

IDEAS Y PROPUESTAS PARA

UN NUEVO MODELO DE AYUDA A DOMICILIO

"ELIJO MI HOGAR"



ASOCIACIÓN ESTATAL DE
DIRECTORES Y GERENTES EN
SERVICIOS SOCIALES



El presente documento es el resultado de un grupo de trabajo creado en el seno de la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales compuesto por las siguientes personas miembros de la Asociación:

Coordinador: Angel Parreño

Aguilar, Toni

Corripio, Antonio

Fuentes, Manuel

Jiménez, Soledad

Nogales, Natividad

Rueda, Andrés

Presentado en el Congreso Nacional de Atención Domiciliaria celebrado en Fuenlabrada los días 7 de octubre de 2022

ÍNDICE

1

1. INTRODUCCIÓN.....	4
----------------------	---

2

2. REFLEXIONES SOBRE EL DEVENIR HISTÓRICO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.	6
---	---

3

3. LAS RESIDENCIAS COMO SERVICIOS DE PROXIMIDAD.....	8
--	---

4

4. EL PESO DE LA INFLUENCIA DEL MEDIO RURAL Y URBANO EN LA AYUDA A DOMICILIO	9
4.1. La ayuda a domicilio en el ámbito rural	10
4.2. La ayuda a domicilio en el ámbito urbano.	13

5

5. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE SAD QUE PROPONEMOS	15
5.1. Atención Integral Centrada en la Persona, un nuevo paradigma	15
5.10. Cartera de servicios: servicios directos y servicios complementarios.....	31
5.2. Prescripción de la prestación vs. prescripción del cuidado	19
5.3. Coordinación efectiva con la atención sanitaria domiciliaria	20
5.4. Enfoque preventivo.....	23
5.5. Atención remota mediante TICS	24
5.6. Apoyo a cuidador@s familiares.....	26
5.7. Compatibilización/complementariedad de cuidados familiares y profesionales.....	26
5.8. Perspectiva comunitaria redes de recursos y redes de apoyo (voluntariado y buena vecindad).	28
5.9. Formación de profesionales de atención directa para la especialización del cuidado.	29

6

6. LOS EQUIPOS PROFESIONALES PARA EL NUEVO MODELO DE AYUDA A DOMICILIO	33
6.1. Servicios Sociales, la Ayuda a Domicilio y el Profesional de Referencia	33
6.2.- Las plantillas, los equipos profesionales para el nuevo modelo	36
6.2.1.- Las/los coordinadoras/es	37
6.2.2.- El auxiliar de ayuda a domicilio.	38
6.2.3.- El equipo interdisciplinar de apoyo	40

7

7.- LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO PARA EL NUEVO MODELO DE AYUDA A DOMICILIO	40
7.1.- Evolución de la gestión por horas a la gestión por Planes personales de apoyos:.....	41
7.2.- Del concepto de la Ayuda a Domicilio como gasto social al enfoque como inversión en desinstitucionalización y en conciliación familiar:.....	41
7.3.- Otra forma de organizarse para conseguir un enfoque integral y comunitario:	42
7.4.- De la persona como receptora de un servicio a la persona protagonista del mismo:.....	42
7.5.- De lo analógico a lo digital. del papel al archivo virtual	42

8

8. ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL SERVICIO	43
---	----

A

ANEXO I ESTADO DE SITUACION DE LA AYUDA A DOMICILIO 202146

B

BIBLIOGRAFÍA.....	71
-------------------	----

I

INFOGRAFÍAS	65
-------------------	----

1. INTRODUCCIÓN

Las personas en situación de dependencia, las personas mayores, manifiestan su deseo de envejecer en casa los últimos años de su vida, pero en España, los servicios de atención domiciliaria son insuficientes para erigirse en una alternativa a la institucionalización de las personas con un alto grado de dependencia¹, cuando hay evidencia de que los apoyos comunitarios ofrecen una mejor calidad de vida que la atención residencial.

Esta sociedad tiene que revalorizar los cuidados, de ahí que se impone acabar con la precariedad laboral que caracteriza los servicios de atención domiciliaria, acabar con su alta temporalidad y parcialidad en las contrataciones, y con sus bajos salarios. Se impone dar una solución a la brecha salarial del personal auxiliar en servicios sociales y sanitarios, lo que además de ser de justicia, podría acabar con la dificultad de encontrar a personal que trabaje en servicios sociales residenciales y de atención domiciliaria.

Hay disposiciones previstas en los Tratados y Acuerdos internacionales, que han sido ratificados, con propuestas firmes para avanzar hacia modelos de apoyo personalizados y comunitarios, en particular en la Convención Europea de Derechos Humanos (en sus artículos 3 y 8), en la Convención sobre los derechos de las personas con discapacidad de Naciones Unidas (artículo 19) o la Convención de los Derechos del Niño (a lo largo de artículos como 7, 9, 18 al 20, 23, 24 y 28) y especialmente reflejado en las Observaciones finales sobre los informes periódicos segundo y tercero combinados de España del Comité sobre los Derechos de las Personas con Discapacidad, 9 de abril de 2019

A todo ello se suma las evidencias del impacto de la COVID-19 en las personas que viven en

recursos residenciales, por lo que es urgente llevar a cabo un proceso de transformación de los servicios sociales y sanitarios respecto a los modelos de cuidados y apoyos de larga duración.

Se trata de ir hacia un sistema que promueva como modelo el mantenimiento de la persona en el entorno familiar o habitual de convivencia, abordando la intervención desde la personalización de los apoyos, desde la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP)². Este enfoque comporta un cambio de paradigma muy potente y radical en cuanto al diseño de los servicios, a los que se les requiere una mayor flexibilidad y una adaptación permanente a las preferencias y voluntad de las personas y a sus circunstancias. Se pasa entonces de un modelo de atención rígido, centrado en los servicios, en su diseño y funcionamiento (al que han de adaptarse las personas) a un enfoque en el que lo central es cada persona, su historia, su estilo y su proyecto de vida. De esta forma, la evaluación de resultados no ha de ser únicamente una evaluación de resultados de gestión de servicios, sino, sobre todo, de resultados significativos en la vida de las personas³.

Afortunadamente, los poderes públicos, el Gobierno de España, tras la pandemia, con los fondos provenientes del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, está promoviendo un cambio del modelo en torno a una Estrategia Nacional de Desinstitucionalización, empezando a desarrollar políticas públicas de transformación del modelo de apoyos y cuidados de larga duración, a través de la implementación de soluciones innovadoras de transición hacia servicios de apoyo comunitarios, y personalizados que permitan el intercambio de conocimiento, extraer aprendizajes y evidencias y la identificación de mejoras en el sistema⁴.

¹ Documento de la Comisión Europea «Retos de los cuidados de larga duración en Europa, un estudio de las políticas nacionales» (2018)

² Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. «Bases para un nuevo Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y

servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)»

³ Idem

⁴ Orden DSA/1199/2021, de 4 de noviembre, por la que se establecen las bases reguladoras y se convocan subvenciones para la realización de proyectos de innovación en materia de prevención de la institucionalización, desinstitucionalización y

Prevenir la institucionalización pasa por ofrecer los apoyos necesarios a las familias o personas cuidadoras no profesionales al objeto de que la población en situación de dependencia que requiere de apoyos a la realización de las actividades de la vida diaria permanezcan viviendo en sus domicilios, para que mantengan sus proyectos de vida, al igual que facilitar que las personas cuidadoras sigan también con sus proyectos de vida, y favorecer el mantenimiento del bienestar emocional de ambas, de quienes necesitan cuidados y de quienes ejercen los cuidados en el ámbito familiar.

Asimismo, dado que el número de hogares unipersonales crece, dado que el número de personas mayores que viven solas no deja de incrementarse, se trata de ofrecer las ayudas y cuidados adaptados a las personas en situación de dependencia que viven solas.

El cambio del modelo precisa que se amplíen⁵, reconceptualicen e invierta en la cartera de servicios de proximidad, ampliando sus fronteras de definición y preparándose para combinarse entre sí y con otros nuevos servicios que pudieran generarse (adaptaciones de vivienda, viviendas con apoyos, productos de apoyo...), comprendiendo que la atención en la proximidad –en los entornos significativos y habituales de las personas- es plenamente coherente con la personalización. Incluso la atención en centro residencial debería ser considerada también como servicio de proximidad, para lo cual es imprescindible que se abra al medio en el que se ubica como un recurso comunitario conectado con la vida social, las relaciones y la cooperación con los agentes del entorno. En este sentido los “centros-gheto” o las ubicaciones de estos en entornos deshabitados o desconectados de la vida social y comunitaria ya no resulta admisible.

Todo ello además considerando y respetando la realidad de población rural más dispersa en

desarrollo de servicios de apoyo comunitarios en el ámbito de los cuidados de larga duración, vinculados con el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia.

⁵ Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. “Bases para un nuevo Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación

la que precisamente debe fomentarse la existencia de equipamientos de servicios sociales abiertos a la comunidad ya que son importantes polos de desarrollo y de fijación de la población⁶.

El enfoque comunitario y de proximidad de los apoyos implica trasladar la atención y los apoyos a los contextos de vida habituales de las personas y en estrecha conexión con el entorno social, vecinal y familiar. Comporta activar y readaptar redes de apoyo y servicios en la proximidad. En la práctica encaja perfectamente con una apuesta necesaria por los servicios sociales comunitarios y por los servicios sanitarios de atención primaria en estrecha ligazón para prestar apoyos a las personas en su contexto. También implica una reconsideración de la comunidad y su importancia como entorno accesible de convivencia, participación e inclusión⁷.

La mayor necesidad de apoyos no puede implicar en ningún caso la pérdida de derechos de autodeterminación. Tenemos que distinguir entre la autonomía funcional y la autonomía decisional. Evidentemente se tratará de un profundo y gradual proceso de cambio en el que el énfasis se pone en la calidad de vida de las personas y en su autodeterminación, lo cual no ha de ir en contra de la existencia de estándares organizativos y de apoyos, sino que estos deben ser entendidos como una de las formas de garantizar y acompañar este proceso de cambio.

2. REFLEXIONES SOBRE EL DEVENIR HISTÓRICO DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

La ayuda a domicilio ha sido señalada como la prestación más reconocible y más reconocida por la ciudadanía de entre las que componen

para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)”

⁶ Idem

⁷ Idem

el catálogo general de los servicios sociales⁸. Desde las primeras experiencias que podemos situar en los años 70 y tras el indudable empuje experimentado a partir de finales de los 80 y en toda la década de los 90 a partir del despliegue del Plan Concertado, las Entidades Locales fueron acumulando experiencias tanto en cuanto a contenidos, intensidades y modalidades de gestión como en cuanto a la configuración de la prestación como elemento nuclear de las programaciones locales en materia de servicios sociales y como, en no pocas ocasiones, servicio aglutinador del resto de intervenciones de los profesionales de la Atención Primaria de dichos servicios.

El Plan Concertado⁹ primero y luego las diferentes generaciones de leyes autonómicas de servicios sociales y su posterior desarrollo reglamentario, aún a falta de una tan deseada Ley General de Servicios Sociales, consolidaron catálogos prestacionales en los que siempre figuró la ayuda a domicilio como una de las prestaciones básicas fundamentales (en el estricto sentido del término) del Sistema Público.

En ese trabajo de definición, la ayuda a domicilio siempre se concibió como una prestación centrada en el objetivo de la cobertura de la necesidad social básica de la convivencia personal como elemento imprescindible para el ajuste personal y la plena integración social de la persona.

Esta definición, como no podía ser de otra forma, partía de la constatación empírica de que las historias de vida de las personas están plagadas de acontecimientos, circunstancias y efectos de los propios ciclos de vida y también del contexto social, cultural y económico en el que viven que provocan alteraciones o turbulencias en su relaciones sociales y familiares que les impiden o dificultan un desarrollo

pleno de sus capacidades y, por tanto, contribuyen o pueden contribuir a generarles procesos de exclusión social.

Desde esta conceptualización, por tanto, en las causas o procedencia de esas alteraciones y, en consecuencia en los objetivos de la prestación, se incluían todas aquellas circunstancias que alterasen el mantenimiento de la convivencia, ya fueran relacionadas con el estado de salud, o con la dificultad para conciliar la atención a los miembros vulnerables de la unidad familiar con el empleo, o con la falta de habilidades o competencias o imposibilidad de los miembros de la unidad familiar para el mantenimiento doméstico, o cualquier otro requerimiento que impidiera el desarrollo y disfrute de un nivel de convivencia adaptado.

Además, como el resto de prestaciones básicas del sistema, la ayuda a domicilio no fue concebida como una prestación finalista que acabase en sí misma sino que, por el contrario, se constituía en una herramienta o palanca muy importante y definitiva en sus efectos, pero nunca única o aislada sino formando parte de un plan de intervención individual o familiar generalmente mucho más amplio y con otros objetivos añadidos relacionados todos ellos con el fin último de la intervención integral del sistema que no es otro que la plena inclusión social y personal.

Como decíamos, la década de los 90 y los primeros años del nuevo siglo significaron, junto a la consolidación (si bien disperso, desagregado y diverso en 17 realidades autonómicas) del Sistema teniendo como eje de referencia el modelo impulsado por el Plan Concertado, la configuración de la ayuda a domicilio como prestación de proximidad imprescindible en las carteras de servicios de los servicios sociales municipales.

Las entidades locales (no solo los ayuntamientos, algunas diputaciones realizaron un trabajo

8

<https://www.mscbs.gob.es/ssi/familiasInfancia/ServiciosSociales/CatalogoReferenciaSs.htm>

⁹ Articulado a través de Convenio-Programa entre el Ministerio de Trabajo y Seguridad Social y las diferentes CCAA para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de Corporaciones Locales en 1988

excelente en los ámbitos más rurales) hicieron un esfuerzo extraordinario y desarrollaron nuevos modelos de gestión, se crearon y pusieron en marcha nuevos perfiles profesionales que requirieron la definición de currículos formativos inéditos hasta entonces, surgieron empresas y experiencias empresariales de economía social, se desarrollaron sistemas de información y seguimiento de la ayuda a domicilio a través de las tecnologías de la información y la comunicación, se crearon normas de calidad específicas del servicio y sistemas de acreditación, se fueron diversificando, a fuerza de experiencia y, como siempre, de ensayos de acierto-error, los contenidos y los objetivos de la atención domiciliaria.

Es cierto que, en ese desarrollo, como siempre pasa en los Servicios Sociales, algunas comunidades autónomas fueron más de prisa que otras y es cierto que algunos ayuntamientos fueron más consecuentes con sus obligaciones que otros siendo más o menos sensibles a la universalización de la prestación y forzando, por tanto, a los profesionales a introducir “criterios de prioridad”; si bien, no en sus prescripciones, sí en la materialización final de los servicios. Por ello, también es cierto que la atención a las condiciones y tareas propias del hogar y la atención al cuidado personal fueron el contenido mayoritario de la prestación, como así debe seguir siendo, aunque con una mirada más amplia.

También es cierto que la precipitación en los primeros momentos de despliegue de la prestación y su posterior rápido crecimiento forzaron a que las profesionales de la atención directa (en su práctica totalidad, mujeres sobre todo al principio), en muchos casos, no contaran con la cualificación que el verdadero contenido y fundamento de la prestación requería y que su posterior reciclaje profesional siempre fuera lento y no exento de problemas técnicos y prácticos y que todo ello contribuyera también a que los contenidos de la prestación se orientasen a sus habilidades y conocimientos disponibles.

Con todo y con ello, podemos considerar que, hasta los primeros años de la década de los 2000, la ayuda a domicilio estaba consolidada como una prestación básica del Sistema Público de Servicios Sociales orientada, tal como se había definido en origen, al mantenimiento de la convivencia personal y a la prevención de la institucionalización.

La aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia en 2006 supuso un innegable avance en la configuración del Estado de Bienestar español estableciendo por primera vez en nuestro país un nuevo derecho social subjetivo de ciudadanía. Su catálogo prestacional vino a añadir extraordinarias herramientas de prevención y atención a las situaciones de dependencia exigibles como derechos y, entre ellas, la ayuda a domicilio que hoy por hoy es de los servicios más prescritos en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Sin embargo, el hecho de su aprobación aislada de una inexistente Ley General de Servicios Sociales que le hubiera dado marco y soporte provocó que no pocas voces, en los primeros momentos, abogaran por la configuración de un nuevo sistema de protección social diferenciado y, en el peor de los posicionamientos, sustitutivo del de los Servicios Sociales.

Junto a ello, la nueva fuente de financiación procedente de las nuevas obligaciones con la atención a la dependencia por parte de la Administración General del Estado y de las Comunidades Autónomas, encontrada por unos Ayuntamientos exhaustos financieramente y, en algunos casos, reacios a asumir sus obligaciones con la universalización de las prestaciones básicas de los Servicios Sociales unida a la previsible avalancha de solicitudes de los primeros años, provocaron que la atención a la dependencia colmatara los tiempos y dedicación de los profesionales y los recursos financieros disponibles en los ayuntamientos y comunidades autónomas.

Pero la insuficiencia de la intensidad de este servicio para resolver los problemas de las personas con gran dependencia, por un lado, y el hecho de que se prestara la ayuda a domicilio derivada de la Ley 39/2006 como derecho subjetivo, a la vez que la ayuda a domicilio de carácter graciable, derivada de los servicios sociales municipales, por otro lado, nos ha conducido a una desnaturalización de esta prestación que, con el tiempo, ha llevado, en el mejor de los casos, a un servicio de ayuda a domicilio con dos versiones, velocidades, intensidades y categorías y, en los casos más extremos, a un servicio dirigido en exclusiva a los problemas de convivencia que provocan las situaciones de pérdida de autonomía personal olvidando u orillando, en el ámbito de acción de la prestación, el resto de causas de ruptura o alteración de los niveles de normalización de dicha convivencia.

Es evidente que esta desnaturalización atenta gravemente contra la estructura del Sistema de Servicios Sociales además de resultar anti-social y, a todas luces, irracional a nivel organizativo y económico.

Ante este panorama la Asociación ya se pronunció en 2010 (García, G. 2010) advirtiendo de los riesgos y reafirmando la importancia estratégica para el conjunto del Sistema Público de Servicios Sociales de la correcta configuración de la Ayuda a Domicilio.

Ahora, ante la necesidad de repensar la prestación para adaptarla a las nuevas demandas y a las nuevas expresiones de las mismas necesidades sociales que siguen siendo el fundamento del Sistema, nos reafirmamos en lo que ya dijimos en 2010: La nueva Ayuda a Domicilio que construyamos tiene que cumplir, entre otros, con un requisito que consideramos imprescindible:

Concebir la Ayuda a Domicilio como un Servicio Integral dirigido a la integralidad de las necesidades de convivencia incluidas las que provoca la pérdida de autonomía personal.

Un Servicio integral bajo responsabilidad pública que contemple y dé respuesta a las diferentes situaciones que requieren apoyos y atenciones domiciliarias y las consiguientes modalidades de prestación y en el que se integre el derecho a este servicio a aquellas personas a quienes se lo reconoce la Ley 39/2006.

Un servicio con un carácter asistencial, preventivo y rehabilitador, dirigido a aquellas personas y unidades convivenciales que ven alterada su convivencia personal y social de forma temporal o permanente y que, en consecuencia, necesitan apoyos en el domicilio para mantenerla, mejorarla o restablecerla.

El nuevo modelo por tanto debe rechazar de plano la tendencia observada de establecer las dos categorías del Servicio de Ayuda a Domicilio y apostar por un único e integral Servicio de Ayuda a Domicilio que, en el marco de la atención centrada en la persona, tenga la flexibilidad suficiente para dar respuesta con diferentes atenciones, horarios, intensidades y condiciones a las diferentes situaciones y diferentes proyectos de vida que puedan requerir atención domiciliaria.

<p>1ª P Apostar por el Servicio de Ayuda a Domicilio que, en el marco de la atención centrada en la persona, tenga la flexibilidad suficiente para dar respuesta, a las diferentes situaciones y diferentes proyectos de vida que puedan requerir atención domiciliaria.</p>	<p>3ª PROPUESTA Y los Ayuntamientos deben recoger el SAD en sus Ordenanzas bajo esta definición y hacer figurar en sus presupuestos, tanto la aportación que decidan hacer a las prestaciones de dependencia, cuanto las que se dirijan a otro tipo de situaciones</p>	<p>PROPUESTA Las Comunidades Autónomas deben configurar el Servicio de Ayuda a Domicilio en sus respectivos presupuestos y presupuestarían los recursos que ellos supongan</p>
--	--	--

3. LAS

**IDEA 1
UN SERVICIO INTEGRAL DIRIGIDO A LA INTEGRALIDAD DE LAS NECESIDADES DE CONVIVENCIA**

RESIDENCIAS COMO SERVICIOS DE PROXIMIDAD

Como antes se ha dicho, la atención en centro residencial, cuando no es posible seguir manteniéndose en casa, en el entorno familiar o habitual de convivencia, debería ser considerada también como servicio de

proximidad, lo que requiere que las residencias se abran al medio en el que se ubican como un recurso comunitario conectado con la vida social, las relaciones y la cooperación con los agentes del entorno.

En esta dirección ya se ha pronunciado la Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales en un reciente documento de posicionamiento sobre el nuevo modelo residencial que entendemos que es necesario.

Se trataría de centros polivalentes, multiservicios, es decir, que se puedan dispensar desde la misma residencia distintos tipos de servicios destinados también a personas que continúan viviendo en su domicilio.

De esta manera, un centro que ofrece servicios residenciales, de centro de día o centro de noche, podrá también procurar ayuda a domicilio, estancias temporales, estancias en momentos puntuales para ayudar a las familias, servicios de lavandería, comedor, talleres... servicios puntuales de transición, como hacer un acompañamiento al proceso de envejecimiento y dependencia de la persona hasta pasar a vivir en la residencia.

De esta forma los profesionales de la residencia conocerían a la persona y viceversa, naturalizándose el acompañamiento sin los cambios de escenario tan traumáticos que se producen con los recursos actuales excesivamente estancos: ayuda a domicilio, centro de día o residencia.

Hace falta unir esas fases con las pequeñas necesidades cotidianas que se van presentando. Es un cambio hacia un modelo de centro más abierto, y flexible, que se adapte a las nuevas demandas de la ciudadanía. Además, estos cambios también van dirigidos a garantizar la viabilidad y supervivencia de la red de centros¹⁰, lo que adquiere más relevancia, si cabe, en el ámbito rural.

¹⁰ Jesús Fuertes Zurita, Gerente de Servicios Sociales de la Junta de Castilla y León. Tendencias de futuro en la atención residencial de personas mayores de la C.A. de Castilla y León. Innovaciones en residencias para personas en situación de

4. EL PESO DE LA INFLUENCIA DEL MEDIO RURAL Y URBANO EN LA AYUDA A DOMICILIO

Si bien no existe una delimitación objetiva entre áreas rurales y urbanas ya que las características sociodemográficas, económicas, culturales e inherentes a cada una de ellas forman un continuo, se considera que un municipio pertenece a un área urbana si ha rebasado, en al menos un año determinado, el umbral de los 10.000 habitantes o si, aun no habiéndolo superado está integrado en un área urbana funcional. Entendemos por área urbana funcional aquel municipio en el que, al menos, un 15% de su población ocupada trabaja en la ciudad principal y comparte frontera con otros municipios de la misma área. La categoría de municipios que forman un área rural incluye, por su parte, las poblaciones que no han sobrepasado los 10.000 habitantes durante un periodo determinado y que, además, no pertenecen a un área urbana funcional (Gutiérrez, Moral, y Ramos, 2020).

Entre los principios fundamentales de la **Ley 39/2006**, de **14 de diciembre**, LAPAD (BOE, 2006) se encuentra *“la universalidad en el acceso de todas las personas en situación de dependencia, en condiciones de igualdad efectiva y no discriminación y la calidad, sostenibilidad y accesibilidad de los servicios de atención a las personas en situación de dependencia”*, entre otros. De igual modo, en su artículo 4, afirma que *“las personas en situación de dependencia tendrán derecho, con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan, a acceder, en condiciones de igualdad, a las prestaciones y servicios previstos en la Ley, en los términos establecidos en la misma”*. Teniendo en cuenta esto, es necesario fomentar la **consecución real** de dichos principios; con el fin de reducir en la mayor medida posible todas aquellas barreras del entorno rural.

Una de las medidas que ha buscado disminuir las diferentes limitaciones en el ámbito rural,

dependencia. Diseño arquitectónico y modelo de atención. Octubre 2012.

es la **Ley 45/2007, de 13 de diciembre**, para el **desarrollo sostenible del medio rural** (BOE, 2007); uno de sus objetivos es *“mantener y mejorar el nivel de población del medio rural y elevar el grado de bienestar de sus ciudadanos, asegurando unos servicios públicos básicos adecuados y suficientes que garanticen la igualdad de oportunidades y la no discriminación, especialmente de las personas más vulnerables o en riesgo de exclusión”*. Sin embargo, pasados 14 años desde la promulgación de esta ley, los servicios públicos en el medio rural presentan, en general, un desequilibrio negativo con respecto a los existentes en el medio urbano; siendo todavía más acusado en las zonas rurales más pequeñas y aisladas.

El cumplimiento de estas normativas supone un gran reto para el

IDEA 2
UN SERVICIO ADAPTADO A LAS
CARACTERÍSTICAS DEL ENTORNO
POBLACIONAL

SAD y los/las profesionales de Servicios Sociales, que deben enfocar la intervención no sólo atendiendo a las necesidades y recursos dentro del hogar de la persona, sino también a las características del ámbito donde vive. Esta desigualdad territorial también plantea diferencias entre las propias Comunidades Autónomas, con distintos niveles en la estructura prestacional y en sus tasas de cobertura. Este fenómeno, característico del desarrollo económico moderno, pone de manifiesto también la persistencia de un atraso económico y social relativo en el medio rural, debido a causas económicas, sociales y políticas.

En cualquiera de los casos y de forma general, podemos afirmar que las personas que viven en el ámbito rural se encuentran en una situación de desventaja social añadida respecto a las personas que viven en el ámbito urbano. Por el contrario, el mundo rural se caracteriza todavía por la pervivencia de redes comunitarias de apoyo, lo que, sin duda, es una fortaleza a tener en cuenta a la hora de organizar la atención domiciliaria en estos ámbitos.

4.1. La ayuda a domicilio en el ámbito rural

Vivir en el ámbito rural implica un ritmo de vida más tranquilo, con menores niveles de contaminación y sedentarismo que las zonas urbanas. Las relaciones con el medio natural y entorno social, caracterizadas por una baja densidad demográfica, contribuyen a la creación de lazos de amistad y relaciones entre los/las habitantes de las zonas próximas más fuertes, íntimos y de larga duración; pudiendo suponer importantes fuentes de ayuda vecinal. Además, se observa que los/las profesionales que trabajan en servicios esenciales de la zona y que atienden de media a un menor número de personas, son también mejores conocedores del entorno en el que viven esas personas y sus necesidades personales; manteniendo un contacto más directo y continuado con ellas y dándose una mayor sinergia en las situaciones que requieren una intervención multidisciplinar.

Un ejemplo de ello es el contacto que se da en ocasiones entre los/las profesionales de los Centros de Salud y el/la Auxiliar de ayuda a domicilio cuando la atención domiciliaria de una persona requiere ciertas directrices y recomendaciones sanitarias. Este suele ser más personal, continuado y directo en el ámbito rural que en el ámbito urbano, dándose un mayor intercambio de información entre los/las profesionales implicados en la intervención (seguimiento domiciliario, consulta de dudas a través de llamadas telefónicas, etc.)

A pesar de estos aspectos tan positivos; la organización, coordinación y puesta en marcha del SAD en los entornos más rurales puede resultar una ardua tarea y sin embargo, como afirma el estudio llevado a cabo por Sanz Tolosana (Sanz Tolosana, E. 2018), en la mayoría de los países, en términos generales, la población rural tiene más posibilidades de vivir en condiciones socioeconómicas más pobres, de menor nivel educativo, menor número de conductas saludables, alto riesgo de padecer enfermedades crónicas y una menor esperanza de vida.

Según un estudio llevado a cabo en 2016, se ha constatado diferencias significativas en el uso de productos de apoyo y barreras arquitectónicas con respecto al medio urbano. En cuanto

a productos de apoyo, los más utilizados por las personas usuarias del medio rural suelen ser andadores, prótesis dentales y pañales. En cuanto a las barreras arquitectónicas, destacan las dificultades de entrada a la vivienda, la presencia de desniveles interiores, baños no adaptados y suelos deslizantes (Haro, Mármol y Lorenzo, 2016).

Por otro lado, el ámbito rural se caracteriza por tener una población más envejecida, lo que en un futuro supondrá un aumento constante en la demanda de los recursos de ayuda. Además, según Prieto-Bueno y Cantero-Garlito (2020) la mayor parte de la ayuda que las personas reciben para realizar las ABVD en el ámbito rural, proviene de sus familiares, vecinos/as y amigos/as. En este sentido, las redes familiares y de buena vecindad en el espacio rural cobran una especial importancia ya que, al ser más frecuentes, posibilitan en ese medio el mantenimiento de la persona usuaria en el domicilio con mayor facilidad y durante un mayor tiempo. Pero el fenómeno migratorio de las últimas décadas ha supuesto que las redes de apoyo familiar de las personas usuarias no estén habitualmente cerca (por haberse trasladado a núcleos de mayor población), suponiendo esto que se disponga de menor ayuda familiar diaria, y una necesidad de ayuda profesional tanto en el domicilio (mantenimiento del entorno, supervisión en el aseo, control de medicación...), como fuera de él (acompañamientos médicos, realización de compras...).

El fenómeno migratorio afecta a su vez a la cantidad de población activa de la zona, habiendo una menor disponibilidad de profesionales para trabajar en el SAD contando, además, con que deben disponer de vehículo propio (en la mayoría de los casos), para poder acudir a los diferentes hogares de la zona. Cuanto más alejado está el ámbito rural de los grandes núcleos de población, más difícil suele resultar encontrar profesionales que trabajen en el SAD.

También existe una baja o nula presencia de empresas de SAD privadas en estos ámbitos, siendo más normal la gestión de este servicio

por las Administraciones locales. A pesar de ello, es común a la gestión pública y privada los grandes problemas que deben afrontar los servicios del ámbito rural para coordinar las ausencias, bajas y vacaciones del personal de la zona, ya que sus sustituciones requieren la búsqueda de profesionales que además de tener la cualificación correspondiente, dispongan de vehículo y estén dispuestos/as a asumir el kilometraje (no hay diferencia en el precio de la hora por esto) y el tiempo de recorrido desde su lugar de residencia (a veces muy alejado) hasta el entorno rural en el que trabajarían. De hecho, se dan situaciones en las que no hay más opción que suspender temporalmente el servicio hasta encontrar a la persona adecuada para el puesto de trabajo. Esta situación, aunque suele ser comprendida por las personas usuarias y las familias de la zona, que conocen de primera mano los “inconvenientes” de vivir en zonas rurales disgregadas, obviamente, resulta del todo inasumible.

Todas estas dificultades anulan, en la práctica, las posibilidades de elección de la entidad prestadora del servicio y de la persona que se lo presta por parte de la persona usuaria, inherentes a la concepción de un servicio verdaderamente centrado en la persona. No obstante, tales dificultades no deben ser óbice para que la capacidad de elección de la persona siga siendo un principio fundamental de la intervención y que las limitaciones a tal capacidad solo se produzcan en aquellos casos en los que sea absolutamente imposible organizarse de otra manera.

Teniendo en cuenta estas barreras vinculadas al entorno, es preciso avanzar hacia la promoción de servicios itinerantes responsables de zonas concretas adaptados en personal y precio/hora (tanto si se contratan a empresas como si son las entidades locales las responsables del servicio) a las características de los tiempos de desplazamiento y el uso de vehículo propio del personal.

Es importante también que, ante las dificultades que supone la agrupación en entes supramunicipales para los ayuntamientos de menor

tamaño o de mayor dispersión, las Diputaciones provinciales cumplan con su función en aquellos territorios donde todavía no lo hacen estableciendo los acuerdos necesarios con municipios y comunidades autónomas para la organización de este tipo de servicios itinerantes, bien mediante su externalización, bien mediante la contratación directa del personal necesario.

En relación con las barreras relacionadas con la movilidad, la comunicación y el transporte, en los entornos rurales existe una baja disponibilidad de transporte público que dificulta la realización de gestiones de las personas usuarias por su cuenta fuera del domicilio. Dificultad a la que se añade el menor uso y también la poca, mala o, a veces, nula disponibilidad de acceso a las tecnologías de la información y la comunicación. Existen ámbitos rurales sin red de telefonía o cobertura móvil, lo que les mantiene prácticamente incomunicados y genera una mayor sensación de aislamiento, invisibilidad social y soledad.

Ante esta situación y a la espera de que esas infraestructuras del medio rural mejoren, los servicios de ayuda a domicilio, en este tipo de ámbito, deben contemplar más que nunca, la realización de tareas de acompañamiento y apoyo a la realización de gestiones, el aporte de los recursos tecnológicos necesarios cuando sea necesario y posible, la realización de gestiones en nombre de la persona usuaria aprovechando los recursos de las empresas prestadoras en zonas con cobertura tecnológica adecuada, la activación de microrredes de apoyo (carteros/as rurales-taxistas-vendedores ambulantes,...etc.) y el apoyo emocional que procure disminuir la sensación de aislamiento.

Otros aspectos que destacar son los relacionados con la vivienda a la que acude el/la auxiliar, habitualmente unifamiliar. Dentro del ámbito rural, las características de cada domicilio pueden ser muy diferentes, oscilando entre construcciones relativamente nuevas hasta casas centenarias sin adaptar. Según un estudio llevado a cabo en 2016, se ha constatado diferencias significativas en el uso de productos de apoyo y eliminación de barreras arquitectónicas con respecto al medio urbano. En cuanto a productos de apoyo, los más utilizados por las personas usuarias del medio rural suelen ser andadores, prótesis dentales y pañales. En cuanto a las barreras arquitectónicas, destacan las dificultades de entrada a la vivienda, la presencia de desniveles interiores, baños no adaptados y suelos deslizantes (Haro, Mármol y Lorenzo, 2016).

Por contra, como factor positivo, en este medio es habitual que no se dé gran variación dentro de la cartera de auxiliares del sector que trabajan en la zona (ya que suelen residir en ella o cerca de ella) ni de las personas que atienden; dándose una relación entre ambos de cercanía y larga duración. Este factor afecta de manera positiva en la forma de coordinar y realizar la atención domiciliaria, no sufriendo constantes cambios y habiendo un mayor conocimiento en el tiempo de la evolución de la persona y su situación personal.

Además, el SAD debe ser considerado como uno de los servicios esenciales que pueden contribuir a fijar población en las zonas rurales no solo porque contribuye de manera decisiva a evitar o retrasar la institucionalización de las personas en situación de dependencia sino porque necesita del empleo de profesionales

7ª PROPUESTA
Las CC.AA , Diputaciones , Cabildos y Consells, deben estimular la agrupación de municipios para la prestación mancomunada de servicios primando económicamente tales experiencias

5ª PROPUESTA
En los procesos licitatorios de servicios en ámbitos rurales con

8ª PROPUESTA
El SAD rural debe contemplar obligatoriamente, la realización de tareas de apoyo a la realización de gestiones, el aporte de los recursos tecnológicos necesarios y la activación de microrredes de apoyo de buena vecindad

9ª PROPUESTA
El "precio/hora suelo" de referencia que se fije para el servicio en el ámbito rural debe ser superior al del ámbito urbano

que pueden incrementar la población joven y estable de esas zonas siendo, además de un empleo no deslocalizable y centrado casi exclusivamente en las mujeres. No en vano, en muchas localidades del ámbito rural la empresa o entidad prestadora del SAD ya es la mayor de las empresas radicadas en su territorio en número de empleos creados.

4.2. La ayuda a domicilio en el ámbito urbano.

En el medio urbano, podemos decir que el apoyo vecinal es menor. A pesar de vivir habitualmente en edificios de pisos con comunidades de vecinos/as, la ayuda entre los/las inquilinos/as suele ser menor y mantienen relaciones más distantes. Aun así, la ayuda familiar tiende a estar más presente que en el ámbito rural, ya que los familiares, debido al propio éxodo rural, suelen vivir en la misma localidad. Esto supone un mayor apoyo diario tanto en el domicilio como fuera de él (acompañamientos médicos, realización de compras y gestiones, supervisión en el entorno...). Además, la mayor cantidad de servicios en la zona hacen que la persona que no tenga un grado de autonomía personal muy mermado pueda valerse por sí misma para acudir a los diferentes lugares que desee y realizar actividades con sus amistades y familiares, lo que supone una mayor sensación de autonomía, compañía y bienestar emocional. Esto también se ve muy favorecido por la existencia del transporte público y servicios de taxi.

Se dispone de todo tipo de tecnologías, lo que facilita su contacto 24 horas con las personas de su entorno, la participación ciudadana y la recepción de información acerca de los diferentes acontecimientos sociales que suceden. Las personas dependientes no suelen experimentar sensación de aislamiento social, aunque cuando no hay red familiar ni de amistades sí que pueden experimentar sensación de soledad. En base a nuestra experiencia profesional sabemos que ese sentimiento se agudiza en aquellas personas viudas sin hijos/as.

También existen dificultades cuando viven en edificios sin ascensor o portales con barreras arquitectónicas, haciendo que puedan llegar a quedar confinadas en su domicilio.

En cuanto a la adquisición o préstamo de productos de apoyo, en el ámbito urbano se tiene acceso a un amplio abanico de establecimientos especializados en la prestación de estos servicios, encargados de asesorar y tramitar diferentes prestaciones que faciliten la adquisición de estos. Las personas usuarias del SAD en el ámbito urbano presentan un número significativamente superior de ayudas técnicas relacionadas con las actividades del vestido y del baño (Haro, Mármol y Lorenzo, 2016).

A diferencia de los ámbitos rurales, estas zonas no solo disponen del SAD de financiación pública, sino que suelen tener a su alcance una importante oferta de empresas de ayuda a domicilio privada y también mayor disponibilidad de personas que ofrecen servicios no regulados o en economía sumergida. Todo ello facilita que la persona pueda plantearse “a la carta” la intensidad del servicio, los días de la semana que quieren que se acuda y tareas a realizar en el domicilio (atención directa a la persona y/o a su entorno) y fuera de él (labores de acompañamiento de todo tipo). Puede decirse que el SAD está al alcance de cualquier persona si su capacidad económica se lo permite, independientemente de la ciudad o barrio en el que viva.

Es habitual que las familias recurran al servicio privado mientras se tramita el de financiación pública sobre todo si necesitan obtener el grado de dependencia y la posterior elaboración del Plan Individual de Atención (PIA) y que incluso hagan un uso conjunto de ambos cuando la atención pública les resulta insuficiente en el día a día (por empeoramientos repentinos, situaciones familiares, etc.). Además, también recurren a dichas empresas cuando disponen de una “Prestación económica vinculada al Servicio” a través de la LAPAD.

Atendiendo a estas características del ámbito urbano, el SAD desarrolla su labor con unos recursos en el entorno muy diferentes al ámbito

rural y una forma de vida de cada persona usuaria más heterogénea. El movimiento migratorio es positivo, habiendo una mayor dis-

10ª PROPUESTA

Debe apostarse por la organización en equipos reducidos de auxiliares de SAD con un/a coordinador/a que tengan como referencia entornos urbanos específicos

11ª PROPUESTA

Estos equipos no deberían tener más de 15 auxiliares y no deberían abarcar más de 10.000 habitantes

ponibilidad de profesionales cualificados en la zona, que no requieren de vehículo propio para acudir a los domicilios, facilitando en esos aspectos la coordinación del servicio. En el caso de tener que ir a zonas periféricas del núcleo urbano, disponen de transporte público y mejores accesos; y si, por algún motivo necesitan vehículo para realizar el SAD, también es más habitual encontrar más personas que dispongan de él y lo utilicen para el servicio con la correspondiente compensación por parte de la empresa o incluso que, al tratarse por lo general de empresas más grandes, con más recursos y con contratos de prestación de servicios de mayor dimensión, dispongan de vehículo corporativo.

Al igual que existe un mayor número de profesionales, también suele existir una mayor rotación de personal en un mismo domicilio, debido al incremento de las oportunidades laborales y la facilidad para acceder a otros puestos de trabajo en la zona. El SAD es un trabajo que se cobra “por horas”, por lo que es habitual que los/las profesionales estén en búsqueda constante de nuevas oportunidades de empleo para incrementar sus jornadas laborales y que estas sean más estables y duraderas. Estos

atienden a personas con una salud “delicada” que pueden tener ingresos hospitalarios habituales y/o de larga duración, variación en las intensidades de cuidados (cuando la persona mejora reducen la jornada laboral) y en último lugar, la defunción de quienes atienden (quedándose sin trabajo). Por estos mismos motivos, el personal auxiliar suele atender a un mayor número de personas y con una duración

habitualmente menor en el tiempo de cuidados, sobre todo en el ámbito privado.

Destacamos como buena práctica la experiencia de las “superislas” del ayuntamiento de Barcelona, como forma de organizar el SAD en

12ª PROPUESTA

El SAD en entornos urbanos debe aprovechar al máximo los recursos tecnológicos existentes para la prestación de servicios remotos complementarios a los presenciales y conectados a los recursos de envejecimiento activo

ámbitos territoriales, basada en el trabajo en equipo y en la atención centrada en la persona, que permite reducir el impacto negativo que el exceso de rotación entre el personal auxiliar de hogar (por vacaciones, bajas laborales...) pueda tener en la atención a las personas que reciben el SAD.

5. CARACTERÍSTICAS DEL MODELO DE SAD QUE PROPONEMOS

5.1. Atención Integral Centrada en la Persona¹¹, un nuevo paradigma

¹¹ En la literatura sobre la materia, se viene utilizando tanto la expresión atención integral centrada en la persona (AICP) como atención centrada en la persona (ACP), al igual que se hace en el documento “Bases para

un nuevo acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)” del Ministerio de Derechos

Con el paradigma de la Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) se ha profundizado en el concepto de la personalización o individualización de los servicios de apoyo a las personas que los precisan, de la necesaria adaptación de los servicios sociales a las personas y no al revés. La Administración, los servicios públicos, deben estar al servicio de la ciudadanía, y no la ciudadanía al servicio de la burocracia.

Si bien en España se viene hablando del nuevo paradigma de la AICP desde hace años, no podemos decir lo mismo de su aplicación a la atención y cuidados de las personas que requieren apoyos en su domicilio, estén o no, en situación de dependencia¹². Este enfoque supone un cambio radical en cuanto al diseño del SAD, al que se le demanda, desde su perspectiva, una mayor flexibilidad, una mayor accesibilidad, una adaptación permanente a las preferencias y voluntad de las personas usuarias y a sus circunstancias, a su proyecto de vida, en cuanto a intensidades, horarios, días de la semana, tipología de las tareas que se realizan.... Un SAD que forme parte de una atención domiciliaria que realmente pueda erigirse en alternativa a la institucionalización.

Un enfoque en el que lo central es cada persona, su historia, su estilo y su proyecto de vida, que parte del principio básico de la dignidad y respeto que debe orientar la atención de las personas usuarias del SAD. Un enfoque en el que la mayor necesidad de apoyos no puede implicar en ningún caso la pérdida de derechos de autodeterminación¹³. Este enfoque, en definitiva, comporta articular

los apoyos a las personas desde una mirada mucho más “interseccional e integral” que sectorial, esto es, huyendo de la segmentación y las etiquetas únicas o prevalentes y comprendiendo los ciclos vitales completos y el modelo bio/psico/social en la atención. Esta integralidad comporta la necesaria coordinación entre el SAD y la atención primaria de los servicios sanitarios¹⁴.

La AICP, por tanto, se concibe como un enfoque para orientar la mejora de la calidad asistencial desde la óptica de la calidad de vida de las personas, que posibilite apoyarlas para que

IDEA 3
UN SERVICIO CENTRADO EN LA
HISTORIA Y PROYECTO DE VIDA DE
LAS PERSONAS

puedan seguir con su proyecto y modo de vida. Se contraponen la AICP con aquellos modelos centrados en el servicio o en las tareas, modelo que desafortunadamente caracteriza actualmente al SAD. Se acusa en el actual modelo la rigidez de los horarios, las numerosas normas dictadas por conveniencia organizativa, los protocolos de atención pensados desde la lógica de las tareas, y no de las necesidades y preferencias individuales¹⁵... Entre las características que diferencia la AICP con el modelo vigente se ha señalado que los modelos centrados en las personas: sitúan su foco en las capacidades y fortalezas de la persona (frente a los déficits y enfermedades); planifican una intervención global en la que proponen planes de vida (frente a la intervención orientada a patologías o alteraciones específicas); las decisiones se

Sociales y Agenda 2030. (Documento de trabajo para el debate). Versión: 18 de julio de 2021. Aquí se opta por la AICP.

¹² Algunas legislaciones como la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía, recogen como modelo básico de intervención en el Sistema Público de Servicios Sociales “la atención integral centrada en la persona o en la unidad de convivencia, desde un enfoque de desarrollo positivo y de efectiva participación de la persona en el proceso de atención”. Que “la intervención se diseñará a partir de una valoración integral de las necesidades, tendrá en cuenta el estilo de vida, preferencias y creencias de la persona, y estará orientada a garantizar el empoderamiento de la persona y su

máximo nivel de bienestar, calidad de vida y autonomía”, pero la aplicación real de estos preceptos al SAD queda lejos de ser efectiva a día de hoy.

¹³Idem

¹⁴ Bases para un nuevo acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). (Documento de trabajo para el debate). Versión: 18 de julio de 2021

¹⁵ La atención centrada en la persona. Un enfoque de calidad y buen trato para las personas mayores que precisan cuidados. Teresa Martínez Rodríguez. Diciembre 2019

comparten con la persona y familia (no las toman solo los profesionales); ven a las personas dentro de su entorno y comunidad y utilizan un lenguaje cercano y accesible (frente a un lenguaje tecnicista y administrativo). Es lo contrario a la “cosificación”, “infantilización” y despersonalización de la atención.

Las personas en situación de dependencia, las personas que requieren apoyos, con independencia de sus circunstancias personales, de salud y sociales, siguen siendo ciudadanas y, en consecuencia, portadoras de derechos. Hemos de avanzar hacia servicios cuyo objetivo sea ayudar a las personas a vivir ofreciendo apoyos personalizados que contribuyan, desde el respeto y puesta en valor de la diversidad, al disfrute de una vida propia, autodirigida y significativa.

Siguiendo a Pilar Rodríguez, “la AICP es la que se dirige a la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva”¹⁶.

La participación de la persona, y, en su caso, de su familia o personas allegadas, en su Plan Personalizado de apoyos domiciliarios¹⁷ al proyecto de vida de cada persona (comprensivo, en su caso, del Programa Individual de Atención del SAAD), es fundamental. Para lograrlo, hay que identificar oportunidades de elegir y permitir y promover que las personas usuarias del SAD tomen decisiones. Hay que conocer cómo las personas quieren ser apoyadas, al levantarse, al asearse, al vestirse, en las comidas, en el acompañamiento, en las salidas del hogar... Se trata de facilitar apoyos para la mejor vida posible para cada persona.

Las personas son multidimensionales y están sujetas a cambios. Requieren de apoyos diversos y ajustados a las diferentes situaciones. Por tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles¹⁸.

Desde esta concepción del cuidado, la mirada de quienes cuidan, de quienes acompañan, parte del reconocimiento del otro como ser único, diferente y valioso. Incluso cuando hay un importante deterioro, se identifican las fortalezas del individuo para que pueda seguir desarrollando sus capacidades y manteniendo el máximo control sobre su vida y cuidados, lo que, en ocasiones, ha de realizarse mediante la representación, es decir, apelando al ejercicio indirecto de la autonomía personal a través de terceras personas, de sus familiares, pero sin renunciar a esta.

Las personas con grave afectación cognitiva también tienen derecho a ejercer su autonomía. La autonomía (entendida como la capacidad y derecho que las personas tenemos para decidir sobre nuestra propia vida) no se entiende como una capacidad única y fija. Por tanto, no se renuncia a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, identificando oportunidades y apoyos que permitan su ejercicio. La autonomía se entiende como un derecho que, cuando la persona no es competente para tomar decisiones y actuar, es ejercido de modo indirecto a través de los otros, quienes deciden teniendo en cuenta los valores y preferencias de quien es representado¹⁹.

Más allá del trato afectuoso, el buen trato debe favorecer que las personas mantengan el control de su vida, fomentar su autonomía e independencia, y hacer factible una vida con sentido. Que tomen decisiones sobre las cosas que les importan. Que participen en todo lo que les

¹⁶ RODRÍGUEZ, P., “La atención integral centrada en la persona”, Informes Portal de Mayores, Nº 116, Imserso, Madrid, 2010.

¹⁷ Así se denomina en el documento de Bases para un nuevo acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del SAAD. (Documento de trabajo para el debate). Versión: 18 de julio de 2021, del MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030.

¹⁸ Ídem.

¹⁹ La atención centrada en la persona. Un enfoque de calidad y buen trato para las personas mayores que precisan cuidados. Teresa Martínez Rodríguez. Diciembre 2019

afecta. Tratar a las personas usuarias como nos gustaría que nos trataran a nosotr@s mismos.

Es un modelo que exige una organización flexible y participativa, que favorece la implicación de las familias y especialmente de los profesionales de atención directa continuada. Reconociendo la contribución de este servicio a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral de las personas cuidadoras, hay que tener presente a hombres y mujeres, dado que hay que incrementar la corresponsabilidad entre hombres y mujeres en las tareas domésticas y de cuidados de niñas, niños y personas en situación de dependencia y así no perpetuar roles de género.

En la AICP los profesionales adoptan un rol diferente, tanto los del personal de atención directa como los de la coordinación o equipo técnico, identificando y visibilizando las capacidades de cada persona para intervenir desde éstas, convirtiéndose en promotores de independencia y autonomía. Conocen las biografías, preferencias y deseos de las personas para convertirlas en los principales referentes de su plan individualizado de ayuda a domicilio. Asimismo, el bienestar emocional de los cuidadores es crucial. Los trabajadores tienen que encontrarse a gusto, de lo contrario no cuidarán bien. Si las personas cuidadoras están tranquilas y satisfechas con su trabajo se ayudará en gran medida a mantener a las personas que son cuidadas tranquilas y contentas.

La AICP plantea una forma de relación con las personas usuarias del SAD basada en su empoderamiento desde una atención profesionalizada. Esto implica el cambio de un modelo de atención paternalista hacia un enfoque de derechos y de potenciación de la autonomía de las personas.

Apostar por la AICP supone abordar un cambio cultural y organizativo. En el proceso de cambio de centrarse en los servicios o tareas a la AICP, la formación adquiere una importancia nuclear, dado que se trata de repensar las prácticas actuales y cambiar su dirección. A su

vez, constatamos la escasa formación especializada de las auxiliares de ayuda a domicilio para llevar a cabo cuidados especializados a personas con deterioro cognitivo, a personas con discapacidad intelectual, a personas con problemas de salud mental, lo que hay que corregir para adaptarse a las necesidades de las personas.

Es evidente que la AICP exige la introducción de cambios en la normativa (acreditación e inspección) para modificar requisitos que chocan con este modelo de atención. Es un camino no exento de dificultades pero que no tiene retorno, ya que apuesta por lo que las personas deseamos en el caso de necesitar cuidados: seguir adelante con nuestra vida y poder contar con apoyos y servicios que nos permitan desarrollarla dignamente, dando respuesta a nuestras necesidades de atención, pero de forma acorde a nuestros valores, preferencias y decisiones²⁰.

En resumen, la aplicación de la AICP al SAD requiere:

- Conocer la historia de vida de las personas usuarias, su estilo y su proyecto de vida.
- Flexibilizar la atención a las personas usuarias: intensidades, horarios, días de la semana, tareas.
- Adaptarlo permanentemente a las preferencias y voluntad de las personas usuarias y a sus circunstancias.
- Elaborar el Plan Individual de Ayuda a Domicilio contando con la participación de las personas y de sus familias.
- Mejorar la accesibilidad del servicio mediante canales de comunicación claros: un teléfono de la persona que ejerza la coordinación del SAD al que a persona usuaria o su familia puedan llamar ante incidencias o determinadas consultas.
- Un cambio de rol de los profesionales, que se convierten en promotores de

²⁰ Ídem.

independencia y autonomía, que identifican todos los momentos posibles para invitar a las personas usuarias a tomar decisiones sobre cómo quieren ser atendidas.

- Armonizar la organización del SAD con las preferencias y deseos de las personas que necesitan atención y cuidados.
- Iniciar un proceso de cambio de cultura de la organización del servicio, en el que la revisión de las prácticas vigentes y la formación de profesionales adquieren un papel nuclear.
- Revalorizar las labores de cuidados.
- Coordinación con los servicios sanitarios de atención primaria para el diseño y aplicación en lo que le corresponda del Plan Personal de Apoyos Domiciliarios.
- Introducir cambios en su reglamentación (posibilidad de elección del auxiliar del SAD...)
- Evaluar resultados del Plan Individual de Ayuda a Domicilio y contribuir a la evaluación de los resultados del Plan Personal de Apoyos Domiciliarios so-

para mantener un nivel normalizado de convivencia o para evitar su institucionalización, abarca o puede abarcar un número más o menos grande y siempre diferente entre unos casos y otros de necesidades no cubiertas o en riesgo de serlo que pueden tener su origen o causa o pueden estar relacionadas, no siempre, con las necesidades sociales básicas competencia del sistema de los Servicios Sociales.

Por el contrario, estos estados de necesidad que amenazan con la ruptura de la convivencia y, en el caso más extremo, la institucionalización de las personas, pueden estar vinculados con el estado o la dotación de la vivienda, o con el estado de salud de la persona.

Tales estados carenciales, para su solución, paliación o cobertura, necesitan de un compendio, a menudo complejo, de cuidados y apoyos que en muchos casos desbordan la competencia estricta de los servicios sociales y que, éstos, deben rechazar como propios si no se quiere entrar en una nueva espiral de desnaturalización del sistema.

En este sentido, el concepto de cuidados y/o apoyos domiciliarios debe ser considerado más

13ª PROPUESTA
Sustituir paulatinamente la relación contractual por el concierto social con las entidades y empresas acreditadas para la prestación del servicio y haciendo esto compatible con la prestación pública directa

14ª PROPUESTA
Orientar el rol de los profesionales al estímulo de la participación efectiva de la persona en la elaboración del Plan Personalizado de Apoyos Domiciliarios y otorgando a la familia un papel subsidiario de la decisión de la persona

15ª PROPUESTA
Organizar los servicios para que tengan capacidad de flexibilidad en intensidades, horarios, atenciones, profesionales y apoyos y personalizarlo al máximo

bre el bienestar de la persona, así como en sus familiares y sobre las trabajadoras y los trabajadores de atención directa.

amplio que el concepto de ayuda a domicilio y esta prestación de los servicios sociales, debe ser considerada como una parte (importante, quizá central, pero solo una parte) de los apoyos que una persona pueda necesitar para evitar el abandono de su domicilio.

5.2. Prescripción de la prestación vs. prescripción

IDEA 4
UNA AYUDA A DOMICILIO QUE NO PRETENDA CUBRIR TODOS LOS CUIDADOS QUE UNA PERSONA NECESITA

ción del cuidado

La situación de la persona que necesita apoyos

Es por tanto muy importante diferenciar entre el Plan Personalizado de Apoyos Domiciliarios que la persona necesita y el Plan Individual de Ayuda a Domicilio que, desde los servicios sociales, sea pertinente realizar.

La atención domiciliaria requerida puede incluir atenciones, intervenciones, prestaciones

del sistema de salud, puede incluir intervenciones sobre el estado de la vivienda, o puede incluir atenciones personales relacionadas con el peinado o el vestido de la persona usuaria y también incluirá apoyos domiciliarios, asumidos por los servicios sociales, en relación con el aseo personal, la movilización, la alimentación adecuada, el acompañamiento y el mantenimiento doméstico adecuado, así como el apoyo informativo, formativo y psicológico adecuado a sus cuidadores familiares y la activación de recursos comunitarios de buena vecindad y de voluntariado.

Por tanto, concebimos el SAD de los servicios sociales como una parte, fundamental, pero solo una parte, del conjunto de apoyos que la persona necesita.

Desde este mismo punto de vista, la ayuda a domicilio no puede pretender sustituir los cuidados que prestan o pueden prestar cuidadores no profesionales ya sean del ámbito familiar o del voluntariado o de buena vecindad y de la misma forma, tampoco puede pretender sustituir o asumir de forma vicaria o sobreentendida los cuidados sanitarios que la persona necesite al igual que no puede ni debe asumir

16ª PROPUESTA

Diferenciar entre el Plan Personal de Apoyos Domiciliarios y el Plan Individual de la Ayuda a Domicilio como prestación de los Servicios Sociales

la adaptación física o constructiva o dotacional

del domicilio.

Sin embargo, todas estas carencias forman parte del “universo” en el que consiste la situación de necesidad y una correcta intervención de los servicios sociales, obligados como están al análisis integral de la misma, debe tener en

cuenta para la prescripción de las prestaciones propias de la cartera del sistema y, entre ellas, de la ayuda a domicilio.

Es obvio, por tanto, que la prescripción de la ayuda a domicilio siempre se habrá de dar en un contexto complejo de diferentes actores y responsabilidades sobre los diferentes cuidados que la persona necesita y ello obliga a los profesionales del sistema a desarrollar las medidas y las habilidades necesarias para la coordinación y, más allá, para la integración de acciones entre sistemas (sobre todo con el de salud) y personas para el diseño integrado de la atención domiciliaria pero en ningún caso a la asunción de la responsabilidad sobre la totalidad de las carencias o cuidados que la persona necesita.

Todas las leyes autonómicas de servicios sociales, al parecer conscientes de esto (no solo en relación con la ayuda a domicilio) abogan y dedican artículos a la conveniencia (algunas de ellas incluso a la obligación) de establecer la necesaria coordinación entre los diferentes sistemas públicos de protección social. Sin embargo, tal coordinación es todavía una ilusión que convierte en papel mojado todas esas leyes como ha demostrado palmariamente la pandemia en el caso de salud y servicios sociales.

El carácter deliberadamente municipalista de los servicios sociales aporta a su Atención Primaria unas enormes posibilidades en lo relacionado con la proximidad y la intersectoriali-

17ª PROPUESTA

Los profesionales del Sistema de Servicios Sociales deben promover y participar en el diseño integrado del Plan de Apoyos Domiciliarios con otros recursos y con el Sistema Sanitario

18ª PROPUESTA

Pero el Plan Individual de Ayuda a Domicilio debe ser su competencia directa y es una parte importante pero solo una parte de los apoyos que una persona necesita en su domicilio

dad, por otro lado, las entidades locales configuran espacios y ocasiones de gestión de esa proximidad en los que la integración de acciones y de equipos de atención a las personas es perfectamente factible. Sin embargo, esas mismas oportunidades para la proximidad, junto a

una todavía deficiente conceptualización del sistema de los servicios sociales, llevan con excesiva frecuencia a tomar decisiones desde el convencimiento en muchos responsables políticos de que toda necesidad personal es competencia o puede potencialmente serlo de los servicios sociales. Nada más lejos de lo razonable y de lo conve-

**IDEA 5
UNA AYUDA A DOMICILIO
COORDINADA CON EL SISTEMA
PÚBLICO DE SALUD**

niente para los profesionales de los diferentes sistemas de protección, sobre todo, para las personas a las que se deben.

5.3. Coordinación efectiva con la atención sanitaria domiciliaria

De nuevo nos encontramos con un viejo planteamiento que ya dispone de preceptos legales, incluso algunos planes autonómicos pero que, en general, su aplicación a la atención de las personas que requieren simultáneamente apoyos sociales y cuidados sanitarios dista bastante de ser una realidad. Podemos citar la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía personal y Atención a las personas en situación de dependencia, el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (2011)²¹...

Podemos citar otros ejemplos en el ámbito de los Servicios Sociales como la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía que establece en el artículo 45 que “el proceso de atención tendrá especialmente

en cuenta la necesidad de intervención simultánea en el tiempo e integrada en la orientación de los servicios sociales y de salud, entre otros, diseñando un proyecto de intervención que recoja medidas y/o actuaciones integrales buscando las sinergias que mejores resultados puedan conseguir sobre la calidad de vida y el bienestar de la persona”.

La humanización de los sistemas de protección social pasa por la coordinación de los servicios sanitarios y sociales, una evidencia ante situaciones que requieren atenciones de uno y otro sistema, sobre todo en personas que presentan alta complejidad. Las personas viven estas situaciones de forma integral y requieren, en consecuencia, recibir las atenciones que precisan de manera integrada, lo que no significa crear un tercer sistema. El hecho es que en el domicilio de las personas con enfermedades en situación de dependencia intervienen profesionalmente tanto los servicios sociales, a través del SAD, como los servicios sanitarios tanto a través de la atención primaria como de la atención hospitalaria. La adopción de un modelo de coordinación entre servicios sanitarios y sociales persigue la atención integral, continuada y adaptada a las necesidades de las personas usuarias, el aumento de la eficacia y la eficiencia en las intervenciones y la optimización de los recursos disponibles y, como consecuencia, un incremento de la satisfacción de personas usuarias, personas cuidadoras y profesionales, un incremento de la calidad de la atención que se presta.

A tal fin, es preciso desarrollar una cultura organizativa y profesional compartida. No debe ser un obstáculo las diferencias en la cultura de los servicios ocasionadas por su dispar trayectoria histórica. Y es que siendo una prestación de derecho subjetivo el SAD en el

²¹ Podemos citar otros ejemplos en el ámbito de los Servicios Sociales como la Ley 9/2016, de 27 de diciembre, de Servicios Sociales de Andalucía que establece en el artículo 45 que “el proceso de atención tendrá especialmente en cuenta la necesidad de intervención simultánea en el tiempo e integrada en la orientación de los servicios sociales y de salud, entre

otros, diseñando un proyecto de intervención que recoja medidas y/o actuaciones integrales buscando las sinergias que mejores resultados puedan conseguir sobre la calidad de vida y el bienestar de la persona”.

marco del SAAD, no en todas las Comunidades Autónomas el SAD proveniente de la atención primaria del sistema de servicios sociales tiene reconocido este carácter, permaneciendo aún con carácter graciable. Ambos sistemas, al ofertar de forma integrada sus atenciones en el ámbito domiciliario, deben compartir el objetivo de favorecer el empoderamiento de las personas usuarias, sus capacidades para el autocuidado. Uno y otro sistema deben compartir estrategias de motivación y de aprendizaje para desarrollar en las personas y en su entorno las máximas capacidades de autocuidado²².

La coordinación tiene que ser asumida a nivel intersectorial (dos sistemas), interinstitucional (Administración autonómica y local) e interdisciplinar (diferentes perfiles y roles profesionales) y debe ser entendida como una responsabilidad directa, en primer lugar, de los/las responsables políticos que deben dejar de lado personalismos y compartimentos estancos para ordenar y organizar las estructuras, establecer los acuerdos necesarios para que la integración de acciones sea posible en todos y cada uno de los niveles de cada uno de los sistemas de protección.

Además, se debe partir del hecho de que la integración, para ser real y efectiva, no puede sostenerse con los mismos presupuestos que si no la hubiera. La integración conlleva tiempos para la coordinación, la valoración, la prescripción y el seguimiento conjuntos y esos tiempos no pueden ir en detrimento de la atención que reciban las personas y, por tanto, deben ser añadidos a los de la atención actual y ello, para no engañarnos en el solitario, debe tener su reflejo presupuestario. La integración de acciones necesita también de herramientas tecnológicas que permitan compartir la información de que dispone cada sistema y la que genera la acción integrada, es decir, la disponibilidad de sistemas robustos de

información en cada uno de los sistemas y la disposición de canales de interoperación entre ambos y eso también tiene que tener su reflejo presupuestario.

A los profesionales les corresponde aportar propuestas, protocolos, métodos y proyectos para esa integración de acciones y la inmersión en una nueva cultura de intervención proactiva hacia el verdadero trabajo en red que la haga posible.

La responsabilidad pública y compartida de esta coordinación requiere de algunos hitos:

- a. **Liderazgo político compartido** para promover el cambio de modelo.
- b. **Desarrollo reglamentario por cada Comunidad Autónoma**, que adecúe la coordinación a cada territorio respetando sus especificidades organizativas.
- c. **Fortalecimiento de la atención primaria de ambos sistemas**, que redundará en una mejor adecuación a las necesidades de las personas en su domicilio.
- d. **Formalización de la creación de equipos multidisciplinares o comisiones técnicas de coordinación** de servicios sanitarios y de servicios sociales en los diferentes niveles territoriales: tanto a nivel estatal, como autonómico, provincial, de distritos, áreas o de zonas, siendo en el ámbito local donde mayor operatividad adquiere esta coordinación. La coordinación se juega en la base, y las estructuras que gestionan la atención primaria de ambos sistemas tienen, por ello, un papel determinante²³. Porque no puede dejarse esta coordinación a la voluntad o libre albedrío de los profesionales. Esta coordinación debe

²² La coordinación de los servicios sanitarios y sociales. Un discurso por una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales. AEDYGSS. Relator: Gustavo García.

²³ Ídem.

ser una exigencia. A la consecución de este objetivo coadyuvaría la mayor

las partes. Las intervenciones contenidas en este Plan serán objeto

19ª PROPUESTA

Es imprescindible que los/las responsables políticos ordenen, reglamenten y provean los acuerdos y las estructuras necesarias para que la integración de acciones sea posible en todos y cada uno de los niveles de cada uno de los sistemas de protección.

19ª PROPUESTA

Deben asumir, además, que la coordinación no es gratis ni puede pretenderse a través del voluntarismo de los profesionales. La acción integrada conlleva costes en términos de tiempos de los profesionales y en herramientas tecnológicas en cada uno de los niveles de cada uno de los sistemas de protección.

19ª PROPUESTA

Es imprescindible que se invierta en la mejora de los sistemas de información de los Servicios Sociales y en la interoperabilidad con los del Sistema Sanitario. La protección de datos no debe ser un obstáculo insalvable.

coincidencia posible entre las diferentes demarcaciones territoriales de ambos sistemas.

de seguimiento y evaluación continuada periódicamente.

e. **Implicación proactiva de los profesionales.** La información y el apoyo coordinado son la clave para unos mejores resultados en la salud y bienestar de las personas atendidas.

h. La **interoperabilidad entre los sistemas de información** como herramienta básica para avanzar en la coordinación de la atención domiciliaria.

f. **Formación.** El entrenamiento y la formación conjunta de los/as profesionales de uno y otro sistema es asimismo condición para lograr un conocimiento compartido que elimine el desconocimiento mutuo de las capacidades de los propios profesionales de ambas redes que hacen que resulte compleja la asunción de responsabilidades compartidas²⁴.

g. La realización de un **plan de atención domiciliaria** que aúne el plan personal de apoyos del SAD y los cuidados sanitarios: un proceso único con atenciones diferenciadas²⁵, en cuya elaboración participe la persona interesada y su familia, o persona cuidadora, y el establecimiento de compromisos de consenso por todas

5.4. Enfoque preventivo.

El SAD trata de promover la autonomía personal en el medio habitual, atendiendo las necesidades de las personas con dificultades para la realización de las actividades básicas de la vida diaria, de prevenir y evitar el deterioro personal y familiar, la institucionalización de las personas, y contribuir a la creación de hábitos que mejoren su calidad de vida, impulsando las competencias personales.

Este enfoque preventivo debe implicar tanto a los servicios sociales como a los servicios

**IDEA 6
UNA AYUDA A DOMICILIO CON
ENFOQUE PREVENTIVO**

sanitarios, incluyendo a las personas cuidadoras principales, desarrollándose

²⁴ MINISTERIO DE SANIDAD, POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD.

Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España (2011).

²⁵ Ídem

programas intersectoriales de promoción de la salud y prevención de la enfermedad que impregnen el SAD. Los esfuerzos en prevención y promoción de la salud y de la autonomía personal repercutirán en la calidad de vida de las personas.

No obstante, hay que tener presente que el SAD no se destina solo a personas con reconocimiento de su situación de dependencia, también se destina a:

- Atender situaciones sobrevenidas que requieran proporcionar un apoyo inmediato y coyuntural en el domicilio hasta tanto la persona recupere su autonomía personal.
- Apoyar a personas cuidadoras familiares en situaciones sobrevenidas, que pueden requerir el cuidado de menores de edad, de forma transitoria.
- Personas que necesitan apoyos para la realización de las AVD pero que no disponen de reconocimiento de grado de dependencia, o su falta de autonomía no les permite obtener un grado de dependencia.

En estos u otros supuestos el SAD debe tener la

flexibilidad

IDEA 7
UNA AYUDA A DOMICILIO QUE INCORPORA LAS TECNOLOGÍAS DE LA INFORMACIÓN Y LA COMUNICACIÓN.

dependencia diseñando y desarrollando programas para la prevención del aislamiento y los efectos de la soledad no deseada e, integrados con el Sistema Sanitario, la prevención del deterioro y la enfermedad

suficiente para dar respuesta a todas estas situaciones al margen del SAAD y también en ellas, el enfoque preventivo debe tener una trascendental importancia para evitar situaciones de exclusión y/o de mayor dependencia personal o de los servicios sociales y sanitarios.

5.5. Atención remota mediante TICS

Nos encontramos en la era de la digitalización, de las tecnologías de la Información y la Comunicación, las TICS. Es indudable el impacto que la revolución tecnológica ha tenido y seguirá teniendo sobre nuestras vidas: ya prácticamente nada de lo que hacemos a diario está exento de una forma u otra de la influencia de la tecnología.

Tal generalización y a tanta velocidad, ha provocado que en la sociedad a que ha dado lugar, se haya consolidado rápidamente una nueva fuente de exclusión, un nuevo analfabetismo funcional, una nueva forma de desigualdad, una nueva brecha entre ciudadanos de primera y de segunda.

En efecto, no conocer estos avances tecnológicos o no saber que, a pesar de ello, somos usuarios pasivos y deudores de estas tecnologías, supone una clara desventaja prácticamente para todos los órdenes de la vida, frente a aquellos que, bien son nativos de esta nueva sociedad porque han nacido en su desarrollo, o bien disponen de las habilidades, conocimientos, oportunidades y recursos para adquirir sus productos y herramientas y aprender a utilizarlas.

Pero junto a estos factores negativos, estas tecnologías, suponen indudables avances que hasta hace poco ni siquiera imaginábamos en

23ª PROPUESTA

En el resto de casos integrando en el Plan Individual de Ayuda a Domicilio el impulso de habilidades personales y sociales que permitan la autonomía personal

el acceso a la información sobre cualquier cuestión que nos sea pertinente en cualquier momento y prácticamente en cualquier lugar. La comunicación y el intercambio de contenidos de todo tipo (palabras, imágenes, sonidos, vídeos) en el mismo momento en que lo necesito no solo ha revolucionado el acceso al conocimiento sino también la aplicación in

situ y en el momento de todos esos contenidos a las necesidades de todo tipo que las personas podamos tener.

La atención a las personas en sus necesidades básicas de la que se encargan en los estados de bienestar los sistemas de protección social, como es lógico, se ha ido impregnando del uso de estas nuevas tecnologías como es evidente en los sistemas sanitario y educativo.

En el ámbito del Sistema de Servicios Sociales, como siempre, los avances han ido más lentos y vacilantes y, como siempre en nuestro país, se han producido de tantas formas y modalidades como territorios autonómicos hay. Hoy en día, son pocas las comunidades autónomas que dispongan de una Historia Social Única digitalizada, los sistemas de información de los servicios sociales obedecen a 17 realidades distintas desconectados entre sí y no existe un sistema estatal de información ni los recursos de interoperación que pudiera extraer información global y sistematizada del Sistema en el conjunto del Estado.

En este contexto, la aplicación de las tecnologías de la información y la comunicación a la atención domiciliaria se ha ido produciendo por iniciativa de las empresas y entidades prestadoras de servicios que se han enfrentado a la complejidad de la gestión de personal, personas usuarias, incidencias de los servicios, en solitario, propias de la atención domiciliaria. Hoy en día existen un buen número de aplicaciones capaces de cubrir las necesidades de los gestores de los servicios y facilitar información sistematizada sobre la aplicación de los servicios en horas, incidencias, retrasos, cambios, control de presencia del personal, etc. La práctica totalidad de entidades prestadoras de servicios, disponen de una de estas aplicaciones o se han fabricado una a su propia medida.

Como es lógico la implantación y diversificación de las TIC a la atención domiciliaria, ha obedecido al modelo de atención implantado hasta la fecha y, en consecuencia, ajeno al enfoque de atención centrada en la persona, ha prestado

información y servicios al gestor, vinculados exclusivamente con los valores del modelo centrado en el servicio y no en la persona.

Es imprescindible que estos sistemas de información sigan aplicándose y sigan mejorando en todo lo posible para ahorrar tiempos en la gestión y facilitar el trabajo, tanto de los propios gestores, como de las personas que desempeñan las tareas de coordinación como de las personas que desarrollan la atención directa. De hecho, su aplicación debe redundar en tiempos de las personas coordinadoras del personal de atención directa para que aquellas, como planteamos más adelante en este documento, puedan desempeñar acciones de mejora de la atención a la persona y también de apoyo y orientación al personal de atención directa en su tarea diaria.

De la misma forma, ya hemos dicho más arriba que, de cara al establecimiento de una verdadera integración de acciones con el sistema sanitario, es imprescindible aplicar las TIC al intercambio de información y el establecimiento de Planes Personalizados de Apoyos Domiciliarios entre los profesionales de ambos sistemas.

Pero obviamente la capacidad y posibilidades de aplicación de las TIC, orientándolas convenientemente a la persona, superan con creces los servicios y mejoras puramente administrativas y de gestión o de relación entre profesionales abriendo un horizonte todavía insuficientemente explorado de prestación directa de servicios a la persona usuaria y a sus familiares de referencia en el marco de la atención domiciliaria.

Este tipo de servicios remotos en el marco de la ayuda a domicilio (no confundir ni mezclar con la prestación del SAAD de Teleasistencia) pueden tener una gran capacidad de mejora del bienestar de la persona y de seguimiento, apoyo y monitorización por parte de las personas cuidadoras familiares, si ese es el deseo de la persona que recibe la ayuda a domicilio.

Desde servicios recordatorios de citas médicas o pautas de medicación o el contacto con servicios de taxi, o del comercio de proximidad, o de control dietético, hasta servicios de información y conexión con actividades y servicios culturales, deportivos y de todo tipo en su comunidad, pasando por el acceso a materiales y recursos de activación física o cognitiva o por la simplificación de contactos de voz e imágenes con amigos y familiares o simplemente la supervisión y contacto cotidiano con un “gran hermano” que conoce y es conocido por la persona que le ayuda a resolver dudas o incidencias o le facilita alguna gestión simplemente conversa con ella. Todos estos servicios, en ausencia del personal de atención directa de la ayuda a domicilio, son ya perfectamente posibles y pueden tener un importante impacto positivo en las personas que reciben ayuda a domicilio y, sobre todo, sobre las que viven en soledad o en entornos dispersos o aislados.

Las aplicaciones que gestionan este tipo de servicios pueden tener una estructura homogénea de contenidos y permiten su adaptación total a los entornos concretos de proximidad donde viven las personas usuarias y a las situaciones y deseos y gustos concretos de cada una de ellas.

24ª PROPUESTA

Aplicar las TIC al intercambio de información y el establecimiento de Planes Personalizados de Apoyos Domiciliarios entre los profesionales sanitarios y de Servicios Sociales

Este tipo de servicios se pueden derivar a la persona a través de dispositivos inteligentes de telefonía mediante aplicaciones expresamente diseñadas para ello y a través de estos dispositivos que, como sabemos, son mucho más accesibles económicamente y su uso está prácticamente generalizado en todo tipo de poblaciones y bandas etarias al contrario que las tabletas u ordenadores personales.

Hasta la fecha, solo algunas iniciativas privadas han creado este tipo de aplicaciones

sometiéndolas, como es lógico, a las leyes del mercado y haciéndolas, por tanto, inaccesibles a población con pocos recursos.

Es necesario que, desde las administraciones públicas responsables de los servicios de ayuda a domicilio, se tomen iniciativas en esta dirección convirtiendo este tipo de atención remota en un servicio más incluido en la ayuda a domicilio que permitiría complementar de forma muy determinante los servicios presenciales.

Es importante no confundir este tipo de servicios remotos con la prestación de teleasistencia contemplada en el SAAD. La teleasistencia es un servicio orientado a la intervención y prevención de las emergencias de cualquier tipo que pueden surgir en el domicilio mediante la activación de los diferentes servicios y recursos disponibles en la comunidad. Algunas comunidades autónomas han migrado a sistemas de teleasistencia avanzada mediante la instalación de sensores y detectores aportando, con ello, mayor sensación de seguridad a las personas usuarias.

También es verdad que, por lo general, los dispositivos de teleasistencia han desempeñado con frecuencia servicios, no esperados en su diseño, de compañía, de hacer sentir a la persona que no está del todo sola, etc. Sin embargo, no es menos cierto que, debido a su configuración dirigida al conjunto de la población de una comunidad autónoma, no han conseguido (no era su objetivo) la prestación de los servicios de proximidad y conexión con la comunidad que planteamos como necesarios.

25ª PROPUESTA

Aportar servicios remotos complementarios en el marco de la ayuda a domicilio mediante las TIC a través de una tecnología ya prácticamente generalizada como los teléfonos inteligentes

5.6. Apoyo a cuidador@s familiares

El apoyo a las personas cuidadoras familiares, en un alto porcentaje, mujeres, es una de las

características del SAD desde el origen de su implantación en España. En esta dimensión, desde los servicios sociales comunitarios ha de recabarse la colaboración con los servicios de atención primaria de salud, y viceversa. Este apoyo ha de suponer:

- Recabar su participación en la elaboración del Plan Personalizado de Apoyos Domiciliarios y del Plan Individual de Ayuda a Domicilio de la persona perceptora del servicio si ésta así lo desea y sobre todo si presenta deterioro cognitivo.
- Facilitar la comunicación, la información y la formación necesaria para mantener su bienestar emocional y así posibilitar el mejor cuidado a la persona usuaria.
- Contribuir a la conciliación de la vida personal, familiar y laboral, procurándose la corresponsabilidad en los cuidados entre hombres y mujeres de la familia.
- Proporcionar descanso.
- Mejorar su calidad de vida, para que pueda la persona cuidadora continuar con su proyecto de vida.

En estos apoyos, en el SAD hay que diferenciar la figura del cuidador familiar que presta directamente los cuidados, de aquellas personas cuidadoras familiares que supervisan los cuidados que, en la práctica, realiza otra persona externa al hogar contratada a tales efectos. Ambas figuras requieren de apoyos, debiéndoseles posibilitar una comunicación fluida con los profesionales del SAD siempre atendiendo a los deseos expresados por la persona perceptora de la ayuda a domicilio.

5.7. Compatibilización/complementariedad de cuidados familiares y profesionales

²⁶MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030. Bases para un nuevo acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la

Como ya está aceptado por todos los agentes intervinientes en los servicios sociales, la experiencia de la pandemia ha hecho más evidentes los

problemas estructurales del modelo de apoyos y cuidados de larga duración y la necesidad de impulsar cambios que vayan más allá de medidas coyunturales²⁶, lo que requiere **ampliar, reconceptualizar e invertir en la cartera de servicios de proximidad**. Los centros de día, la ayuda a domicilio, la teleasistencia, la prevención y promoción de la autonomía o la asistencia personal son servicios que también requieren una reconceptualización, ampliando sus fronteras de definición y preparándose para combinarse entre sí y con otros nuevos servicios que pudieran generarse (adaptaciones de vivienda, viviendas con apoyos, ayudas técnicas, otros apoyos para la autonomía...).

**IDEA 8
UNA AYUDA A DOMICILIO
COMPATIBLE CON EL RESTO DE
PRESTACIONES DEL SAAD**

Ligado a esto, **planteamos la necesidad de invertir en el desarrollo de servicios de apoyo comunitarios que contribuyan a prevenir la institucionalización de personas en situación de dependencia**. Comprendiendo que la atención en la proximidad –en los entornos significativos y habituales de las personas– es plenamente coherente con la personalización²⁷.

Este enfoque comunitario y de personalización abraza también el cambio de paradigma que ya está siendo abordado por el ámbito de las personas con discapacidad y que se antoja imprescindible para todas las personas con necesidades de apoyo, de forma que los servicios han de cambiar el enfoque institucional (usuario), por el enfoque comunitario (ciudadano). Evidentemente se tratará de un profundo y gradual **proceso de cambio** en el que el énfasis se pone en la calidad de vida de las personas y en su autodeterminación, lo cual no ha de ir en

Dependencia (SAAD). (Documento de trabajo para el debate). Versión: 18 de julio de 2021

²⁷Ídem

contra de la existencia de estándares organizativos y de apoyos, sino que estos deben ser entendidos como una de las formas de garantizar y acompañar este proceso de cambio²⁸.

Como ya se decía en “El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada. Análisis y reflexiones sobre el presente y el futuro del Servicio de Ayuda a Domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia”, en personas en situación de dependencia grave y severa, el SAD no puede ser nunca una alternativa única para la permanencia en el hogar, sino que requiere que exista un apoyo familiar suficiente o que se disponga de una plaza en un Centro de Día o de Noche, o se provea de otras compatibilidades con servicios y prestaciones del propio sistema de los servicios sociales o de otros sistemas de protección social. Si es así, el SAD puede apoyar y reforzar los cuidados familiares, pero nunca puede ser una alternativa a los mismos.

En este contexto, dado que no se ve factible la prestación de un SAD las 24 horas del día, porque incluso contando con apoyo familiar, en ocasiones resulta imposible mantener en su domicilio a una persona con una situación de dependencia grave o severa, sólo con el SAD, **planteamos la necesidad de hacer compatible este servicio con el resto de las prestaciones económicas y servicios del Catálogo** de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, y con otros servicios complementarios. En esta línea se propone que el SAD pueda complementarse con:

- El servicio de teleasistencia de forma automática, coordinándose ambos servicios.
- Los servicios de prevención y promoción de la autonomía personal.
- Un servicio residencial no permanente (estancias temporales) cuando se dan situaciones que afectan coyunturalmente a la capacidad o disponibilidad de quienes conviven y actúan de cuidadores de la persona en situación de

dependencia o, simplemente, como alternativas necesarias de descanso del cuidador.

- Un centro de día o de noche.
- Con la prestación económica de cuidados en el entorno familiar a personas en grado II y III, según las circunstancias.

Y más allá de los servicios incluidos en el Catálogo de la Ley de la Dependencia, hay otros muchos servicios y atenciones cuya concurrencia y complementariedad con el SAD son necesarias para que la persona pueda permanecer en su domicilio. Es el caso de las **ayudas técnicas** o de la **adaptación del hogar**, ya recogidas en la disposición adicional tercera de la LAPAD pero sin el carácter de derecho subjetivo.

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

Por otro lado, vincular los cuidados familiares y no profesionales financiados en el SAAD a

²⁸Idem

personas en grado III o II, a un servicio profesionalizado de Ayuda a Domicilio supondría un **nivel de especialización dentro del SAD**, en el que las personas auxiliares de ayuda a domicilio no se limitarían a realizar tareas directas del hogar o cuidados personales, sino que tendrían las siguientes funciones específicas: supervisión, formación, apoyo y refuerzo, consultoría, colaboración, control a cuidadores familiares.

Esta compatibilidad del SAD con el resto de los servicios del Catálogo de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, permitiría que al elaborar un PIA pueda configurarse un cóctel completo de

su pertenencia a la comunidad. A tal fin, desde el SAD se debería trabajar las buenas relaciones con la vecindad de las personas usuarias, con el tejido asociativo de la zona, así como recabar la colaboración de entidades prestadoras de voluntariado.

Por otro lado, el SAD está llamado a jugar un papel importante en la estrategia de lucha contra la soledad no deseada, aportando apoyos que nos permitan dar respuestas adecuadas a este grave problema sobre todo en la población mayor y especialmente de las mujeres, al presentar una mayor esperanza de vida que los

26ª PROPUESTA

Admitir la compatibilidad del SAD con:

- Teleasistencia
- Servicios de Prevención y Promoción
- Servicios de atención residencial
- Servicios de Centro de Día y de Noche
- Prestación Económica por cuidados en el entorno familiar

prestaciones y servicios que puedan incidir en el domicilio, un auténtico traje a medida, limitado exclusivamente por la cuantía económica global que a tales efectos se determine.

5.8. Perspectiva comunitaria redes de recursos y redes de apoyo (voluntariado y buena vecindad).

La perspectiva comunitaria comporta activar y readaptar redes de apoyo y servicios en la proximidad. En la práctica encaja perfectamente

IDEA 9
UNA AYUDA A DOMICILIO CON
ENFOQUE COMUNITARIO

con una apuesta necesaria por los servicios sociales comunitarios y por los servicios sanitarios de atención primaria en estrecha ligazón para prestar apoyos a las personas en su contexto. También implica una reconsideración de la comunidad y su importancia como entorno accesible de convivencia, participación e inclusión.

El SAD debe procurar, entre su cometido, que la persona usuaria cuente con interacciones sociales suficientes y gratificantes que apoyen

hombres. Tendríamos que articular la comunicación entre los servicios sociales comunitarios y las farmacias de la zona como agentes concedores de las personas que viven solas o requieren más apoyo por sus circunstancias familiares (personas en situación de dependencia que conviven con familiares mayores de edad...) Igualmente con los comercios de proximidad presentes en el barrio o los ambulantes en el medio más ruralizado que conocen a las personas de su clientela habitual y que, convenientemente orientados y siempre con el permiso de la persona usuaria, pueden ayudarla en la compra y suministro diarios de alimentos adaptados a la dieta más conveniente, etc.

Se trata en definitiva de mantener o, en su caso recuperar, auténticas comunidades de apoyos de buena vecindad que han sido (y todavía son en determinados contextos) característicos de

- UC0251_2: Desarrollar las actividades relacionadas con la gestión y funcionamiento de la unidad convivencial.

27ª PROPUESTA

El SAD, entre sus cometidos, debe procurar, que la persona usuaria cuente con interacciones sociales suficientes y gratificantes que apoyen su pertenencia a la comunidad.

nuestra cultura mediterránea.

5.9. Formación de profesionales de atención directa para la especialización del cuidado.

La cualificación profesional de los profesionales de atención directa a las personas perceptoras del SAD ha de ser la establecida en el seno del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del SAAD.

El y la profesional de atención directa actualmente debe contar con la Cualificación Profesional de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio (04: SSC089_2), de la Familia Profesional “Servicios Socioculturales y a la comunidad”, con Nivel de Cualificación 2, formando parte del Título de Formación Profesional (FP) de “Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia” y al Certificado de Profesionalidad “Atención sociosanitaria a personas en el domicilio”, desarrollando intervenciones de atención física, psicosocial y de gestión y funcionamiento de la Unidad Convivencial.

Tal y como viene recogido en el Instituto Nacional de las Cualificaciones (INCUAL), esta Cualificación cuenta con las siguientes unidades de competencia:

- UC0249_2: Desarrollar intervenciones de atención física domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención socio-sanitaria.
- UC0250_2: Desarrollar intervenciones de atención psicosocial domiciliaria dirigidas a personas con necesidades de atención socio-sanitaria.

Planteamos la necesidad de revisar en profundidad el currículum formativo de estas cualificaciones para adaptarlo plenamente al enfoque centrado en la persona y las características del modelo que estamos proponiendo si queremos de verdad virar el foco del servicio a la persona.

Estas cualificaciones, además, deben contemplar, de forma añadida a la formación de base, la impartición de módulos formativos complementarios para la especialización del personal en al menos uno de los tres ámbitos de

IDEA 10
UNA AYUDA A DOMICILIO CON
PROFESIONALES BIEN FORMADOS Y
ESPECIALIZADOS

intervención siguientes: Atención a personas con enfermedad mental, Atención a niños y niñas con discapacidad severa, Atención a personas con deterioro cognitivo severo.

En esta dirección, es preciso establecer como norma exigible en los procesos de acreditación de las entidades y en los pliegos de contratación, en caso de la externalización del servicio, la especialización de un porcentaje mínimo de su personal en cada uno de esos ámbitos

Esta cualificación ha de complementarse con un **plan de formación permanente** que, gestionado por las entidades públicas o privadas prestadoras del servicio con la supervisión de las Administraciones Públicas, cuente con las siguientes características:

1. Posibilitar el cambio de paradigma del SAD centrado en las tareas a un SAD centrado en las personas: formación

en derechos de las personas, trato digno, respeto a la intimidad de las personas, práctica profesional ética, estrategias de reducción de restricciones y de gestión positiva y respetuosa de las situaciones conductuales de difícil gestión (por ejemplo, Apoyo Conductual Positivo, Apoyo Activo...), prevención de riesgos laborales (autocuidado y conocimiento de medidas de seguridad e higiene en el trabajo) y otras metodologías y contenidos que contribuyan a la garantía de los criterios relacionados con la calidad de vida de las personas atendidas.

2. Recabar la colaboración de los servicios de atención primaria de salud para la formación en promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
3. Dotar a todo el personal de las competencias profesionales que le permitan atender a personas con deterioro cognitivo, a personas con discapacidad intelectual, personas con problemas de salud mental.
4. Reactivarse con la incorporación de nuevos profesionales o nuevas personas usuarias del SAD, incluyendo un proceso de conocimiento de las personas a las que se va a apoyar.

Por otro lado, también el personal técnico (trabajadores sociales...) de los servicios sociales comunitarios y otros perfiles profesionales que intervienen en la coordinación del SAD, sean de la

28ª PROPUESTA
Revisar en profundidad el currículum formativo de l@s profesionales del SAD para adaptarlo al enfoque centrado en la persona

29ª PROPUESTA
Diseñar nuevos módulos formativos complementarios para la especialización en tres ámbitos de intervención: Personas con enfermedad mental, Niños y niñas con discapacidad severa, Personas con deterioro cognitivo severo.

30ª PROPUESTA
Exigir en los procesos de acreditación un porcentaje mínimo de personal de la plantilla especializado en los ámbitos señalados

Administración Local o de las entidades proveedoras del servicio, han de participar en el citado plan de formación permanente.

5.10. Cartera de servicios: servicios directos y servicios complementarios.

La cartera de servicios del SAD debe regirse por el principio de la flexi-

IDEA 11
UNA AYUDA A DOMICILIO CON UNA CARTERA DE SERVICIOS MÁS COMPLETA Y FLEXIBLE

bilización de las tareas, evitando las exclusiones que implican la no adaptación del SAD a las necesidades de la persona o unidad de convivencia. Estos servicios se llevarán a cabo, por lo general, por las personas auxiliares de ayuda a domicilio, pero en ocasiones requerirá su realización por el personal que ejerza la coordinación del SAD, debiendo existir un equipo multiprofesional de apoyo a coordinadores y auxiliares que los oriente, apoye y facilite información y formación ante situaciones de especial dificultad o personas usuarias con características y necesidades especiales.

Además, dado que nuestro modelo apuesta claramente como ya ha quedado dicho anteriormente por la integración de acciones entre las atenciones primarias de salud y servicios sociales, es necesario el apoyo y orientación permanentes en cada caso por parte de los profesionales de referencia para la persona usuaria de ambos sistemas

Entre los servicios directos distinguimos la **atención a la persona** o cuidados personales de la **atención al domicilio** o doméstica:

A.- ATENCIÓN A LA PERSONA:

Los servicios relacionados con la atención personal en la realización de las actividades de la vida diaria quedarán enmarcados en los siguientes ámbitos:

- a) Relacionados con la higiene personal:

- 1º. Planificación y educación en hábitos de higiene.
- 2º. Aseo e higiene personal, incluido el cambio de ropa personal y de cama.
- 3º. Vestir o ayuda en el vestir.

b) Relacionados con la alimentación:

- 1º. Ayuda o dar de comer y beber.
- 2º. Control de la alimentación y educación sobre hábitos alimenticios.

c) Relacionados con la movilidad:

- 1º. Ayuda para levantarse, acostarse e incorporarse del asiento.
- 2º. Ayuda para realizar cambios posturales.
- 3º. Apoyo para la movilidad dentro y fuera del hogar.
- 4º. Gestión de transporte adaptado.

d) Relacionados con cuidados especiales:

- 1º. Apoyo en situaciones de incontinencia.
- 2º. Orientación temporo-espacial.
- 3º. Ayuda o supervisión de la administración del tratamiento médico en coordinación con los equipos de salud.
- 4º. Servicio de vela.
- 5º. Servicio de atención nocturna

e) Relacionados con la promoción de la autonomía personal:

- 1º. Acompañamiento dentro y fuera del domicilio y apoyo en la realización de gestiones.
- 2º. Apoyo a su organización doméstica.
- 3º. Actividades de ocio dentro del entorno domiciliario.
- 4º. Actividades dirigidas a fomentar la participación en su comunidad y en actividades de ocio y tiempo libre.
- 5º. Ayuda a la adquisición y desarrollo de habilidades, capacidades y hábitos personales y de convivencia.
- 6º. Ayuda a la adquisición y desarrollo de destrezas relacionadas con la co-

rresponsabilidad en las tareas domésticas y el cuidado de los miembros de la unidad familiar o de convivencia.

7º. Apoyo psicosocial.

8º. Comunicación telefónica con la persona auxiliar de ayuda a domicilio y coordinadora en horario de no prestación del SAD.

9º. Comunicación con el centro de salud, farmacias, con entidades voluntarias, vecinas y vecinos y redes de apoyo.

f) Relacionados con la prevención:

- 1º. Detección proactiva de situaciones de riesgo.
- 2º. Proporcionar pautas de autocuidado y control personal del entorno.
- 3º. Detección inicial de posibles barreras a la autonomía y riesgo de accidente en el entorno habitual.

g) De carácter educativo:

- 1º. Establecimiento de aquellas actuaciones que estén dirigidas a fomentar hábitos de conducta saludable y adquisición de competencias personales
- 2º. Fomento de las competencias parentales y de la parentalidad positiva.

i) Intervenciones de apoyo familiar:

- 1º. Comunicación telefónica con la persona auxiliar de ayuda a domicilio y coordinadora en horario de no prestación del SAD.
- 2º. Respiro Familiar en domicilio
- 3º. Talleres formativos
- 4º. Apoyo psicológico para las personas cuidadoras

B.- ATENCIÓN AL DOMICILIO O DOMÉSTICA

Los servicios relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar quedarán enmarcados en los siguientes ámbitos:

a) Relacionados con la alimentación:

1º. Preparación de alimentos en el domi-

31ª PROPUESTA

La Cartera de servicios de atención personal, además del apoyo a la higiene personal, a la alimentación y a la movilidad, debe incluir la promoción de la autonomía, la prevención, la formación en competencias y el apoyo a l@s cuidador@s familiares

provisión de ayudas técnicas y productos de apoyo o instrumentos necesarios para el normal desenvolvimiento de la vida ordinaria, así como para facilitar la accesibilidad y adaptaciones en el hogar que contribuyan a mejorar su capacidad de desplazamiento en la vivienda, y todo lo relacionado con la domótica.

32ª PROPUESTA

La cartera de servicios de atención doméstica, además de la limpieza, la elaboración de la comida y las compras de alimentos, debe incluir tareas de mantenimiento básico de la vivienda que la persona realizaría por sí misma y no requieran un profesional especializado.

33ª PROPUESTA

Las tareas a realizar deben adaptarse con flexibilidad por parte del auxiliar de referencia y en el día a día según las necesidades y elección de la persona.

cilio.

2º. Gestión de servicio de comida a domicilio.

3º. Compra de alimentos con cargo a la persona usuaria.

b) Relacionados con el vestido:

1º. Lavado de ropa en el domicilio y fuera del mismo.

2º. Repaso y ordenación de ropa.

3º. Planchado de ropa en el domicilio y fuera del mismo.

4º. Compra de ropa, con cargo a la persona usuaria.

c) Relacionados con el mantenimiento de la vivienda:

1º. Limpieza cotidiana de la vivienda, determinada por el personal técnico.

2º. Otras tareas de mantenimiento básico habitual de la vivienda que la persona realizaría por sí misma y no requieran la intervención de una persona profesional especializada.

Entre los **servicios complementarios** destacamos:

- Canalización de apoyos y recursos externos a la prestación: gestión de la

- Consultas o dudas a otros profesionales especializados tanto del sistema de servicios sociales como del sanitario (trabajadores sociales, psicólogas-os, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas, médicas-os, enfermeras-os...).

6. LOS EQUIPOS PROFESIONALES PARA EL NUEVO MODELO DE AYUDA A DOMICILIO

6.1. Servicios Sociales, la Ayuda a Domicilio y el Profesional de Referencia

La práctica totalidad de las leyes autonómicas de servicios sociales establecen como derecho de las

IDEA 12
UN SAD PLENAMENTE INTEGRADO
EN LA AT. 1ª DE LOS SERVICIOS
SOCIALES

personas usuarias del sistema disponer de un profesional de referencia responsable de la integración en cada caso de las acciones y prestaciones del mismo. En la mayoría de las leyes se encomienda esta función de profesional de referencia al perfil profesional del Trabajo Social y también en la mayoría de

ellas, se asigna tal función a las personas profesionales de este perfil del primer nivel de atención del sistema (Atención Primaria, Comunitaria, Servicios Sociales Generales, etc.)

El sentido común, la práctica y, en algunas comunidades autónomas, el desarrollo reglamentario de la correspondiente ley, han determinado el consenso sobre las funciones de este perfil de profesional de referencia al que, por lo general se le asignan las siguientes funciones básicas de rol:

RESPECTO A LA PERSONA USUARIA

Informan y orientan a la persona usuaria en su relación con el conjunto del Sistema aportándoles propuestas respecto de la utilización de los recursos y prestaciones más adecuados del mismo para cada momento evolutivo de la persona y su unidad convivencial en función de su problemática concreta.

Facilitan el acceso a las diferentes actuaciones y prestaciones acordadas y realizan, en su caso, la prescripción correspondiente de las mismas.

Acompañan a la persona usuaria y su unidad de convivencia a lo largo de todo el proceso de relación con los servicios sociales ayudándola a generar y/o mantener un proyecto personal de vida en un marco de convivencia personal y social que le permita superar o prevenir situaciones de exclusión.

RESPECTO AL RESTO DE PROFESIONALES

El profesional de referencia es el cauce de comunicación entre los equipos profesionales que tengan que intervenir en los procesos de superación o prevención de las necesidades sociales que presenten las personas usuarias, ya sean estos equipos y profesionales del propio sistema de los servicios sociales (en ambos niveles de atención, primaria o especializada) o de otros sistemas de protección.

Debe ser, además, el profesional que busca y facilita los espacios de seguimiento y evaluación de la eficacia de la intervención interdisciplinar y el que transmite a tales

espacios la posición, los deseos, la opinión y la orientación del proyecto de vida de la persona usuaria diseñado conjuntamente.

RESPECTO DEL ENTORNO

El profesional de referencia, conocedor de los recursos comunitarios de todo tipo presentes y disponibles en el entorno más cercano de la persona usuaria, activa, vehiculiza e integra aquellos de esos recursos que sean pertinentes para facilitar los procesos de mejora o de prevención de las problemáticas en el ámbito de la convivencia o la situación de exclusión de dicha persona.

Se convierte por tanto en un activador y coordinador de recursos comunitarios de todo tipo facilitando y adaptando su uso a las particularidades y deseos de la persona usuaria.

En definitiva el profesional de referencia de los servicios sociales tiene la función de realizar un diagnóstico compartido con la persona usuaria de su situación de convivencia, dependencia y/o exclusión y trazar un cauce común de intervención de los servicios sociales, del resto de sistemas de protección social y de los recursos comunitarios supervisando tal intervención y adaptándola, a través del acompañamiento, en intensidades, tiempos y ocasiones a las necesidades y elecciones de la persona para la que trabaja.

Debe ser el garante de que la intervención se centre realmente en la persona buscando la transversalidad y la integración de las diferentes aportaciones y la real y permanente participación de la persona tanto en el diagnóstico de la situación como en la elección y modulación de tales aportaciones.

Diversos autores y estudios disponibles sobre el tema, han puesto de manifiesto que uno de los mayores problemas con los que se encuentra la atención domiciliaria, no solo en España sino en la generalidad de las experiencias europeas, es la descoordinación entre profesionales y sistemas de atención que acaban por convertir la atención a las personas en su domicilio en una concatenación de

intervenciones estandarizadas y excesivamente rígidas, carentes de diagnóstico globalizado de la situación de la persona, sin relación entre sí, con múltiples agentes invasores de la intimidad doméstica de las personas usuarias y alejadas del respeto a la capacidad de elección de la persona.

En resumen, los principales problemas detectados en este mar de descoordinación son:

- Sistemas asistenciales compartimentados con diferentes dispositivos que actúan aisladamente sin una perspectiva global.
- Falta de visión transversal de la atención centrada en la persona y sus problemas.
- Poca colaboración entre los diferentes niveles asistenciales con diferentes programas y equipos que se desconocen entre ellos.
- Sistemas de información poco adaptados a una atención integrada y poco útiles para la toma de decisiones.
- Poca evaluación de los resultados.

Frente a esta situación, el rol del profesional de referencia, en aquellas circunstancias en las que la persona usuaria, por cualquier razón, requiera apoyos domiciliarios se convierte en especialmente trascendente dado que tales apoyos, sobre todo en situaciones de pérdida de autonomía personal, suelen ser muy variados y no solo de la competencia de los servicios sociales.

Ya hemos dejado clara en puntos anteriores la diferencia entre el Plan Personalizado de Apoyos Domiciliarios y el Plan Individual de Ayuda a Domicilio y hemos concretado también, de forma resumida, las funciones generales del Profesional de Referencia de los Servicios Sociales.

Desde este marco conceptual, la función del profesional de referencia en relación con el servicio de Ayuda a Domicilio no puede ser otra

que la de elaborar, junto a la persona usuaria, el Plan Individual de Ayuda a Domicilio de los servicios sociales, detectar la necesidad de otros recursos necesarios de otros sistemas de protección, de la familia y de la comunidad, activar dichos recursos, contribuir con su Plan Individual de Ayuda a Domicilio a la elaboración del Plan Personalizado de Apoyos y prever, con esos recursos, los espacios de coordinación, seguimiento y evaluación necesarios.

Y todo ello en condiciones de respeto a la dignidad de la persona, de integralidad en el diagnóstico y de personalización de la intervención y no solo aceptando sino estimulando e incentivando la participación y el control de dicha intervención por su parte.

No es de recibo ni se compadece con lo anteriormente planteado la práctica observada en algunos servicios sociales consistente en que el profesional de referencia se limite a gestionar la aplicación de la prestación y, una vez conseguida o autorizada, pasar el encargo de aplicar un número determinado de horas de ayuda a domicilio a los profesionales de la atención directa o, en el mejor de los casos, a la persona encargada de la coordinación de la empresa prestadora del servicio para que sean ellas las que elaboren el plan individual de ayuda a domicilio por mucho que en ambos casos la coordinación esté encomendada a profesionales del trabajo social.

Es evidente que esa práctica no tiene nada que ver con el concepto de profesional de referencia expresado más arriba y es evidente que esa práctica rompe con cualquier principio de integralidad e impide la trazabilidad de la intervención en el domicilio con la intervención global que se esté llevando a cabo o se deba llevar a cabo desde los servicios sociales.

La debilidad de los recursos de la atención primaria de los servicios sociales, su tradicional escasez e inestabilidad de plantillas que conllevan, sobre todo ante situaciones de crisis productoras de auténticos tsunamis de

34ª PROPUESTA

Rechazar de plano la práctica de pasar a los profesionales de la entidad prestadora del servicio la responsabilidad de la elaboración del Plan Individual de Ayuda a Domicilio y su implicación en el Plan Personal de Apoyos Domiciliarios

demandas, unidas a la burocratización extrema a que están sometidas la mayoría de las prestaciones del sistema, condenan a los profesionales a situaciones de desbordamiento en las que, obligados por las premuras y plazos de los procedimientos administrativos, relegan sus genuinas tareas de acompañamiento social e intervención en y con la comunidad, en favor de las que les exige el asistencialismo y la burocracia que se les ha impuesto.

Todo esto es cierto, es la realidad de los servicios sociales actualmente, pero no podemos tratar de resolver el problema

IDEA 13

UNA AYUDA A DOMICILIO CON UN MODELO ORGANIZATIVO DISTINTO

desnaturalizando la intervención dando por buenas y normalizando decisiones que acaban por arrancar, a bocados sucesivos, partes sustanciales del rol de los profesionales del sistema por la vía de su externalización hacia los profesionales de las empresas o entidades del tercer sector prestadoras de los servicios y que terminarán, si nos resignamos, convirtiéndolos en auténticos burócratas encargados exclusivamente del checking social o pasadores de casos.

La AEDYGSS se ha pronunciado innumerables veces reclamando la mayor inversión en el Sistema por parte de todas las administraciones responsables y no ha perdido ninguna ocasión de reclamar para la atención primaria el reforzamiento de sus estructuras y ratios de profesionales. Pero, no es este el sitio para hacerlo con mayor lujo de detalles.

A la hora de repensar el modelo de ayuda a domicilio existente, no podemos caer en las trampas mencionadas y en consecuencia, no

podemos aceptar como parte del modelo alternativo que proponemos, que los profesionales de referencia de los servicios sociales, como están saturados de trabajo, deban renunciar a su definición y naturaleza.

6.2.- Las plantillas, los equipos profesionales para el nuevo modelo

Para reflexionar sobre el nuevo Modelo de Ayuda a Domicilio, se hace necesario pensar en cuidados comunitarios avanzados en el contexto del hogar y su entorno, siendo su activo fundamental las personas que trabajan en el mismo y desarrollan una labor muy desconocida aún en la actualidad.

Desde la óptica del modelo de Ayuda a Domicilio que proponemos, se trata de evolucionar desde el marco conceptual tradicional al de cuidados comunitarios avanzados en el hogar entre los que se encuentra la Ayuda a Domicilio (ya hemos establecido las diferencias entre el plano general de los apoyos que una persona necesita y el plano más concreto de la ayuda a domicilio).

En este sentido, se trata a nivel conceptual más de recuperar el origen del SAD, como se concibió en el Plan Concertado, con un enfoque global de apoyo y comunitario, flexible que atiende a diversidad de perfiles, sin que predominen las labores de gestión o producción de horas y liberando de ellas a los/as profesionales para dedicarse a la intervención con las personas.

Por tanto, no se trata tanto de modificar el equipo, cuanto de repensar cómo se está desarrollando el servicio y la potencialidad del equipo actual, redefiniendo el mismo para au-

mentar la intervención y los apoyos en el domicilio, reduciendo la carga administrativa y burocrática, y dando herramientas tecnológicas y de intervención al equipo, en coordinación con los Servicios Sociales.

Apostamos por fórmulas organizativas del servicio que establezcan pequeños equipos de profesionales (no más de 15) con su coordinador o coordinadora con el encargo de cubrir las necesidades de ayuda a domicilio en un área geográfica concreta que puede ser un barrio en las ciudades, un pequeño municipio o una agrupación de aldeas o núcleos de población en los entornos más rurales.

35ª PROPUESTA

Apostamos por la fórmula organizativa de pequeños equipos de profesionales (no más de 15) con su coordinador o coordinadora responsables de la ayuda a domicilio en un área concreta sea un barrio en las ciudades, o una agrupación de aldeas o núcleos de población en los entornos más rurales.

Esta estructura, además de ser organizativamente hablando más eficiente porque reduce tiempos de desplazamientos, es mucho más interesante desde la óptica de la calidad en la atención porque permite orientar el funcionamiento de estos equipos hacia una lógica de comunidad de cuidados dada la concreción de su ámbito de acción y las posibilidades que ello supone de detectar, concretar y aprovechar recursos comunitarios y de buena vecindad.

Además, este tipo de organización permite reducir de forma importante el deterioro del servicio ante la necesidad de sustitución de personal ya que dichas sustituciones se realizan entre los miembros del equipo que, al ser un número reducido, permiten de mejor manera que la persona atendida conozca no solo al auxiliar de ayuda a domicilio que lo atiende habitualmente sino a aquellos que pueden sustituirle ante determinadas circunstancias. De igual forma, en este tipo de organización la atención a una persona concreta no es misión exclusiva, aunque sí más habitual, de un/a profesional determinada que será el o la auxiliar

de referencia para esa persona, sino del conjunto de auxiliares de ayuda a domicilio del equipo que conocen su situación y las características del servicio que se le presta.

Más allá de la figura del profesional de referencia de los servicios sociales que ha quedado descrita anteriormente, a modo descriptivo, el equipo profesional básico de un servicio de Ayuda a Domicilio, sea externalizado o no por la administración responsable, lo compone el personal auxiliar de ayuda a domicilio, las personas coordinadoras de la tarea de dichos profesionales y el equipo interdisciplinar de apoyo que hemos planteado como imprescindible compuesto por profesionales de la fisioterapia, de la terapia ocupacional y de la psicología. Además de estos profesionales, a nivel organizativo también pueden sumarse ayudantes de coordinación y personal administrativo.

A continuación, se describen de forma general los contenidos de tales roles y la relación entre ellos para llevar a cabo el trabajo.

36ª PROPUESTA

En este tipo de organización adquiere un valor añadido la figura profesional del Auxiliar de Referencia

6.2.1.- Las/los coordinadoras/es

En conexión directa con el

**IDEA 14
UNA AYUDA A DOMICILIO CON
EQUIPOS PROFESIONALES
DISTINTOS**

profesional de referencia de los servicios sociales y dependiendo del número de personas atendidas y auxiliares de ayuda a domicilio que las atiendan, es necesaria otra figura profesional que es la del Coordinador de Equipo.

Proponemos la evolución de esta figura como mentor/a de personas atendidas y entrenador de auxiliares de ayuda a domicilio, de forma

que su dedicación se centre en apoyar y acompañar, eliminando tareas de gestión de presencia o puramente burocráticas que pueden hacer otras herramientas.

Actualmente disponemos como coordinadores/as de perfiles profesionales del ámbito de la intervención social que están capacitadas para realizar una labor de apoyo, de acompañamiento, de detección precoz de problemáticas, etc. Sin embargo, estas y estos profesionales se encuentran limitados, en muchos casos en la actualidad, a la realización de tareas burocráticas y de gestión, que podrían hacer herramientas digitales u otros profesionales con otro perfil.

Se facilitaría con ello la realización de una verdadera intervención social, en coordinación con los profesionales de referencia de los Servicios Sociales y podrían centrarse en la intervención, las visitas domiciliarias, la resolución de incidencias con las propias personas, trabajando con la realidad de las personas usuarias, el trabajo de calle, escuchando a la persona usuaria, conociendo sus hábitos, gustos y las relaciones sociales.

Se trata de profesionales con titulación de Grado y con conocimientos y experiencia en la materia que deben asumir la interlocución directa con los/las profesionales de referencia de los servicios sociales para la puesta en marcha del Plan Individualizado de Ayuda a Domicilio, para su seguimiento y para la adaptación progresiva del mismo a las necesidades y deseos de la persona atendida.

Se debe responsabilizar de la orientación, asesoramiento, organización y supervisión del trabajo de las auxiliares de Ayuda a Domicilio a ser posible distribuidas en pequeños equipos (no más de 15 profesionales) con el encargo de cubrir las necesidades de ayuda a domicilio en un área geográfica concreta que puede ser un barrio en las ciudades, un pequeño municipio o una agrupación de aldeas o núcleos de población en los entornos más rurales.

Este trabajo de coordinación debe realizarse escuchando, orientando, apoyando y procurando el mejor ambiente laboral buscando permanentemente el equilibrio entre jornadas laborales y encargos de cada auxiliar de ayuda a domicilio y las necesidades de conciliación de cada una de ellas.

Deben, además, ser intermediarios/as entre la familia, la entidad prestadora del servicio, y la persona usuaria, detectar necesidades en el personal y en la persona atendida, intervenir en mediación en caso de existencia de problemas o conflictos entre el personal y del personal con las personas usuarias o viceversa y deben coordinarse con los distintos servicios para procurarles una atención integral.

Nos parece desafortunada la denominación de “gestor de casos” que en algunas experiencias han utilizado para identificar estas o parecidas tareas de coordinación. En primer lugar porque tal denominación nos vuelve a centrar el foco en la cosificación de las personas convirtiéndolas “en casos a gestionar” y, en segundo lugar, porque tal denominación induce a concentrar en estos profesionales de la coordinación competencias de gestión administrativa, laboral, de recursos humanos que, como hemos dicho anteriormente, para no restar tiempos a las tareas descritas que consideramos esenciales, deben estar diferenciadas, a ser posible, en otros profesionales con perfil más administrativo o de gestión.

6.2.2.- El auxiliar de ayuda a domicilio.

En el modelo que proponemos, se concibe al Auxiliar del Servicio de Ayuda a Domicilio como un cuidador/a comunitario avanzado/a; con mayor competencia en el acompañamiento, con más herramientas, con más conocimientos y con mayor capacidad de decisión sobre el desarrollo cotidiano de la intervención.

El Auxiliar de Ayuda a Domicilio es la persona que representa, por excelencia, la proximidad en la atención. La responsabilidad que asume y la complejidad de la tarea que se le encomienda desde el nuevo modelo de Ayuda a Domicilio que proponemos, excede con mucho la

cualificación profesional y el status laboral y profesional de que disponen en la actualidad. Es imprescindible poner en valor este perfil, mejorando y adaptando a los nuevos requerimientos los contenidos de su formación, dotándola de mayor especialización en la atención de colectivos y problemáticas concretas y convirtiendo la figura profesional en un auténtico especialista de apoyos comunitarios integrados y avanzados en el domicilio.

Para ello es necesario dotarles de nuevas herramientas de conocimiento y especializarlos, al menos en un porcentaje concreto de la plantilla de cada prestadora de servicio, en temáticas como salud mental, trabajo con infancia, etc. y apoyarlos mediante equipos interprofesionales.

Es imprescindible organizar su trabajo fijándolos a las realidades comunitarias de los barrios permitiéndoles así, a cercanía y el conocimiento de los recursos de la comunidad tanto los de carácter público, como los procedentes del voluntariado y la buena vecindad.

Las tareas que realizan las auxiliares de ayuda a domicilio deben venir especificadas en el Plan Individual de Ayuda a Domicilio elaborado inicialmente por el profesional de referencia de los Servicios Sociales a partir del número de horas asignadas en el PIA si la persona beneficiaria recibe el servicio como prestación del SAAD, o a partir de la prescripción realizada por dicho profesional si la prestación está orientada a otras dificultades para la convivencia personal no relacionadas con la situación de dependencia.

Ya han quedado especificadas en apartados anteriores la diversidad de tareas divididas entre las de atención a la persona y las de atención al domicilio o doméstica.

Actualmente el perfil de persona usuaria está cambiando, cada vez son más las personas usuarias valoradas e incorporándose al servicio con Grado I, personas autónomas y con apoyos familiares, en estos casos la o el AAD se encuentra con la limpieza del domicilio como tarea principal, “etiquetados/as” como personal

de limpieza en lugar de enfocarlo hacia un servicio orientado a la promoción de la autonomía personal.

Para contribuir a la evolución hacia el nuevo modelo, es trabajo de todos/as y especialmente de los Servicios Sociales y los agentes implicados, sensibilizar a las familias, a los apoyos vecinales, a las propias personas usuarias en la dirección de que el profesional de ayuda a domicilio, además o junto a las tareas domésticas, puede y debe hacer una labor mucho más interesante para la persona atendida en términos de su bienestar emocional y mantenimiento de las relaciones sociales y el contacto con la comunidad.

Por otro lado, es necesario tener en cuenta que, desde el enfoque que perseguimos de la ACP, si la persona usuaria está capacitada para tomar sus propias decisiones, debe ser él o ella quien lo haga, quien decida cómo quiere ser cuidado y no la familia y/o vecinos los que intervengan por la persona usuaria infantilizando así el servicio. Cualquier tarea, actividad, horario a modificar debe estar siempre consensuado entre persona usuaria y coordinador/a con el objetivo de cubrir la necesidad de la persona usuaria, así como lo recogido en el PIA.

Algunas experiencias han optado por organizarse haciendo el encargo a alguno/ de los/las profesionales de atención directa de desarrollar la función, respecto de un número concreto y siempre medido de personas usuarias, de ser la referencia directa de la persona usuaria, en el marco del Plan Individual de Ayuda a Domicilio diseñado por el profesional de referencia de los servicios sociales.

En algunas de esas experiencias, entre los encargos de estos profesionales, figuran la adaptación cotidiana y diaria del mencionado Plan Individual a las necesidades de la persona y a las circunstancias cambiantes en las que se debe desarrollar la atención domiciliaria, para el contacto cotidiano con otros profesionales intervinientes en el domicilio y la adaptación fina con ellos de lo previsto en el Plan Individual, para el contacto habitual y pautado con

el profesional de referencia de los servicios sociales, etc.

Ya hemos mencionado que, en nuestro modelo, estas tareas de adaptación cotidiana en contacto con el profesional de referencia de los servicios sociales corresponden a los/las coordinadores/as y por tanto, no las concebimos como responsabilidad de los/las auxiliares de ayuda a domicilio. Sin embargo, sí nos parece una buena práctica la designación de uno de los/las profesionales de atención directa como auxiliar de referencia para cada persona usuaria en el contexto organizativo que hemos propuesto de pequeños equipos de profesionales con un coordinador o coordinadora que se encargan en equipo de la atención de las personas usuarias radicadas en una realidad territorial concreta ya sea barrio en los ambientes urbanos o pequeño municipio o agrupación de aldeas en los ámbitos más rurales.

El/la auxiliar de ayuda a domicilio de referencia es, de entre el equipo que atiende o puede atender a la persona, aquel/lla que la persona usuaria ha elegido como de su mayor confianza, con el que se siente más cercano o con quien tiene mayor empatía y por todo esto, lo atiende más habitualmente.

Por ello, la importancia de este nuevo compo-

atendida, el mantenimiento de su capacidad de elección y el equilibrio de relaciones con el resto del personal incluido el de coordinación y con el servicio en general.

No nos parece adecuada la denominación de “profesional de referencia” porque induce a confusión con el papel que las leyes autonómicas asignan a los profesionales de los servicios sociales. Apostamos por la denominación de Auxiliar de Referencia para limitarlo a los profesionales de la atención directa que, como hemos dicho, es la cualidad esencial del rol.

6.2.3.- El equipo interdisciplinar de apoyo

Para el modelo de ayuda a domicilio que planteamos es imprescindible la existencia de equipos interdisciplinares que se ocupen de asesorar /formar al personal de atención directa, a los/las coordinadores/as, familiares, etc. como es el caso por ejemplo de profesionales del ámbito de la psicología, que pueden formar, asesorar, apoyar a los auxiliares de ayuda a domicilio para su intervención con personas con deterioro cognitivo, o pueden realizar talleres grupales con personas cuidadoras; o en el mismo sentido profesionales que puedan trabajar desde la perspectiva funcional, como Terapeutas Ocupacionales o Fisioterapeutas dependiendo de la necesidad. La implementación

37ª PROPUESTA

Todos los equipos deben contar, aparte del personal administrativo y de gestión necesario, con profesionales coordinadores con titulación de Grado en Trabajo Social en una ratio de 15 auxiliares por Coordinador/a

38ª PROPUESTA

L@s Auxiliares de Ayuda a Domicilio deben tener mayor capacidad de decisión en el desarrollo cotidiano del apoyo. La persona usuaria debe poder elegir un/a de ell@s como su Auxiliar de referencia

39ª PROPUESTA

En los procesos de acreditación se debe establecer el requisito de contar con equipos de apoyo constituidos por profesionales de la psicología, la terapia ocupacional y la fisioterapia

nente del rol del auxiliar de ayuda a domicilio radica en la confianza mutua y la proximidad, en lo cotidiano del contacto y en la particularidad de que ese contacto se establezca en el propio domicilio y puede ser crucial a la hora de concretar las preferencias de la persona

de estos perfiles puede dar respuesta a las necesidades por ejemplo de personas con Grado I y frenar el deterioro de las mismas, manteniendo su calidad de vida, interviniendo incluso de forma grupal.

Estos equipos, como ya avanzan varias experiencias, podrían diseñar y aplicar procesos de formación y especialización de los AAD en la intervención con colectivos de especial vulnerabilidad (enfermedad mental, infancia, grandes dependencias, etc.) y/o en temáticas como accesibilidad universal y prevención de caídas,

desarrollando nuevos perfiles como los de “Agente de entrenamiento preventivo” y “Técnico de autonomía y prevención”; o especializando a AAD para desarrollar una labor de promoción de autonomía, u otras para el entrenamiento y capacitación digital realizando acompañamientos con contenido orientado en este sentido.²⁹

7.- LA ORGANIZACIÓN DEL SERVICIO PARA EL NUEVO MODELO DE AYUDA A DOMICILIO

El modelo que proponemos conlleva un salto cualitativo respecto al servicio que estamos dando actualmente. Un salto que supone calidad y empoderamiento profesional y que da un elevado valor potencial a la ayuda a domicilio en cuanto a cohesión territorial y mejora comunitaria siendo ambas un valor y una herramienta fundamentales en la intervención y objetivos de los servicios sociales.

En el documento “El Servicio de Ayuda a Domicilio en España: Manual Práctico de gestión y evolución del enfoque actual” Rodríguez, A., Cruz A. (2021) se reflexiona sobre la gestión actual del servicio de ayuda a domicilio caracterizado por un encorsetamiento provocado por la gestión por horas que limita tanto el desarrollo de las funciones de atención como de las de promoción de la autonomía personal indicando que *“El sistema, en definitiva, está centrado en un modelo de gestión basado en datos cuantitativos (cuántas personas) pero no en datos cualitativos, es decir, en qué tipología, calidad u oportunidades ofrece la atención que se presta (no por tanto en atención centrada en la persona).”* Rodríguez, A., Cruz A. (2021, pp. 114-116).

En el proceso de cambio hacia el nuevo modelo de la Ayuda a Domicilio, debemos considerar cómo a menudo algunos cambios aparentemente sencillos e incluso la propia vuelta al origen de la concepción del servicio, pueden mejorar la vida de las personas usuarias evolucionando el objeto del servicio a su razón de ser

social y comunitaria, apoyando a las personas para promover su autonomía personal, reconfigurando y profesionalizando el rol del personal implicado y potenciando el valor del Servicio hacia el desarrollo de cuidados comunitarios avanzados.

Para todo ello, proponemos cinco cambios conceptuales y organizativos:

7.1.- Evolución de la gestión por horas a la gestión por Planes personales de apoyos:

La Ayuda a Domicilio actual está enfocada a la gestión y producción del servicio por horas. Para desarrollar apoyos comunitarios avanzados adaptándonos a las necesidades de la persona, con atención integrada y de calidad es necesario ayudar y apoyar con tacto, sin prisas.

Al mismo tiempo, es preciso automatizar los procesos administrativos o de gestión para reducir la carga burocrática, hacer más eficientes los procesos de gestión y, con ello, mejorar la intervención aportando tiempo.

Es imprescindible, por tanto, apoyarnos en la digitalización de procesos como los de comunicación interna y externa con y del personal del servicio, con los servicios sociales de referencia o incluso la coordinación con otros servicios como los de salud.

Este planteamiento organizativo permitirá dar además un enfoque más comunitario a la intervención, es decir un salto organizativo y conceptual. Hablamos de procesos y necesidades que hay que convertir en procesos de apoyo a las actividades de la vida diaria y de planes de vida de las personas, que pueden incluir actividades colectivas por barrios, favoreciendo la prevención de la soledad no deseada.

Si conseguimos automatizar esos procesos de gestión podríamos dedicarle tiempo suficiente y necesario para que mejoremos ese apoyo y el equipo profesional pueda conseguir desempeñar roles centrados en el apoyo y la promoción de autonomía, como se mencionaba en el punto anterior, individual o colectivo. Para ello se necesita contar con los recursos adecuados

²⁹ Fuente: www.ageinglab.org

tanto tecnológicos como de estructura organizativa-documental, basados en un cambio conceptual sobre el servicio, centrados en la necesidad de la persona y sus procesos de apoyo para desarrollar el Plan de Vida, más allá de las horas de prestación.

7.2.- Del concepto de la Ayuda a Domicilio como gasto social al enfoque como inversión en desinstitucionalización y en conciliación familiar:

Para dar el salto cualitativo que proponemos para el Servicio de Ayuda a Domicilio es imprescindible dejar de entenderlo como un gasto social y pasar a contemplarlo como inversión en desinstitucionalización y su perspectiva de cuidado social y comunitario, es decir entendiéndolo como una forma de mantener a la persona en su entorno durante el mayor tiempo posible con la mayor calidad en la atención y el apoyo posible; así como facilitar la conciliación de la vida familiar, suponiendo que mantenerse en el hogar sea una opción sin la necesidad de que hijos, hijas, parejas u otros asuman el rol permanente de ayuda a la persona, cuenten por tanto con apoyos y puedan desarrollar su propia vida.

Como señala Rogero García (2009) el “cuidado informal” o cuidado no profesional, tiene tantos beneficios como aspectos negativos relacionados con la salud, la economía y las relaciones sociales de las personas que toman la decisión de cuidar, que puede ser por iniciativa propia, pero también por decisión familiar, por ser la única persona que podría o porque lo solicita la persona receptora, lo cual hace dicha relación de cuidado más compleja.

7.3.- Otra forma de organizarse para conseguir un enfoque integral y comunitario:

Desde nuestra óptica es importante que el personal de coordinación tenga un perfil social (Profesionales del Trabajo Social), pero además que pueda orientar sus conocimientos hacia la transformación de la realidad social de la

persona usuaria para mantenerla o hacerla más autónoma. Pudiendo desarrollar el Plan Individual de Ayuda a Domicilio adaptado a través del “plan del día” de cada persona como parte operativa y actualizada de su planificación.

Se trata de pasar de la gestión de casos a la gestión de la atención a través de visitas y llamadas de seguimiento, evaluando la mejora o las necesidades de cambio, acompañando a las auxiliares de ayuda a domicilio, agentes clave del servicio, a poder mejorar desde una perspectiva global y no solo funcional, el bienestar de la persona atendida. En definitiva, poner el foco en la *“mejora de los contenidos de los servicios proporcionados de modo que ofrezcan más respuestas, sean más flexibles y estén mejor adaptados a los deseos y necesidades de las personas que los reciben”*³⁰

En este contexto el/la auxiliar de ayuda a domicilio es la persona que dinamiza y aplica el Plan acompañado/a y tutorizado/a por el/la coordinador/a, organizados en grupos pequeños de intervención por barrios para permitirles conocer las características y necesidades de éstos y, en consecuencia, contribuir a promover un entorno saludable y sostenible en el que puedan hacer intervenciones grupales enfocadas a la promoción de la autonomía personal en el propio entorno e incluso grupos de apoyo para personas cuidadoras.

7.4.- De la persona como receptora de un servicio a la persona protagonista del mismo:

En el modelo que proponemos es imprescindible dar voz a la persona usuaria y no solo a las familias. La persona debe poder decidir sobre las tareas a realizar y cómo realizarlas, sobre todo en el caso de las tareas domésticas. En este sentido, en Dinamarca, ya desde el año 2003, los ayuntamientos tienen la obligación de ofrecer tanto la posibilidad de la libre elección de proveedor como de “la ayuda a domicilio flexible”. En todo caso, pudiendo realizar cambios de tareas con una cierta frecuencia

³⁰ Rodríguez, P. 2015, pp. 811. Extraído de Challis, 1990: 10; véase también Challis & Davies, 1986; Challis et al., 1989.

por parte de la persona usuaria y si son muy frecuentes solicitando alguna de las partes nueva valoración de su necesidad.³¹

7.5.- De lo analógico a lo digital. del papel al archivo virtual

La tecnología ya ha mostrado que puede ayudarnos a funcionar de forma diferente. Se trata de ponerla al servicio del cambio conceptual y de paradigma que proponemos y no al mantenimiento del enfoque centrado en el servicio en lugar de en la persona.

Por tanto, no se trata de que la tecnología nos siga permitiendo, exclusivamente como hasta ahora, el control de horas, profesionales, cambios e incidencias. Se trata, en primer lugar, de que la digitalización de esas tareas revierta en tiempos de mejora de la atención en los profesionales y no solo en la mejora del equilibrio de costes del servicio.

Pero sobre todo se trata, en segundo lugar, de que seamos capaces de extraer todas las potencialidades de las tecnologías de la información y la comunicación en cuanto a los aspectos relacionados con la seguridad de las personas usuarias y de los/las profesionales, con el seguimiento de la adaptación del servicio a las necesidades y preferencias de las personas que lo reciben, con la conectividad entre profesionales, personas usuarias, familia y otros cuidados del Plan Personal de Apoyos o los relacionados con apoyos remotos a la persona que permitan incrementar y mejorar la continuidad en la atención y su conexión con la comunidad, etc.

8. ESTÁNDARES DE CALIDAD DEL SERVICIO

Pocos servicios como la Ayuda a Domicilio, en los que el papel de la calidad esté o deba estar, tan directamente vinculado a la persona que recibe la ayuda y a quienes conviven con ella. Un servicio cuya expresión es un contacto personal directo en el escenario más íntimo de la vida y la convivencia personal (el propio domicilio). De ahí que, al hablar de calidad de este

servicio, el factor humano tenga un papel más trascendente aún que el que debe tener en cualquier ámbito de la prestación de servicios personales.

En la actualidad, el Gobierno, a través del Plan de Choque en Dependencia, aprobado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y el Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia en enero de 2021 y acordado en la Mesa de Diálogo Social en Dependencia, ha establecido, entre otros objetivos, el de mejorar los servicios y prestaciones para garantizar la atención adecuada de las personas dependientes, preferiblemente mediante servicios profesionales de calidad, y asegurar que las condiciones laborales y profesionales de las personas que trabajan en el SAAD son adecuadas como garantía de la calidad de esa atención.

Es evidente que el cumplimiento de este objetivo en lo que respecta al servicio de Ayuda a Domicilio tiene que tener en cuenta la evolución experimentada en el mismo sobre todo a raíz de la aprobación de la Ley de Dependencia ante el aumento exponencial de demandas, la experiencia tenida por las personas trabajadoras de los servicios sociales y de empresas y entidades prestadoras de los servicios en todos estos años. Igualmente hay que tener en cuenta el afloramiento de nuevos derechos en virtud de acuerdos y disposiciones internacionales que comprometen a nuestro país en su cumplimiento como son el Pilar europeo de Derechos Sociales que ratifica el derecho a la percepción de cuidados de larga duración, en particular de ayuda en el domicilio y en el entorno comunitario, y la promoción de la vida independiente; así como la Convención sobre Derechos de las personas con discapacidad que también insiste en la

IDEA 15
UNA AYUDA A DOMICILIO CON UN
MODELO DE CALIDAD DISTINTO

³¹ Rodríguez, P. 2015, pp. 21 extraído de Socialministeriet y Aeldresagen, 2004.

necesidad de asegurar el acceso a, entre otros, servicios de apoyo en el domicilio.

En esta dirección, el propio Plan de Choque prevé la modificación del Acuerdo de Acreditación de Centros y Servicios del SAAD previsto en 2008 teniendo en cuenta al menos, los siguientes puntos:

- El refuerzo de la calidad de los servicios.
- La mejora de las condiciones laborales de las personas que trabajan en ellos.
- Las medidas necesarias para paliar la insuficiencia en el número de profesionales de la que adolece el sector, junto a la estimación de las previsiones de los profesionales necesarios en los próximos años.
- La posible revisión de los precios de los conciertos.
- La adopción de las medidas necesarias para el cumplimiento de estos estándares, incluyendo un refuerzo de las inspecciones.
- Una evaluación del impacto de las medidas que se acuerden sobre el coste de los servicios, para que se asegure su correcta financiación.

Sin duda, la necesidad de operar estos cambios en el modelo de acreditación supone una oportunidad de oro para incorporar los criterios esenciales del nuevo modelo de atención que se pretende a los requisitos, normas e indicadores de evaluación que orienten la acreditación de los servicios en el futuro más próximo.

La acreditación de servicios en base a normas y criterios de calidad estandarizados es esencial para un modelo que pretende aplicar de partida el enfoque de Atención Integral Centrado en la Persona. En este enfoque, el respeto a la capacidad de elección de la persona respecto de las condiciones en las que quiere recibir los servicios y sobre quien quiere que se los preste es un principio básico que necesita de escenarios en los que la persona que debe elegir tenga el mayor número de opciones para hacerlo.

Para ello, de partida, todas las opciones a su alcance financiadas con fondos públicos le deben ofrecer unos mínimos básicos comunes de calidad exigibles por la administración responsable para garantizarle, en condiciones de seguridad, precisamente su capacidad y libertad de elección.

En la propuesta del Gobierno, el nuevo modelo de acreditación parte de cinco principios que deben orientar la atención a las personas dependientes en cualquiera de los recursos o servicios:

- Dignidad y respeto.
- Personalización y atención centrada en la persona.
- Participación, control y elecciones.
- Derecho a la salud y bienestar personal.
- Proximidad y conexiones comunitarias.

Estos principios se concretan en una serie de condiciones irrenunciables adaptadas a las características de cada tipo de servicio y que permiten asegurar su cumplimiento.

De todo ello, se deducen un conjunto de criterios de calidad agrupados, según la propuesta del Ministerio en las categorías siguientes:

- Recursos materiales.
- Recursos humanos.
- Calidad de la atención.
- Evaluación y mejora.

En el modelo de calidad que la AEDYGSS considera necesario para el nuevo enfoque de los servicios de ayuda a domicilio, es imprescindible desviar el foco del proveedor a la persona que los recibe. En lugar de centrar el modelo en la comprobación de requisitos respecto de ratios, materiales y calidad intrínseca de la prestación, debemos aspirar a centrarlo en los resultados de impacto sobre la calidad de vida de las personas.

En lugar de comprobaciones de cumplimiento de requisitos antes de prestar la atención, virar hacia indicadores de resultados tras haberlos prestado.

En lugar de principios de calidad genéricos expresados en normativa, buscar indicadores específicos, concretos, consensuados y centrados en la persona.

Un modelo basado en el conocimiento y la información permanente, detallada y actualizada tanto a la persona que recibe el servicio como a quien lo financia, sobre las características y detalles de quien se lo presta para garantizar la libre elección de la persona y facilitar la rendición de cuentas a ambos.

En consecuencia con lo anterior y en línea con algunas experiencias europeas recientes³² proponemos basar el modelo en seis principios que deben presidir toda atención domiciliaria de los servicios sociales con independencia de que su motivación sea la situación de dependencia u otros problemas que dificulten la convivencia personal:

- Dignidad y respeto.
- Calidez en la atención.
- Personalización y atención centrada en la persona.
- Participación, control y elecciones.
- Derecho a la salud y el bienestar personal.
- Proximidad y conexiones comunitarias.

Por otro lado, nos parece imprescindible dejar claro que una cosa son las condiciones habilitantes o acreditadoras de que una entidad reúne los requisitos básicos para poder prestar servicios de ayuda a domicilio y otra, bien distinta, es el resultado que consigue, cumplidos esos requisitos, sobre el grado de bienestar de la persona atendida desde la perspectiva, la mirada, la opinión de dicha persona.

Bajo este planteamiento, una organización o entidad debería poder obtener la acreditación demostrando que cumple los requisitos habilitantes y empezar a prestar el servicio; pero debería, también, poder perderla si esos estándares no se mantienen o si los resultados de la

aplicación de los indicadores valorados por la persona usuaria no fueran satisfactorios.

En consecuencia con todo lo anterior, proponemos establecer, por un lado, estándares habilitantes para la acreditación en los siguientes ámbitos o categorías:

- Recursos materiales mínimos imprescindibles con los que cuente la Entidad u organización para llevar a cabo la atención.
- Estructura, organización, equipos y recursos humanos y sus condiciones mínimas imprescindibles para prestar los servicios alineados con los seis principios que enunciamos antes.
- Plan de aseguramiento de la calidad de que se dota la Entidad.
- Solvencia técnica y financiera de la Entidad.

Pero, por otro lado, la aplicación de los seis principios enunciados más arriba debe conseguir seis resultados apreciados o no por la persona en su vida diaria a partir de la recepción del servicio:

Resultado 1:

Experimento una atención y un apoyo domiciliario de alta calidad que son adecuados para mis circunstancias y proyecto de vida.

Resultado 2:

Todas las decisiones sobre la atención y apoyo que recibo en mi domicilio están participadas por mí y he podido elegir quién, cuándo, cómo y dónde se me presta.

Resultado 3:

Tengo confianza en las personas profesionales que vienen a mi domicilio para cuidarme y apoyarme.

Resultado 4:

La organización que me presta atención y apoyo en mi domicilio es de mi confianza y adapta su funcionamiento a mis deseos y circunstancias.

Resultado 5:

³² "Health and Social Care Standards. My support, my life" Secretary for Health and Sport. Scottish Government.

Experimento un entorno de alta calidad en mi atención y he podido comprobar que la organización respeta las condiciones acordadas conmigo y cumple con los requisitos establecidos para el servicio que recibo.

Resultado 6:

La atención y el apoyo domiciliario que se me presta me permite estar conectado, si quiero, a la vida de la comunidad a la que pertenezco y acceder a aquellos de sus servicios y recursos que me son útiles y aceptables.

La valoración de si se consiguen estos resultados debe hacerse a través de indicadores que, tengan como base imprescindible la opinión de las personas usuarias utilizando variables expresadas de manera clara, concisa y adaptada a su nivel de entendimiento y capacidad de comunicación, recabadas de forma que se asegure la limpieza, transparencia y honestidad del proceso.

Además, deberán informar sobre la forma, estrategias y tácticas a través de las cuales se consigue el cumplimiento de los seis principios expresados para cada uno de los seis resultados esperados.

Para ello, puede resultar de utilidad el modelo de Calidad de Vida ideado por Shalock y Verdugo que está consolidado en el sector de las personas con discapacidad, y puede, perfectamente encajar en el de las personas mayores. (Escala GENCAT y FUMAT)³³

40ª PROPUESTA

Distinguir entre requisitos habilitantes para la prestación del servicio y requisitos de calidad basados en la valoración de la persona usuaria. El incumplimiento de cualquiera de los dos debe ser causa de pérdida de la acreditación

41ª PROPUESTA

La calidad percibida por la persona usuaria debe explorar los factores:

- Dignidad y respeto.
- Calidez en la atención.
- Personalización.
- Participación y elecciones.
- Bienestar personal.
- Proximidad y conexiones

³³ “Bases para un nuevo Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y

servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)”

BIBLIOGRAFÍA

- García Herrero, G. (2010). *El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada. Análisis y reflexiones sobre el presente y el futuro del Servicio de Ayuda a Domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia*. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales y Consejo General DTSYAS.
- García Herrero, G., & Relator. (2018). *La coordinación de los servicios sanitarios y sociales. Un discurso por una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales*. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Obtenido de directoressociales.com.
- Gutiérrez, E. M. (2021). Tendencias recientes de la población en las áreas rurales y urbanas de España. *Documento Ocasional del Banco de España*.
- María Prieto-Bueno, J., & Cantero Garlito, P. A. (2020). Situación ocupacional y recursos sociales de las mujeres mayores en situación de dependencia atendidas por un servicio de ayuda a domicilio en el ámbito rural. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional*. Disponible en <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1974>.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 41, 209-231.
- Martínez Rodríguez, T. y. (s.f.). *EL DESARROLLO DE NUEVOS SERVICIOS DE PROXIMIDAD PARA LA ATENCION DE PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN ZONAS RURALES*. Obtenido de www.cesic.es: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/martinez-desarrollo-01.pdf>
- MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030. (2021). *Bases para un nuevo acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)*.
- MINISTERIO DE POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España*.
- Rodríguez Rodríguez, P., & Coord. (2015). *Innovaciones para vivir bien en casa. Cuando las personas tienen una situación de dependencia. Atención domiciliaria, Accesibilidad en la vivienda, Coordinación de Servicios, Centros Multiservicios, TIC*. Fundación PILARES.
- Rodríguez, G. A. (2021). *El Servicio de Ayuda a Domicilio en España: Manual Práctico de gestión y evolución del enfoque actual*. Madrid: Dykinson.
- RODRÍGUEZ, P. (s.f.). "La atención integral centrada en la persona", , Imsero, Madrid, 2010. *Informes Portal de Mayores*, N° 116.
- Rogero García, J. (2009). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Colección de estudios sobre dependencia*. Madrid: IMSERSO Colección Estudios. Serie Dependencia.
- Sanz Tolosana, E. (2018). Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra, España. *Saúde Soc. São Paulo*, v.27, n.3., 898-908.
- Secretary for Health an Sport. Scottish Government,. (2017). *Health and Social Care Standards: My Support, My Life*.
- Tapia-Haro, R., Pérez Marmol, J., & Moreno Lorenzo, C. (Noviembre de 2016). *Diferencias funcionales, ayudas técnicas y barreras arquitectónicas en el entorno rural y urbano en personas mayores dependientes*. Obtenido de www.revistatog.com: <http://www.revistatog.com/num24/pdfs/original2.pdf>
- García Herrero, G. (2010). *El servicio de ayuda a domicilio en la encrucijada. Análisis y reflexiones sobre el presente*

- y el futuro del Servicio de Ayuda a Domicilio, tras la implantación del Sistema de Atención a la Dependencia.* Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales y Consejo General DTSYAS.
- García Herrero, G., & Relator. (2018). *La coordinación de los servicios sanitarios y sociales. Un discurso por una atención humanizada y de calidad, y en defensa de los derechos sanitarios y sociales.* Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales. Obtenido de directoressociales.com.
- Gobierno de España. (2010). *Programa de desarrollo rural sostenible (2010-2014): Situación y diagnóstico del medio rural en España.* Obtenido de www.mapa.gob.es: https://www.mapa.gob.es/es/desarrollo-rural/planes-y-estrategias/ley-para-el-desarrollo-sostenible-del-medio-rural/2.Estrategia%20desarrolloruralsoostenible_tcm30-152122.pdf
- Gutiérrez, E. M. (2021). Tendencias recientes de la población en las áreas rurales y urbanas de España. *Documento Ocasional del Banco de España.*
- María Prieto-Bueno, J., & Cantero Garlito, P. A. (2020). Situación ocupacional y recursos sociales de las mujeres mayores en situación de dependencia atendidas por un servicio de ayuda a domicilio en el ámbito rural. *Cadernos Brasileiros de Terapia Ocupacional.* Disponible en <https://doi.org/10.4322/2526-8910.ctoAO1974> .
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2013). La atención centrada en la persona. Enfoque y modelos para el buen trato a las personas mayores. . *Sociedad y Utopía. Revista de Ciencias Sociales*, n.º 41, 209-231.
- Martínez Rodríguez, T. y. (s.f.). *EL DESARROLLO DE NUEVOS SERVICIOS DE PROXIMIDAD PARA LA ATENCION DE PERSONAS MAYORES QUE VIVEN EN ZONAS RURALES.* Obtenido de www.cesic.es: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/martinez-desarrollo-01.pdf>
- MINISTERIO DE DERECHOS SOCIALES Y AGENDA 2030. (2021). *Bases para un nuevo acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD).*
- MINISTERIO DE POLÍTICA SOCIAL E IGUALDAD. (2011). *Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España .*
- Rodríguez Rodríguez, P., & Coord. (2015). *Innovaciones para vivir bien en casa. Cuando las personas tienen una situación de dependencia. Atención domiciliaria, Accesibilidad en la vivienda, Coordinación de Servicios, Centros Multiservicios, TIC.* Fundación PILARES.
- Rodríguez, G. A. (2021). *El Servicio de Ayuda a Domicilio en España: Manual Práctico de gestión y evolución del enfoque actual.* . Madrid: Dykinson.
- RODRÍGUEZ, P. (s.f.). “La atención integral centrada en la persona”, , Imsero, Madrid, 2010. *Informes Portal de Mayores, N° 116.*
- Rogero García, J. (2009). *Los tiempos del cuidado. El impacto de la dependencia de los mayores en la vida cotidiana de sus cuidadores. Colección de estudios sobre dependencia.* Madrid: IMSERSO Colección Estudios. Serie Dependencia.
- Sanz Tolosana, E. (2018). Crisis, austeridad y áreas rurales: estudio cualitativo de las percepciones sobre los impactos en el sistema sanitario y la salud en Navarra, España. *Saúde Soc. São Paulo*, v.27, n.3., 898-908.
- Secretary for Health an Sport. Scottish Government,. (2017). *Health and Social Care Standards: My Support, My Life.* .
- Tapia-Haro, R., Pérez Marmol, J., & Moreno Lorenzo, C. (Noviembre de 2016). *Diferencias funcionales, ayudas técnicas y barreras arquitectónicas en el entorno rural y urbano en personas*

mayores dependientes. Obtenido de
www.revistatog.com:
[http://www.revistatog.com/num24/pdfs/
/original2.pdf](http://www.revistatog.com/num24/pdfs/original2.pdf)

The World Health Organization Quality of life
assessment. (1995). Position Paper from
the World Health Organization. *Soc.
Sci. Med. Vol. 41, N° 10, pp. 1.403-
1.409.*