de las trabajadoras y reducir al máximo el periodo en el que se puede convalidar y homologar la experiencia.

17. COORDINACIÓN DEL TRABAJO DE LAS AUXILIARES

A los aspectos ya mencionados sobre la organización del trabajo (apartado sobre condiciones laborales), se suma que las coordinadoras o coordinadores tienen en cada caso funciones distintas que tienden a centrarse en aspectos burocráticos perdiendo de vista que su foco ha de estar en la atención de las auxiliares.

RECOMENDACIONES

- Ver apartado sobre organización del trabajo en condiciones laborales.

A photograph of a large tree trunk with light-colored, peeling bark, situated in a park. The trunk is surrounded by fallen leaves and green grass. In the foreground, a metal sculpture of a stylized animal, possibly a lizard or a bird, is positioned on the ground. The background shows other trees and a clear sky.

BIBLIOGRAFÍA

BIBLIOGRAFÍA

Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales (2017), XVII Dictamen del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia,<http://www.directoressociales.com/images/documentos/Dependencia/XVII%20DICTAMEN%20OBSERV%20jmr.pdf>

- **Comisión Europea**, (2013), *Commission Staff Working Document. Long-term care in ageing societies – Challenges and policy options.* www.esn-eu.org/raw.php?page=files&id=955
- **Comisión Europea**, (2014), *Adequate social protection for long-term care needs in an ageing society*, <http://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=738&langId=en&pubId=7724>
- **Daly, M., Lewis, J.**, (2000), «The concept of social care and the analysis of contemporary welfare states», *British Journal of Sociology*, nº 51 (2), pp. 281–98.
- **Departamento de Empleo del Gobierno Vasco** (2011), *Estudio de prevalencia de malos tratos a personas mayores en la Comunidad autónoma del País Vasco*, http://www.euskadi.eus/contenidos/informacion/publicaciones_ss/es_publica/adjuntos/ESTUDIO%20DE%20PREVALENCIA_CAST.pdf
- **Eisenstein, H.**, (1985), «Introduction», en H. Eisenstein y A. Jardine (eds.), *The Future of Difference*, Londres: Rutgers University.
- **FEDEA**, (2017), *Estudios sobre la economía española 2017–22*, Observatorio de dependencia, octubre 2017, <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2017-22.pdf>
- **Fraser, N.**, (1995), «From redistribution to recognition? Dilemmas of justice in a «post-socialist» age», *New Left Review*, nº 0, pp. 68–93.
- _____ (2000), «Rethinking recognition», *New Left Review*, nº 3, pp. 107–120.
- _____ (2016), «Contradictions of capital and care», *New Left Review*, nº 100, pp. 99–117.
- **Fraser, N.**, Honneth, A., (2006), *¿Redistribución o reconocimiento?*, Traducción Pablo Manzano, Madrid: Morata
- **Gilligan, C.**, (1982), *In a difference voice: psychological theory and women's development*, Cambridge (Ma.): Harvard University Press.
- **Grigoryeva, A.**, (2014), «When Gender Trumps Everything: The Division of Parent Care Among Siblings», Working Paper #9, April 2014, at the Center for the Study of Social Organization. <https://www.princeton.edu/csso/working-papers/WP9-Gri-goryeva.pdf>
- **Harding, P.**, (1998), *Models of Social Welfare and Gender Equality*: USA, USSR and Sweden, Ottawa: National Library of Canada.
- **Honneth, A.**, (2009), *Reconocimiento y menoscambio. Sobre la fundamentación normativa de una teoría social*, Traducción: Judit Romeu Labayen, Barna: CCCB.
- **Hudson, B.**, (2016), «The failure of privatised adult social care in England: what is to be done?», *The Centre for Health and the Public Interest*, November, <https://chpi.org.uk/wp-content/uploads/2016/11/CHPI-SocialCare-Oct16-Proof01a.pdf>
- **IMERSO**, (2004), *Libro Blanco de la Dependencia*, http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libro_blanco.pdf
- **Instituto Nacional de Seguridad, Salud y Bienestar en el Trabajo** (2017), *Accidentes de trabajo por sobresfuerzos. 2016*, <http://www.oect.es/Observatorio/5%20Estudios%20Técnicos/Riesgos%20específicos/Estudios%20de%20sobresfuerzos%20y%20TME/Sobresfuerzos%202016.pdf>
- **MacKinnon, C.**, (1983), «Feminism, marxism, method and the State», *Signs*, vol 8, nº4 (635–658).
- _____ (1987), *Feminism unmodified. Discourses on Life and Law*, Cambridge: Harvard University Press.
- **Marbán Gallego, V.**, (2012), «Actores sociales y desarrollo de la Ley de Dependencia en España», *Revista Internacional de Sociología*, Vol. 70, nº 2, pp. 375–398.
- **Martínez López, F.**, (2005), «La atención a domicilio en España: Antecedentes, Evolución Histórica y Marco Normativo», *Jornadas sobre ayuda a domicilio*, pp. 11–37. Madrid: Ayuntamiento de Madrid.
- **Nogueira, M.**, (2014), «La doctrina constitucional sobre discriminación directa por razón del embarazo en el siglo XXI», *Revista del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales*, Nº 73, pp. 171–204.
- **Pateman, C.**, (1988), *The sexual contract*, Standford (Ca.): Standford University Press.
- **Rodríguez Cabrero, G.**, (2007), «La protección social de la dependencia en España. Un modelo *sui generis* de desarrollo de los derechos sociales», *Política y sociedad*, Vol. 44, nº 2, pp. 69–85.
- _____ (2011), «Economía del envejecimiento», en IMSERSO (coord.) *Libro blanco del envejecimiento activo*, pp. 171–221, Madrid: IMSERSO.
- _____ (2016), «La gran depresión y su impacto en las políticas sociales», *Revista española del tercer sector*, nº 33, pp. 17–46, http://www.plataformatercersector.es/sites/default/files/RETS%2033_0.pdf
- **Sepúlveda Carmona, M.**, (2013), *Report to the U.N. General Assembly of the Special Rapporteur on extreme poverty and human rights, on unpaid care work and women's human rights*. <https://documents-dds-ny.un.org/doc/UNDOC/GEN/N13/422/71/PDF/N1342271.pdf?OpenElement>
- **Subdirección de Asuntos Sociales (FEMP) y Rodríguez Rodríguez, P. (coords.)**, (2015), *La situación del servicio de ayuda a domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. Madrid: FEMP–Fundación Caser.
- **TNS opinion & social network**, (2017), *Special Eurobarometer 465. Report on gender equality*. <http://ec.europa.eu/commfrontoffice/publicopinion/index.cfm/Survey/getSurveyDetail/instruments/SPECIAL/surveyKy/2154>
- **UGT Islas Baleares** (xx) *Prevención de Riesgos Laborales para profesionales de los servicios de atención a la dependencia*. http://portal.ugt.org/saludlaboral/publicaciones_new/files_riesgoserviciosdedependencia/publication.pdf
- **Wanless, D.**, (2006), *Securing good care for older people*, London: King's Fund.
- **Young, I. M.**, (1995), «Together in Difference: Transforming the Logic of Group Political Conflict», en W. Kymlicka (ed.), *The Rights of Minority Cultures*, Oxford: Oxford University Press.

ILUSTRACIONES, GRÁFICOS Y TABLAS

Ilustración 1. Grupos de necesidades para un diagnóstico social del servicio de ayuda a domicilio.....	95
Ilustración 2. Círculo a romper en la dignificación del trabajo de ayuda a domicilio.....	122
Ilustración 3. Círculo a romper para superar la vulnerabilidad de las mujeres que realizan el trabajo de ayuda a domicilio.....	147
Gráfico 1. Porcentaje de personas que esperan recibir prestaciones:	
limbo de la dependencia por CCAA. Junio y Diciembre 2015, 2016 y Junio 2017. Fuente: FEDEA.....	34
Gráfico 2. Perfil por sexo y tramos edad de solicitantes de ayuda a la dependencia a 30 de noviembre de 2017. Fuente: IMSERSO. Informe de gestión.....	93
Gráfico 3. Evolución de las personas desatendidas por grado de dependencia (en miles). Enero 2017–Octubre 2017. Fuente: Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales.....	94
Tabla 1. Secuencia y leyes vigentes de servicios sociales en España.....	17
Tabla 2. Servicios y prestaciones económicas de la LAPAD.....	24
Tabla 3. Perfiles de personas beneficiarias por sexo y edad. Elaboración propia con datos del IMSERSO (a fecha 31 de julio de 2017).....	31
Tabla 4. Distribución de prestaciones por tipo de cuidados. Elaboración propia con datos del IMSERSO (a 31 de julio de 2017).....	35
Tabla 5. Estructura prestacional. Ratio de prestaciones. Elaboración propia con datos del IMSERSO (a 31 de julio de 2017).....	36
Tabla 6. Gasto público certificado por las CCAA en dependencia. Año 2015. Elaboración propia. Datos económicos obtenidos del Observatorio de la Dependencia (ADGSS), datos de población perceptora obtenidos del IMSERSO.....	37
Tabla 7. Afiliaciones en el sistema. Elaboración propia con datos del IMSERSO	38
Tabla 8. Empleos directos vinculados al SAAD por cada millón de euros de gasto público en 2016. Elaboración propia con datos del IMSERSO.....	38
Tabla 9. Hogares con dependientes y cuidados por unidad de consumo. Elaboración propia con datos del INE (Módulo de acceso a los servicios 2016. Encuesta de condiciones de vida).....	39
Tabla 10. Hogares con personas dependientes y cuidados por unidad de consumo. Elaboración propia con datos del INE (Módulo de acceso a los servicios 2016. Encuesta de condiciones de vida).....	39
Tabla 11. Síntesis de las tareas o actividades que integran la atención persona y la asistencia doméstica y en el hogar del SAD.....	54
Tabla 12. Ratios de trabajadoras sociales en servicios sociales y en la atención a personas usuarias del servicio de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017	102
Tabla 13. Porcentaje de mujeres y de personas de origen extranjero entre las auxiliares de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017.....	118
Tabla 14. Ratio de auxiliares por coordinadora.....	119
Tabla 15. Alumnado matriculado en el curso 2015–2016 en ciclos formativos de FP de grado medio y superior que habilitan el trabajo como auxiliares de ayuda a domicilio. Fuente: Ministerio de Educación. Estadísticas de Enseñanzas no universitarias. Alumnado matriculado. Curso 2015–2016.....	120
Tabla 16. Jornadas laborales de las auxiliares de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017	123
Tabla 17. Vacaciones y días libres por asuntos propios de las auxiliares de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017	127
Tabla 18. Comparaciones salariales estimativas de las auxiliares de ayuda a domicilio con el salario mínimo interprofesional en 2016. Poblaciones de estudio. 2017.....	128
Tabla 19. Comparaciones salariales de las auxiliares de ayuda a domicilio con la renta media por hogar en España en 2016. Poblaciones de estudio. 2017	128
Tabla 20. Comparaciones salariales de las auxiliares de ayuda a domicilio con la renta media por hogar en 2016 en cada territorio de las poblaciones de estudio. 2017	129
Tabla 21. Compensación del tiempo de desplazamiento y del transporte de las auxiliares de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017	130
Tabla 22. Precio hora establecido en los contratos de prestación del servicio de ayuda a domicilio. Poblaciones de estudio. 2017.....	152

30. Granada

ENTREVISTAS REALIZADAS	ENTIDAD	DÍA ENTREVISTA
Coordinadora desde la empresa en Granada	Empresa Arquisocial	27/09/2017
Entrevista grupal: auxiliares de ayuda a domicilio	Empresa Arquisocial	27/09/ 2017
Entrevista grupal: auxiliares y coordinadoras de ayuda a domicilio de la comarca de Guadix y de Albolote		28/09/2017
Concejala de Derechos Sociales, Educación y Accesibilidad. Miembro de la Junta de Gobierno Local. Presidenta Junta Municipal de Distrito Norte	Ayuntamiento de Granada	28/09/ 2017
Coordinadora de zona	Empresa Arquisocial	28/09/2017
Gerente de la empresa en Granada	Empresa Arquisocial	28/09/2017
Jefa de Servicio de Atención a la familia	Ayuntamiento de Granada	28/09/2017
Secretaría de Dependencia	UGT Granada	29/09/2017
Secretaría de Administración Pública Local y Servicios a la Comunidad	UGT Granada	29/09/2017
Usuaria y su esposo		29/09/2017
Usuaria y su cuidadora particular		29/09/2017

31. Gran Bilbao

ENTREVISTAS REALIZADAS	ENTIDAD	DÍA ENTREVISTA
Jefa del Servicio de Valoración y Orientación	Diputación de Bizkaia	9/10/2017
Gerente de la empresa	Urgatzi S.L.	9/10/2017
Entrevista grupal: auxiliares de ayuda a domicilio	Grupo SSI	9/10/2017
Concejal de Acción Social	Ayuntamiento de Barakaldo	10/10/2017
Trabajadora Social	Ayuntamiento de Barakaldo	10/10/2017
Usuaria del servicio en Barakaldo		10/10/2017
Entrevista grupal: auxiliares de ayuda a domicilio	Urgatzi S.L.	10/10/2017
Responsable del Área de Atención a la Dependencia	Grupo SSI	11/10/2017

32. Barcelona

ENTREVISTAS REALIZADAS	ENTIDAD	DÍA ENTREVISTA
Gerente de Derechos Sociales	Ayuntamiento de Barcelona	24/10/2017
Coordinadora	Cooperativa Suara	24/10/2017
Trabajadora social	Ayuntamiento de Barcelona	24/10/2017
Usuario 1		25/10/2017
Usuario 2		25/10/2017
Usuario 3		25/10/2017
Entrevista grupal: trabajadoras familiares y auxiliares de limpieza	Empresas: Suara Cooperativa y Clece	25/10/2017
Gestora de Projectes. Direcció de Serveis de Planificació i Innovació. Drets Socials.	Ayuntamiento de Barcelona	26/10/2017
Directora del Área de Personas	Suara Cooperativa	26/10/2017
Responsable de Administración y Relaciones laborales	Suara Cooperativa	26/10/2017

33. Vitigudino (Diputación de Salamanca)

ENTREVISTAS REALIZADAS	ENTIDAD	DÍA ENTREVISTA
Jefatura Sección de Prestaciones.	Diputación de Salamanca	30/10/2017
Coordinador en Salamanca y coordinador de zona	Azvase S.L.	30/10/2017
Entrevista grupal: auxiliares de ayuda a domicilio de la provincia de Salamanca	Azvase S.L.	30/10/2017
Trabajadoras sociales de Vitigudino	CEAS Vitigudino	31/10/2017
Auxiliar de ayuda a domicilio en Vitigudino	Azvase S.L.	31/10/2017
Auxiliar de ayuda a domicilio en Vitigudino	Azvase S.L.	31/10/2017
Auxiliar de ayuda a domicilio en Vitigudino	Azvase S.L.	31/10/2017
Usuaria 1 en Vitigudino		31/10/2017
Usuario 2 en Vitigudino		31/10/2017
Usuario 3 en Vitigudino		31/10/2017

34. Madrid

ENTREVISTAS REALIZADAS	ENTIDAD	DÍA ENTREVISTA
Responsable SAD empresa.	Valoriza Servicios a la Dependencia (Filial de Sacyr)	14/11/2017
Jefa Dpto. de Servicios de Ayuda a Domicilio.	Ayuntamiento de Madrid	15/11/2017
Entrevista grupal: auxiliares de ayuda a domicilio.	Valoriza Servicios a la Dependencia (Filial de Sacyr)	15/11/2017
Jefa Dpto. de Servicios Sociales. Distrito Moncloa-Aravaca.	Ayuntamiento de Madrid	16/11/2017
Entrevista grupal: trabajadoras sociales del Distrito Moncloa-Aravaca.	Ayuntamiento de Madrid	16/11/2017
Auxiliar de ayuda a domicilio	ASISPA	16/11/2017
Jefa Dpto. de Servicios Sociales. Distrito Tetuán.	Ayuntamiento de Madrid	17/11/2017
Responsable SAD empresa.	ASISPA	17/11/2017
Entrevista grupal: trabajadoras sociales del Distrito de Tetuán.	Ayuntamiento de Madrid	17/11/2017

35. A Coruña

ENTREVISTAS REALIZADAS	ENTIDAD	DÍA ENTREVISTA
Usuario 1		21/11/2017
Usuario 2		21/11/2017
Entrevista grupal: auxiliares de ayuda a domicilio	Clece	21/11/2017
Concejala de Justicia Social y Cuidados	Ayuntamiento de A Coruña	22/11/2017
Subdirector General de Dependencia	Xunta de Galicia	23/11/2017
Directora y técnica de la Oficina Municipal de Mayores y Discapacidad (OMAD)	Ayuntamiento de A Coruña	23/11/2017

36. Burgos

ENTREVISTAS REALIZADAS	ENTIDAD	DÍA ENTREVISTA
Jefe de Área de Mayores y prestaciones	Ayuntamiento de Burgos	27/11/2017
Usuaria 1		27/11/2017
Usuaria 2		27/11/2017
Usuaria 3		27/11/2017
Entrevista grupal: coordinadoras de Áreas y trabajadoras Sociales	Ayuntamiento de Burgos	28/11/2017
Entrevista grupal: auxiliares de ayuda a domicilio	Empresa Valoriza	28/11/2017
Responsable de coordinación en Burgos	Empresa Valoriza	29/11/2017
Secretaría de Igualdad y delegada en el Comité de la empresa	UGT y empresa Valoriza	29/11/2017

37. Tomelloso (Ciudad Real)

ENTREVISTAS REALIZADAS	ENTIDAD	DÍA ENTREVISTA
Jefa Servicio Bienestar Social	Ayuntamiento de Tomelloso	14/12/2017
Trabajadora social responsable de la ayuda a domicilio	Ayuntamiento de Tomelloso	14/12/2017
Entrevista grupal: auxiliares de ayuda a domicilio	Ayuntamiento de Tomelloso	14/12/2017
Concejala de Bienestar Social	Ayuntamiento de Tomelloso	15/12/2017
Delegados sindicales de UGT en el Ayuntamiento de Tomelloso	UGT	15/12/2017

