

### **4. Los Servicios Domiciliarios**

#### **4.1. Conceptualización y Objetivos de los SAD**

Sin entrar a analizar la atención domiciliaria de índole sanitaria, que se presta fundamentalmente por los equipos de atención primaria y también, por equipos especializados de soporte (PADES, ESAD, equipos domiciliarios de los servicios de Geriátría hospitalaria), vamos a circunscribir nuestra atención a los servicios de ayuda a domicilio (SAD) prestado por los servicios sociales, sin olvidar la necesaria coordinación que debe existir con la atención domiciliaria dependiente de los centros de salud o de los servicios hospitalarios y que será analizada en otro apartado de este documento.

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

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

También deben incluirse como prestaciones complementarias las reparaciones o adaptaciones de las viviendas, la instalación de aparatos o ayudas técnicas, el servicio de teleasistencia domiciliaria, el servicio de comidas o de lavandería a domicilio, etc.

Aunque los SAD son prestaciones de los servicios sociales dirigidas a toda persona en situación de riesgo de pérdida de niveles de independencia, vamos a referirnos a la ayuda domiciliaria prestada y dirigida a las personas mayores, que constituyen, por otra parte, la gran mayoría de todos los destinatarios de los SAD (alrededor de un 90% de los usuarios del mismo son personas mayores).

##### **4.1.1. Definición de los SAD**

Definimos los servicios de ayuda a domicilio a las personas mayores como:

**Programa individualizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno, prestados en el domicilio de una persona mayor dependiente en algún grado”.**

De la definición que se ofrece, pueden destacarse las notas siguientes, que la clarifican:

- a) Los SAD constituyen un programa individualizado. Por ello es preciso planificar de manera individualizada cada caso, para adaptar con flexibilidad los apoyos necesarios a las peculiaridades concretas del ámbito en el que se interviene y de las circunstancias que rodean a cada persona en su contexto familiar.
- b) Los SAD tienen un carácter preventivo y rehabilitador. Por un lado, intentan prevenir situaciones carenciales que incrementen el riesgo de pérdida de independencia: crear hábitos y estilos de vida saludables con respecto a la higiene, al ejercicio físico, a la alimentación; prevenir caídas o accidentes en el hogar mediante acondicionamientos de la vivienda y utilización de enseres y aparatos (ayudas técnicas); reforzar los vínculos familiares y sociales...

Por otra parte, se pretenden recuperar capacidades funcionales perdidas, mediante entrenamiento de habilidades para actividades de la vida diaria, tales como vestirse, andar, asearse, hacer las tareas domésticas, preparación de alimentos, comer, acudir al servicio con regularidad; también se orienta al refuerzo de la capacidad de la persona mayor para su comunicación con el exterior, para la realización de actividades lúdicas y recreativas, etc.

- c) En el programa de atención domiciliaria se conjugan tanto servicios como técnicas de intervención. Como en el resto de los servicios sociales, no se trata sólo de proveer determinadas prestaciones o servicios que vienen a aliviar insuficiencias o carencias, sino que también es necesario utilizar técnicas de intervención adecuadas para lograr reinstaurar o, al menos, mitigar la dependencia que se haya detectado.
- d) Se trata de servicios y técnicas profesionales. Ello quiere decir que es necesario, en primer lugar, que cada intervención que se realice ha de ser programada, supervisada y evaluada periódicamente por profesionales adecuados (enfermeros/as, trabajadores/as sociales).

En segundo lugar, que los/as auxiliares o trabajadores/as que realizan las tareas planificadas deben haber tenido una fase de formación para desempeñar este trabajo.

- e) Los servicios y técnicas básicos de intervención consisten en atención personal, doméstica, de apoyo psicosocial y familiar y relaciones con el entorno.

La atención personal se desarrolla en actividades de: compañía, conversación y escucha activa, paseos y, sobre todo, asistencia en las principales actividades de la vida diaria, como levantarse/acostarse, bañarse, vestirse, comer, higiene íntima, etc.

Cuando se cuida a una persona que sufre una situación de dependencia importante, hay que llevar a cabo cuidados especiales, como cambios posturales, movilizaciones, orientación tempore espacial, etc., que siempre deben ser pautados y supervisados por profesionales de la enfermería.

La atención doméstica consiste en tareas como: limpieza de la casa, compra de alimentos, cocinar, lavar, planchar, etc. Una parte de la atención doméstica puede ser realizada mediante servicios de comidas o lavandería a domicilio, a través de contratistas o acuerdos con alguna entidad de la zona.

El peso que hasta ahora han tenido en los SAD las tareas domésticas debe ir cediendo el paso al protagonismo del resto de las actividades, puesto que aquéllas pueden ser encomendadas a personal no tan cualificado.

Las actividades de apoyo psicosocial consisten en practicar la escucha activa con la persona mayor, estimularla para que practique el auto cuidado, para que permanezca activa, que se relacione, que salga; en definitiva, todo aquello que fomente su autoestima y la prevención y reducción de la dependencia.

En cuanto se refiere al apoyo familiar, las actitudes de los/as trabajadores/as, mientras realizan la prestación de un SAD, tenderán siempre a reforzar la cohesión familiar, en un espíritu de colaboración y nunca de sustitución del papel de la familia.

Las relaciones de las personas con su entorno es una dimensión que no debe olvidarse en los SAD. Deben estimularse los contactos externos, tanto con las propias redes sociales del usuario/a, como con el conjunto de recursos sociales existentes en la zona del domicilio en el que se está interviniendo.

- f) Los servicios se prestan fundamentalmente en el domicilio de la persona mayor. En ello se diferencia de los ofrecidos en residencias, o en centros de día. Los SAD tienen como uno de sus objetivos fundamentales facilitar que la persona, si éste es su deseo, continúe viviendo en su casa el mayor tiempo posible en condiciones aceptables de dignidad personal.
- g) Los SAD, cuando se dirigen a personas mayores, se trata de aquéllas que presentan algún grado de dependencia.

Las personas mayores en general, según los estudios sociológicos realizados últimamente, temen, más que ninguna otra cosa, perder la independencia funcional, no poder “valerse” por sí mismas para las actividades de la vida diaria, pasar a “dependen” de otros.

Es cuando comienzan a aparecer síntomas de que esto puede pasar cuando debe intervenir mediante la prestación de los SAD. Porque también la investigación ha revelado que las personas mayores mayoritariamente prefieren vivir en su casa mientras les sea posible.

- h) El objetivo básico de los SAD es incrementar la autonomía personal en el medio habitual de vida. Relacionada con la nota anterior, este objetivo, primero de la atención domiciliaria, pretende desarrollar al máximo las posibilidades de la persona mayor de continuar controlando su propia vida, aunque se trate de alguien que es dependiente para determinadas actividades de la vida diaria.

### 4.1.2. Objetivos generales de los SAD

Sin ánimo de exhaustividad, y aunque pueden deducirse de lo indicado con anterioridad, se destacan; como objetivos fundamentales de los SAD, los que aparecen indicados en el cuadro siguiente:

#### OBJETIVOS DE LOS SAD

- Incrementar la autonomía de la persona atendida, y la de su familia, para que aquélla pueda permanecer viviendo en su casa el mayor tiempo posible manteniendo control sobre su propia vida.
- Conseguir cambios conductuales en la persona tendentes a mejorar su calidad de vida.
- Facilitarle la realización de tareas y actividades que no puede realizar por sí sola, sin interferir en su capacidad de decisión.

- Fomentar el desarrollo de hábitos saludables (alimentación, higiene, ejercicio físico...).
- Adecuar la vivienda a las necesidades de la persona atendida, mediante reparaciones, adaptaciones y/o instalación de ayudas técnicas.
- Potenciar el desarrollo de actividades en la propia casa y en el entorno comunitario, dentro de las posibilidades reales de la persona.
- Aumentar la seguridad y la autoestima personal.
- Potenciar las relaciones sociales, estimulando la comunicación con el exterior, y paliar así posibles problemas de aislamiento y soledad.
- Mejorar el equilibrio personal del individuo, de su familia, y de su entorno mediante el reforzamiento de los vínculos familiares, vecinales y de amistad.
- Favorecer la prevalencia de sentimientos positivos ante la vida, desterrando actitudes nihilistas y autocompasivas.

La prestación y desarrollo de unos servicios de ayuda a domicilio de calidad, debe tener en cuenta un conjunto de dimensiones a la hora de planificarlos y diseñar los aspectos organizativos. Fundamentalmente, hay que tener en cuenta aspectos como la extensión de los SAD y su intensidad horaria, elementos que determinan la eficacia y calidad de estos servicios.

Además de estos aspectos básicos de la organización de los SAD, también es importante atender otros, relacionados con ellos, como son las técnicas de valoración a utilizar, la formación de los/as trabajadores/as, el seguimiento del servicio, el contacto permanente con usuarios/as y familiares, etc.

Normalmente, la institución responsable de la prestación de los SAD es el municipio o, en su defecto, otra corporación local de mayor ámbito territorial, como son las diputaciones provinciales, los cabildos insulares, etc.

En algunos lugares, la prestación se realiza con gestión directa de la corporación local, pero, en la mayoría de los casos, la gestión se concierta con alguna entidad prestataria, como puede ser una cooperativa, una institución sin ánimo de lucro o una empresa.

En cualquier caso, cuando se trata de un servicio público, la responsabilidad de su calidad corresponde siempre a la institución de la Administración de quien depende, ya sea la local, la provincial o la autonómica. Lógicamente, si se trata de servicios prestados por una empresa directamente, las leyes que rigen son las del mercado y serán los clientes quienes, en función de la oferta, decidan libremente sobre la que les resulta más conveniente.

Una cuestión añadida a la complejidad que en sí ya tiene una correcta organización de la atención domiciliaria es su falta de homogeneidad conforme mas adelante comprobaremos al analizar los datos disponibles. No es lo mismo desarrollar los SAD en unos lugares que en otros. Las grandes ciudades, las zonas rurales con población dispersa, la idiosincrasia peculiar de cada ámbito territorial determinan una organización diferente. Tampoco es lo mismo organizar los SAD en un ámbito donde la existencia de recursos de atención es amplia que en lugares donde la nota fundamental es la escasez o precariedad de ellos.

Otra cuestión de interés a la hora de realizar el diseño de la intervención en la atención domiciliaria es la determinación de tareas que asumen los allegados y las complementarias del voluntariado porque los SAD nunca deben debilitar y, mucho menos, destruir las redes naturales de atención a las personas a las que se atiende, ya provengan éstas de relaciones amistosas, de buena vecindad, de la familia o de las organizaciones de voluntariado.

Por ello, siempre ha de tenerse en cuenta qué parte del cuidado y atención que requiere una persona con problemas de dependencia puede y va a ser asumido por las mencionadas redes. Las personas allegadas, lógicamente, pueden asumir todo tipo de tareas. Sólo hay que conocer cuáles de ellas pueden y quieren ser realizadas por las mismas, con el fin de poder planificar el resto de la ayuda para que la lleven a cabo los/as auxiliares de ayuda a domicilio y los servicios sanitarios en la parte que les compete.

### **4.1.3. El rol de los/as auxiliares del SAD o trabajadores/as de atención domiciliaria y el trabajo en equipo**

Los/as trabajadores/as de atención domiciliaria no deben trabajar de manera aislada, sino que deben configurarse siempre como integrantes de un equipo de trabajo. El papel polivalente que cumplen, su estrecha relación con la persona, con la familia de ésta y otros allegados, así como con otros profesionales, fundamentalmente de los servicios sociales, pero también la potencialidad de hacerlo con los sanitarios, confieren a esta profesión un marcado carácter dinámico.

Como ya se ha señalado, el responsable del servicio es casi siempre el/la trabajador/a social de los servicios sociales, y es quien marca en España (al contrario de lo que ocurre en otros países, que son los profesionales de enfermería) las pautas de actuación inicial: tareas a desarrollar en el domicilio, tiempo de dedicación a las mismas, etc. También este profesional es el responsable del seguimiento de cada caso y debe resolver todas las cuestiones, dudas y consultas que les sean planteadas por los/as auxiliares.

Por su parte, éstos/as, además de cumplir escrupulosamente con la realización de sus tareas, deben mantener contacto permanente con el profesional responsable de los SAD para informarle del desarrollo de su trabajo y de los cambios que hayan podido detectarse, con el fin de que pueda reorientarse el plan de trabajo previamente determinado.

Pero, además del necesario y permanente contacto con el/la profesional encargado de la organización del servicio, los/as trabajadores de atención domiciliaria, en ocasiones, sobre todo en los casos de graves dependencias que requieren cuidados especiales, deben establecer también contacto con los/as profesionales sanitarios (médicos/as, enfermeros/as), a quienes deben trasladar los cambios detectados, y de quienes recibirán las indicaciones y orientaciones precisas para realizar mejor su trabajo. En estas situaciones el profesional sanitario, especialmente la/el enfermera/o, debiera convertirse en tutor y en gestor del caso.

Esta intermediación entre los servicios sanitarios y los/as auxiliares de ayuda a domicilio es especialmente necesaria cuando no existen familiares u otras personas allegadas que se ocupen de la persona a la que se atiende. Porque ésta puede ser que no comprenda bien lo que el médico le ha dicho sobre su cuidado o sobre cómo tomar la medicación, y también puede tener dificultades para trasladar los síntomas experimentados o los cambios en su estado de salud.

Los partícipes y protagonistas de esta acción, en la que todos y cada uno de ellos tienen un papel preponderante son:

- la persona mayor
- la familia u otros allegados cuidadores: amistades, vecindad, personas voluntarias
- los profesionales: trabajador/a o auxiliar de atención domiciliaria, trabajador/a social, enfermero/a, otros profesionales (coordinación).

#### **4.2. Evolución de los SAD en el contexto de la UE**

Los servicios domiciliarios comienzan a implantarse en los países escandinavos, Gran Bretaña y Holanda con posterioridad al fin de la II Guerra Mundial, como correlato del triunfo de las ideas acerca del Estado

del Bienestar propugnadas por Beveridge y Keynes y dentro de un contexto amplio de prestaciones universales de seguridad social, que incluye las pensiones, la asistencia sanitaria y los servicios sociales, uno de cuyos pilares lo constituye el SAD.

A los pioneros se les van uniendo la mayoría del resto de los países desarrollados durante las décadas de los 60 y 70, años en los que fueron apareciendo normas sobre su implantación, para después realizarse un desarrollo y extensión generalizada del SAD.

A lo largo de los años 80 comenzaron a realizarse evaluaciones sobre el conjunto de servicios que ofrecía la prestación de atención domiciliaria consolidándose como vía óptima de atención a personas o grupos familiares vulnerables. Se generaliza así la tendencia a considerar estos apoyos como los más idóneos para permitir a las personas con discapacidades o dependencias vivir el máximo tiempo posible en su casa, retrasando o evitando institucionalizaciones innecesarias.

El grupo de países que más ha avanzado en la extensión de la protección social en general y de los SAD en particular, es el constituido por los países nórdicos.

En Dinamarca, más del 30% de personas mayores de 65 años reciben este servicio.

Actualmente la mayoría de los países europeos están en proceso de reformulación de los modelos de gestión de los servicios domiciliarios, buscando fórmulas, inspiradas en los postulados de la gestión de casos, que garanticen la provisión conjunta e integral de los servicios sanitarios y sociales que las personas en situación de dependencia necesitan, así como la complementariedad con los cuidados y atenciones procedentes del entorno familiar, y de las organizaciones de voluntariado.

Estos modelos de gestión se analizarán con más detalle en el capítulo dedicado a los modelos europeos de protección a la dependencia.

En cuanto a la implantación en España de los SAD y, en concreto del servicio de ayuda a domicilio, los primeros datos que poseemos se remontan al año 1990 en el que se realiza el primer estudio sobre el SAD, en colaboración con la FEMP, con motivo de la elaboración del Plan Gerontológico. Desde aquellos 34.181 usuarios de los que daba cuenta esta investigación (Porto. F y Rodríguez, P,1998) a los 228.812 registrados a Enero de 2004 se ha producido una auténtica transformación no sólo en su faceta cuantitativa sino en la concepción y fórmulas de prestación de este servicio.



La rápida implantación municipal que se produce en la primera década de los 90, gracias al impulso que significó la puesta en marcha en 1988 del Plan Concertado para el Desarrollo de Prestaciones Sociales en las Corporaciones Locales. De 9.997 usuarios contabilizados en 1989 pasamos a 63.712 en 1995 lo que, en todo caso, suponía un escaso índice de cobertura, que no superaba el 1.05%. Los servicios que se prestaban eran casi exclusivamente domésticos.

Pero el perfil de necesidades de las personas que hoy acceden al SAD es muy diferente: Niveles moderados y a veces altos de dependencia, mayor edad, viviendas en mejores condiciones, en muchos casos menores redes sociales y soledad en el modelo de convivencia.... En definitiva, hemos pasado de cubrir necesidades básicas centradas fundamentalmente en las tareas domésticas de personas mayores que se valían por si mismas, a afrontar las necesidades de cuidado para la realización de las actividades de la vida diaria de personas muy mayores, en situación de dependencia, solas y que no desean pasar los últimos años de su vida en una residencia.

Aunque es innegable el importante incremento de este servicio a lo largo de este periodo, hay que insistir en su insuficiencia para responder a las necesidades que están suficientemente detectadas. Es claro (y paradójico) que existe una clara incoherencia entre el discurso oficial que ha sido ampliamente difundido basado en el lema "envejecer en casa" como fórmula idónea del bienestar de las personas mayores y el esfuerzo real que se está realizando desde las diferentes administraciones públicas para adaptarse a las nuevas demandas de las personas dependientes y de sus cuidadores familiares. Esta incoherencia es todavía más flagrante cuando observamos las preferencias de los ciudadanos españoles, cuando se les pregunta dónde les gustaría vivir cuando lleguen a la vejez, como veremos más adelante.

### **4.2.1. Características actuales del servicio de ayuda a domicilio**

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

Como hemos dicho anteriormente el número total de usuarios del SAD a enero de 2004 asciende a 228.812, lo que significa que de cada 100 personas de 65 y más años, algo más de 3 utilizan este recurso. Como se puede observar en el gráfico nº 6 y 7, este índice de cobertura prácticamente se ha doblado en los últimos 5 años, aunque el incremento en valores absolutos sea algo mayor, ascendiendo a 116.015 usuarios

nuevos (23.203 nuevos usuarios como media anual). Sin embargo, el incremento de la población mayor de 65 años , que ha supuesto 537.062 personas en el periodo 1999-2004, hace que el aumento del índice de cobertura sea escaso a pesar de los esfuerzos que desde las administraciones públicas se están realizando para generalizar este servicio.

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

Esta última Comunidad Autónoma, con un porcentaje de 7,41 usuarios por cada 100 mayores de 65 años, supera en más del doble el índice medio nacional que alcanza con 3,14%. Por otra parte existen Comunidades Autónomas, como Comunidad Valenciana, Cantabria, Murcia, Galicia o País Vasco que se sitúan por debajo del 2% de cobertura (Gráfico nº 9; Tabla nº 5).

### **4.2.1.1. Intensidad horaria**

A pesar de que el índice de cobertura y el número de usuarios de un servicio sean los indicadores más frecuentemente utilizados, en el caso del SAD la intensidad horaria es un aspecto que matiza, cuando no determina, la esencia de este recurso. Así, nos encontramos con Comunidades Autónomas como Galicia y País Vasco con 29 y 25 horas mensuales de atención por usuario respectivamente, mientras que Andalucía, Aragón, Canarias y Navarra están en torno a 10 horas de intensidad horaria (ver Tabla nº 6). La media española para este año 2004 se sitúa en 16,43 horas al mes, lo cual supone algo más de 4 horas a la semana.

No es necesario extenderse en comentar la flagrante insuficiencia de este servicio si queremos hacer frente a la amplia gama de necesidades que presentan las personas dependientes. Además, resulta preocupante que observemos un descenso de este indicador a lo largo del período considerado, de tal forma que de las 22 horas de intensidad que existían en 1994 se ha pasado a 16 en la actualidad (Gráfico nº 10).

### **4.2.1.2. Distribución por género, tareas y costes**

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

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

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

Por último, y aunque los datos sobre gasto en servicios van a ser tratados en otro apartado de este Libro Blanco, en el gráfico nº 11 y la tabla nº 8 se puede observar la variabilidad en el precio público por hora de servicio, que oscila entre los 7.60 euros de Galicia y los 20.40 de Navarra. Parece claro que estas diferencias no sólo se deben al grado de desarrollo socioeconómico y al esfuerzo en esta materia de unas y otras CCAA sino a que realmente estamos ofreciendo bajo la misma denominación, SAD, servicios muy distintos. La evolución de precios/medios/hora en los últimos cinco años (Gráfico nº 12) supone un incremento de un 20.73%, que consideramos bastante moderado si observamos el proceso de profesionalización de este servicio que algunas CCAA están asumiendo así como la evolución de los precios en este periodo.

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