

4. Servicios domiciliarios y el empleo

4.1 Impacto económico de los servicios de ayuda a domicilio en Madrid.

*Juan Carlos Collado Curiel
David Gago Saldaña
Centro de Estudios Económicos Tomillo (CEET)*

Introducción

La evolución demográfica del municipio de Madrid se caracteriza, en línea con el patrón de comportamiento que acontece en los países desarrollados, por un acelerado proceso de envejecimiento, causado por la confluencia de dos fenómenos diferenciados: el aumento de la esperanza de vida, por un lado, y la importante bajada de la fecundidad que ha constituido el reflejo de la transición demográfica, por otro.

Este fenómeno del envejecimiento de la población plantea una serie de nuevos retos a las políticas sociales ante una serie de necesidades que son emergentes. Así, y aunque los cuidadores informales siguen siendo la fuente básica de asistencia a las personas dependientes, resultan cada vez más relevantes las respuestas que se dan por parte de los poderes públicos, a través de servicios diversos, como los de ayuda a domicilio.

El Ayuntamiento de Madrid no es ajeno a esta realidad, y actúa a través de la Concejalía de Gobierno de Empleo y Servicios al Ciudadano fundamentalmente mediante el Programa de Atención a las Personas Mayores del Ayuntamiento de Madrid.

Este programa tiene una dimensión doble: por una parte se encamina a favorecer el mantenimiento de la persona mayor en su entorno (como los

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Servicios de Ayuda a Domicilio, los Centros de Día para Mayores o el servicio de podología etc.); por otra, utiliza una serie de recursos para facilitar la convivencia para las personas que no pueden permanecer en su domicilio (en forma de apartamentos para mayores, centros integrados especializados o residencias financiadas por el Ayuntamiento, destinadas a personas que carezcan de medios económicos para acceder a una residencia privada).

Además de las iniciativas anteriores, el Ayuntamiento estimula una serie de programas de participación, ocio y tiempo libre, y otorga subvenciones a través de un programa de apoyo a la iniciativa social.

Una cuestión de gran interés que se deriva de todo lo anterior, es el estudio de los efectos que originan sobre la economía de la Ciudad de Madrid , y los recursos necesarios para que estos programas se lleven a efecto. Ello permite justificar que, más allá de los **beneficios de carácter social** que despliega este tipo de iniciativas, existen unos **efectos de carácter económico** los cuales, dado que frecuentemente no se tienen en cuenta, deben hacerse notorios.

En consonancia con todo ello, el objetivo fundamental del estudio que se propone, es la evaluación del impacto que la actividad de los servicios para las personas mayores tiene sobre la economía de la Ciudad de Madrid.

Este informe se organiza a partir de las siguientes secciones. Después de esta introducción, la sección dos describe la metodología utilizada, centrándose en la descripción de los tres efectos analizados: el efecto directo, el efecto indirecto y el inducido. La sección tres, por su parte, contiene los resultados básicos, y se muestran los efectos en términos de las cuatro macro magnitudes de referencia: producción efectiva, Valor Añadido Bruto (VAB), Producto Interior Bruto (PIB) y empleo equivalente a tiempo completo, distinguiendo la aportación de cada tipo de efecto. En la sección cuatro se muestran los resultados anteriores pero en términos de su peso sobre la macro magnitud municipal correspondiente en cada caso para dimensionar la magnitud de los impactos.

Servicios domiciliarios y el empleo

Por su parte, la sección cinco aborda la distribución intra-municipal de los efectos anteriores, para lo cual se han utilizado, como criterios de imputación, los recursos en estos Programas dependientes directamente de las Juntas Municipales de Distrito y la población mayor de 65 años en cada distrito. La sección seis contiene una serie de conclusiones.

1. Metodología utilizada

La evaluación del impacto económico de la actividad de los Programas de Atención a las Personas Mayores llevados a cabo en la Ciudad de Madrid **se ha realizado través de un análisis input-output en base a la última Tabla Input Output** elaborada por el Instituto de Estadística de Madrid **referida al año 2000 (TIOMAD-2000)**. El Centro de Estudios Económicos Tomillo ha publicado un libro con los datos más sobresalientes de esa tabla (ver bibliografía).

1.1 El análisis del gasto en servicios de mayores a través del input-output

Partiendo del conocimiento de los procesos productivos de cada sector, el análisis que se realiza con esta herramienta consiste en **calcular toda la cadena de efectos que producen los gastos en servicios sociales para personas mayores.**

En su proceso de producción, cada uno de estos dos sectores demandará bienes y servicios a todos los demás sectores en la medida que nos indican sus datos input-output.

De este modo, la demanda de algunos sectores se traduce en demandas de otros, los cuales a su vez demandan bienes y servicios a todos los demás, produciéndose así **toda una sucesión de efectos intersectoriales que pueden ser medidos combinando la información input-output con el álgebra matricial.** Esto permite llegar a una expresión matemática que calcula el efecto total y que además se puede descomponer en los efectos directos, indirectos e inducidos que se describen a continuación.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa._____

1.2 Los diferentes tipos de efectos económicos

El impacto económico que provoca el gasto en estos servicios se puede descomponer en **efectos directos, indirectos e inducidos** que, sumados, forman el **efecto total** producido por el evento.

1.2.1 El efecto directo

La ejecución del gasto supone, en primera instancia, un **aumento en la demanda de los sectores que lo ejecutan**. Todos estos sectores, para satisfacer la nueva demanda, deben aumentar su producción. Estos aumentos de producción constituyen **el efecto directo**.

1.2.2 El efecto indirecto

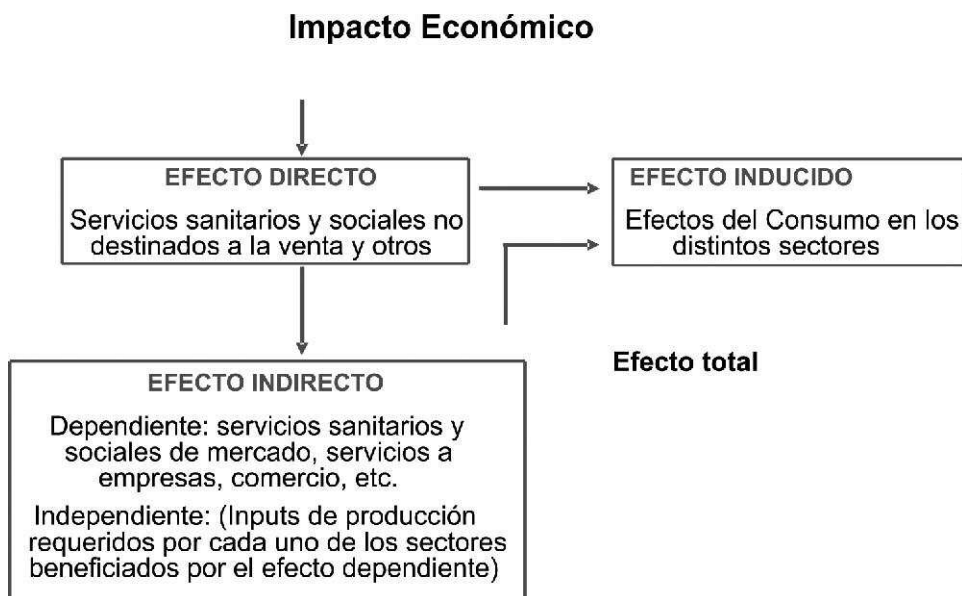
Los sectores directamente afectados por el gasto generan a su vez una serie de efectos indirectos, pues para producir lo que se les demanda compran más a sus proveedores que, a su vez, también **generan nuevas demandas en la economía**. El resultado final de estas **sucesivas rondas de efectos en la producción** de los sectores **es el llamado efecto indirecto**.

1.2.3. El efecto inducido

El efecto suma de los anteriores todavía tiene efectos adicionales. El aumento en la producción genera un **mayor empleo** y esto significa **aumento en las rentas del trabajo que se traduce a consumo** en función de la propensión a consumir de los hogares. El incremento en consumo produce toda una nueva cadena de efectos como los descritos más arriba cuya suma se conoce como **efecto inducido**.

En la Figura 1 se muestra un esquema de los distintos efectos que serán objeto de estudio en este documento.

Figura 1. Esquema de los distintos efectos analizados



1.3. La imputación de los efectos sobre la Ciudad de Madrid

Como se acaba de comentar, la herramienta metodológica para la realización del estudio es la última Tabla Input Output de la Comunidad de Madrid, de la que se obtienen los resultados de impacto para la Comunidad, pero no directamente para la Ciudad de Madrid. Los resultados para la Ciudad de Madrid han de obtenerse necesariamente a partir de una imputación de las cifras obtenidas para la Comunidad. El criterio de imputación que se ha estimado como más adecuado es el porcentaje de personas mayores de 65 años en la Ciudad respecto al total de la Comunidad de Madrid, que en el año 2003 se situaba en torno al 71,1% (Ayuntamiento de Madrid e Instituto de Estadística de la Comunidad de Madrid). De ahí que las cifras mostradas respondan a ese porcentaje, ya que el resto (un 28,9%), es un efecto que no revierte sobre la Ciudad de Madrid, sino sobre el resto de municipios que integran la Comunidad.

2. El análisis de los impactos

Con el objetivo de ofrecer una visión lo más completa posible del análisis de impacto económico de los Programas de Atención a Personas Mayores, se ha seleccionado un total de cuatro indicadores que caracterizan distintos aspectos de la actividad económica. Se trata de los siguientes:

- Producción Efectiva
- Valor Añadido Bruto
- Empleo
- Producto Interior Bruto (PIB)

A su vez, el efecto total obtenido para cada una de estas variables puede descomponerse en los efectos ya descritos: efecto directo, indirecto e inducido.

2.1 El gasto objeto de análisis

Para la obtención de los efectos económicos es preciso partir de un gasto en Programas de Atención a Personas Mayores, el cual constituye el efecto directo sobre el cual se articula tanto el efecto indirecto como el inducido.

Ese gasto ha sido calculado a partir de varias fuentes. La fuente estadística básica que se ha utilizado han sido los Presupuestos Liquidados del Ayuntamiento de Madrid para 2003 facilitados por la Dirección General de Mayores, del Ayuntamiento de Madrid, que ha permitido distinguir entre gastos corrientes y gastos de capital adscritos a los Servicios de Mayores, tanto de Ayuda a Domicilio, como otros específicos de Atención a personas mayores. Los gastos de capital consisten básicamente en obras de ampliación y acondicionamiento de Centros de Día o Centros de Mayores. El gráfico 1 presenta esta distinción entre gastos corrientes y de capital.

Gráfico 1. La distribución de los gastos corrientes y de capital en Programas de Atención a Personas Mayores. Presupuesto Liquidado de 2003.



Fuente: CEET a partir de datos suministrados por la Dirección General del Mayor del Ayuntamiento de Madrid.

Se ha consultado también la Memoria de Gestión del Programa de Atención a Mayores del año 2003, la cual, por contener información muy desagregada, se ha utilizado para distribuir las distintas partidas de gasto a las ramas económicas de la Tabla Input Output. Además de los gastos que aparecen en los Presupuestos Liquidados de 2003, se han incluido dos partidas adicionales: en primer lugar, las dotaciones económicas destinadas a sufragar las necesidades de movilidad de las Personas Mayores, que suponen unos 8,5 millones de euros más, a los que han de sumarse alrededor de 700.000 euros más derivados del Convenio Caja Madrid.

Con todo, las actividades que integran los Servicios de Atención a las Personas Mayores suponen un gasto para el Ayuntamiento de Madrid (en términos corrientes y de capital) de **62,95 millones de euros**.

2.2 Impacto sobre la producción efectiva

La tabla 1 muestra los efectos del gasto de los Programas de Atención

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa._____

a Personas Mayores de la Ciudad de Madrid sobre la propia Ciudad en términos de producción efectiva. Así, un gasto de 62,95 millones de euros (el ejecutado en 2003) trae consigo, como consecuencia de las interrelaciones productivas y el efecto inducido que se produce vía incrementos de renta, **un aumento de la producción de 114,58 millones de euros exclusivamente sobre la Ciudad de Madrid.**

Ello supone que la economía de la Ciudad de Madrid **recoge en términos de incrementos de producción en diferentes sectores 1,82 veces lo que se gasta.** Como se ha apuntado anteriormente, los efectos mostrados no tienen en cuenta los que revertirían sobre el resto de municipios de la Comunidad de Madrid (un 28,9%).

Tabla 1 Efecto sobre la producción efectiva de la Ciudad de Madrid, Año 2003

Ciudad de Madrid	Efecto total (1+2+3)	Efecto directo (1)	Efecto indirecto (2)	Efecto inducido (3)
	114.587,4	62.949,9	16.240,5	35.396,9
Fuente: CEET				Miles de euros

Por tipos de efectos, el efecto directo, esto es, el que procede de los sectores responsables del gasto (básicamente servicios sanitarios y sociales no destinados a la venta en terminología input-output), resulta el más importante, con un 54,9% del total. En cualquier caso, la aportación del efecto inducido es muy notable (35,4 millones de euros, o lo que es lo mismo, un 30,89%), lo que evidencia una fuerte transmisión de los efectos a través de los salarios y del consumo, que se integra de nuevo al mecanismo de circulación de la renta incrementando la producción.

Servicios domiciliarios y el empleo

2.3 Impacto sobre el valor añadido bruto

La segunda de las variables relevantes analizadas es el Valor Añadido Bruto a precios de mercado (de ahora en adelante, VABpm). El VABpm difiere en gran medida de la producción efectiva vista en el epígrafe anterior. En concreto, la producción efectiva se obtiene sumando al VABpm los consumos intermedios (esto es, las compras de otros sectores que una rama de actividad utiliza en su proceso productivo), los cuales representan alrededor de un 38% de los recursos totales.

Como muestra la tabla 2, el gasto en Programas de Atención a Personas Mayores ejecutado en el año 2003 implicó un incremento en el Valor Añadido Bruto de la Ciudad de Madrid cifrado en 62,42 millones de euros, de los cuales la mayor parte (un 61,4%) corresponde al efecto directo, mientras que el resto corresponde a los efectos intersectoriales (suma de efecto indirecto e inducido). Dentro de los efectos intersectoriales, el efecto inducido es el que aporta un porcentaje mayor (en torno a un 25,5%), mientras que el efecto indirecto apenas llega al 13,1%.

Tabla 2. Efecto sobre el Valor Añadido Bruto de la Ciudad de Madrid, Año 2003

Ciudad de Madrid	Efecto total (1+2+3)	Efecto directo (1)	Efecto indirecto (2)	Efecto inducido (3)
	62.424,7	38.323,1	8.200,8	15.900,8
Fuente: CEET		Miles de euros		

2.4 Impacto sobre el producto interior bruto

El PIB es la magnitud más comúnmente usada para evaluar cualquier impacto económico, por lo que, si bien es muy similar al VABpm (de hecho el PIB se define como el VAB al que se le suman los impuestos a la producción y los

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

impuestos netos a la importación), conviene estudiarse de forma separada.

Así, los gastos de los Programas de Atención a las Personas Mayores en la Ciudad de Madrid generaron, en el año 2003, un incremento en el PIB de la Ciudad de Madrid de 67,99 millones de euros, con una estructura de efectos muy similar a la registrada para las macromagnitudes de producción efectiva y valor añadido bruto, esto es, polarizada en torno al efecto directo, y con una aportación del efecto inducido por encima del 25,4%.

Tabla 3. Efecto sobre el Producto Interior Bruto de la Ciudad de Madrid, Año 2003

Ciudad de Madrid	Efecto total (1+2+3)	Efecto directo (1)	Efecto indirecto (2)	Efecto inducido (3)
	67.993	41.741,5	8.932,3	17.319,2
Fuente: CEET				Miles de euros

2.5 Impacto sobre el empleo

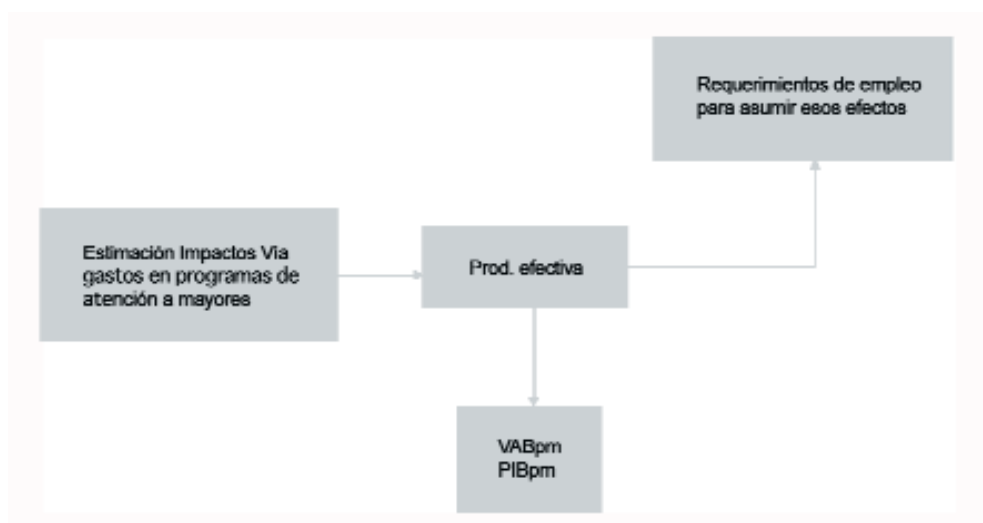
Otra de las variables de estudio obligadas en cualquier análisis de impacto es el empleo, que resulta de vital importancia e interés para los ciudadanos de la Ciudad de Madrid.

Antes de presentar los resultados de impacto sobre el empleo, conviene aclarar la interpretación de los efectos sobre el empleo que se analizan en este documento, para lo cual se ha construido la Figura 2. El esquema de obtención de los efectos sobre el empleo parte de la estimación de los gastos en los Programas de Atención a Mayores, a partir de los cuales, y mediante el tratamiento Input Output, se genera una cifra de producción efectiva. Esa producción efectiva es la base de referencia para el cálculo del resto de los efectos: sobre el PIB, VAB y el empleo. En ese sentido, los efectos sobre el empleo que se analizan aquí deben interpretarse como las necesidades, en términos de ocupación,

Servicios domiciliarios y el empleo

que se derivan directamente de los incrementos de producción efectiva asociados a los gastos en los servicios que integran los Programas de Atención a Personas Mayores.

Figura 2. Los efectos sobre el empleo: justificación conceptual



Fuente: CEET

Tal y como pone de manifiesto la tabla 4, los gastos en Programas de Atención a las Personas Mayores en la Ciudad de Madrid son responsables de la creación de 2.124 puestos de trabajo equivalentes a tiempo completo como consecuencia del incremento de la producción efectiva a que tales gastos dan lugar.

Tabla 4. Efecto sobre el Empleo de la Ciudad de Madrid, Año 2003

Ciudad de Madrid	Efecto total (1+2+3)	Efecto directo (1)	Efecto indirecto (2)	Efecto inducido (3)
	2.124	1.497	182	444
Fuente: CEET Ocupados equivalentes a tiempo completo				

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En este caso, el efecto directo (aquél causado por los sectores a los que se ha asignado el gasto), tiene todavía un peso relativo mayor, ya que representa casi el 70,5% del total de empleo creado.

3. Resumen de Impactos: Interpretación en términos porcentuales.

Hasta ahora, los resultados de impacto para las cuatro variables de referencia (producción efectiva, PIB, VAB y empleo), se han mostrado en términos de niveles, esto es, en miles/millones de euros (para las tres primeras), y en ocupados para el empleo. No obstante, resulta de interés obtener una conclusión acerca del peso de esos efectos respecto a la economía de la Ciudad de Madrid para dimensionar los impactos y dotarlos de un marco de referencia.

Con ese propósito se ha construido la tabla 5, donde se muestra el impacto obtenido sobre la Ciudad de Madrid, el valor de cada una de las macro-magnitudes en la Ciudad de Madrid para el año 2000 y el peso relativo de estos impactos. Se ha tomado como referencia el año 2.000 por dos circunstancias: primero, porque la Tabla Input Output que se ha utilizado para los cálculos corresponde a ese año, lo que permite preservar la coherencia metodológica. En segundo lugar, porque los últimos datos definitivos de Contabilidad Municipal disponibles para la Ciudad de Madrid hacen referencia al año 2000¹.

Como se puede observar, el mayor de los efectos analizados se corresponde al empleo, ya que los gastos en los servicios que aquí se estudian suponen, en términos de ocupados equivalentes a tiempo completo de la Ciudad de Madrid, un 0,179% para el año de referencia 2003. El peso del VAB y el PIB es muy similar (atestiguando la estrecha relación contable de estas dos macromagnitudes), situándose en un 0,102% en ambos casos. El peso relativo sobre la producción efectiva es menor, y se sitúa en el 0,095%, lo que de nuevo se interpreta en el sentido de un menor peso de los consumos intermedios en la estructura productiva del sector sobre el que básicamente se asignan los gastos, en la medida que los consumos intermedios constituyen una partida fundamental de la producción efectiva.

¹ Existen datos provisionales para 2001, pero al no estar cerrados y ser susceptibles de modificación, se ha optado por utilizar los relativos al año 2.000.

Tabla 5. Peso relativo de los efectos analizados sobre las macromagnitudes de referencia

	Efectos totales sobre Ciudad de Madrid	Valor macromagnitud Ciudad de Madrid (Año 2000)	Peso relativo impactos (en %)
Producción Efectiva (miles euros)	114.587,4	120.542.615	0,095%
VAB (miles euros)	62.424,7	61.285.131	0,102%
PIB (miles euros)	87.993	86.535.412	0,102%
Empleo (ocupados eq. tiempo completo)*	2.124	1.187.488	0,179%

4. La distribución de los efectos por distritos municipales

Otra cuestión de indudable interés hace referencia a la distribución de los efectos hasta ahora estudiados por distritos de la Ciudad de Madrid. Para abordar este análisis, se necesitan de forma prioritaria criterios razonados que permitan llevar a cabo la asignación de los impactos a nivel intra-municipal.

En este sentido, debe tenerse en cuenta que las Juntas Municipales de Distrito gestionan directamente una parte importante de los Subprogramas de Atención a Domicilio y Mayores. En concreto, en el Programa de Ayuda a Domicilio (del que son beneficiarios en un 92% las personas mayores de 65 años en su modalidad de Auxiliar Domiciliario, que a su vez representa un 90% del total), el porcentaje de gestión directa por parte de las Juntas Municipales alcanza el 92,78%, mientras que en otros programas de Atención a Mayores es del 35,5%. Si se suman todos los recursos debidamente ponderados, el peso total de los dependientes de las Juntas Superior al 75%.

Así, el importe de los Presupuestos en Ayuda a Domicilio y otros Programas de Atención a las Personas Mayores gestionados por cada Junta Municipal de Distrito ha sido el primero de los criterios de asignación utilizados, ponderándose por ese 75% (el importe de los gastos dependientes directamente de las Juntas). Para el 25% restante se ha utilizado como criterio de asignación la población mayor de 65 años en cada distrito, ya que ésta es la que se configura como objetivo de estos Programas.

Mapa 1. Distribución de los efectos por distritos municipales (en %)



- 1- Centro
- 2- Arganzuela
- 3- Retiro
- 4- Salamanca
- 5- Chamartín
- 6- Tetuán
- 7- Chamberí

Siguiendo estos criterios de asignación, el mapa 1 presenta los resultados de la distribución de los efectos por distritos según su importancia relativa (en términos de cualquiera de las cuatro macromagnitudes analizadas), distinguiendo a tal efecto hasta seis estratos: distritos con un peso porcentual de hasta el 2,5%, del 2,5% al 4%, del 4% al 5%, del 5% al 6,5%, del 6,5% al 7,5% y más del 7,5%.

Como se puede observar, existen diferencias apreciables en la percepción de los efectos por distritos municipales. Los distritos más beneficiados por los Programas objeto de análisis son Puente de Vallecas, Carabanchel, Latina, además de Centro.

Servicios domiciliarios y el empleo

En el otro extremo, los distritos donde el impacto es menor son: Barajas, Villa de Vallecas y Vicálvaro.

5. Conclusiones

Este trabajo ha tenido como objetivo fundamental, la obtención de los efectos, que sobre la economía de la Ciudad de Madrid, despliegan los gastos que se derivan de los Programas de Atención a las Personas Mayores de esta Ciudad.

Para determinar tales efectos se ha utilizado la última Tabla Input Output disponible para la Comunidad de Madrid (TIOMAD 2000), Los efectos se han hallado sobre cuatro variables macroeconómicas: la producción efectiva, el Valor Añadido Bruto (VAB), el Producto Interior Bruto (PIB) y el empleo.

Los resultados apuntan a un efecto total que, en el caso de la producción efectiva, supone multiplicar por 1,82 la magnitud de los gastos iniciales (el denominado efecto directo), gracias a dos efectos intersectoriales que se tienen en cuenta: el efecto indirecto, que recoge la activación económica de los sectores proveedores de aquéllos sobre los que se asigna el gasto (básicamente, en la Tabla Input Output la rama de servicios sanitarios y sociales de no mercado), y el efecto inducido que se origina a través del aumento de rentas que esa producción implica, con el consiguiente efecto sobre el consumo y, a través de un mecanismo de retroalimentación, sobre la propia producción.

En general, y aunque el efecto directo es el dominante, se detecta una participación notable del efecto inducido, lo cual se explica en virtud del alto peso del Valor Añadido Bruto en la producción efectiva, y la fuerte polarización que la remuneración de asalariados tiene dentro del VAB (en torno a un 92%).

Cuando se realiza el análisis a nivel intra-municipal, esto es, valorando la magnitud de los impactos por distritos, los resultados indican que son cuatro

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

distritos los que más se benefician de éstos: Puente de Vallecas (9,22% del total), Carabanchel (7,35%), Latina (7,01%) y Centro (6,92%). En el extremo contrario, Barajas (1,08%), Villa de Vallecas (1,67%) y Vicálvaro (2,08%) son los que registran efectos más bajos.

A simple vista, parece que los impactos globales que se derivan de los gastos de estos Programas es limitado; sin embargo, y a este respecto, es preciso tener en cuenta una serie de cuestiones importantes:

Sólo se han analizado los efectos que revierten sobre la Ciudad de Madrid, pero, además de éstos, es necesario computar otros que revierten sobre el resto de la Comunidad de Madrid (un 28,9% de los obtenidos en los cálculos input output). Además de estos efectos sobre la Comunidad, que se hallan a partir de la matriz de consumos intermedios interiores, deberían computarse otros efectos que repercuten fuera de la Comunidad de Madrid, y cuya justificación se encuentra en las importaciones que los sectores sobre los que se ha asignado el gasto inicial efectúan de otras regiones.

Ha de tenerse en cuenta que estos efectos no son estáticos en el sentido de que acontecen en un año determinado y luego desaparecen, sino que están presentes todos los años en la medida que los gastos que integran las medidas de estos Programas se lleven a cabo. Los efectos analizados aquí hacen referencia al año 2003, pero de igual modo pueden obtenerse estos impactos para otros años.

La inclusión de los efectos indirecto e inducido actúa como una caja de resonancia del efecto directo, amplificando la magnitud de los gastos comprometidos en estos programas. Esto reviste a estos programas sociales de un elemento económico que normalmente está ausente en el debate y que se resume en la siguiente afirmación: cualquier Programa de Atención despliega efectos económicos que trascienden el propio gasto comprometido gracias a las interconexiones productivas y a las mayores posibilidades de consumo que tal gasto implica.

Servicios domiciliarios y el empleo

Debe tenerse en cuenta que sólo se han incluido los gastos corrientes y de capital en estos programas, pero se han dejado de lado los consumos de todo tipo que son necesarios para hacer viable la prestación de estos servicios. Ello exigiría la cuantificación de los metros cuadrados de oficinas pertenecientes al Ayuntamiento de Madrid (incluyendo los de las Juntas Municipales), que se dedican a llevar en esta área, y una imputación de los consumos que de ella se derivan (mobiliario, calefacción, agua, electricidad, mantenimiento general, etc.). La toma en consideración de estos consumos elevaría sustancialmente el gasto final y, por tanto, el impacto. Sin embargo, por razones de rigor se ha optado por incluir exclusivamente los importes vinculados directamente a la ejecución de los Programas.

Bibliografía

Ayuntamiento de Madrid (2002): Programa de Atención a las Personas Mayores-El Corazón de Madrid, Área de Servicios Sociales.

Ayuntamiento de Madrid (2004): Presupuestos Liquidados 2003, Concejalía de Gobierno de Hacienda y Administración Pública.

Ayuntamiento de Madrid (2004): Programa de Atención a las Personas Mayores, Memoria 2003, Gerencia de Mayores, Concejalía de Gobierno de Empleo y Servicios al Ciudadano.

Ayuntamiento de Madrid (2004): Contabilidad Municipal de la Ciudad de Madrid, Base 2000. Serie 1998-2000, Madrid Datos, Área de Gobierno de Hacienda y Administración Pública, Dirección General de Estadística.

Ayuntamiento de Madrid (2005): Municipio de Madrid- Pirámides de población de 1975 a 2004, Madrid Datos, Área de Gobierno de Hacienda y Administración Pública, Dirección General de Estadística.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Casado, D. y López G. (2001): Vejez, dependencia y cuidados de larga duración- Situación actual y perspectivas de futuro, Colección Estudios Sociales, n. 6, Fundación La Caixa.

Ceet (2003): "La economía de la Comunidad de Madrid según la tabla Input-Output de 2000", Comunidad de Madrid, Consejería de Innovación y Tecnología. Ed. Biblioteca Civitas. Economía y Empresa. http://www.madrid.org/cservicios_sociales/index_mayor.htm (Plan de Mayores de la Comunidad de Madrid 1996-2006).

Leontief, W. (1986): Input-output economics, Oxford University Press, 2ª Ed.

Miller, R. y Blair, P (1985): Input Output Analysis foundations and extensions, Prentice Hall International, Londres.

4.2 Reglamentación de la formación del auxiliar domiciliario

*Genoveva Sánchez Casillas
Responsable Programa Mayores
Centro S.S. Entrevías (Pte. Vallecas)
Ayuntamiento de Madrid*

1. Introducción

Los Servicios de Ayuda a Domicilio, en España, comienzan como tales en torno a la década de los setenta, del siglo XX, aunque hay ejemplos de tales servicios en épocas anteriores. Con el inicio de los mismos, van apareciendo los profesionales que intervienen.

En el SAD, en su modalidad de Auxiliar Domiciliario, intervienen diversos profesionales; el de atención directa que se desplaza al domicilio del usuario es precisamente el Auxiliar de SAD. Como suele ocurrir con muchas profesiones, las demandas sociales van por delante de la regulación por parte de las Administraciones Públicas.

En estas primeras etapas del Servicio de Ayuda a Domicilio, la Administración competente en prestarlo, es el entonces Instituto Nacional de Servicios Sociales (INSERSO), y la población a la que va dirigido básicamente es a personas mayores y a personas con discapacidad.

A partir de los años 80, comienza a desarrollarse ideológica y funcionalmente el estado de las Autonomías. A partir de la Constitución de 1978 y en virtud de la distribución competencial que esta atribuye a las Comunidades Autónomas, se dictan las primeras Leyes de Servicios Sociales, la de la CM, Ley 11/1984 de 6 de junio, de Servicios Sociales, (actualmente, derogada por la Ley 11/2003 de 27 de marzo, nueva ley de Servicios Sociales de la Comunidad de

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Madrid) consideraba, el SAD un Servicios Social General dirigido a toda la población, la nueva Ley de Servicios Sociales del 2004 de la CM lo considera como una prestación material. Igualmente se modifica el régimen municipal (Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases de Régimen Local), atribuyendo a la Administración Local, competencias en la prestación de Servicios Sociales (Art. 25.2.k) y la obligatoriedad de hacerlo en poblaciones superiores a 20.000 habitantes (Art. 26.1.c).

En la década de los ochenta, coexisten el SAD prestado por el INSERSO y el que prestan las Corporaciones Locales, gestionado el mismo, bien de forma directa, esto es, con auxiliares en la plantilla de la propia administración y/o con una gestión concertada, a través de Contratos de Prestación de Servicios.

En el Ayuntamiento de Madrid, desde el inicio de la prestación del SAD, la gestión ha sido concertada. En estas primeras etapas a través de cooperativas de trabajadores y del movimiento vecinal y posteriormente mediante empresas y asociaciones.

Los Auxiliares Domiciliarios, en estas primeras etapas, son mayoritariamente amas de casa, mujeres que comienzan a incorporarse al mundo laboral, no tienen ningún tipo de formación, ya que se considera que su experiencia en la organización y gestión de sus propios hogares, así como la crianza de sus hijos, además de la buena voluntad de ellas y del resto de profesionales que intervienen, les capacita para ejecutar las tareas que deben realizar en los domicilios de los usuarios de SAD (aseo, limpieza, compra, preparación de comida, etc.). Por otra parte, la formación reglada, ni se plantea, pues, esta categoría profesional, no va a ser reconocida como tal, prácticamente hasta el 2002, aunque en el año 1997, se comienza a hacer, ya que los Servicios Sociales en general y los que van dirigidos a las personas mayores y/o dependientes, en particular, son considerados como un “nuevo yacimiento de empleo”, generador de puestos de trabajo, por tanto el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales dicta, el RD 331/ 1997 de 7 de marzo por el que se establece el Certificado de

Servicios domiciliarios y el empleo

Profesionalidad de la ocupación de de Auxiliar de Ayuda a Domicilio, pero su desarrollo normativo es prácticamente nulo hasta el citado año 2002, en el que las Cortes Generales españolas aprueban la Ley Orgánica 5/2002 de 19 de junio, de Cualificaciones y Formación Profesional.

2. Marco Legal

La educación, esta recogida en la Constitución española de 1978, como un Derecho Fundamental de todos los españoles, el Art. 27.2 nos dice que “La educación tiene por objeto el pleno desarrollo de la personalidad humana en el respeto a los principios democráticos de convivencia y a los derechos y libertades fundamentales”. Igualmente, en esta misma línea, y dentro de los principios rectores de la política social y económica, de nuestra carta magna, el Art. 40.2, se dedica a la Formación Profesional, recogiendo “.....los poderes públicos fomentarán una política que garantice la formación y readaptación profesionales.....”, herramientas básicas para que el derecho al trabajo sea una realidad, en el mercado laboral actual, así como la libre elección de oficio o profesión y la promoción a través del trabajo.

Por su parte la Ley 8/1980 de 10 de marzo, Estatuto de los Trabajadores, (actual texto refundido del Estatuto de los Trabajadores), recoge como un derecho de los trabajadores, la Formación Profesional.

La Ley Orgánica 1/1990 de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo, en su preámbulo reconoce que nuestra sociedad, esta en un acelerado proceso de modernización y es necesario adecuar la formación a las nuevas exigencias del sistema productivo, además establece la Formación Profesional Superior.

Como ya hemos apuntado en la introducción, desde los inicios de la profesión de Auxiliar de Ayuda a Domicilio, esta, no es recogida dentro del Sistema

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

de Formación Profesional correspondiente. Existe un intento de reforma del Sistema, propiciado por el **Primer Programa Nacional de Formación Profesional** para el **periodo 1993-1996**, pretendiendo dar respuesta a las demandas de las empresas en la mayoría de los sectores de producción y a su organización, fruto de este programa es el **Real Decreto, 797/1995 de 19 de mayo**, (derogado por el **Real Decreto 1506/2003 de 28 de noviembre**), por el que se establecen las directrices sobre los Certificados de Profesionalidad y los correspondientes contenidos mínimos de formación profesional ocupacional, en el que si está incluida, concretamente, el reglamento que lo desarrolla es el **Real Decreto 331/1997 de 7 de marzo**, por el que se establece el Certificado de Profesionalidad de la ocupación de Auxiliar de Ayuda a Domicilio, los tres a propuesta del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Sin embargo esta reglamentación legal no se plasma en una formación profesional práctica para esta ocupación.

No es hasta la promulgación de la **Ley Orgánica 5/2002 de 19 junio** de las **Cualificaciones y de la Formación Profesional** y su desarrollo reglamentario posterior, cuando se va plasmar en un Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, donde aparece regulada esta profesión dentro de la Familia Profesional Servicios Socioculturales y a la Comunidad. Por tanto la reglamentación de desarrollo de esta ley es:

El **Real Decreto 1128/2003, de 5 de septiembre**, por el que se regula el **Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (en adelante CNCP)**, desarrolla parte de lo regulado en la mencionada L.O. 5/2002 de 19 de junio. Este RD a lo largo de su articulado, nos indica, que el objeto del mismo es determinar la estructura y contenido del CNCP, que su ámbito de aplicación es todo el territorio nacional, así mismo, en el se recogen las Familias Profesionales y los Niveles de Cualificación, en los Anexos I y II. Igualmente recoge que el Instituto Nacional de las Cualificaciones es el responsable de elaborar y mante-

Servicios domiciliarios y el empleo

ner actualizado el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales y el Catálogo Modular de Formación Profesional, respondiendo siempre a la evolución de las necesidades del sistema productivo y de las demandas sociales. Igualmente en la Disposición Final Segunda, dedicada a las Normas de Desarrollo, recoge que “Se autoriza a los Ministerios de Educación Cultura y Deporte (actualmente Ministerio de Educación y Ciencia) y al de Trabajo y Asuntos Sociales a dictar las normas de desarrollo de este Real Decreto en el ámbito de sus respectivas competencias.”

El **Real Decreto 362/2004, de 5 de marzo**, por el que se establece la **Ordenación General de la Formación Profesional Específica**, siguiendo con el desarrollo normativo, el Ministerio de Educación Cultura y Deporte (actualmente de Educación y Ciencia), recoge y define la Formación Profesional Específica , integrada por los Títulos y Ciclos Formativos de Formación Profesional de grado Medio y de Grado Superior, agrupados de acuerdo a las Familias Profesionales recogidas en el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

El **Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero**, por el que se establecen determinadas cualificaciones profesionales que se incluyen en el **Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales**, así como sus correspondientes módulos formativos que se incorporan **al Catálogo Modular de Formación Profesional**.

El **Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre**, por el que se establecen las directrices de los **Certificados de Profesionalidad**. Este deroga el RD 797/ 1995 de 19 de mayo que establecía las anteriores directrices de los Certificados de Profesionalidad. Siguiendo con el desarrollo normativo, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en el mismo, define los Certificados de Profesionalidad y que estos deben guiarse por el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales y responder a las necesidades del mercado productivo.

Orden TAS/470/2004, de 19 de febrero por la que se desarrolla el **Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre**, por el que se establecen las directrices de los **Certificados de Profesionalidad**.

El **Real Decreto 1046/2003, de 1 de agosto**, por el que se regula el subsistema de Formación Profesional Continua, del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, en la exposición de motivos recoge que desde el año 1993, la formación y el reciclaje profesional de los trabajadores ocupados se viene regulando a través de los Acuerdos Nacionales de Formación Continua, suscritos entre las organizaciones empresariales y sindicales mas representativas, y entre estas y el Gobierno, que ha dado lugar a un sistema de formación continua que ha permitido, por una parte, dotar al sistema de unos recursos financieros para las empresas y sus trabajadores y, por otra, desarrollar un modelo de gestión basado en la concertación social y en el desarrollo de instituciones paritarias sectoriales y territoriales, que han contribuido a mejorar las relaciones de los agentes sociales entre sí y de estos con el Gobierno.

3. Subsistemas de formación

El actual sistema de Formación Profesional español, debemos situarlo en el marco del existente en la Unión Europea, y encuadrado, dentro de las medidas que van a tratar de responder permanentemente a las necesidades del sistema productivo y que en definitiva, se encaminen también, al pleno empleo. Entre los acuerdos adoptados en el Consejo Europeo de Lisboa, celebrado en marzo de 2000, y posteriormente reafirmado en el Consejo de Estocolmo de marzo de 2001, se incluye como un **objetivo estratégico, el aprendizaje permanente a lo largo de toda la vida**, como una herramienta que propicie una economía europea dinámica y competitiva, capaz de crecer de manera sostenible, con mas y mejores empleos y mayor cohesión social en el horizonte de 2010. Este objetivo se puede considerar como el punto de partida que señala el inicio del futuro de la Formación en el espacio de la Unión Europea.

Servicios domiciliarios y el empleo

En este contexto y de acuerdo a estas necesidades, las Cortes Generales españolas, aprueban la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio de las Cualificaciones y de la Formación Profesional. La exposición de motivos de la mencionada ley, recoge, que el Nuevo Programa Nacional de Formación Profesional, elaborado por el Consejo General de Formación Profesional, debe definir las directrices básicas que han de conducir a un sistema integrado, con las distintas ofertas de formación profesional:

- Formación Profesional Inicial / reglada
- Formación Profesional Ocupacional
- Formación Profesional Continua.

En esta misma línea aparecen los Acuerdos de Formación Continua y los Planes Anuales de Acción para el Empleo.

3.1 Ley orgánica 5/2002 de 19 de junio de las cualificaciones y de la formación profesional

El **principal objetivo** de esta ley es la ordenación de un sistema integral de Formación Profesional, Cualificaciones y Acreditación, que responda con eficacia y transparencia a las demandas sociales y económicas, a través de las diversas modalidades formativas, favoreciendo la formación durante toda la vida, adaptándose esta, a las distintas situaciones y expectativas personales y profesionales.

Los **Principios** que recoge son:

- La FP se orienta al Desarrollo personal, derecho al trabajo, libre elección de profesión, además de satisfacer las necesidades del sistema productivo y del empleo.
- Acceso en igualdad de condiciones de los ciudadanos a las diferentes modalidades de FP
- Participación y cooperación de los agentes sociales con los poderes públicos en las políticas formativas y de cualificación profesional.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

- Adecuación de la formación y las cualificaciones a los criterios de la Unión Europea.

- Participación de las diferentes administraciones publicas en función de sus competencias.

El **Sistema Nacional de Cualificaciones**, son el conjunto de Instrumentos y Acciones, necesarios para desarrollar la integración de las Ofertas de Formación a través del Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, así como la evaluación y acreditación de las correspondientes Competencias Profesionales.

Así mismo, en el Art. 4 de la LO 5/2002, se recoge que:

1.- El Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional está integrado por los siguientes **Instrumentos y Acciones**:

El Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, que ordenará las que se hayan identificado en el sistema productivo en función de las competencias apropiadas para el ejercicio profesional que sean susceptibles de reconocimiento y acreditación. El catálogo incluirá el contenido de la formación profesional asociada a cada cualificación, y tendrá estructura modular.

Un procedimiento de reconocimiento, evaluación, acreditación y registro de las cualificaciones profesionales.

La información y orientación en materia de formación profesional y empleo.

La evaluación y mejora de la calidad del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional, que proporcione la oportuna información sobre el funcionamiento de éste y su adecuación a las necesidades formativas individuales y las del sistema productivo.

2.- A través de los referidos instrumentos y acciones se promoverá la gestión coordinada de las distintas Administraciones públicas con competencia en esta materia.

Servicios domiciliarios y el empleo

Por otra parte, el Art, 5, de la mencionada ley, está dedicado a la **Regulación y Coordinación del SNCFP**, concretándose en que:

1.- Corresponde a la Administración General del Estado, la regulación y la coordinación del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional, sin perjuicio de las competencias que correspondan a las Comunidades Autónomas y de la participación de los Agentes Sociales.

2.- El Consejo General de Formación Profesional, es el órgano consultivo y de participación institucional, de las Administraciones Públicas y de los Agentes Sociales, así como de asesoramiento del Gobierno en materia de Formación Profesional, sin perjuicio de las competencias que el Consejo Escolar del Estado tiene atribuidas en esta materia.

3.- El Instituto Nacional de las Cualificaciones (INCUAL), creado por Real Decreto 375/1999, de 5 de marzo, adscrito al Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, y modificada su adscripción, Ministerio de Educación y Cultura, (actual Ministerio de Educación y Ciencia) mediante el RD 1326/2002, de 13 de diciembre, es el Órgano Técnico de apoyo al Consejo General de Formación Profesional, responsable de definir, elaborar y mantener actualizado el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales y el correspondiente Catálogo Modular de Formación Profesional.

Para el desarrollo del Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional han participado las Administraciones Públicas, con la colaboración de las empresas, de las Universidades, Cámaras de Comercio y entidades de formación.

La ley define la Formación Profesional, como un conjunto de acciones formativas que capacitan para el desempeño cualificado de las distintas profesiones, el acceso al empleo y la participación activa en la vida social, cultural y económica, e incluye las enseñanzas propias de la formación profesional inicial, las acciones de inserción y reinserción laboral de los trabajadores, así como las

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

orientadas a la formación continua en las empresas, que permitan la adquisición y actualización permanente de las competencias profesionales.

Como venimos diciendo, con la finalidad de facilitar el carácter integrado y la adecuación entre la formación profesional y el mercado laboral, así como la formación a lo largo de la vida, la movilidad de los trabajadores y la unidad del mercado laboral, se crea el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, aplicable a todo el territorio nacional, que estará constituido por las cualificaciones identificadas en el sistema productivo y por la formación asociada a las mismas, que se organiza en módulos formativos, articulados en un Catálogo Modular de Formación Profesional.

La LO 5/2002 de 19 de junio, hace las siguientes definiciones conceptuales:

Cualificación Profesional: el conjunto de competencias profesionales con significación para el empleo que pueden ser adquiridas mediante formación modular u otros tipos de formación y a través de la experiencia laboral.

Unidad de Competencia: el agregado mínimo de competencias profesionales, susceptibles de reconocimiento y acreditación.

Competencia Profesional: el conjunto de conocimientos y capacidades que permiten el ejercicio de la actividad profesional conforme a las exigencias de la producción y el empleo.

Catálogo Modular de Formación Profesional: es el conjunto de Módulos Formativos, asociados a las diferentes Unidades de Competencia de las Cualificaciones Profesionales.

El Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales, está integrado por las cualificaciones más significativas, identificadas en el sistema productivo. Así mismo en él, se recogerá la formación asociada a las cualificaciones profesionales que configuren el Catálogo Modular de Formación Profesional.

Servicios domiciliarios y el empleo

Las Cualificaciones Profesionales, se ordenan por familias y por niveles de acuerdo a lo recogido en el Anexo I y Anexo II, del Real Decreto 1128/2003 de 5 de septiembre, por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

3.2 Familias Profesionales:

- Agraria
- Marítimo-pesquera
- Industrias alimentarias
- Química
- Imagen personal
- Sanidad
- Seguridad y medio ambiente
- Fabricación mecánica
- Instalación y mantenimiento
- Electricidad y electrónica
- Energía y agua
- Transporte y mantenimiento de vehículos
- Industrias extractivas
- Edificación y obra civil
- Vidrio y cerámica
- Madera, mueble y corcho
- Textil, confección y piel
- Artes gráficas
- Imagen y sonido
- Informática y comunicaciones
- Administración y gestión
- Comercio y marketing

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Servicios socioculturales y a la comunidad

- Hostelería y turismo
- Actividades físicas y deportivas
- Artesanías

3.3 Niveles de Cualificación:

Nivel 1 Competencia en un conjunto reducido de actividades de trabajo relativamente simples, correspondientes a procesos normalizados, siendo los conocimientos teóricos y las capacidades prácticas a aplicar, limitados.

Nivel 2 Competencia en un conjunto de actividades profesionales bien determinadas, con la capacidad de utilizar los instrumentos y técnicas propias, que conciernen principalmente a un trabajo de ejecución que puede ser autónomo en el límite de dichas técnicas. Requiere conocimientos de los fundamentos técnicos y científicos de su actividad y capacidades de comprensión y aplicación del proceso.

La formación asociada a las cualificaciones de este nivel requiere un conjunto de conocimientos iniciales correspondientes a un nivel de preparación, que sea equivalente al de Graduado en Educación Secundaria Obligatoria, independientemente de la forma de su adquisición.

Nivel 3 Competencia en un conjunto de actividades profesionales que requieren el dominio de diversas técnicas y puede ser ejecutado de forma autónoma, comporta responsabilidades de coordinación y supervisión de trabajo técnico y especializado. Exige la comprensión de los fundamentos técnicos y científicos de las actividades y la evaluación de los factores del proceso y de sus repercusiones económicas.

Servicios domiciliarios y el empleo

La formación asociada a las cualificaciones de este nivel requiere un conjunto de conocimientos iniciales correspondientes a un nivel de preparación, que sea equivalente al de Bachiller, independientemente de la forma de su adquisición.

Nivel 4 Competencia en un amplio conjunto de actividades profesionales complejas, realizadas en una gran variedad de contextos, que requieran conjugar variables de tipo técnico, científico, económico u organizativo para planificar acciones, definir o desarrollar proyectos, procesos, productos o servicios.

La formación asociada a las cualificaciones de este nivel requiere un conjunto de conocimientos iniciales correspondientes a un nivel de preparación, que sea equivalente al de Bachiller, independientemente de la forma de su adquisición.

Nivel 5 Competencia en un amplio conjunto de actividades profesionales de gran complejidad realizadas en diversos contextos a menudo impredecibles que implica planificar acciones o idear productos, procesos o servicios. Gran autonomía personal. Responsabilidad frecuente en la asignación de recursos, en el análisis, diagnóstico, diseño, planificación, ejecución y evaluación.

La formación asociada a las cualificaciones de este nivel requiere un conjunto de conocimientos iniciales correspondientes a un nivel de preparación, que sea equivalente al de Bachiller, independientemente de la forma de su adquisición.

3.4 Proceso de elaboración del Catalogo Nacional de Cualificaciones Profesionales (CNCP)

La metodología utilizada en el proceso de elaboración y actualización del Catalogo Nacional de Cualificaciones, asignado como hemos apuntado mas arriba, al INCUAL, sigue las siguientes fases:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

a) Preparación de Datos y conformación del Grupo de Trabajo

En esta etapa, del proceso metodológico, se prepara la información básica, en el Campo de Observación, que permitirá al grupo de trabajo, identificar las competencias profesionales de la cualificación, para ello el INCUAL aportará datos y estudios, la profundidad y extensión de estos estudios se determinará de acuerdo a las necesidades.

Además se identifican los perfiles de los expertos, que deben constituir el Grupo de Trabajo, de manera que cubran las áreas de competencia del campo, los procesos productivos, las tecnologías inherentes, así como los procesos formativos, dichos perfiles se envían a las instituciones representadas en el Consejo General de Formación Profesional para que formulen las propuestas de los mas idóneos.

Igualmente se procede a identificar las administraciones competentes, así como a las organizaciones empresariales, sindicales o profesionales que participarán en la etapa de contraste.

b) Diseño de la Cualificación

La determinación de las competencias de una cualificación y de la formación asociada, parte del análisis y del estudio del sistema productivo y del mercado de trabajo, que permita identificar las funciones que tienen que desarrollar los profesionales para satisfacer los objetivos de una organización en este contexto productivo.

En esta primera aproximación se obtendrán unas especificaciones de la competencia de la cualificación, estructuradas en unidades de competencia y en un entorno profesional, se tendrán en cuenta los criterios de realización de los actuales títulos y certificados de profesionalidad, siempre que den respuesta a las necesidades del sistema productivo.

c) Definición de la Formación Asociada

En esta etapa el grupo de trabajo determinará la formación asociada a la cualificación, que se estructurará en módulos formativos, también, se identificarán aquellas capacidades cuya adquisición deba ser, en su caso, complementada en un entorno real de trabajo.

d) Contraste Externo

El resultado del trabajo realizado por el grupo en las etapas precedentes, debe ser sometido a un contraste externo con las organizaciones empresariales, sindicales y administraciones, y en su caso, con los organismos y asociaciones profesionales más significativas del sector, a través de profesionales cualificados.

Si la cualificación es aceptada, con valor y significado en el sector productivo, se recogen las observaciones aportadas en el contraste y el grupo de trabajo ajusta la especificación de la competencia definida y de la formación asociada a la misma.

e) Aprobación de las Cualificaciones

La cualificación profesional con la formación asociada, se someterá al Consejo General de Formación Profesional, acompañada de una ficha-informe en la que se describa, en líneas generales, los trabajos desarrollados y las entidades que han participado en la identificación y contraste de la cualificación.

Por tanto para determinar las cualificaciones de cada familia profesional, se formarán grupos de trabajo, que utilizarán la misma metodología, que se usó en la elaboración del Catálogo de Títulos de Formación Profesional y de los Certificados de Profesionalidad.

Los Grupos de Trabajo, en el proceso de definición de una cualificación, están compuestos por expertos tecnológicos y expertos formativos de las mate-

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

rias de que se trate, propuestos por las instituciones representadas en el Consejo General de Formación Profesional (administraciones, central y autonómicas, las organizaciones empresariales y las organizaciones sindicales), además de los coordinadores metodológicos de grupo, propuestos por el Instituto Nacional de las Cualificaciones.

Así pues el Catalogo Modular de Formación Profesional, está integrado por:

- **Formación Profesional Inicial/Reglada:** es competencia de las Administraciones Educativas, se obtienen mediante los Ciclos Formativos y su reconocimiento es a través de los Títulos Formativos emitidos por el Ministerio de Educación y Cultura.

- **Formación Ocupacional:** es competencia de las Administraciones Laborales y su reconocimiento se realiza a través de los Certificados de Profesionalidad, emitidos por el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

- **Formación Continua:** se encuadra dentro del marco de los Acuerdos Tripartitos de Formación y al igual que la Formación Ocupacional puede ser reconocida a través de los Certificados de Profesionalidad.

Por tanto a continuación vamos a exponer brevemente los Títulos Formativos y los Certificados de Profesionalidad, deteniéndonos en los que corresponderían a la ocupación de Auxiliar de Ayuda Domicilio.

4. Títulos Formativos

La Formación Profesional Inicial/Reglada, se certifica a través de los Títulos Formativos, la administración competente, es la Educativa.

El entonces Ministerio de Educación, Cultura y Deporte (actual Ministerio de Educación y Ciencia) en virtud de las competencias atribuidas, para el desarrollo normativo, dicta el Real Decreto 362/2004, de 5 de marzo, por el que se establece la ordenación de la Formación Profesional específica, el mencionado RD en su preámbulo, recoge:

Servicios domiciliarios y el empleo

“La Ley Orgánica 5/2002 de 19 de junio de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, tiene por objeto, la ordenación de un sistema integral de Formación Profesional, Cualificaciones y Acreditación, que responda eficazmente y con transparencia a las demandas sociales y económicas a través de diversas modalidades formativas. Con este fin, se crea el Sistema Nacional de Cualificaciones y Formación Profesional y en cuyo marco se orientan las acciones formativas programadas y desarrolladas en coordinación con las políticas activas de empleo y de fomento de la libre circulación de los trabajadores.

Formación Profesional Específica

Por tanto para revisar la Formación Profesional Específica y los títulos de Técnico y Técnico Superior a los que conduce la misma, como hemos dicho, en el ámbito del Sistema Educativo, vamos a realizar un análisis de cómo se recoge en el RD 362/2004, de 5 de marzo, por el que se establece la ordenación general de la Formación Profesional Específica

En el Art. 1 de este Real Decreto 362/2004, de 5 de marzo, se define esta Formación Profesional Específica, como aquella que “(...) comprende un conjunto de acciones formativas que en el **ámbito del sistema educativo**, capacitan para el desempeño cualificado de las diversas profesiones, el acceso al empleo y la participación activa en la vida social, cultural y económica. Incluye las enseñanzas propias de la formación profesional inicial, las acciones de inserción y reinserción laboral de los trabajadores, así como las orientadas a la formación continua en las empresas, que permitan la adquisición y actualización permanente de las competencias profesionales”.

El mencionado RD en el Art. 2 señala que la Formación Profesional Específica, recoge las enseñanzas que conducen a los **Títulos de Técnico** y de **Técnico Superior**, y tendrán por finalidad:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Adquirir la competencia profesional característica de cada título y de las cualificaciones que lo integran y capacitar para el ejercicio de las actividades profesionales inherentes a aquellas.

Comprender la organización y las características del sector socioproductivo correspondiente, así como la realidad socioeconómica del territorio de cada Administración en el que se ubique la actividad de dicho sector, de modo que estas enseñanzas respondan siempre a las necesidades del entorno.

Adquirir las competencias lingüísticas específicas y necesarias para el ejercicio profesional en idiomas de países de la Unión Europea.

Adquirir la competencia requerida para el uso y aprovechamiento de las tecnologías de la información y la comunicación.

Adquirir competencias para integrarse en equipos de trabajo y los conocimientos y habilidades necesarios en materia de prevención de riesgos laborales, de acuerdo a las normas vigentes.

Conocer las oportunidades de aprendizaje y los mecanismos de acceso al empleo o a la reinserción laboral, conforme a las expectativas personales y profesionales, así como la legislación laboral básica y los derechos y deberes que se derivan de las relaciones laborales.

Fomentar el espíritu emprendedor y proporcionar la formación necesaria para el desempeño de actividades por cuenta propia y empresarial, en especial en empresas de economía social.

Fomentar la formación a lo largo de toda la vida y motivar futuros aprendizajes a través de vías formativas que se adapten a las situaciones personales y profesionales de los ciudadanos.

El Capítulo II del RD que venimos analizando, dedicado a la ordenación de la Formación Profesional Específica, comprende los artículos 3 y 4.

Servicios domiciliarios y el empleo

En el Art. 3 se especifica que las enseñanzas conducentes a la obtención de los Títulos de Técnico y Técnico Superior, se ordenarán en ciclos formativos de formación profesional específica de Grado Medio y de Grado Superior, agrupándose en Familias Profesionales, de acuerdo al Catalogo Nacional de Cualificaciones Profesionales. En el Art. 4 se recoge que estos Ciclos Formativos se organizarán en Módulos.

Así mismo se señala que estos Ciclos Formativos contarán con unas enseñanzas específicas, asociadas a cada una de las Cualificaciones Profesionales y otras comunes a todos ellos, correspondientes a los módulos de Orientación y Relaciones Laborales, Prevención de Riesgos Laborales, Tecnologías de la Información y la Comunicación, Idiomas de los Estados miembros de la Unión Europea, Autoempleo y Creación y Gestión de Empresas.

De acuerdo con el RD 362/2004, de 5 de marzo, conforme al CNCP y a la Familia Profesional: **Servicios socioculturales y a la comunidad**, a través del **RD 496/2003 de 2 de mayo se establece el Título de Técnico en Atención Sociosanitaria** y las correspondientes enseñanzas comunes. Este es un Ciclo Formativo de Grado Medio, con una duración de 2000 h, los profesionales con esta titulación, podrán desarrollar su puesto de trabajo en una institución residencial, para personas mayores o con discapacidad, en diferentes Instituciones y en su propio domicilio. El contenido modular es amplísimo y su puesta en marcha ha sido bastante escasa, en dos o tres Institutos en 2004 y 2005.

5. Certificados de profesionalidad

Siguiendo con del desarrollo normativo previsto en la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, aprueba el **Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre, por el que se establecen las directrices de los Certificados de Profesionalidad.**

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

El mencionado RD 1506/2003, en su preámbulo, de acuerdo con la competencia reglamentaria atribuida a la Administración, el Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, ha publicado 130 Reales Decretos que constituyen el repertorio de Certificados de Profesionalidad

Los certificados de profesionalidad acreditan las competencias profesionales adquiridas mediante acciones de formación profesional ocupacional y continua, programas de formación y empleo, contratos de aprendizaje y para la formación, la experiencia laboral u otras vías no formales de formación”

El certificado de profesionalidad, que se regulará por real decreto, tendrá carácter oficial y validez en todo el territorio nacional y definirá las competencias profesionales características de las ocupaciones y los contenidos de formación asociados a ellas.

El contenido de los Certificados de Profesionalidad es:

- Perfil profesional de la ocupación
- Itinerario formativo modular
- Duración total
- Requerimientos personales y materiales

Así mismo, el artículo 8 de la Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio, de las Cualificaciones y de la Formación Profesional, establece que la evaluación y acreditación de las competencias profesionales adquiridas a través de la experiencia laboral o de vías no formales de formación, tendrán como referente el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales y que el reconocimiento de las competencias así evaluadas, cuando no completen las cualificaciones recogidas en algún Certificado de Profesionalidad, se realizará a través de una acreditación parcial acumulable con la finalidad, en su caso, de completar la formación conducente a la obtención del correspondiente certificado.

Servicios domiciliarios y el empleo

Siguiendo lo regulado en el RD 1505/2003 de 28 de noviembre, por el que se establecen las directrices sobre los Certificados de Profesionalidad y los correspondientes contenidos mínimos de formación profesional ocupacional, y conforme al CNCP la profesión de Auxiliar Domiciliario, pertenece a la Familia Profesional: **Servicios socioculturales y a la comunidad**, y se desarrolla a través el **RD 331/ 1997 de 7 de marzo, por el que se establece el Certificado de profesionalidad de la ocupación de Auxiliar de Ayuda a Domicilio.**

Tiene una duración total de 445 h, repartidas en conocimientos prácticos 290 h, conocimientos teóricos 130 y evaluaciones 25, el Itinerario Formativo se desarrolla en 7 Módulos que son:

- Planificación, desarrollo y seguimiento de casos asistenciales
- Nutrición, dietética y alimentación
- Higiene y seguridad personal
- Limpieza y cuidados del hogar
- Prevención y atención socio-sanitaria
- Recursos sociales e integración social
- Técnicas y soportes de gestión y administración básica.

Las pruebas de certificación, serán convocadas anualmente por las diferentes Comunidades Autónomas.

Para acceder a las pruebas se necesitan una serie de requisitos:

- Ser español o nacional de los países de la Unión Europea o nacional de otro de los estados signatarios del Acuerdo sobre el Espacio Económico Europeo o extranjero con permiso de residencia y de trabajo o con la habilitación administrativa correspondiente, según la normativa aplicable a su situación específica.

- Tener 16 años cumplidos.
- Abonar las tasas para participar en las pruebas oficiales.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Que se hayan superado positivamente dentro de los cinco años inmediatamente anteriores a la fecha de la convocatoria todo o parte del itinerario formativo correspondiente al certificado de profesionalidad solicitado, por medio de acciones de formación profesional ocupacional, continua, programas de formación y empleo, contratos de aprendizaje y para la formación.

Que mediante la experiencia laboral u otras vías de aprendizaje no formales, y debidamente acreditadas, haya logrado todas o parte de las competencias profesionales al perfil que solicite.

Poseer una experiencia laboral mínima, en el caso de Auxiliar de Domiciliario, es de dos años.

Actualmente este RD no se ha plasmado en ninguna actuación concreta, estando pendientes de que las respectivas Comunidades Autónomas, en nuestro caso la de Madrid convoque anualmente pruebas de convalidación de los diferentes módulos que integran el itinerario formativo y los correspondientes contenidos mínimos, en general de todos los Certificados de Profesionalidad y en particular del de la ocupación objeto de esta ponencia que es el de Auxiliar de Ayuda a Domicilio.

Bibliografía

- Constitución Española de 1978.
- Ley 8/1980, de 10 de marzo, Estatuto de los Trabajadores (Texto Refundido).
- Ley Orgánica 1/1990, de 3 de octubre, de Ordenación General del Sistema Educativo.
- Programa nacional de Formación Profesional (1998-2002).
- Ley Orgánica 5/2002, de 19 de junio de las Cualificaciones y de la Formación Profesional.
- Ley 56/2003, de 16 de diciembre, de Empleo.

Servicios domiciliarios y el empleo

- Real Decreto 1128/2003 de 5 de septiembre, por el que se regula el Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

- Real Decreto 362/2004, de 5 de marzo por el que se establece la ordenación general de la Formación Profesional Específica.

- Real Decreto 295/2004, de 20 de febrero, por el que se establecen determinadas cualificaciones profesionales que se incluyen en el Catálogo nacional de cualificaciones profesionales, así como sus correspondientes módulos formativos que se incorporan al Catálogo Modular de Formación Profesional.

- Catálogo Nacional de Cualificaciones Profesionales.

- Ley Orgánica 10/2002, de 23 de diciembre, de Calidad de la Educación.

- Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre, por el que se establecen las directrices de los Certificados de Profesionalidad.

- Orden TAS/470/2004, de 19 de febrero, por la que se desarrolla el Real Decreto 1506/2003, de 28 de noviembre, por el que se establecen las directrices de los Certificados de Profesionalidad.

- Real Decreto 1046/2003, de 1 de agosto, por el que se regula el subsistema de Formación Profesional Continua.

- Fondo Documental de Ministerio Educación y Ciencia.

- Acuerdos Nacionales de Formación Continua.

4.3 Perfil actual del auxiliar de SAD Incidencia de la inmigración

*Soledad Palos Triguero
Responsable de Coordinación
Ayuda a Domicilio. ASISPA*

Introducción

ASISPA inició su actividad en el Servicio de Ayuda a Domicilio en el año 1981, en un Distrito Municipal de Madrid.

Desde entonces, el Servicio ha experimentado una notable evolución a la par que un espectacular aumento del número de usuarios y un fuerte incremento presupuestario, que se ha producido sobre todo en los últimos años.

En la actualidad, tenemos adjudicada por el Ayuntamiento de Madrid la cobertura de seis de los veintidós Distritos en los que está dividida la capital.

Durante el año 2004, y bajo ese contrato, desde nuestra entidad se prestó atención a 8.592 usuarios diferentes. Y sólo en el cuatrimestre comprendido entre 1 de enero y 30 de abril de 2005 a 7.817 usuarios, también diferentes.

Como es fácil suponer, paralelamente ha ido creciendo la plantilla de Auxiliares dedicadas a la prestación del Servicio en los distintos domicilios.

Durante los primeros años de funcionamiento las personas que accedían a este trabajo, mayoritariamente, eran amas de casa de mediana edad, nivel de estudios primarios, con deseos de incorporarse o reincorporarse al mundo laboral, tras haber pasado un largo período cuidando a los hijos, y con grandes dificultades para conseguirlo porque las nuevas realidades laborales, su falta de reciclaje, edad, etc., en época de alta tasa de desempleo eran obstáculos poco o nada superables.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Años después, entre las demandantes de empleo había numerosas Auxiliares de Clínica que, ante la falta de puestos de trabajo –entonces- en los sectores hospitalario o residencial, se incorporaban a la Ayuda en Domicilio.

Hasta mediada la década de los 90 era muy frecuente que estudiantes universitarios estuvieran integrados en SAD durante dos / tres años, bien durante los años de estudios o concluidos éstos, mientras preparaban oposiciones, o conseguían un puesto de trabajo adecuado a su preparación.

Sin embargo, al final de dicha década, comienza a descender paulatinamente la demanda de empleo para este sector por parte del personal español, mientras aumenta progresivamente el número de domicilios atendidos.

Incidencia de la Inmigración

Aunque desde 1982 habíamos incorporado a algunas personas procedentes de otros países, el porcentaje siempre estuvo situado por debajo del 1% hasta 1996.

Sin embargo, es desde 1997 cuando se produce un alto crecimiento que, a partir de 2001 se convierte en una incorporación masiva disparando los índices porcentuales, como se observa en la siguiente tabla:

AÑOS	Nº TOTAL AUXILIARES	PORCENTAJE EMIGRANTES
1988	444	1.80%
1999	487	2.50%
2000	785	3.38%
2001	922	12.7%
2002	1082	15.8%
2003	979	26.5%
2004	1272	33.8%
30 de abril 2005	1380	44%

Servicios domiciliarios y el empleo

Por tanto, a 30 de abril de 2005 es poco más de la mitad de la plantilla (56%) la ocupada por personal de nuestro país.

La expectativa es que ese 56% seguirá decreciendo, según los datos de que disponemos, puesto que de los trabajadores incorporados en el primer cuatrimestre de este año, sólo el 23% eran españoles.

Asimismo de las solicitudes de demanda de empleo que a diario se reciben en nuestra oficina, cada vez es menor el número de mujeres de nuestro país y, prácticamente inexistente el de varones.

En este último caso, tampoco de personas inmigrantes, que prefieren incorporarse como peones en el sector de la construcción, aunque tengan un nivel de estudios superior.

La tendencia, pues, a que el yacimiento de empleo generado por el Servicio de Ayuda a Domicilio sea copado mayoritariamente por personas procedentes de otros países no sólo se consolida año a año, sino que parece irreversible en un próximo futuro.

Lugares de procedencia

Nos parece interesante aportar datos sobre los países de procedencia de la inmigración.

Por ello, seguidamente se inserta una tabla con los datos globales de 2004. Y aunque se trata de datos parciales por referirse sólo a un período de cuatro meses, se intenta establecer una comparativa con los datos sobre el año actual de que ya disponemos a la hora de redactar este tema:

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa._____

PROCEDECENCIA	TOTAL AUXILIARES 2004	TOTAL AUXILIARES 30 DE ABRIL 2005
AMÉRICA		
ECUADOR	55%	57%
PERU	27%	26%
COLOMBIA	12%	10%
OTROS*	2%	4%
EUROPA		
RUMANIA	1.1%	0.7%
BULGARIA	0.8%	0.7%
UCRANIA	0.5%	0.6%
OTROS#	1.6%	1%
ÁFRICA		
GUINEA	0.6%	0.6%
MARRUECOS	0.6%	0.4%

* Rep. Dominicana, Bolivia, Cuba, Brasil, Paraguay, Chile

Polonia, Rusia, Serbia, Italia

Perfil

Ante esta panorámica cabe preguntarse cuál es la evolución del perfil de Auxiliar SAD desde que la inmigración comienza a tener una incidencia mayor en el Servicio.

Para ello hemos elegido las siguientes variables: sexo, edad, nivel de estudios y tiempo de permanencia en las prestaciones domiciliarias.

Hemos recabado datos de 1998, año en el que como ya hemos consignado, el porcentaje de inmigración era del 1,80% para poder compararlos con los datos del pasado año, en el que ya estábamos cerca del 34%, obviando los años intermedios para no hacer excesivamente prolijo este texto.

Sexo

Con referencia al sexo, los varones en 1998 suponían el 5%, porcentaje que ha descendido hasta el 2% en 2004.

Servicios domiciliarios y el empleo

Es de reseñar que en ASISPA se han incorporado hombres al SAD desde 1985, época en la que había bastante demanda de empleo por parte de varones, pero era complicado convencer a los usuarios para que los recibieran en su casa.

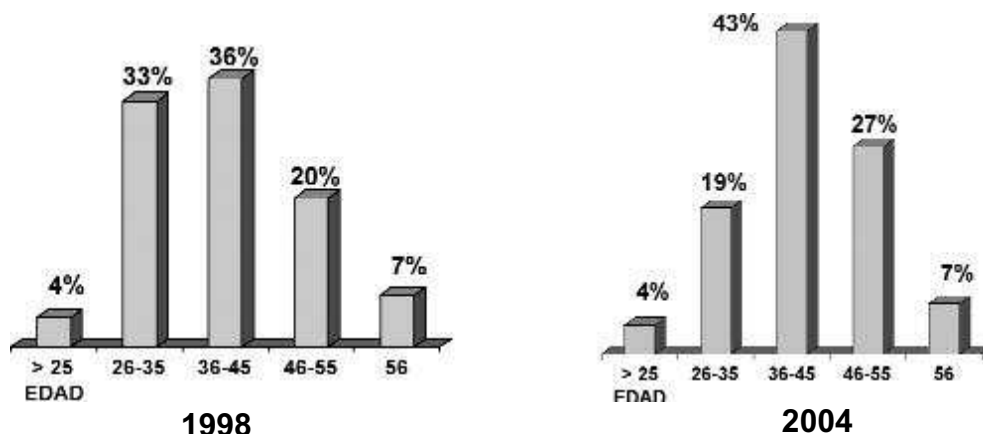
Durante varios años el porcentaje se mantuvo por encima del 15%, y después comenzó la reducción paulatina, hasta el momento actual en el que son los propios usuarios quienes lo solicitan en muchos casos, pero es difícilísimo encontrar candidatos aptos, para el desempeño de las prestaciones de atención personal entre los escasos solicitantes.

Edad

En los gráficos que recogen los datos relativos a edad, es curioso observar que los intervalos extremos (menores de 25 y mayores de 56) se mantienen en los mismos porcentajes en ambos años (4 y 7%).

En 2004 el grupo de edad comprendido entre 26 y 35 años ha bajado sustancialmente (del 33 al 19%), mientras crecen en siete puntos tanto el intervalo de 36-45 años como el de 46-55 años.

Lo cual representa un envejecimiento importante de la plantilla, en parte natural puesto que la permanencia en el puesto durante bastantes años es alta como se mostrará más adelante pero que, por otra parte, se debe a que muchas de las nuevas incorporaciones se producen entre los 40/50 años de edad.



Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Nivel de Estudios

En cuanto al nivel de estudios, habría que hacer la salvedad de que no siempre son totalmente comparables los oficiales de aquí con los establecidos en los diversos países de procedencia, por lo que los datos agrupados en el gráfico siguiente pueden ser más aproximativos que reales.

Un argumento más para poner en cuestión los datos que aportamos es que, por razones obvias, en la mayoría de los casos los Auxiliares que se incorporan carecen de la homologación que hay que tramitar en el Ministerio de Educación y Cultura, aunque dispongan de certificaciones expedidas en su lugar de origen.

Teniendo en cuenta todo ello, observamos que los niveles inferiores (primarios y graduado escolar) disminuyen considerablemente, y más el segundo que el primero lo cual parece indicar una tendencia favorable.

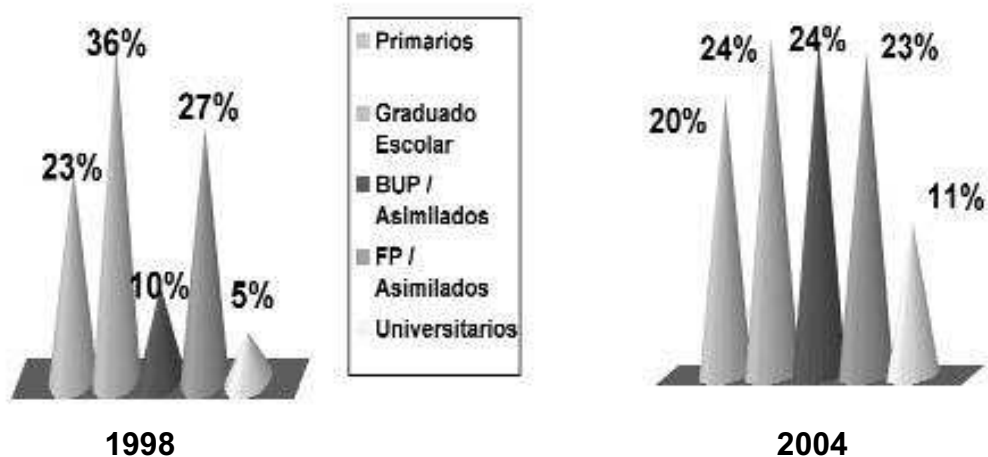
Se reduce también del 27 al 23% el grupo cuyos estudios son FP I - II y asimilados. Suponemos que –entre otras causas- puede deberse al crecimiento de puestos en Residencias y Centros de Día, que dan salida a ese colectivo de profesionales.

Por el contrario, se elevan enormemente tanto el porcentaje de Auxiliares con BUP y asimilados (que pasa del 10 al 24%), como el de quienes tienen estudios universitarios que duplica porcentaje, pasando del 5 al 11%.

Esta aparente mejora en el nivel de estudios, no lleva aparejada una mejor preparación para el puesto a desempeñar, pero si parece indicar una base sólida para que la formación impartida por las empresas prestatarias, pueda tener una buena respuesta.

Sin embargo, es innegable que se están produciendo distorsiones en la prestación del Servicio. Y, sin duda, una de ellas –tal vez la más importante- es la producida por la diferencia de cultura y costumbres.

Servicios domiciliarios y el empleo



En este sentido, está dando buenos resultados la labor de las Asociaciones de Acogida así como de los Mediadores Interculturales que sería conveniente potenciar.

Permanencia en SAD

Por lo que respecta a la Permanencia o Antigüedad en la prestación del Servicio, la situación actual en ASISPA es que en el período 1998-2004 ha crecido, lógicamente, en porcentaje (del 1 al 5%) el número de Auxiliares que llevan más de 15 años.

Sin embargo, el porcentaje de Auxiliares que permanecen entre 10 y 15 años se ha reducido a la mitad. Independientemente de las bajas voluntarias, jubilaciones, etc., que se hayan producido en estos seis años, esta reducción se debe también a que en ese período se han producido subrogaciones, por cambios de distritos en sucesivas adjudicaciones.

Y, por otra parte, ha habido numerosas promociones a Teleasistencia, Centros de Día, y Residencias tanto de la Red Pública como propios de nuestra entidad, en consonancia con la política de promoción interna que llevamos a cabo en ASISPA.

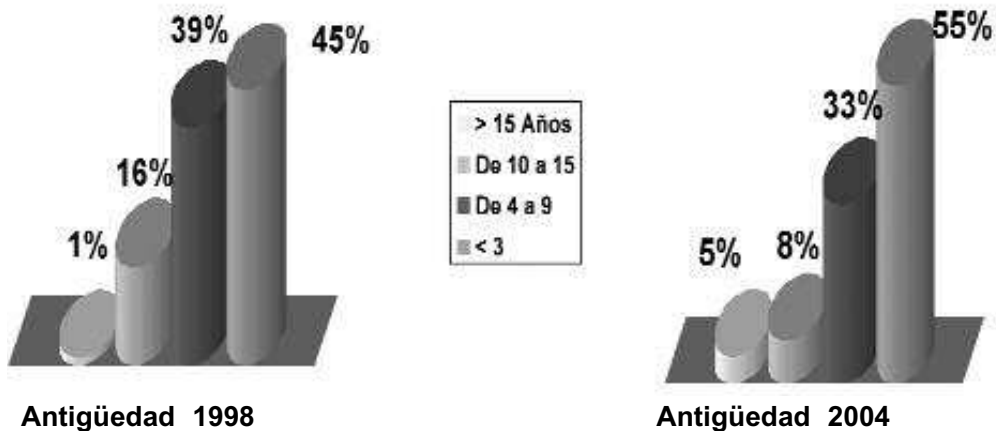
Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

También decrece, aunque en menor medida, la permanencia entre 4 y 9 años que pasa del 39 al 33%.

Por el contrario aumentan en 10 puntos (del 45 al 55%) las personas cuya antigüedad es inferior a 3 años, siendo uno de los motivos –aunque no el único- el aumento tanto en número de usuarios como en horas de prestación que se está produciendo en SAD en los últimos años.

Esta última cifra también hace suponer que se haya incrementado la rotación de personal auxiliar por diferentes causas.

Cuestión que se pondrá de manifiesto con datos incorporados en páginas siguientes.



En cuanto al tipo de contratación, el sector de Ayuda a Domicilio tiene la ventaja sobre otros, de contar con un alto volumen de contratos indefinidos. En ASISPA, al 30 de abril el porcentaje de contratos indefinidos de Auxiliares SAD asciende al 76,3%.

Sin embargo, este sector tiene un grave inconveniente que es la necesidad de tener mayor volumen de jornadas parciales, que en otro tipo de trabajo.

Como todos sabemos, los horarios de atención más demandados se

Servicios domiciliarios y el empleo

concentran en unas cuantas horas de la mañana. Concretamente en nuestro caso el 50,1% de las jornadas de auxiliares están en 27,5 horas semanales.

La jornada completa establecida por el Convenio Colectivo actualmente vigente es de 37 horas. El porcentaje de estas jornadas es del 14,7%.

Rotación

Como hemos dicho anteriormente, a continuación incluimos una tabla comparativa entre los años 2003 y 2004 de las causas más frecuentes de baja definitiva de Auxiliares, dato que resulta de interés, porque refleja la rotación que se está produciendo en la plantilla.

Por otra parte, conocidas las causas que motivan las bajas, se podrán establecer fórmulas para incidir en la eliminación de algunas de ellas.

El porcentaje mayoritario se encuentra en la característica “No renovación / fin de contrato”. Dado que en cualquiera de los dos períodos que se citan estábamos en situación de crecimiento de usuarios y, por tanto, con necesidad de personal, si al finalizar el contrato establecido no se ha pasado a indefinido, ha sido por déficit de funcionamiento en muchos de los casos puesto que, incluso las suplentes contratadas para cubrir las vacaciones de verano, bajas por maternidad, etc., han tenido en ambos años la posibilidad de prórroga de contrato o han sido llamadas de forma casi inmediata, para su reincorporación.

La incidencia de las bajas voluntarias es también muy alta, aunque ha descendido un 8% en 2004.

En tercer lugar aparece “No superado período de prueba” que baja un punto.

Suben sin embargo alrededor del 5% más en el último año las peticiones de “Excedencia”.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

BAJAS DEFINITIVAS DE AUXILIARES		
MOTIVOS	AÑO 2003	AÑO 2004
NO RENOVACIÓN / FIN DE CONTRATO	41.3%	40.2%
VOLUNTARIA	36.4%	27.6%
NO SUPERADO P. PRUEBA	9.0%	8.0%
EXCEDENCIA	3.6%	8.0%
ABANDONO	4.5%	3.4%
PROMOCIÓN	2.6%	1.6%
DESPIDO	0.4%	1%
JUBILACIÓN	0.7%	0.4%

Dichas peticiones, en general por cortos períodos de tiempo, responden a problemas familiares graves que les obligan a viajar a su país. Años atrás las excedencias eran prácticamente inexistentes en SAD.

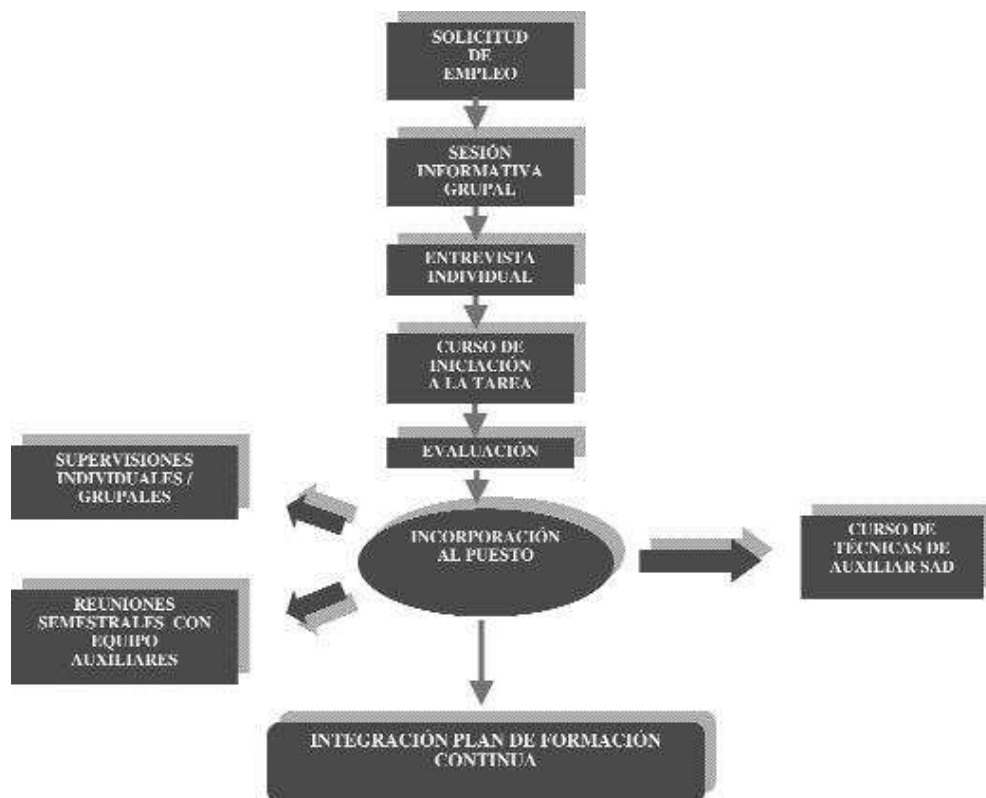
Disminuye ligeramente el “*Abandono del puesto de trabajo*” sin previo aviso, pero habrá que esperar a datos de años posteriores para ver si la tendencia a la baja se mantiene.

Sin embargo se ha *incrementado el porcentaje de despidos disciplinarios*.

Tanto la “*Promoción*” como la “*Jubilación*” u otros motivos minoritarios tienen una causalidad diferente. Al igual que la subrogación, circunstancia que se produjo en 2003 con un 23.4% y un 7,8% de las bajas en 2004.

Para intentar reducir la incidencia en algunos de estos porcentajes, hemos profundizado en el proceso de selección, incorporación y formación previa, sobre la base del esquema siguiente:

Proceso de selección e incorporación de auxiliares



El primer paso en el proceso es la cumplimentación de un impreso de solicitud que tenemos diseñado. Sobre dichas solicitudes se procede a realizar la primera selección, eliminando a aquellas personas que no reúnen los requisitos establecidos.

Posteriormente se procede a una sesión informativa grupal de alrededor de tres horas de duración, en la que se explican pormenorizadamente objetivos del SAD, funciones y tareas, jornadas, salarios etc. (algunas solicitantes se auto eliminan en esta fase).

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

Tras la sesión grupal, se mantiene entrevista individual con los candidatos restantes y se rellena un cuestionario que permite una valoración de cada uno de ellos.

Posteriormente acuden al “Curso de Iniciación a la Tarea”. El personal formativo evalúa a los participantes y emite listado de los más aptos que pasan a ser contratados, según necesidades.

Este proceso se sigue siempre aún cuando los candidatos hayan recibido cursos sobre el Servicio o acrediten tener experiencia, con el fin de asegurarnos de que tienen información suficiente.

Con posterioridad a la contratación participan en el curso “Técnicas de Auxiliar” y, finalmente, se integran en el Plan de Formación.

Rotación de usuarios

Un deseo profundamente sentido por los usuarios es el de que no se produzcan cambios de Auxiliares y se mantengan constantes los días y horas de atención.

Deseo que se ve muy frecuentemente frustrado no sólo por las bajas definitivas de auxiliares que hemos mencionado sino porque, a éstas, hay que añadir las ausencias temporales bien para disfrutar de sus derechos laborales (vacaciones, cuatro días de asuntos propios, etc), bien por enfermedad común, accidente laboral, permisos por maternidad, y otras incidencias producidas a diario.

Buscar un punto de equilibrio entre las necesidades/deseos de los usuarios y los derechos/incidencias de los trabajadores es una de las tareas más arduas a las que se enfrentan los Equipos de Coordinación del SAD.

Y un tema que se tiene poco en cuenta, en general, es la otra cara de la medalla, es decir la alta movilidad de usuarios y las disfunciones que ella origina.

Servicios domiciliarios y el empleo

A modo de pincelada, damos algunos datos sobre los movimientos de usuarios habidos en los cuatro meses comprendidos entre el 1 de enero y el 30 de abril:

- Las altas de usuarios fueron 1.160. Muchas de ellas urgentes, para inicio del SAD antes de 48 horas.
- Las bajas definitivas por defunción, ingreso en Residencia u otros motivos, 484.
- Las bajas temporales con posterior reanudación de prestaciones ascendieron a 1.393.
- Los reinicios de servicio fueron 1.691, puesto que en algunos casos el mismo usuario ha tenido varios periodos de baja provisional.

En 1.086 ocasiones ha habido que realizar modificaciones, generalmente por mayor volumen de días y horas de atención al haberse agravado la situación inicial del usuario

Retos

No queremos dejar pasar la oportunidad de apuntar algunas de las dificultades con las que el SAD se encuentra a diario, y que no se refieren sólo a cuestiones del personal que realiza las prestaciones, sino también a otros temas:

El alto número de domicilios en los que se atiende a Mayores con grave deterioro psíquico que viven solos y que, en muchas ocasiones, carecen de familiares directos. Para ellos, el SAD no es la respuesta más adecuada.

Los enfermos mentales procedentes de la desinstitucionalización que ya han entrado en el colectivo Mayores, cuya atención debería ser muy específica.

Los Mayores que por su edad estarían integrados en la “vejez de la vejez” que conviven con hijos enfermos mentales, drogodependientes, etc., sufriendo una grave problemática y en ocasiones sujetos a un trato inadecuado.

Servicios de Ayuda a Domicilio. La dependencia en casa.

En los últimos años ha aumentado considerablemente el número de Mayores que han superado los 95 años que están siendo atendidos por algún hijo, hermano o cónyuge que, a su vez, tiene una edad avanzada.

Al haber aumentado la longevidad, y mantenerse la permanencia en su domicilio de los mayores, crece cada año el porcentaje de bajas definitivas por defunción, previamente, a veces, con una larga fase en situación terminal que genera sufrimiento en el entorno familiar.

Se observa un fuerte aumento de “abuelos golondrina” que rotan, generalmente por meses, en los hogares de varios hijos. Evidencia de que, pese a los cambios sociales y a la incorporación masiva al mundo laboral de la mujer, se mantiene una positiva integración familiar. Sin embargo tiene algunas connotaciones que el mayor vive negativamente, como la desestabilización por los frecuentes cambios y la sensación (a veces objetiva) de que en cada domicilio se deja para el siguiente la resolución de determinados problemas, desencadenando un cuidado no muy correcto en algunos casos.

El aumento de los niveles de dependencia, las barreras arquitectónicas y la carencia en los domicilios de ayudas técnicas idóneas que palien las dificultades que presentan el aseo personal y la movilización, está suponiendo un riesgo laboral de primer orden para los auxiliares que, con mayor frecuencia sufren lesiones y accidentes de trabajo. La sensibilización sobre ayudas técnicas tanto a usuarios como a sus familiares, es un tema prioritario.

Con respecto a esas barreras arquitectónicas domésticas –dado el aumento constante no sólo de la longevidad sino también de personas afectadas por secuelas de politraumatismos originados en accidentes de tráfico u otras circunstancias- sería interesante iniciar una labor de mentalización a través de los organismos públicos que tienen a su cargo temas relacionados con la vivienda (Ministerio, Comunidades Autónomas, Corporaciones Locales, Colegio de Arquitectos,...etc) para que en los diseños de nueva construcción introduzcan medidas que, fácilmente y sin coste añadido, reduzcan esas barre-

Servicios domiciliarios y el empleo

ras (puertas más anchas, bidé e inodoro de pared que permitan mayor altura, duchas planas en lugar de bañeras, rampas en escaleras de portales...etc) algunas de las cuales serían aprovechables por la generalidad de la población (mejor movilización de carros de la compra, coches de bebés, etc.).

La casi inexistente demanda de empleo por parte de personal español para la atención directa en domicilio, pese a los numerosos cursos que desde la Administración y las entidades privadas se realizan habitualmente.

Tal vez una fórmula adecuada para resolver esta situación en el futuro, sería la puesta en marcha de los módulos de FP que ya están diseñados en el Ministerio de Educación y Cultura, para que nuevas generaciones de jóvenes se preparen y conciencien de la satisfacción personal que produce trabajar con y para personas. Así como de las posibilidades del SAD como yacimiento de empleo estable.

Por otra parte y como en la actualidad los demandantes de empleo proceden en su mayoría de la inmigración, habría que plantearse soluciones a través de un programa de actuación conjunto de la Administración y los Agentes Sociales, para que al menos una mínima preparación previa se diera en los países de origen con compromiso por parte de las empresas en cuanto a la contratación.

Las numerosas peculiaridades de este servicio tanto respecto a los usuarios y su problemática, como al personal que les atiende, deberían tener reflejo en la legislación.

El aumento de la inmigración en nuestro país está suponiendo, también, su incorporación como usuarios a los Servicios Sociales. En SAD se da esta circunstancia especialmente en el colectivo "Menores". Hacer flexibles las prestaciones respetando su idiosincrasia, al mismo tiempo que potenciando sus responsabilidades y el cumplimiento de sus obligaciones, es una tarea en la que las entidades privadas debemos colaborar con los Servicios Sociales Municipales.

5. Servicios sociosanitarios de atención en domicilio: experiencias, retos y posibilidades

5.1 Estructuras de coordinación sociosanitaria comisiones y equipos

*Milagros Marcos Ortega.
Directora General de Planificación y Ordenación.
Consejería de Sanidad. Junta de Castilla y León.*

Introducción

La relación entre la salud y las variables sociales del entorno próximo a las personas está establecida hace muchos años. Se trata de una relación bidireccional, porque la salud repercute en la situación social, laboral, familiar, y económica, y a su vez esta situación influye en la salud.

La coordinación socio sanitaria supone dar un paso más en la **atención integrada** a estas personas que presentan problemas complejos, problemas que interactúan y se intensifican mutuamente, y acaban afectando a todas las parcelas de la vida.

La atención integrada ha sido y está siendo objeto de estudio y análisis en los países miembros de la Unión Europea en cuanto que experiencia novedosa y necesaria en la prestación de servicios dirigidos a resolver necesidades interrelacionados y complejas. El modelo de atención socio sanitaria de nuestra Comunidad Autónoma, basado en la coordinación de los Sistemas de Acción Social y Sanitario, adopta los principios básicos de la atención integrada.

El término “integración” posee muchos significados e interpretaciones 6. En este caso, se define la atención integrada como un conjunto de servicios y procesos asistenciales coordinados en un plan integrado dirigido a las necesidades y los problemas multidimensionales de una persona en particular, o de una categoría de personas que comparten unas necesidades o problemas similares.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

El objetivo de la atención integrada es doble. Primero: la intervención sobre problemas sanitarios y sociales entrelazados e interdependientes demanda una atención social y sanitaria entrelazada e interdependiente. En caso contrario, la atención será insuficiente. Segundo: los servicios prestados según un plan integral se solapan y se potencian, lo que produce el mejor uso de los recursos disponibles.

Las estructuras de coordinación en Castilla y León

Las estructuras de coordinación son la conexión entre el Sistema de Acción Social y el Sistema Sanitario. Están constituidas por profesionales de ambos sectores que, manteniendo su vinculación con sus Instituciones de procedencia, configuran un sistema virtual, que se hace real cada vez que se reúnen para la coordinación socio sanitaria, y por lo tanto, para la prestación integrada de servicios.

Tienen diferentes niveles y responsabilidades, y se regulan normativamente por vez primera en el año 2000, estableciéndose unas estructuras de carácter directivo de ámbito regional y provincial (el Consejo de Dirección y la Comisión de Dirección del Área Sanitaria) y otra estructura, provincial, de carácter técnico – consultivo, (la Comisión de Coordinación Socio sanitaria del Área de Salud) formada por profesionales designados por las Instituciones con competencias en materia de sanidad y servicios sociales de cada una de las provincias.

En el año 2003 se publica un Decreto (49/2003) que modifica al anterior y que contempla la creación de los Equipos de Coordinación de Base. Estos son la estructura estable y formalizada de relación entre los servicios sociales y sanitarios más próximos al ciudadano.

Las dos últimas, Comisiones de Coordinación y especialmente los Equipos de Coordinación de Base (ECB), son las que interesan en esta exposición.

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

Para mantener estas estructuras, la Junta de Castilla y León cuenta con el Servicio de Coordinación Socio sanitaria de la Dirección General de Planificación y Ordenación, de la Consejería de Sanidad. El Servicio elabora instrumentos de trabajo, guía y asesora a las Comisiones de Coordinación, y coordina los grupos de trabajo que en la administración central elaboran programas coordinados.

Las Comisiones de Coordinación

Las Comisiones está formada por profesionales sanitarios de atención primaria y atención especializada, y de los servicios sociales dependientes de la Junta de Castilla y León y de las Corporaciones Locales. Dos son las características de las Comisiones que las hacen imprescindibles. Primero: se conforman como grupo de expertos en la organización y prestación de servicios. Segundo: su marco de actuación, básicamente la provincia, es el marco donde garantizar la gran mayoría de los servicios.

La Comisión tiene funciones en dos direcciones. Por un lado debe actuar como apoyo y asesoramiento de los ECB, proporcionando información, contactos y experiencia. Por otro lado, debe recoger la incidencia de problemas en la atención de las personas atendidas en los ECB, analizar sus causas e importancia, y elaborar propuestas de mejora. Estas propuestas, relativas a la suficiencia de recursos o a la adecuación de procesos, son transmitidas a las Comisiones de Dirección, que tienen capacidad ejecutiva.

La formación de ECB de la Comunidad ha estado organizada por las Comisiones de Coordinación (CCSS). Las CCSS han elaborado su plan de trabajo anual, incluyendo la tutorización de los ECB, actividades formativas, y la implantación de programas autonómicos de coordinación interinstitucional. Además, empiezan a surgir planes de mejora provinciales, que empiezan a formar un catálogo de mejores prácticas.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Los miembros de las Comisiones de Coordinación asumen la responsabilidad de tutorizar a los ECB. Cada tutor hace el seguimiento de las actividades de determinados ECB, a los que sirve de referencia para ofrecer información, asesorar técnicamente y transmitir problemas o consultas a la Comisión.

Los Equipos de Coordinación de Base

El Decreto 49/2003 establece que un ECB está formado al menos por un profesional de cada centro de Acción Social, un profesional sanitario del equipo de Atención Primaria (EAP) y el trabajador social del EAP. La mayoría de los ECB incorporan sin embargo, dos profesionales sanitarios: un médico y una enfermera, para facilitar la difusión de su labor y la participación de todos los colectivos profesionales. Pueden formar parte otros profesionales relevantes para los problemas de la persona atendida.

La creación de los ECB ha supuesto la delimitación previa del territorio y la población a la que atiende cada uno. Se han definido 178 zonas en Castilla y León, y se han creado 145 ECB, prácticamente todas durante 2004.

La función básica e insustituible de los ECB es detectar los casos que precisen una actuación conjunta, simultánea o sucesiva, de servicios sociales y sanitarios, analizarlos en común y adoptar soluciones coordinadas. Para ello el Servicio de Coordinación diseñó una metodología de trabajo conjunto. La segunda función de los ECB es aportar información para la planificación de recursos, contrastando recursos disponibles utilizados con recursos considerados idóneos. También aportan información para el diseño de procesos de atención coordinada, sea entre niveles asistenciales (atención primaria o básica con atención especializada) o entre sectores (sanitario y social).

La creación de ECB ha exigido una labor formativa por parte de las Comisiones de Coordinación Sociosanitarias y por parte del Servicio de Coordinación Sociosanitaria.

Seguimiento de los ECB.

Tanto las Comisiones de Coordinación correspondientes como el Servicio de Coordinación de la Dirección General de Planificación y Ordenación, realizan un seguimiento continuado de los ECB, a través de sus actas. Este seguimiento incluye en la actualidad básicamente la actividad asistencial a personas y la actividad comunitaria. Además, los ECB remiten una copia de las guías de los casos tratados a la Comisión de Coordinación, que a su vez lo remite al Servicio de Coordinación. El Servicio evalúa el grado de cumplimentación de los apartados de la Guía y su adecuación a la estructura definida.

Resultados más destacables

Los ECB tienen de momento una experiencia corta. En estos primeros meses de actividad, los ECB han tratado en muchas ocasiones a las personas con problemas más complejos, con frecuencia, problemas de varios años de evolución. Es prematuro valorar las repercusiones del trabajo de los ECB en la salud y en la calidad de vida, en comparación con lo que ocurriría sin su existencia. Los resultados que se pueden valorar, recogidos por el Servicio de Coordinación, se refieren a:

1. Satisfacción profesional

Muchos profesionales, tanto del sector sanitario como del sector social, han expresado su satisfacción por estructurar su coordinación y por la orientación que ofrece la Guía de Gestión Compartida.

2. Dificultades relacionadas con las culturas de las organizaciones:

Los profesionales refieren síntomas, de que sus correspondientes organizaciones no han asumido todavía de manera extensiva la coordinación socio-sanitaria como tarea propia. Por ejemplo, refieren dificultades para liberar tiempo y reunirse, poco reconocimiento, o incomprensión de la necesidad de coordinarse por parte de algunas instancias.

3. Cuantificación de problemas:

Empezamos a conocer los rasgos fundamentales de las personas tratadas en los ECB. A modo de orientación, en la tabla siguiente se muestran los datos relativos a los problemas de salud y situación familiar de los primeros 93 casos:

Problemas de salud	
Enfermedad mental	37%
Neurológica (ACV, demencias, ...)	22%
Limitaciones sensoriales	12%
Aparato locomotor	25%
Drogodependencia	8%
Pluripatología orgánica	17%
Malos tratos	2%
Otros	28%
Situación familiar	
Vive con familia cuidadora	15%
Vive con persona similar a él / ella	18%
Vive solo	25%
Es cuidador	18%
Multipatología familiar	15%

En una cuarta parte de los casos se ha reseñado la evolución de los problemas en la guía. De los casos recogidos, en el 43% de los casos los profesionales valoran que está mejor, que está igual en el 21%, y peor en el 36%.

Es de suponer que la proporción de los casos que hubieran evolucionado a peor sería mucho mayor sin la intervención del ECB, pero una conclusión al respecto necesita un número más amplio de casos, la comparación con un grupo control, y comprobar la fiabilidad de las valoraciones.

Discusión

Las estructuras de coordinación son el núcleo de la primera línea estratégica del II Plan Socio sanitario de Castilla y León. En su corto período de funcionamiento se han establecido los cauces para que su impacto en la coordinación socio sanitaria y en la atención integral sea efectivamente clave, como enuncia el II Plan.

Una coordinación efectiva necesita conseguir acuerdos entre dos administraciones, adecuar la normativa, establecer procedimientos, y trabajar juntos en la atención a determinadas personas. En nuestra experiencia, esta coordinación está siendo más fácil allí donde la presión de los problemas es más acuciante, es decir, entre los profesionales de base de los ECB y de las CCSS. Por ello, las estructuras de coordinación han demostrado la importancia de su rol. Son estos profesionales los que nos deben enseñar cuales son los problemas reales de las personas, y en ese papel son insustituibles.

Bibliografía

Johannes Siegrist. (2000), The Social Causation of Health and Iones. En: Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick, Susan C. Scrimshaw (eds.), Handbook of Social Studies in Health and Medicine. Sage Publications, London. 100-114.

Stephanie A. Robert, James S: House. (2000), Socioeconomic Inequalities in Health: Integrating Individual-, Community-, and Societal-Level Theory and Research. En: Gary L. Albrecht, Ray Fitzpatrick, Susan C. Scrimshaw (eds.), Handbook of Social Studies in Health and Medicine. Sage Publications, London. 115-135.

Arno van Raak, Ingrid Mur-Veeman, Brian Ardi, Marijke Steenbergen, Aggie Paulus. (2003), Integrated Care in Europe. Elsevier gezondheidszorg. Maarsen, the Netherlands.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Hnek Nies, Philip C. Berman (eds.). (2004), Integración de servicios para personas mayores: un libro de recursos para gestores. European Health Management Association. Disponible en: <http://www.ehma.org>.

Kai Leichsenring, Andy M. Alaszewski (eds.). (2004) Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake. Ashgate, Hampshire.

Dennis L. Kodner. Cor Spreeuwenberg, Integrated Care: meaning, logic, applications, and implications – a discussion paper. International Journal of Integrated Care. 2002. Online: <http://www.ijic.org>.

Decreto 74/2000, de 13 de abril, por el que se crea y regula la estructura de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León. BOCL nº 77, 19/04/2000.

Decreto 49/2003, de 24 de abril, por el que se modifica el Decreto 74/2000, de 13 de abril, sobre estructuras de coordinación sociosanitaria de la Comunidad de Castilla y León. BOCyL nº 81, de 30/04/2003.

Decreto 59/2003, de 15 de mayo, por el que se aprueba el II Plan Sociosanitario de Castilla y León. BOCyL nº 95, de 21/05/2003.

5.2. Comisión socio sanitaria de Villa de Vallecas, una apuesta por la coordinación en la atención integral del mayor

Santiago Buitrón Ruiz

Directora del Centro Social de Villa de Vallecas

Introducción

El objetivo de esta ponencia dentro de la Mesa redonda “Servicios socio sanitarios de atención en el domicilio: Experiencias, retos y posibilidades”, es mostrar como desde el año 1.996 existe en el municipio de Madrid, y concretamente en el Distrito de Villa de Vallecas, una plataforma de coordinación socio sanitaria, nacida en el marco de una voluntad política y técnica, de afrontar los retos de una nueva necesidad emergente en ese momento como era LA DEPENDENCIA, relacionada directamente con el fenómeno del envejecimiento de la población y con la ineludible incorporación de la mujer al mercado laboral, desde una visión integradora de la intervención, en la que para dar respuesta a las necesidades de los mayores y sus familias, es imprescindible coordinar los diferentes ámbitos de competencia e intervención social y sanitario.

Para entender la implantación y posterior evolución de la Comisión socio sanitaria en Villa de Vallecas es necesario conocer las características sociodemográficas del distrito, y la coordinación interinstitucional previa a su implantación.

1. Características Sociodemográficas de Villa de Vallecas

- Se trata del tercer distrito menos poblado de los 21 distritos del municipio de Madrid. En 1.996 tenía 60.383, la última cifra de población es de 65.162 habitantes a 1 de enero de 2005. Sigue una tendencia de incremento poblacional distinta a la del municipio.

- La tasa de envejecimiento de la población es del 12,55%, más de 6 puntos

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

por debajo de la media del municipio, que se encuentra en el 18,76%. Es de destacar que el peso del subgrupo de edad entre los 75 y 84 años supone actualmente el 59.70% de toda la población mayor del distrito, y los mayores de 85 años el 8.38% por lo que más del 68% de la población mayor se encuentra en los grupos de edad en los que los problemas de salud y dependencia son más importantes.

- Aunque se trata de un distrito territorialmente muy extenso la población se concentra en dos barrios geográficamente unidos, las distancias son escasas y el acceso a los recursos, salvo para las zonas de asentamientos ilegales y marginales, es fácil.

- El crecimiento demográfico del distrito coincide con las corrientes de emigración interna, del mundo rural al urbano, de los años 60 y primeros de los 70. Ha sido habitual que las segundas generaciones hayan mantenido su propio domicilio familiar en el distrito, produciéndose una cercanía entre los padres y los hijos que ha favorecido el apoyo mutuo.

- Existe un importante apoyo vecinal que viene de la idiosincrasia rural que tuvo el distrito y que se ha mantenido tras el desarrollo demográfico y económico del mismo.

Coordinación Interinstitucional previa a la Comisión Socio sanitaria

La Sección de Servicios Sociales del Distrito, mantenía una coordinación fluida y periódica con la Trabajadora Social del INSALUD de los dos Centros de Salud ubicados en el mismo y con las dos Trabajadoras Sociales del Centro de Mayores del INSERSO transferido a la CAM el 1 de enero de 1.996.

En la coordinación habitual de casos, se detectaba como una dificultad constante la falta de implicación del sistema sanitario, que se limitaba a la derivación de casos a los profesionales de la intervención social, con el objetivo de

resolver problemas, que en la mayoría de las ocasiones necesitaban una atención integral que abarcara los aspectos sociales y sanitarios de la problemática.

Los aspectos introductorios expuestos, como ya he señalado anteriormente, creo que pueden ayudar a entender el contenido de la ponencia y sobre todo su objetivo principal, que es mostrar la Comisión Socio Sanitaria de Villa de Vallecas como un modelo de coordinación Socio Sanitario en la atención integral del mayor.

Antecedentes y origen de la CSS de Villa de Vallecas

Como ya había avanzado en el punto introductorio la CSS de Villa de Vallecas es posible gracias a la voluntad política y técnica surgida en un determinado momento, por lo que vamos a buscar los antecedentes normativos y programáticos limitándolos temporalmente con la siguiente secuencia cronológica:

1. Acuerdo marco entre los ministerios de asuntos sociales y sanidad y consumo en materia de coordinación socio sanitaria, firmado el 14 de diciembre de 1.993.

En el que se declara; que teniendo en cuenta la dimensión social de lo sanitario y la dimensión sanitaria de lo social, la colaboración, la corresponsabilidad, y la coordinación interministerial, son absolutamente decisivas para ofrecer respuestas integradas en orden a la eficacia de los respectivos servicios y acordando en lo que se refiere a la población mayor; impulsar y desarrollar, en el ámbito de sus respectivas competencias, programas de actuación coordinados entre otras en las áreas de atención a las personas mayores, fundamentalmente las de edad avanzada o que hayan llegado a la situación de dependencia o semidependencia y que demandan atención socio sanitaria.

2. Convenio de colaboración interministerial para la atención socio sanitaria de las personas mayores, firmado el 14 de diciembre de 1.993.

Supone una apuesta por concretar las actuaciones socio sanitarias dirigidas a las personas mayores del Acuerdo Marco, que tiene entre sus priorida-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

des desarrollar una Estrategia de Coordinación Socio Sanitaria en la atención de las Personas Mayores. El tercer acuerdo del Convenio tenía prevista la constitución de Comisiones Socio Sanitarias en cada ámbito territorial que actuaran como instrumento de coordinación en el marco del Convenio y estarían integradas paritariamente por responsables del Instituto Nacional de Salud y del INSERSO.

3. Taller de coordinación socio sanitaria para la atención a las personas mayores

Impartido por el INSERSO-INSALUD en octubre de 1995 y en el que participan profesionales de la atención directa de ambos institutos y cuyo objetivo es sensibilizar a los profesionales sobre la necesidad de la coordinación socio sanitaria para la eficacia de los recursos y de la atención que se le da al mayor.

4. El 1º Taller de coordinación socio sanitaria

Realizado en el Área 1 del INSALUD en el que participan los Servicios Sanitarios y Sociales con representación técnica y política y las organizaciones de voluntariado y de ayuda mutua de la zona, realizado en enero de 1.996 y cuyo objetivo fundamental fue la sensibilización de las diferentes instituciones ante la implantación del “Programa Socio sanitario para la atención de las Personas Mayores”, consensuando la participación de todas las entidades e instituciones participantes en el Taller en las Comisiones de Primer nivel y/o Distrito que el Programa tenía previsto implantar.

5. Programa socio sanitario para la atención de las personas mayores del area 1 del Insalud.

Implantado en el Área durante todo el año 1.996. Surge fundamentado en el envejecimiento de la población, la aparición de la dependencia como una nueva necesidad que requerirá la adaptación de los diferentes sistemas de atención y unido todo ello a la crisis de los tradicionales sistemas de apoyo informal

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

(familia, apoyo vecinal), introduciendo la coordinación socio sanitaria como estrategia de intervención y en el que se plantea la creación de la Comisión de Área y las Comisiones distritales como los órganos encargados de desarrollar y llevar a cabo esa estrategia.

La Sección de Servicios Sociales de Villa de Vallecas, participo en el 1º Taller de Coordinación Socio Sanitaria y se integró como miembro fundador de la Comisión Distrital desde febrero de 1.996.

Objetivos del programa socio sanitario de atención a las personas mayores del area 1 del Insalud

Teniendo en cuenta que finalmente la CSS se plantea desde un Programa de origen Sanitario en el que decidimos incluirnos los Servicios Sociales me parece necesario al menos conocer los objetivos del programa para justificar aún más nuestra decisión de ser parte del mismo a través de nuestra incorporación en la CSS.

El objetivo general del Programa es:

- Mejorar la calidad de la atención socio sanitaria que prestamos a los Ancianos de Alto Riesgo desde nuestra Área de Salud, teniendo siempre presente el énfasis en aumentar más la calidad de vida que su duración”.

El objetivo específico al que responde la creación de las Comisiones es:

- Mejorar la coordinación y eficiencia de los diferentes recursos socio-sanitarios implicados en la atención socio sanitaria”. Para ello el Programa propone:

1. Facilitar y Potenciar la creación de una Comisión de Coordinación Socio sanitaria de Área.
2. Facilitar y Potenciar la creación de Comisiones Socio sanitarias de primer nivel (distrito).

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Objetivos de la Comisión Socio sanitaria de Villa de Vallecas

Para responder al objetivo específico del Programa Socio sanitario que da origen a la CSS y que es "mejorar la coordinación y eficiencia de los diferentes recursos socio sanitarios implicados en la atención socio sanitaria", los miembros de la CSS definen sus propios objetivos:

- Objetivo General

"Mejorar la calidad de vida de las personas mayores y sus familias en el distrito de Villa de Vallecas.

- Objetivos Específicos

1. Realizar una atención integral (médico y social) del mayor.
2. Apoyar a las familias en la atención de sus mayores.
3. Informar y sensibilizar a la sociedad sobre los problemas de las personas mayores.
4. Coordinar las actividades de atención a los mayores entre las diferentes administraciones e instituciones del distrito.
5. Representar ante las diferentes administraciones y el resto de instituciones los intereses de los mayores y sus familias.
6. Detectar las necesidades de los mayores y sus familias y trasladarlas a la Comisión de Área.
7. Profundizar en la medida de lo posible en el estudio de la población mayor del distrito.

Población Diana - Anciano Frágil. Coordinación de casos

Como la CSS de Villa de Vallecas nace en el marco del "Programa Socio sanitario para la Atención de las Personas Mayores", se establece la población

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

diana a la que va dirigido el Programa como la población prioritaria de ser objeto de la coordinación y que queda definida como todos los Ancianos de Alto Riesgo, entendiendo por ello al Anciano Frágil con mayor riesgo de institucionalización y por regla general en la franja de edad a partir de los 75 años, con los siguientes criterios de inclusión en el Programa:

- Edad avanzada. Mayores de 85 años.
- Viven solos sin apoyo familiar.
- Viudedad reciente (menos de 9 meses) sobre todo en ausencia de familia.
- Pacientes con patología crónica invalidante (artropatías, ACV, demencias, depresión, hipoacusias severas, déficit visuales importantes etc....).
- Pacientes con alta hospitalaria reciente, (menos de tres meses).
- Pacientes con algunos de los llamados Síndromes Geriátricos: caídas repetidas, cuadros confusionales agudos, incontinencia urinaria, malnutrición etc...).
- Pacientes con visitas repetidas a un Servicio de Urgencias o reingresos.
- Poli-medicación.
- Cambio de domicilio reciente y con frecuencia, más de tres veces al año.
- Problema social con incidencia grave sobre la salud.
- Los menores de 75 años para ser incluidos en el Programa tienen que presentar al menos dos de los criterios de inclusión en el Programa.

El Programa establece dos niveles de coordinación de casos:

Nivel básico de coordinación. Cuando desde cualquier institución y/o entidad que conoce el Programa se detecta un Anciano Frágil se debe poner en marcha el proceso de coordinación, para ello se establece un documento de derivación Inter-servicios (DDI), se trata de un documento autocopiativo que

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

recoge los motivos de la derivación y la resolución por parte del servicio receptor, debe ser utilizado para la coordinación diaria y no ha conseguido sustituir a otros medios de coordinación como el telefónico.

El DDI ha tenido una implantación irregular entre las distintas instituciones y entidades implicadas en la coordinación, ha sido la Trabajadora Social de los EAPs del Servicio Madrileño de Salud, quien los ha incorporado como documento habitual de coordinación con otros servicios y niveles de atención y principalmente con los Servicios Sociales. Los Servicios Sociales hemos sido habitualmente más receptores que emisores y no hemos conseguido asumir el documento como propio prefiriendo la utilización de nuestra propia documentación técnica (informe-propuesta) y el teléfono como los medios más habituales para la coordinación básica.

Nivel especializado de coordinación. Cuando un caso tras ser objeto de la coordinación básica no es posible la resolución de su problemática, se lleva a la CSS, donde se produce una valoración colegiada y se plantean nuevas estrategias de intervención, el caso suele permanecer en seguimiento en la CSS hasta su resolución. Los casos presentados en la CSS no requieren de DDI y quedan registrados en las actas.

Los casos presentados pertenecen al perfil de anciano frágil, pero ante la ausencia de otras plataformas de coordinación socio sanitaria para otros colectivos de población se han asumido casos que no cumpliendo con el criterio de edad (menores de 60 años) presentaban una problemática social derivada de una situación sanitaria que requería una intervención coordinada de los recursos sociales y sanitarios, nos estamos refiriendo a casos con problemática de Salud Mental y frecuentemente generadores de alarma social. A lo largo de los últimos 9 años han sido dos los casos que se ajustan a esta excepcionalidad.

La CSS de Villa de Vallecas no estableció un registro de los casos presentados quedando registrados en las actas con las iniciales de los nombres,

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

ello dificulta aportar datos sobre el número de casos trabajados en la CSS, tomando como fuentes fiables 2 informes de evaluación de la CSS y la revisión de las actas del 2004, se pueden facilitar los siguientes datos:

Hasta 1.998 se habían visto 12 casos, 8 se habían resuelto y 4 quedaban pendientes.

En 2.002 se habían tratado 13 casos, 4 se habían derivado a Fiscalía, 2 se habían cerrado por ingreso en residencia y 7 permanecían en seguimiento.

En 2004 se han tratado 6 casos, 1 se cerró por no valorarse de competencia de la CSS y los otros 5 continúan en seguimiento.

Constitución y participantes de la Comisión Socio sanitaria de Villa de Vallecas

Tras la realización del 1º Taller de Coordinación Socio sanitaria las instituciones y los profesionales del Distrito de Villa de Vallecas consensuaron poner en marcha la Comisión Socio sanitaria de Distrito quedando constituida el 12 de febrero de 1.996 y habiendo funcionado de forma ininterrumpida hasta la actualidad.

A continuación vamos a presentar una comparativa de los primeros miembros de la CSS con los que la componen actualmente, este dato nos permitirá avanzar algunas reflexiones en el último punto de la ponencia.

En 1.996 los participantes de la CSS de Villa de Vallecas eran:

- Servicios Sociales Municipales. Trabajador Social del Programa de Mayores.

- Servicios Municipales de Salud. Médico del Programa Preventivo para mayores de 65 años del Centro Integrado de Salud, en la reunión de Constitución de la Comisión también estuvo presente la Responsable del

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Programa de Mayores del Área de Salud.

- INSALUD. Trabajadora Social del EAP, y la presencia continua de un médico/a y enfermera/o del mismo equipo.

- Comunidad de Madrid. Trabajadora Social del Centro de Día de Personas Mayores, ubicado en el Distrito.

- Comunidad de Madrid. Trabajadora Social del Servicio de Urgencias del Hospital de referencia del distrito (Gregorio Marañón).

- Cáritas. Con la participación de la representante de coordinación interinstitucional de la Vicaría IV.

- AFAL. Responsable del Programa de Voluntariado.

- CRUZ ROJA. Responsable del Programa de Ayuda a Domicilio Complementaria.

En 2.005 los miembros de la CSS de Villa de Vallecas son:

- Servicios Sociales. Trabajador Social del Programa de Mayores.

- Servicio Madrileño de Salud. Trabajadora Social de los dos EAP del distrito, 2 doctoras, una de cada uno de los equipos y una enfermera de uno de los equipos.

- Comunidad de Madrid. Trabajadora Social del Centro de Día de personas mayores, ubicado en nuestro distrito.

- Salud Mental. Trabajadora Social del Centro de Salud Mental.

- Cáritas. Trabajador Social de la Vicaría IV.

- AFAL. Trabajadora Social.

A finales de 1.999 abandonaron la CSS, la representante del centro hospitalario de referencia, y el médico del Programa Preventivo para mayores de 65 años del Centro integrado de Salud.

Cruz Roja tuvo una asistencia muy esporádica y dejó de asistir el primer año ya que en el distrito no existían casos incluidos en su programa.

El Centro de Salud Mental se incorporó ante la demanda de todos los miembros ya que su ámbito de competencia engloba una parte importante de la atención de los mayores.

Metodología de funcionamiento

La CSS de Villa de Vallecas desde su inicio estableció los siguientes criterios metodológicos para su funcionamiento:

Periodicidad de las reuniones

El Programa establecía al menos 6 reuniones anuales, pero desde su inicio se consensuó una reunión mensual exceptuando dos o tres meses al año que coinciden con el periodo estival.

Las reuniones coinciden con el segundo miércoles de cada mes. En la primera reunión del año se establece el calendario anual de las reuniones evitándose con ello las convocatorias mensuales.

Se recoge acta de todas las sesiones a través de un turno rotatorio previamente establecido y en el que participan todos los miembros de la CSS.

Duración

Esta establecida en una hora y media, de 9:30 horas a 11:00 horas, aunque es habitual que se alarguen en al menos media hora.

Lugar

Siempre se realiza en una sala del Centro de Atención Primaria de Villa de Vallecas, no se ha valorado el cambio de lugar ya que entre otras razones se facilita la asistencia del personal sanitario del Centro de Salud.

Contenidos

Los contenidos habituales de las reuniones de la CSS son:

1. Informaciones varias de interés para todos los miembros y relacionadas con la población mayor.
2. Planteamiento de casos problemáticos y diseños de intervención conjuntos.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

3. Programación de actuaciones propias de la Comisión. Evaluaciones, Grupos de Cuidadores, elaboración de informes, etc...

4. Otros...

Funciones

La CSS de Villa de Vallecas desde una perspectiva histórica ha cumplido con las siguientes funciones:

1. Ha favorecido la comunicación entre todas las instituciones y entidades que la forman.

2. Ha facilitado el conocimiento mutuo de los recursos.

3. Ha resuelto problemas concretos de coordinación de casos.

4. Se ha establecido como plataforma de análisis y seguimiento de casos problemáticos.

Se han programado y realizado tres grupos dirigidos a los cuidadores de la población mayor, durante los años 2.000, 2.001 y 2.003. Los grupos surgieron de una necesidad detectada por la Comisión y se han programado y llevado a cabo por dos miembros de la Comisión, la Trabajadora Social de los Equipos de Atención Primaria y por la Trabajadora Social del Centro de Día de Personas Mayores de la Comunidad de Madrid, con la colaboración puntual de otros miembros.

Los grupos han tenido una media de asistencia de 15.5 personas, en 12 sesiones de 2 horas con una periodicidad semanal.

Ante la detección de déficit o ausencia de algunos recursos necesarios para la población mayor del distrito y sus familias se han elaborado cartas dirigidas a las instituciones competentes para su subsanación o implantación, como por ejemplo solicitar a la Comunidad de Madrid plazas en Centro de Día Especializados para el Distrito y solicitar el aumento del plazo de solicitud de residencias de verano etc.....

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

Sensibilizar sobre la cultura de lo Socio Sanitario tanto a los profesionales sanitarios como a los de ámbito de competencia social.

Logros

Para desarrollar este punto vamos a tener en cuenta sobre todo los logros valorados por los propios miembros de la CSS y que a pesar de tener un componente de subjetividad se pueden comprobar objetivamente.

Se ha creado un espacio permanente de encuentro interinstitucional en el que participan también las entidades de apoyo informal que intervienen con el colectivo de mayores en nuestro distrito.

Se ha facilitado y mejorado la comunicación interinstitucional.

Se ha mejorado el conocimiento de recursos sociales y sanitarios reflexionando sobre algunos de ellos.

Se han revisado casos problemáticos, creando un espacio para los profesionales sanitarios y sociales donde compartir los casos a través de una valoración e intervención conjunta, paliándose con ello situaciones de stress profesional ante las dificultades de afrontamiento de casos multiproblemáticos. Se han elaborado informes conjuntos.

Ante la detección de algunas deficiencias en los recursos de la zona se han elaborado cartas conjuntas a los organismos competentes.

Se han puesto en marcha los grupos de cuidadores por miembros de la propia CSS y utilizando todos los recursos disponibles por las entidades e instituciones representadas en la Comisión para llevarlos a cabo.

Se han elaborado tres informes de Evaluación de la Comisión Socio sanitaria, que han ayudado a introducir las mejoras valoradas como necesarias.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Dificultades

La CSS de Villa de Vallecas no ha estado exenta de dificultades durante estos nueve años, siendo las más persistentes en el tiempo y las que más han influido en su desarrollo las siguientes:

Falta de apoyo y reconocimiento institucional. Esta dificultad es general por parte de todas las instituciones pero tiene mayor incidencia en los profesionales de los equipos de atención primaria teniendo en cuenta que el programa nace desde el ámbito sanitario.

La Comisión de Área nunca ha sido un referente ni un apoyo para nuestra comisión de distrito. Desde 2002 no se reúne, nuestra Comisión no ha sido informada de los motivos.

El abandono a lo largo de los años del representante del hospital de referencia y del médico del Programa Preventivo para Mayores de 65 años del Centro Municipal de Salud ha provocando un excesivo peso de las instituciones de competencia social sobre las de los sanitario.

Desconocemos la repercusión real que han tenido algunas de nuestras acciones, como la elaboración de informes conjuntos para residencias, solicitud de incapacitaciones etc., así como las recomendaciones enviadas a la Comunidad de Madrid sobre determinados déficits del distrito o procedimientos de tramitación de determinadas prestaciones.

Conclusiones y propuestas de futuro

Tras más de nueve años de implantación el “Programa Socio Sanitario para la Atención de las Personas Mayores”, que dio origen a la Comisión Socio Sanitaria de Villa de Vallecas, se encuentra en proceso de Evaluación por parte de un Equipo Evaluador formado por todos los agentes implicados en el

Servicios sociosanitarios de atención en domicilio

Programa y con el apoyo técnico de dos expertas evaluadoras del Servicio Madrileño de Salud, a la espera de tener los resultados definitivos sobre la CSS de nuestro distrito, mi presencia en el equipo evaluador y mi participación en la CSS durante los dos primeros años de existencia y durante el último año me permiten avanzar las siguientes conclusiones con propuestas de futuro:

Las necesidades de coordinación entre los ámbitos de competencia social y sanitaria siguen existiendo y aumentando ante la realidad de una población mayor cada vez más numerosa y envejecida, con mayores necesidades de atención. En Villa de Vallecas el 68% de la población mayor tiene más de 75 años.

Aunque se ha mejorado la comunicación interinstitucional, esta queda limitada en parte a los participantes de la CSS, que tienen una imagen más positiva de la misma que los profesionales que no participan directamente.

La Comisión Socio Sanitaria de Villa de Vallecas ha conseguido tener entidad propia al margen del Programa Socio Sanitario, su existencia actualmente no dependería de la continuidad del Programa. Solo durante los primeros años se tuvo como referencia el Programa posteriormente y ante la falta de apoyo y presión institucional su continuidad y las acciones llevadas a cabo se han debido a la creencia de sus participantes en la eficacia de la coordinación socio sanitaria para el afrontamiento de casos y la programación de acciones y servicios para mejorar la calidad de vida de los mayores y sus familias.

Con el abandono de la representación del Hospital de referencia y la parte sanitaria de competencia municipal, ha perdido peso, la presencia de lo sanitario produciéndose a mi juicio una socialización de la coordinación.

Ha llegado el momento de que la Coordinación Socio Sanitaria se articule desde el nivel más alto de toma de decisiones, garantizando los medios necesarios para llevarla a cabo y vencer las dificultades que han obligado a la ausen-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

cia de algunos de los primeros participantes, y con las que nos encontramos los profesionales cuando no existen los suficientes apoyos institucionales y su continuidad depende de la voluntariedad de los distintos profesionales.

Los contenidos de las reuniones de la Comisión socio sanitaria son muy ambiciosos y sería necesario a mi juicio diferenciar los contenidos informativos, programáticos y evaluadores de los que se refieren a la presentación y seguimiento de casos, articulando 2 tipos de reuniones:

Reuniones con contenidos informativos, programáticos y evaluadores, con la participación como miembros permanentes de todos los participantes actuales de la Comisión más la incorporación de un representante del Centro hospitalario de referencia y del Centro Municipal de Salud.

Reuniones de Casos, se establecerían como miembros permanentes por parte del Servicio Madrileño de Salud la Trabajadora Social de los dos Centros de Atención Primaria del Distrito, un medico/a responsable del programa de mayores de uno de los centros y un enfermero/a del programa de mayores del otro Equipo y por parte del Departamento de Servicios a la Ciudadanía el Trabajador Social del Programa de Mayores y como miembros puntuales todos los profesionales sociales sanitarios y de las entidades de apoyo informal implicados en la intervención del caso.

Recordar que estamos refiriéndonos a casos que no pueden abordarse desde el nivel básico de coordinación.

A lo largo de estos años se han elaborado informes conjuntos firmados por todos los miembros de la Comisión para la tramitación de Residencias, la solicitud de incapacitaciones, etc, pero desconocemos la influencia real que han tenido sobre la resolución de los casos. Por lo que si se implantara un modelo como el descrito anteriormente sería necesario el reconocimiento de la Comisión como entidad capaz de valorar y proponer actuaciones.

Bibliografía

Acuerdo Marco entre los Ministerios de Asuntos Sociales y Sanidad y Consumo en Materia de Coordinación Socio-sanitaria. Firmado el 14 de diciembre de 1993.

Convenio de Colaboración Interministerial para la Atención Socio-sanitaria de las Personas Mayores. Firmado el 14 de diciembre de 1993.

Programa Socio-sanitario para la Atención de las Personas Mayores del Área 1 del INSALUD.

Informes de Evaluación de la Comisión Socio-sanitaria de Villa de Vallecas de 1.998, 1.999 y 2.002.

Actas de la Comisión Socio-sanitaria de Villa de Vallecas.

6. Complementariedad de los recursos en la atención domiciliaria

*Henk Nies, PhD
Director de la División de Atención.
Instituto de Atención y Bienestar de los Países Bajos
Utrecht, Países Bajos*

Introducción

Para las personas vulnerables, afectadas de discapacidades físicas, sociales y/o mentales, la asistencia domiciliaria es un servicio muy valioso e importante. Su valor supera al de las tradicionales funciones de gobierno de la casa y de autoayuda. La asistencia domiciliaria tiene un umbral relativamente bajo; en particular, para personas vulnerables de más edad; y en general, en el caso de las personas que tienen necesidades de atención múltiples y complejas. Muchas de ellas presentan síntomas psiquiátricos leves o graves y se enfrentan a problemas derivados de una sintomatología más o menos 'liosa': los síntomas están entremezclados, numerosas enfermedades, discapacidades y desventajas, combinadas con problemas sociales, se influyen recíprocamente. Rara es la vez en que sólo haya una solución o tratamiento que pueda facilitar la solución final.

Un buen número de estas personas no resultan muy accesibles a la asistencia: tienen una comprensión distinta de su propia situación, se encuentran desatendidos por los demás o por ellos mismos y, en numerosos casos, se hallan sumidos en la pobreza. A menudo conciben la atención psiquiátrica u otras formas de atención profesional como estigmatización e intrusión en sus vidas privadas, que alteran algún tipo de equilibrio que han alcanzado (según su propia opinión personal).

No obstante, y de forma especial para estas categorías de clientes (o perceptores de asistencia), la asistencia domiciliaria es un servicio que puede

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

abrir puertas que permanecen cerradas para otros. También, para muchas personas de edad, la asistencia domiciliaria puede ayudar a restablecer el equilibrio. Para países como España, uno de los más envejecidos y de los que más rápidamente envejecen entre los estados miembros de la Unión Europea (Eurostat, 2004), un desarrollo armónicamente integrado de los servicios de asistencia domiciliaria puede ser de vital importancia para el desarrollo de un sistema sostenible de atención social y sanitaria. Ello resulta especialmente pertinente, ya que las estructuras sociales tradicionales están reduciéndose y, en especial, las estructuras de atención familiar se debilitan. La atención por parte de familias, vecinos y voluntarios es, con gran ventaja, la mayor fuente de asistencia a personas de edad (Rico, 2003; Mestheneos y Triantafyllou, 2005).

La asistencia domiciliaria puede respaldar a estas estructuras sociales informales de forma relativamente sencilla. Son numerosas las personas de edad que aceptan ayuda en el gobierno de la casa a medida que envejecen o cuando sufren problemas. Ello brinda al asistente domiciliario una oportunidad excelente de comunicarse con la persona necesitada, de comprender sus carencias, de observar cómo las redes familiares y sociales funcionan (todavía) y de evaluar cómo una asistencia hecha a la medida puede proporcionar un apoyo que realmente suponga una diferencia. Este apoyo bien pudiera ir más allá de las necesidades diarias del gobierno de la casa y la atención personal; podría guardar relación con intervenciones médicas, sociales o psíquicas. Pudiera, además, hacer frente a necesidades de movilidad, de participación en la población activa, escolares y educativas, y de ocio.

Esta amplia gama de necesidades es importante para un gran número de personas que exigen atención a largo plazo, y debe ser tratada adecuadamente. Si así no se hiciera, tales necesidades pudieran presentarse como síntomas médicos y llevar a una intervención médica, mientras que las necesidades reales permanecen invisibles. De esta forma, la atención domiciliaria puede desem-

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

peñar una función de importancia inestimable, no sólo en cuanto a sus funciones primarias, sino también a la hora de señalar y evitar futuros problemas; puede atender necesidades que de otra forma no saldrían a la superficie. A ese respecto, tiene una función complementaria de otros muchos servicios. Esto quiere decir que ha de ser un elemento de un sistema integrado de servicios (Carrier, 2002).

El concepto de atención integrada

Esta escuela de pensamiento no es exclusiva de España. El concepto de 'atención integrada' ha recibido enorme atención en época reciente por parte de grupos de clientes diversos pero semejantes (van Raak et al., 2003; Leichsenring y Alaszewski, 2004; Nies y Berman, 2004; Kümpers, 2005; Vaarama y Pieper, 2005). Parece que el concepto de atención integrada resulta de especial utilidad para el servicio a clientes que presentan:

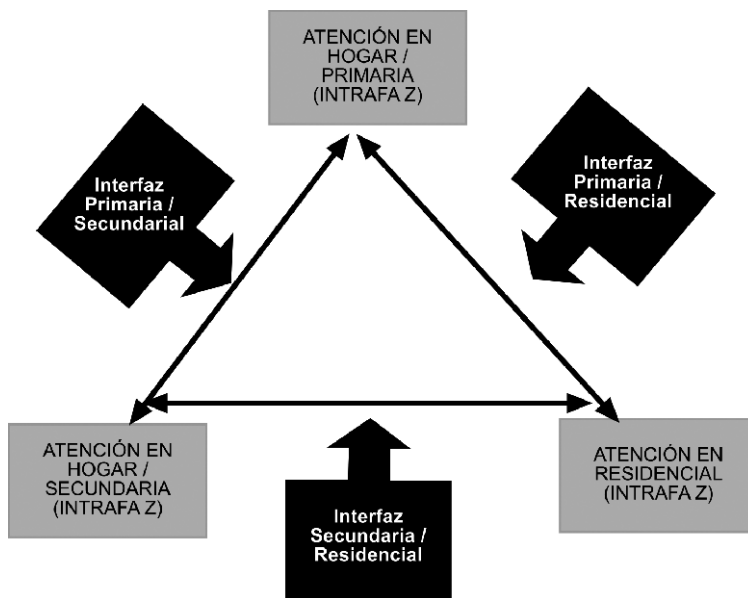
- Problemas complejos, múltiples y 'liosos'.
- Niveles importantes de dependencia.
- Estados inestables e impredecibles, o que carecen de un sólido equilibrio.
- Necesidad de una gama de servicios.
- Necesidad de una elevada intensidad en la prestación de servicios.
- Necesidades a largo plazo o terminales.
- Un débil sentido de autodirección.
- Una estructura social débil.

Lo fundamental de la atención integrada es que no sólo brinda apoyo a los clientes, sino que también - cuando resulta necesario - afecta a todo el sistema social de un cliente. Como se ha indicado anteriormente, la atención informal resulta esencial para apoyar a personas que tienen problemas que datan de mucho tiempo atrás, por lo que las necesidades de quienes que prestan dicha atención familiar deben también tenerse en cuenta.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Con el fin de examinar la integración de la asistencia domiciliaria en el sistema de atención sanitaria y social, es necesario aclarar más el concepto de 'atención integrada'. En otro lugar lo hemos definido como 'un conjunto de servicios y procesos de atención, bien planificados y bien organizados, dirigidos a las necesidades/problemas multidimensionales de un cliente en particular, o de una categoría de personas que presentan necesidades/problemas semejantes (Nies y Berman, 2004, p. 12). Ello implica que los servicios deben estar bien dirigidos a objetivos claros, conectados y coordinados para satisfacer las necesidades de los clientes (Pieper, 2004; 2005).

Tradicionalmente, estas conexiones se establecerán entre y dentro de la atención primaria, la atención secundaria y la atención residencial.



Las personas que necesitan atención pueden pasar de la atención primaria a hospitales o a la atención residencial y viceversa, de acuerdo con el desarrollo de su patrón de necesidades. Sin embargo, resulta a menudo mucho más adecuado que sean los servicios los que acudan a los clientes.

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

Integración de los servicios

En la mayoría de los países de Europa, los servicios están desarrollándose en nuevas direcciones, rebasando sus áreas de actuación tradicionales: los hospitales proporcionan atención dentro de la comunidad y/o de carácter intermedio; las organizaciones de atención domiciliaria la prestan en entornos residenciales, y la atención residencial puede ser accesible a residentes que vivan en la comunidad o proporcionar igualmente actividades más allá de los límites físicos de las instituciones. En cualquier caso, lo esencial es que las organizaciones están siguiendo o adelantándose a las necesidades de sus clientes. Ello significa que tales organizaciones tengan que establecer conexiones entre sus servicios y los de sus colegas dentro de su región.

Muchos son los modos como ello puede lograrse. Leutz (1999) distingue tres formas principales de integración:

- Vinculación

En la que, por ejemplo, se disponen cadenas secuenciales de servicios; lo que se manifiesta importante en la organización de los servicios de emergencia y atención después de sufrir un ataque.

- Coordinación

Cuando las redes de prestadores de atención prestan simultáneamente atención y servicios, estando bien adaptadas para satisfacer las múltiples necesidades de sus clientes.

- Integración completa

Cuando son necesarias intervenciones conjuntas y se requiere colaboración cotidiana para lograr óptima coherencia.

Mientras que se integran los servicios, tienen que establecerse conexiones que garanticen el intercambio de la información, el conocimiento, la pericia

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

y la experiencia que se requieren para hacer frente a las necesidades de los clientes (o de las categorías de clientes). Ello exige confianza y respeto entre los distintos socios. Que deben ser capaces de confiar los unos en los otros; de saber que las disposiciones tomadas y las citas concertadas se cumplirán, que se suministran los datos informático adecuados y que las diferencias de poder no se utilizan indebidamente (Van Dalen, 2000; Kümpers, 2005). Si bien todo esto puede parecer palmario, es más fácil decirlo que hacerlo.

En la puesta en práctica de la atención integrada, la mayoría de los países Europeos contemplan obstáculos similares a los de España (Rico, et al., 2003; Nies, 2004). Los más importantes son:

- Financiación pública insuficiente para ofrecer servicios en cantidad adecuada.

Toda escasez en una parte del sistema puede resultar en listas de espera, lo que dificulta las adecuadas remisiones y la prestación de atención. La integración, así como los sistemas que funcionen sin dificultad, con adecuada gestión de la capacidad, resultan entonces de difícil puesta en práctica.

- Sistemas legislativos y de financiación que no se corresponden

Servicios diferentes pueden estar regidos por organismos u organizaciones diferentes cuyos regímenes sean incompatibles.

- Acceso desigual

Mecanismos de comprobación de recursos económicos y copagos que se contrarresten, pueden influir sobre el acceso de las personas a la atención a largo plazo en direcciones opuestas; tal y como lo hacen los criterios específicos para tener derecho a la atención social de una autoridad local y/o región a otra.

- Sistemas desequilibrados

Los cambios producidos en una parte del sistema, como cortes presupuestarios o racionamiento, pueden no verse compensados en otras partes del sistema.

- Complejidad del sistema

Numerosas partes interesadas pueden tener papeles, tareas, intereses y posiciones de poder diferentes. Los obstáculos para la sincronización de procesos entre los sectores y los organismos participantes comprenden factores como el contexto social, económico y político, circunstancias locales, legislación y vías de financiación diferentes, así como disposiciones procedimentales y estructurales en diferentes niveles del sistema.

- Responsabilidad

En la mayoría de los sistemas, no hay nadie dentro del sistema profesional, administrativo ni directivo que tenga la responsabilidad global de la prestación integrada de los servicios y de la atención, ni de los resultados de la misma. Esto supone un obstáculo para la toma de decisiones.

- Problemas de interrelación

Las fricciones que surgen en la colaboración entre organizaciones y profesionales reflejan habitualmente la fragmentación de los diversos sistemas involucrados. Las fricciones entre profesionales pueden estorbar la cooperación debido a las diferencias existentes entre sus culturas y opiniones profesionales.

- Sistemas impulsados por el suministro

A pesar de la ideología de las políticas y sistemas impulsados por el consumidor o el cliente, la práctica cotidiana continúa estando predominantemente determinada por el suministro actual y los intereses de los proveedores.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

- Recursos humanos

La escasez de plantilla, las deficiencias de calidad del personal y, al revés, la excesiva capacitación del personal pueden dificultar la puesta en práctica de la atención integrada.

- Culturas que no se corresponden

Existen señaladas diferencias entre los sectores de la atención social y la sanitaria; por ejemplo, en capacitación, métodos y sistemas.

- Desigual distribución del poder

Habitualmente, el sector de atención sanitaria aguda es mucho más poderoso que el sector de atención a largo plazo, que, a su vez, tiene una posición dominante sobre el sector de atención social. Esta desigual distribución del poder puede obstaculizar la introducción de disposiciones nuevas e imaginativas entre los prestadores de atención.

- Gestión de la calidad

Es más frecuente la carencia de sistemas y políticas de calidad en los servicios sociales que en los servicios sanitarios. Las definiciones de calidad producen, en ocasiones, conflictos entre las partes, por lo que con frecuencia no se alcanza acuerdo sobre aquéllas. La gestión integrada de la atención carece casi por completo de definiciones o criterios relativos al control de calidad. Y los que existen, no prestan atención a control de consumidores, opciones de clientes ni clientes bien informados. Son escasas la planificación, la supervisión y la evaluación de la calidad de vida, y lo mismo ocurre con las interacciones de los profesionales de la atención con los parientes de los clientes y con quienes prestan atención informalmente.

Sistemas que poner en servicio

Aunque pueda haber una amplia gana de obstáculos, abundan los buenos ejemplos de integración a lo largo y ancho de Europa, así como en España

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

(consultar: Van Raak et al., 2003; Leichsenring y Alaszewski, 2004). Pueden distinguirse varios rasgos comunes: mecanismos e instrumentos o sistemas que es necesario poner en servicio con el fin de lograr la integración (para descripciones más amplias, ver: Nies y Berman, 2004):

- Clientes dotados de poder

Poder de compradores para clientes bien informados. En un sistema impulsado por los consumidores, el poder y la responsabilidad deben pertenecer a los clientes. Sus necesidades y opiniones deben dirigir la provisión de servicios. En numerosos países de la UE, sistemas de pago a las personas necesitadas de atención se encuentran en proceso de puesta en práctica o ya lo han sido, tales como presupuestos personales, empleo o asistencia dirigidos por los consumidores o pagos directos (subsidios de asistencia) (Lundsgaard, 2005).

- Participación de los prestadores (familiares) de atención

Puesto que, en su gran mayoría, la atención la prestan quienes se dedican a ello informalmente, este extremo debería quedar reconocido en la prestación integrada de atención. Ello significa que es necesaria una gama bien desarrollada de servicios de moratoria, así como medidas políticas para garantizar la participación del mercado de trabajo y la concesión de licencia laboral temporal a los prestadores de atención, así como sobresueldo (Lundsgaard, 2005; Mestheneos y Triantafillou, 2005).

- Sistemas únicos y claros de acceso

Se necesitan sistemas de acceso que permitan realizar todas las gestiones en un solo lugar para evitar que las personas mayores anden investigando en diferentes servicios, lo que puede llevar a una prestación de servicios incoherente y mal dirigida (Vg.: Hébert et al., 2003).

- Necesidad de evaluación

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Se necesita una evaluación integrada del cliente que cubra todos los aspectos de la vida que sean relevantes para él (Jedeloo et al., 2003).

- Planes integrados de atención y servicio

Éstos resultan de la evaluación global del cliente y resumen los servicios y los objetivos prescritos. Deben incluir el plan de intervenciones de cada uno de los profesionales y deben revisarse periódicamente (Vg.: Hébert et al., 2003).

- Vías de acceso a la atención o estrategias de atención integradas para usos específicos de usuarios basadas en pautas y pruebas, en la medida en que estén disponibles

Las vías de acceso a la atención son una respuesta en el nivel de grupo a evaluaciones realizadas dentro de un cierto campo.

- Gestión de casos

Hay una amplia variedad de modelos, que tienen en común el hecho de seguir a una persona después del descubrimiento y evaluación del caso, de coordinar la planificación de la atención, la puesta en práctica de la prestación de la atención, la supervisión y evaluación de las necesidades comparándolas con la atención y los servicios que se prestan.

- Equipos multiprofesionales integrados

Éstos son necesarios para facilitar atención y prestar servicios de forma coherente con el fin de satisfacer las múltiples necesidades del cliente. Los equipos son especialmente pertinentes en palabras de Leutz (1999) - a las formas de integración completa.

- Se requieren estructuras organizativas integradas en el nivel organizativo, pudiendo incluir empresas conjuntas y fusiones

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

- Se necesitan logística y gestión de la capacidad para asegurar el puntual de pliegue de los recursos

Si los servicios no estuvieran disponibles a tiempo, la integración puede fracasar con consecuencias de daño para el cliente. Por ejemplo, después del tratamiento de un ataque, la rehabilitación debe comenzar sin dilación; en caso contrario, a la larga, los problemas del paciente pueden hacerse irreversibles.

- Personal profesional y voluntarios cualificados

No sólo deben tener una buena formación en sus técnicas profesionales, sino que también deben dominar la colaboración interprofesional. En general, esto no forma parte de ningún curso educativo o de formación.

- Sistemas de supervisión e información

Los clientes y los resultados deben ser supervisados en cuanto a su estado, pero también en términos logísticos y financieros.

- La evaluación y la gestión de la calidad tienen importancia a la hora de evitar errores, pero también para mejorar el sistema de forma ininterrumpida

Existe un cierto consenso acerca de los sistemas que son necesarios. Pero, probablemente, lo más importante para lograr la integración sea el factor humano. La integración de servicios es tarea humana, y las relaciones humanas entre proveedores de atención, profesionales y gestores, formuladores de políticas y clientes, determinan, en gran medida, el éxito de la integración.

Gestión de la integración

La gestión de la integración exige, por tanto, unas fuertes dotes de mando; ello implica la gestión de las ambigüedades (Carrier, 2002). En la atención integrada, los gestores tienen que hacer frente a muchas lealtades: a su

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

propia organización, a sus empleados, a sus clientes, al sistema de políticas y a las otras organizaciones de su red (que en ocasiones son sus competidores).

Igualmente exige equilibrio entre valores y normas diferentes; por ejemplo, respecto de la calidad de la atención, la continuidad de la misma, la satisfacción de la clientela, la rentabilidad, la ética, la legislación y los principios de la buena gobernanza. Tales requisitos, a menudo, no se encuentran juntos. Para hacer frente a estas ambigüedades y a objetivos que no son convergentes, se necesitan dotes de mando que son propias de esta época, cuando se están desarrollando más redes. Quiere ello decir que el liderazgo moderno es distinto a los tipos tradicionales. Los anteriores estilos heroicos de dirección, basados en tradiciones castrenses, son menos idóneos. Estilos más orgánicos, que hagan hincapié en cultivar y fomentar la competencia del personal, en negociar con ellos mediante un diálogo productivo, parecen responder mejor a los requisitos de los tiempos actuales y resultan más idóneos para la atención integrada (Reed, 2004). La gestión también requiere un tipo específico de subordinados: los empleados deben ser mucho más autodependientes, aceptar sus propias responsabilidades y no esperar instrucciones de la planta noble. Ello acarrea un cambio radical de cultura en muchas organizaciones (Defever, 2004).

El liderazgo debe distinguirse de la gestión: El liderazgo se ocupa de establecer dirección y objetivos, de definir un concepto y unos valores viables y de articular y transmitir valores convincentes. La gestión se ocupa de las estrategias de puesta en práctica (Reed, 2004). No puede decirse que el uno pueda prescindir de la otra o que la otra sea mejor que el uno. Un líder que no tenga vista para los aspectos de la gestión pierde el contacto con la organización y con la realidad. Un gestor sin visión a largo plazo será incapaz de lograr innovaciones sustanciales.

Examinando la escasa investigación de que disponemos, y nuestras propias experiencias en los Países Bajos, parece poder afirmarse con seguridad

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

que no contamos con planes detallados para gestionar con éxito la integración. Cada gestor o líder adopta un estilo propio, ajustado a sus características personales. Lo que estos estilos tienen en común es un fuerte componente narrativo. Los líderes exitosos y persuasivos emplean un pequeño número de relatos que demuestran sus opiniones y la dirección en la que quieren moverse. Tales relatos se derivan de la práctica cotidiana y son aplicables en la misma. Pueden ser comprendidos por todo el personal de la organización y ser reproducidos con facilidad. Los relatos y las declaraciones (Vg.: ‘el cliente es lo primero’ o ‘la palabra ‘no’ no existe en nuestra organización’) ejemplifican las opiniones del líder y, por ello mismo, las de la organización.

Además de ello, un líder sólido demuestra su opinión a través de su propia conducta. En realidad, funciona como una conducta modeladora. Estos líderes transmiten estructuras y valores claros mediante sus relatos, mediante su conducta y a través de las medidas que toman. Además, otorgan poderes a su personal. Líderes sólidos tienen sólidos seguidores y (como se ha mencionado anteriormente) clientes sólidos y con poderes. Promueven el diálogo dentro y fuera de su organización, valoran la toma de decisiones y el espíritu emprendedor.

Habitualmente son visionarios y, al mismo tiempo, flexibles y pragmáticos. Saben cómo lograr situaciones en las que siempre se gana, cómo enfrentarse a riesgos que se comparten y cómo gestionar el contexto político. En general, manifiestan una actitud de servicio y apoyo, no sólo hacia sus clientes sino también hacia el personal a su cargo. Esto no es un signo de debilidad sino de fortaleza.

Conclusiones

La idea de la integración tiene una excelente aplicación a la asistencia domiciliaria. Ésta debe consistir en mucho más que en un mero gobierno de la casa y en una atención personal. De no ser así, carece de cualquier valor añ-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

dido comparada con los servicios que pueden ser subcontratados a empresas privadas de limpieza. Pero para lograr dicho valor añadido, debería formar parte de un sistema de atención bien integrado. No quiere ello decir que la integración sea una panacea. Cuando los problemas tienen una única causa y no hay circunstancias concomitantes que los compliquen, debe optarse por soluciones sencillas. Los sistemas integrados son costosos y, en consecuencia, debe dirigirse a objetivos claros.

Además de ello, la atención integrada debe tomar en cuenta la atención profesional y la no profesional. En especial, las tareas de los que ejercen la atención en el hogar están muy próximas a las de los cuidadores informales. Ésta es una enorme ventaja para afinar ambos tipos de atención y ayudar a quienes los ejercen a sustentar sus tareas durante tanto tiempo como sea posible y - lo que es incluso más importante - tal y como lo desean los clientes y sus parientes.

Asimismo, aunque puede parecer patente, debemos darnos cuenta de que nuevas estructuras organizativas no implican forzosamente integración. Numerosos esfuerzos se hallan en curso para integrar organizaciones en el nivel más alto, pero, a menudo, persiste la fragmentación en la base (también puede observarse el caso contrario). Esta integración por la cumbre puede servir a fines estratégicos o beneficiar a carreras individuales, pero tal no es, naturalmente, su finalidad primaria. La atención integrada debe centrarse en resultados beneficiosos para clientes que tienen necesidades complejas y múltiples; también debe tratar a los clientes como coautores. Debe aplicar sus capacidades de autogestión y autodirección. Aunque muchos clientes están delicados y se hallan en una posición de debilidad, puede conseguirse mucho más cuando pueden actuar de una forma verdaderamente responsable y cuando su opinión realmente cuenta.

No existe receta para la integración; es un proceso de desarrollo progresivo que emplea las herramientas y los recursos adecuados. Es una cuestión de

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

dirigir y seguir de forma responsable y responsiva, con respeto mutuo. En ese caso, la integración de la atención domiciliaria en un sistema total es una perspectiva muy prometedora.

Bibliografía

Carrier J. Integrated services for older people. Building a whole system approach in England. London: Audit Commission, 2002.

Dalen J van. Ketens en condities. In: Duivenboden H van, Twist M van, Veldhuizen M, Veld R in 't. Ketenmanagement in de publieke sector. Utrecht: Lemma, 2000: 39-55.

Defever M. Cultural change. In: Nies H, Berman P (eds). Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience. Dublin: European Health Management Association, 2004: 143-154.

Eurostat Yearbook 2004. Luxembourg: Office for Official Publications of the European Communities, 2004.

Hébert R, Durand PJ, Dubuc N, Tourigny A. PRISMA: a new model of Integrated Service Delivery for the Frail Older People in Canada. International Journal of Integrated Care, 2003, 3: 1-10 (online)

Jedeloo S, Witte LP de, Schrijvers AJP. Quality of Regional Individual Needs Assessment Agencies regulating access to long term-care services: a client perspective. International Journal of Integrated Care, vol. 2, May 2002 (online).

Leichsenring, K, Alaszewski AM. Providing Integrated Health and Social care for Older Persons. A European overview of Issues at Stake. Abingdon: Ashgate, 2004.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Leutz, W. Five laws for integrating medical and social services: Lessons from the United States and the United Kingdom. *The Millbank Quarterly* 1999; 77 (1): 77-110.

Kümpers S. *Steering Integrated Care in England and The Netherlands: The Case of Dementia Care*. Maastricht: University of Maastricht, 2005 (thesis).

Lundsgaard J. *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons, Including Payments for Informal Care: How Can it Help Improve Care Outcomes, Employment and Fiscal Sustainability?* Paris: OECD, 2005.

Mestheneos L, Triantafillou J. *EUROFAMCARE. Pan-European Background Report*. Hamburg: University of Hamburg, 2005.

Nies H. *Integrated care: concepts and backgrounds*. In: Nies H, Berman P (eds).

Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience. Dublin: European Health Management Association, 2004: 17- 32.

Nies H, Berman P (eds). *Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience*. Dublin: European Health Management Association, 2004.

Pieper R. *Integrated organisational structures*. In: Nies H, Berman P (eds). *Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience*. Dublin: European Health Management Association, 2004: 33-53.

Pieper R. *Integrated Care: Concepts and Theoretical Approaches*. In: Vaarama M., Pieper R (eds.). *Managing Integrated Case for Older Persons*. Helsinki/Dublin: Stakes/EHMA, 2005: 26-53.

Complementariedad en los recursos en la atención domiciliaria

Raak A van, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A (eds). Integrated Care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU Countries. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003.

Reed J. Leadership. In: Nies H, Berman P (eds). Integrating Services for Older People. A Resource Book from European Experience. Dublin: European Health Management Association, 2004: 155-165.

Rico, A, Casado D, Sabés R. Situation in Spain. In: Raak A van, Mur-Veeman I, Hardy B, Steenbergen M, Paulus A (eds). Integrated Care in Europe. Description and comparison of integrated care in six EU Countries. Maarssen: Elsevier Gezondheidszorg, 2003: 97-120.

Vaarama M,. Pieper R (eds.). Managing Integrated Case for Older Persons. Helsinki/Dublin: Stakes/EHMA, 2005.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa. _____

7. Protección municipal de la dependencia, implicaciones de la Ley a nivel autonómico y local

José María Alonso Seco

Director General del Mayor de la Comunidad de Madrid

Para este tema, se me ha pedido que trate sobre las implicaciones que la futura Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a la Dependencia tiene a nivel Autonómico y Local. Intentaré ceñir mi exposición a esa solicitud, para lo cual, después de mencionar algunas cuestiones previas, desgranaré algunas anotaciones sobre cuáles pueden ser las implicaciones de la Ley en tanto en aspectos generales, como en cuestiones concretas, para terminar con algunas conclusiones.

1. Cuestiones previas

Cualquier análisis que quiera hacerse sobre el asunto propuesto padece la limitación de no conocer todavía el borrador de la citada Ley. Habrá que tomar como referencia el Libro Blanco sobre la Dependencia elaborado por el IMSERSO, así como los debates parlamentarios que han existido en el Congreso, en especial la resolución adoptada en el Debate sobre el Estado de la Nación de 2005.

a) El Libro Blanco sobre la Dependencia

Creo que todos los que asistimos a estas Jornadas, sea de forma extensa o al menos somera, hemos leído este documento, especialmente su último capítulo de síntesis. No es, ciertamente, el primero que se escribe sobre la situación de la dependencia en España. Le han precedido otros estudios más breves, realizados desde distintos ámbitos institucionales y profesionales. Pero me complace manifestar, y más aún conociendo el buen quehacer profesional de

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

sus autores, que se trata de un importante esfuerzo de síntesis diagnóstica y de planteamiento de futuro. Quizá su mayor mérito consista en que no ofrece sólo una visión estática al uso, de carácter informativo, sobre la situación de las personas dependientes, recursos existentes o necesidades a cubrir, sino que se adentra en la exposición de los distintos modelos, de prestación de servicios y de organización gestora, que pueden servir para atender la dependencia. Es un libro cuya lectura estimula de inmediato la inquietud intelectual, quizá porque, aun manteniendo una tesis central rectora, deja al lector suficiente espacio para la reflexión. En este sentido, con independencia de que se esté en acuerdo o desacuerdo con los postulados que contiene, lo considero una referencia necesaria para el debate actual sobre la dependencia.

Quiero dejar bien claro, ya desde el inicio, este punto. Porque, aunque en páginas sucesivas ofrezca mi visión personal sobre la materia solicitada, no siempre coincidente con los criterios expuestos en el Libro Blanco, ello no significa, en modo alguno, que deje de valorar de forma muy positiva el esfuerzo que ha supuesto su elaboración y el resultado concreto obtenido.

b) Ley de Promoción de la Autonomía Personal y de Atención a las Personas en situación de Dependencia.

Se anunció primeramente la elaboración de una Ley de Atención a la Dependencia, que reconocería derechos subjetivos sobre prestaciones a quienes se encontraran en situación de dependencia¹. El Libro Blanco constituyó, en definitiva, la antesala de dicha Ley, pues tuvo como finalidad principal diseñar los posibles modelos de atención a la dependencia y quiso establecer las líneas básicas por las que podría discurrir el contenido de la Ley. Más adelante, con ocasión del debate de política general en torno al estado de la Nación del año 2005, el inicial proyecto de Ley de Atención a la Dependencia se transformaría en proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las

¹ Los anuncios en la presente Legislatura sobre la promulgación de una *Ley de Dependencia* han sido múltiples, y reiterados profusamente en los medios de comunicación. Aunque los antecedentes al respecto se remontan al *Acuerdo para la mejora y el desarrollo del Sistema de Protección Social*, de 9 de abril de 2001, tomado en el marco de las *Recomendaciones del Pacto de Toledo sobre Seguridad Social*, donde se afirma que “es necesario abrir un periodo de análisis y debate social sobre cómo debe garantizarse la atención a la dependencia en nuestro país y el papel que ha de jugar el *Sistema de Protección Social en su conjunto*”, la referencia más cercana debe hacerse al Debate de Investidura de 15 de abril de 2004, en el que el Presidente del Gobierno anunció formalmente que “el Gobierno abordará un ambicioso plan (el subrayado es nuestro) de atención y ayuda a las personas dependientes, que constituirá la primera atención en materia de servicios sociales concebidos como derechos de ciudadanía”. Unos meses después, el 30 de junio de 2004, el propio Presidente dirá en el Pleno del Congreso de los Diputados que “en el primer semestre de 2005 el Gobierno remitirá a la Cámara un proyecto de ley (subrayado nuestro) para la atención a la dependencia”, proyecto de ley que tendrá la consideración de ley estatal de carácter básico y cuyo fin será articular un sistema nacional de dependencia, según manifestación del Ministro de Trabajo y Asuntos Sociales en el Pleno del Congreso de los Diputados el 20 de abril de 2005.

Protección municipal de la dependencia

Personas en Situación de Dependencia, y el sistema nacional de atención a la dependencia que instauraría aquella Ley se quedaría en sistema de atención a la dependencia. Es evidente que el cambio no es sólo nominativo, pues a tenor de la dicción literal del último proyecto de Ley mencionado, su contenido parece abarcar tanto las situaciones de autonomía de la persona como las de dependencia.

Más aún, en el Debate del Estado de la Nación citado, no se habla ya de una sola Ley, sino de otra nueva Ley que va a reconocer el acceso a un catálogo de prestaciones y servicios a todas las personas en situación de dependencia². Desconozco, si al final, se hará una sola Ley o serán dos. Dejo constancia de la incertidumbre que este hecho me produce porque, si al final se promulgan dos Leyes, y se deja para la segunda el reconocimiento al acceso a un catálogo de prestaciones y servicios, que es lo verdaderamente importante, me pregunto cuál va a ser el contenido de la primera y más anunciada de las Leyes, y si verdaderamente va a reconocer derechos subjetivos a los ciudadanos en situación de dependencia.

Personalmente comparto el cambio de denominación de la Ley inicial, pues la noción de dependencia, aun estando ampliamente extendida y reconocida en el ámbito europeo, no deja de tener una connotación negativa. Y sobre todo porque, dado el gran alcance que se quiere dar a esta Ley como cuarto pilar del Estado del Bienestar (dejo ahora al margen cuestiones ajenas a la argumentación, tales como si debe ser el tercero o cuarto pilar, o si debe hablarse de Sociedad del Bienestar en lugar de Estado de Bienestar), estimo más procedente no circunscribir ese pilar sólo a la dependencia, por el riesgo que supone identificar dependencia con servicios sociales, que indudablemente tienen un alcance mayor que la atención a situaciones de dependencia.

Se quiere otorgar a esta Ley el carácter de básica. Una breve considera-

² Esta nueva orientación se contiene en el Acuerdo nº 39 del Pleno del Congreso de los Diputados posterior al Debate sobre el estado de la Nación, que literalmente dice así: "El Congreso de los Diputados insta al Gobierno a: 1. Desarrollar y profundizar el proceso de negociación con los agentes sociales sobre el sistema de atención a la dependencia (subrayado nuestro), en el marco de la declaración para el diálogo social sobre Competitividad, Empleo Estable y Cohesión Social. 2. Concluido el proceso de negociación con los agentes sociales, las Comunidades Autónomas y los Municipios, se presentará un Proyecto de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (subrayado nuestro). 3. Establecer que la cobertura de las prestaciones y servicios destinados a las personas en situación de dependencia, en el marco de las competencias de las Comunidades Autónomas, y, en su caso, de las Corporaciones Locales, podrá acordarse a través de la concertación de Planes en los que la Administración General del Estado impulse la red de servicios destinados a la atención de las personas dependientes. Este impulso se realizará sobre la base de una nueva Ley (subrayado nuestro) en la que se reconozca el acceso a un catálogo de prestaciones y servicios a todas las personas en situación de dependencia..." (Boletín Oficial del Congreso de los Diputados, Serie D, núm. 206, de 20 de mayo de 2005, pág. 32).

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

ción al respecto. A mi juicio existe suficiente fundamento constitucional para que sea ley básica si su contenido se enmarca en el ámbito de la Seguridad Social, sobre la base del artículo 149.1.17^a de la Constitución, o de la sanidad, con fundamento en el artículo 149.1.16^a. Ahora bien, en puridad de términos, es dudoso afirmar que pueda entonces la Ley establecer un nuevo sistema de atención a la dependencia, pues los sistemas de Seguridad Social y de sanidad ya se encuentran estructurados; sería, más bien, un subsistema dentro de ellos o una nueva prestación dentro de esos sistemas.

Existe la pretensión, contenida explícitamente en el Libro Blanco (Pág. 745), de fundamentar la Ley en el artículo 149.1.1^a de la Constitución, según el cual el Estado tiene competencias exclusivas en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales. Dejemos ahora a un lado esa afirmación del Libro Blanco “el artículo 149.1.1^a de la Constitución atribuye al Estado la competencia para aprobar una Ley general de igualdad de oportunidades de las personas dependientes” (Pág. 745), interpretación que me parece extensiva, entre otras porque dicho artículo no menciona ni la expresión “Ley general” ni a las personas dependientes. Me interesa ahora resaltar que, si la Ley se fundamenta en dicho artículo, no estaríamos, propiamente hablando, ante una Ley básica, sino ante una Ley general del Estado de aplicación para todo el país. Una Ley básica hace referencia, dado que lo básico ha de ser completado con lo complementario, a competencias compartidas entre el Estado y las Comunidades Autónomas, y el último de los preceptos mencionados de la Constitución no se refiere a competencias compartidas, sino exclusivas del Estado. Estaríamos, por tanto, ante una Ley general del Estado que regula condiciones básicas.

Estimo que esta última precisión no es sólo formal. Una ley básica afecta al ámbito competencial de las Comunidades Autónomas, hasta el punto de que condiciona su legislación, que ha seguir fielmente la legislación básica del

Protección municipal de la dependencia

Estado.³ Una Ley general del Estado, por el contrario, ha de respetar el ámbito competencial de las Comunidades Autónomas. Y es aquí donde puede presentarse algún problema de implicación competencial, y será necesaria la búsqueda de un equilibrio ponderado, porque no es fácil para el Estado legislar sobre las mismas materias que ya son competencia exclusiva de las Comunidades Autónomas, ni creo que pueda imponer a éstas, sobre la base del artículo 149.1.1ª CE, prestaciones cuya regulación, organización y gestión corresponde a ellas mismas.⁴

No seré yo quien deje de insistir sobre la conveniencia de que los ciudadanos españoles, con independencia de la Comunidad Autónoma donde residan, deban tener igualdad de derechos y obligaciones en el disfrute de derechos y condiciones básicas que afectan a su bienestar; pero tampoco puedo olvidar que, en materia de asistencia social básica (no creo que puedan escapar a esta noción las pensiones no contributivas de la Seguridad Social), el Tribunal Constitucional ha admitido que puedan existir diferencias territoriales, al admitir que las Comunidades Autónomas puedan establecer complementos de cuantía indeterminada a las pensiones no contributivas de la Seguridad Social.⁵

No sólo el Tribunal Constitucional, incluso el Legislativo estatal ha dado carta de naturaleza a la posibilidad de esas diferencias entre Comunidades Autónomas, en materia de asistencia social, mediante la promulgación de la Ley 4/2005, de 22 de abril, sobre efectos en las pensiones no contributivas de los complementos otorgados por las Comunidades Autónomas.

En cualquier caso, y con independencia de las consideraciones anteriores, quiero afirmar explícitamente que, siempre que la Ley venga acompañada de financiación suficiente para la atención de las personas con dependencia, hemos de darle la bienvenida. Porque el primer problema con que nos encontra-

³ Véanse, entre otras, S.T.C. 37/1981, de 16 de noviembre, STC 1/1982, de 28 de enero, STC 5/1982 de 8 de febrero.

⁴ La jurisprudencia del Tribunal ha sido, en este sentido, bastante reiterada. Sirvan al respecto las siguientes referencias. En primer lugar la STC 37/1978, de 26 de marzo: "el artículo 149.1.1ª de la norma fundamental, como este Tribunal ha venido declarando desde la STC 37/1981, de 16 de noviembre, no puede interpretarse de tal manera que pueda vaciar el contenido de las numerosas competencias legislativas atribuidas a las Comunidades Autónomas cuyo ejercicio incida, directa o indirectamente, sobre los derechos y deberes garantizados por la norma (F.J. 9). O también el fundamento jurídico 10 de la STC. 239/2002, de 11 de diciembre: "En relación con el alcance del art. 149.1.1ª CE hemos declarado que "sólo presta cobertura a aquellas condiciones que guarden una estrecha relación, directa e inmediata, con los derechos que la Constitución reconoce. De lo contrario (...) quedaría desbordado el ámbito y sentido del art. 149.1.1ª CE, que no puede operar como una especie de título horizontal, capaz de introducirse en cualquier materia o sector del ordenamiento". Sobre este presupuesto, el art. 149.1.1ª CE "permite al Estado una regulación, aunque limitada a las condiciones básicas que garanticen la igualdad, que no el diseño completo y acabado de su régimen jurídico", lo que conlleva que dicho título competencial "no debe ser entendido como una prohibición de divergencia autonómica" [STC 61/1997, FJ 7 b)].

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

mos las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos –algunas Comunidades Autónomas, como Cantabria y Madrid, tienen ya promulgada legislación sobre atención a la dependencia, no es la ausencia de normas, sino la falta de recursos financieros suficientes. El Estado tiene una mayor capacidad de gasto que las Comunidades Autónomas, mientras que éstas han adquirido un evidente protagonismo y responsabilidad en la prestación y gestión de los servicios.

En síntesis, si el Estado promulga una Ley cuya finalidad sea regular en su conjunto el sector de la dependencia, creo que surgirán problemas de implicaciones competenciales con las Comunidades Autónomas y con los Ayuntamientos, referidas tanto al ámbito legislativo como al de organización y gestión. Si, por el contrario, la Ley se orienta al establecimiento de prestaciones nuevas y su necesaria financiación, o al reforzamiento de las prestaciones actuales, será un acierto y constituirá un hito decisivo en la evolución de nuestro sistema de protección social.

2. Implicaciones de la Ley en cuestiones generales

A efectos metodológicos, y en aras de una mayor claridad en la exposición, efectuaré una doble subdivisión en este apartado: aspectos que no presentan problemas, y aspectos en los que pueden existir implicaciones.

a) Aspectos que no presentan problemas

Antes de hablar de posibles incidencias, es preciso mencionar aquellos aspectos contenidos en el Libro Blanco, de previsible incorporación a la Ley, en los que no tienen por qué producirse implicaciones. No son pocos. Entre ellos se citan los siguientes:

Noción de dependencia. El Libro Blanco adopta la del Consejo de Europa, que es unánimemente reconocida y se encuentra incorporada en las legislaciones autonómicas que han legislado sobre atención a la dependencia (Cantabria,

⁵ Véase la STC 239/2002, de 11 de diciembre, fundamento jurídico 9: “Importa hacer constar que las Comunidades Autónomas disponen de autonomía financiera para poder elegir sus “objetivos políticos, administrativos, sociales y económicos” (STC 13/1992, FJ 7), lo que les permite “ejercer sin condicionamientos indebidos y en toda su extensión, las competencias propias, en especial las que figuran como exclusivas” (STC 201/1998, FJ 4), pues dicha autonomía financiera “no entraña sólo la libertad de sus órganos de gobierno en cuanto a la fijación del destino y orientación del gasto público, sino también para la cuantificación y distribución del mismo dentro del marco de sus competencias” (STC 127/1999, FJ 8, con cita de la STC 13/1992). Es decir, la Comunidad Autónoma de Andalucía puede libremente, en virtud de su competencia exclusiva en materia de “asistencia social” y de su autonomía financiera (art. 54 EAA), dedicar fondos de su presupuesto a la finalidad de mejorar la situación de estos pensionistas (los perceptores de pensiones no contributivas de la Seguridad Social) y, al hacerlo, realiza una opción, entre otras posibles que se pudieran proyectar sobre los distintos ámbitos de su competencia, que está en consonancia con el principio de autonomía política inscrito en el art. 2 CE.”

Protección municipal de la dependencia

Madrid). [Nota: Dependencia es “aquel estado en que se encuentran las personas que, por razones ligadas a la falta o a la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes, a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria” (Libro Blanco, Pág. 725.).]

Grados y niveles de la dependencia. En este punto no existe unanimidad en las distintas reglamentaciones autonómicas, pero el criterio general, adoptado por el Libro Blanco, es clasificar la dependencia en tres grados (dependencia moderada, severa y gran dependencia), con posibilidad de establecer niveles en cada grado. La diferenciación existente en la actualidad entre Comunidades Autónomas sería fácilmente reconducible, y podrían adoptarse los grados propuestos en el Libro Blanco, que ofrece la ventaja, por otra parte, de una mayor simplicidad de cara al establecimiento de prestaciones.

Distintos modelos en la protección de la dependencia. Se trata de uno de los capítulos más sintéticos y claros del Libro Blanco, necesario porque la atención a la dependencia puede hacerse de muchas formas. Analizar el mejor modelo que se quiere utilizar, en consonancia con las circunstancias y posibilidades reales de aplicación, me parece tarea imprescindible.

Sistema mixto de prestaciones de servicios y económicas. En nuestro país el sistema de prestaciones directas de servicios es el más consolidado, quizá por la influencia que, al efecto, ha ejercido el sistema sanitario. Ello no obsta para que también existan prestaciones económicas, generalmente sustitutivas de los servicios. La postura adoptada por el Libro Blanco, de optar por un sistema mixto, si bien dando preferencia a las prestaciones de servicios, es acertada, y no me parece que presente ningún problema para ser asumido por las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos, pues el criterio seguido por éstos ha sido el mismo.

Inclusión de la atención sociosanitaria. Dependencia y atención sociosanitaria no son nociones equivalentes, en sí mismas, pero es evidente que un alto por-

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

centaje de las personas que se encuentran en situación de dependencia requieren atención sociosanitaria, en mayor o menor medida. Que la atención sociosanitaria deba formar parte de la atención a la dependencia es un asunto que nadie discute, sino todo lo contrario.

b) Aspectos en los que pueden existir implicaciones

Quiero referirme ahora, en primer lugar, al sistema nacional de atención a la dependencia que propugna el Libro Blanco. Quiero advertir ya desde ahora que las consideraciones siguientes no serían las mismas si dicho sistema pasa a denominarse sistema de atención a la dependencia, tal como se afirma en el mencionado Acuerdo del Congreso de los Diputados posterior al Debate sobre el Estado de la Nación de 2005.

Estimo que sería conveniente deslindar la promulgación de una Ley estatal y la creación de un sistema nacional de atención a la dependencia, actuaciones que en el Libro Blanco van parejas, en el sentido que la primera crea el segundo; la Ley no ha de tener necesariamente por finalidad la creación de un sistema nacional, pues puede tratarse de una Ley que introduzca nuevas prestaciones en un sistema preexistente. Una Ley estatal, si respeta el bloque constitucional de competencias, no tiene por qué presentar problemas. La creación de un sistema nacional de dependencia, plantea, sin embargo, un difícil equilibrio de competencias constitucionales entre Administraciones Públicas.

Un sistema jurídico prestacional se define, a mi entender, por la existencia de normas que guardan compatibilidad entre sí, y de una organización uniforme en la aplicación y ejecución de las prestaciones. Nada que objetar si la dependencia fuera una noción constitucional, sobre la que el Estado retuviera competencias, exclusivas o concurrentes. Pero no lo es; ha de insertarse en las nociones constitucionales de Asistencia Social, Sanidad o Seguridad Social. Respecto de la asistencia social, las Comunidades Autónomas poseen, en virtud de la Constitución y de sus Estatutos de Autonomía, competencias exclusivas, en el orden legislativo y de ejecución de servicios. En sanidad y Seguridad

Protección municipal de la dependencia

Social, la ejecución de los servicios corresponde también a las Comunidades Autónomas, en virtud de los traspasos de competencias. ¿Puede hablarse, por lo mismo, de “sistema nacional” cuando la organización y gestión, y en muchos casos también la ordenación normativa, de los servicios de atención a la dependencia no corresponde al Estado sino a las Comunidades Autónomas? Estoy exponiendo una duda razonable. No quiero que se interprete en el sentido de que el Estado carezca en absoluto de competencias en materia de dependencia. Incluso si ésta se inserta en la noción de asistencia social, en la que la competencia del Estado es residual, el Tribunal Constitucional le ha reconocido explícitamente competencias.⁶

Cuestión diferente, sería, que se concibiera el sistema nacional de atención a la dependencia del mismo modo como se define el sistema nacional de salud en el artículo 44.2 de la Ley 14/1986, de 14 de abril, General de Sanidad, (“conjunto de los Servicios de Salud de la Administración del Estado y de los Servicios de Salud de las Comunidades Autónomas”). La cuestión debatida sería distinta, sencillamente porque no quedaría absorbida en una globalidad jerárquica la idiosincrasia de los sistemas autonómicos. Si se opta por definir al sistema nacional de dependencia como conjunto de los sistemas, estatal y autonómicos, de atención a la dependencia, no perderían su peculiaridad ni el uno ni los otros, y los problemas de confluencia de competencias quedarían bastante minorados.

Las implicaciones de competencias también se pueden dar en el ámbito municipal, en virtud de lo establecido en la legislación básica del Estado sobre Régimen Local. Las competencias de los municipios en la asistencia al desvalido tienen un marcado carácter histórico, razón por la que en las Leyes de Beneficencia de 1822 y 1849 a los municipios se les atribuye un protagonismo destacado. La Ley 7/1985, de 2 de abril reguladora de las Bases del Régimen Local, confiere competencias a los Ayuntamientos en servicios sociales, de conformidad con lo que establezca la legislación del Estado y de las Comunidades Autónomas (artículo 25.2.K razón por la que éstas, en sus respec-

⁶ Vease la STC 13/1992, 6 de febrero.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

tivas Leyes de Servicios Sociales, han desarrollado ampliamente las competencias municipales sobre la materia. Sin embargo, cuando los Ayuntamientos tienen una población superior a 20.000 habitantes, la Ley les confiere competencias propias, no derivadas como en el supuesto anterior, en servicios sociales (artículo 26.1.d). Innecesario es decir que la dependencia, en cuanto prestación o sistema de prestaciones, forma parte también de los servicios sociales. La Ley de la Dependencia que se quiere promulgar habrá de tomar en consideración este hecho.

Otra importante implicación de la Ley en relación con los municipios se refiere al llamado Pacto Local, del que ya existe legislación específica en alguna Comunidad Autónoma (Madrid). No es del caso referirme ahora con carácter general a las implicaciones que tiene el Pacto Local en las políticas sociales⁷, pero sí conviene apuntar que la promulgación de una Ley estatal debe tener muy en cuenta el sentido profundo que tiene el Pacto Local, que no es otro sino el de una constante y reiterada reivindicación de los Ayuntamientos por la asunción de competencias hasta ahora atribuidas a las Comunidades Autónomas; entre ellas figuran en orden prioritario las referidas a servicios sociales. ¿Es lo mejor para el bienestar de los ciudadanos, dando por supuesto que los servicios sociales constituyen uno de los mejores barómetros de medición de ese bienestar, que las competencias estén tan repartidas, cuando no concomitantes o superpuestas, entre el Estado, las Comunidades Autónomas, y los Ayuntamientos?

El tiempo lo dirá, pero bueno sería que se intentase poner la mayor racionalidad en la evolución de este asunto.

Otra cuestión a anotar es la oportunidad de crear un sistema de atención a la dependencia diferenciado de los sistemas de sanidad, Seguridad Social y servicios sociales. No es fácil disociar a la dependencia de la sanidad, de la Seguridad Social en su vertiente asistencial, ni de los servicios sociales. El Libro Blanco no contiene manifestaciones explícitas al respecto. Sin embargo, en las múltiples noticias que han aparecido en los medios de comunicación, [NOTA: La última de ellas, al redactar estas páginas, la he leído en El País, de 31 de agosto, Pág. 21] se habla del sistema de atención a la dependencia como cuarto

⁷ Léase ALONSO SECO, J.M. "La atención a la dependencia y el Pacto Local" en *Respuesta a la Dependencia*, CCS, Madrid, 2004".1

Protección municipal de la dependencia

pilar del Estado de Bienestar, unido a los sistemas de educación, salud y Seguridad Social, con lo cual aquél se está diferenciando de estos últimos, al menos implícitamente, dejando al margen el sistema de servicios sociales, indudable subsistema jurídico del sistema de protección social. No voy a extenderme en este punto, por no exceder el contenido de la ponencia asignada. Pero séame permitido expresar mi preocupación, nacida sin duda de los años dedicados a la gestión y estudio de los servicios sociales, por el hecho de que, con el fin de dar la importancia que sin duda merece la atención a la dependencia, se la sobredimensione en perjuicio de nociones, como la de servicios sociales, más consolidadas social y jurídicamente, cuyo *status* actual ha sido fruto de un esfuerzo sostenido de años, de contenido más amplio y que engloban mejor que la dependencia esa atención social a las personas que nuestra sociedad exige.

En los últimos años, en efecto, se ha producido un extraordinario avance en la consideración de los servicios sociales como sistema jurídico público, o mejor, como sistemas jurídicos públicos, pues son varios al residir en los distintos ámbitos competenciales autonómicos. La noción de servicios sociales es más amplia que la de dependencia; y a la inversa, la dependencia tiene una magnífica cabida dentro del sistema de servicios sociales, sin que se altere el contenido prestacional que la quiere dar. Se corre el peligro, por otra parte, de hacer a la dependencia sinónima de servicios sociales, lo cual restringiría la noción y la dimensión universal de éstos como servicios públicos de muy diversa índole que se ofrecen a todos los ciudadanos, no sólo a los socialmente vulnerables o vulnerados.

Estimo, por lo mismo, que sería más oportuno hablar de Ley de Dependencia sin asociarla a cuarto pilar de del Estado de Bienestar; o mejor aún, incluirla dentro de los servicios sociales y hablar de éstos, con verdadera propiedad, de ese cuarto pilar de la sociedad del bienestar.

Aunque el aspecto que se señala a continuación deba esperar a que se conozca el articulado de la Ley, habrá que referirse al mayor o menor grado de aceptación que pueda tener entre las Comunidades Autónomas. No observo en

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

éstas predisposición alguna frente a la Ley; todo lo contrario. Pero tampoco pueden olvidarse los numerosos conflictos de competencia planteados por las Comunidades Autónomas ante el Tribunal Constitucional, sólo en materia de asistencia social, frente a disposiciones del Estado, en los que es característica común la reclamación de mayores cuotas de autogobierno, resueltos favorablemente para las Comunidades Autónomas en gran parte de las cuestiones sometidas a la jurisdicción constitucional. No digo, con las afirmaciones anteriores, que la Ley vaya a ser objeto de recurso, sino simplemente que, en el proceso de su elaboración y aprobación, se harán visibles probablemente esas quejas de las Comunidades Autónomas.

Existe, por último, una cuestión de fondo, que, por razones de brevedad, voy a dejar de momento sólo enunciada. El Libro Blanco fundamenta la creación de un Sistema Nacional de Atención a la Dependencia en la competencia que tiene el Estado para regular las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles en el ejercicio de los derechos y en el cumplimiento de los deberes constitucionales. Y lo hace moviéndose en un terreno difícil, por la confluencia de competencias con las Comunidades Autónomas. Buscar la igualdad de todos los ciudadanos en el disfrute de sus condiciones básicas de bienestar, con independencia del territorio donde residan, es una tarea muy loable, o mejor aún, exigible. Ahora bien, llama la atención que, desde otro ámbito del sistema de protección social, el de Seguridad Social, competencia de la Administración General del Estado, se camine en dirección opuesta, posibilitando la diferenciación de los ciudadanos en función de la Comunidad Autónoma donde residan.

Me estoy refiriendo a la reciente Ley 4/2005, de 22 de abril, sobre efectos en las pensiones no contributivas de los complementos otorgados por las Comunidades Autónomas, que posibilita a éstas la complementación de pensiones no contributivas del sistema estatal de Seguridad Social, lo cual conlleva el establecimiento de diferencias en la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los españoles. Mi pregunta, al respecto, es la

siguiente: ¿por qué el Estado, si quiere igualar las condiciones básicas de los ciudadanos en materia de atención a la dependencia, sobre la que las implicaciones de competencias con las Comunidades Autónomas pueden ofrecer problemas, abre la puerta de la diferenciación en unas prestaciones, de Seguridad Social, sobre las tiene competencia específica y poder de gasto propio?

3. Implicaciones de la Ley en cuestiones concretas

En este apartado me voy a detener, sin ser exhaustivo, en cuatro cuestiones que pueden tener implicaciones tanto a nivel Autonómico como Local. Son las siguientes: valoración de la dependencia, catálogo de prestaciones y servicios, organización y gestión del sistema, y financiación de éste.

a) Valoración de la dependencia

En el Libro Blanco se dice que habrá de regularse un baremo único estatal para el acceso a las prestaciones de dependencia, a través de un Reglamento de desarrollo de la Ley.

Si la dependencia va a ser considerada como una situación, al modo por ejemplo como en la actualidad es concebida la condición de minusválido para tener derecho al acceso a determinadas prestaciones, no parece que pueda existir ninguna implicación razonable sobre este asunto, ni a nivel Autonómico ni Local. Al revés, sería muy bien visto que existiera un único sistema de valoración, como ya lo existe para la minusvalía. Por otra parte daría uniformidad a un aspecto sobre el que, en los últimos años, no se ha hecho la insistencia que debiera, pues es elemento esencial e imprescindible para el establecimiento de un sistema de atención a la dependencia, dado que las prestaciones que se determinen sólo se concederán si existe un instrumento que valore debidamente a sus posibles perceptores.

Han existido aproximaciones de gran interés en varias Comunidades Autónomas –Madrid es una de ellas- pero ha faltado la conveniente generalización. Que nadie se extrañe, por otra parte, porque en países de nuestro entorno

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

la situación no ha sido muy diferente. Sin duda es debido a la dificultad de concretar, que en ocasiones significa simplificar y reducir, las múltiples variables que intervienen en la consideración de lo que deba entenderse por dependencia. En esta materia, como en otras muchas, pienso que lo mejor es enemigo de lo bueno, y lo importante es establecer un baremo, que será más o menos perfecto, pero que, si es uniforme, siempre será útil para la finalidad que se pretende. Por otra parte, no me parece que deba acertarse a la primera, y cualquier sistema que se implante siempre adolecerá de imperfecciones dada la complejidad de medir una variable que, a pesar de su fácil definición, no es todavía lo suficientemente precisa en su contenido.

Algunas implicaciones pueden existir, especialmente en las normas autonómicas vigentes, que regulan el ingreso de personas mayores y de personas con discapacidad en centros residenciales o de día. Dichas normas contemplan baremos para objetivar los criterios de acceso, que siempre contemplan, con mayor o menor ponderación, según los casos, las variables de “incapacidad física y psíquica”, “aspectos orgánicos y funcionales”, y denominaciones similares. A través de ellos se trata de medir el grado de autonomía, o de limitaciones funcionales si se contempla en sentido inverso, que tiene la persona. No necesariamente las valoraciones mediante estos baremos han de coincidir con la que se establezca para la dependencia, del mismo modo que, en la actualidad, el grado de minusvalía no interviene en las valoraciones que se realizan para ingreso en centros de personas con discapacidad. Pienso, no obstante, que debería hacerse un esfuerzo para que un mismo instrumento sirva para valorar tanto la situación global de dependencia de la persona como la situación concreta de dependencia que se pide para el acceso a recursos concretos. Se introduciría mayor racionalidad.

Es evidente que el establecimiento de ese baremo único estatal conllevaría implicaciones en el ámbito autonómico, pues habrían de modificarse los actuales baremos en algunos de sus contenidos, los que corresponden precisamente a la situación de dependencia de la persona. Pero este hecho no plan-

tearía problemas jurídicos mayores, aunque sí de gestión; según se encuentra concebido en la actualidad en todas las Comunidades Autónomas, el ingreso en los recursos residenciales comporta amplias listas de demanda que deben ser nuevamente baremadas. En cualquier caso, no deja de ser una cuestión instrumental que no debe oscurecer la bondad de la existencia de un único baremo.

En lo que sí se debe insistir es en la conveniencia del carácter unitario que debe darse al sistema de valoración. Si lo que se pretende es la igualdad en el disfrute de las condiciones básicas por todos los ciudadanos, por mucha uniformidad que quiera darse al catálogo de prestaciones y servicios, mientras el sistema de acceso a éstos no sea el mismo, difícilmente podrá conseguirse la igualdad pretendida.

Quizá también, en este aspecto, pueda ser conveniente establecer la equiparación de la valoración en los criterios básicos o esenciales, y dejar a criterio de las Comunidades Autónomas, o en su caso de los Ayuntamientos, determinados aspectos complementarios y, por supuesto, los de procedimiento.

b) Catálogo de prestaciones y servicios

Según el Acuerdo nº 39 del Pleno del Congreso de los Diputados posterior al Debate sobre el Estado de la Nación, más arriba citado, el acceso a un catálogo de prestaciones y servicios de las personas en situación de dependencia se realizará a través de una nueva Ley, distinta a la que en el propio Acuerdo se llama Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia.

Mientras no se conozca el contenido de este catálogo, no es fácil pronosticar cuáles pueden ser sus implicaciones con las prestaciones para la dependencia que, en la actualidad, se dispensan por las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos. Se hace esta afirmación porque, si la Ley establece prestaciones nuevas, no existirán implicaciones sino complementaciones.

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

Cuestión distinta es si la Ley ofrece un elenco de prestaciones iguales o similares a las que ya conceden las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, que es lo más presumible. De ser así nos podríamos encontrar con que una misma situación puede ser protegida por la Administración General del Estado, por la de la Comunidad Autónoma o por la municipal, hecho que obviamente debe evitarse con el fin de concentrar los esfuerzos de manera efectiva en la solución de los problemas a los ciudadanos.

Estimo que, aun en este último caso, no debiera plantearse ningún tipo de problema. Habría que diferenciar muy claramente quién es la Administración gestora de la prestación y quién o cuáles las responsables de su financiación. Tenemos amplia experiencia en este sentido, desde que, en 1988, se instauró el Plan Concertado, fórmula que ha resultado eficaz para financiar los servicios sociales municipales de manera conjunta por el Estado, las Comunidades Autónomas y los municipios, mediante los correspondientes convenios administrativos de colaboración. Esta fórmula se ha ampliado en la actualidad a mayor número de prestaciones. Puede servir de ejemplo para la financiación conjunta de las prestaciones para la dependencia, manteniendo, la unidad del ente gestor que corresponda en función de la naturaleza de cada ayuda, sea el Estado, la Comunidad Autónoma o el Municipio.

Pudiera también la Ley optar por la determinación de un catálogo básico de prestaciones y servicios, dejando otras de carácter complementario para las Comunidades Autónomas y Ayuntamientos; de hecho, así se contempla en los Acuerdos del Gobierno y agentes sociales sobre la Ley de Dependencia.⁸ Opción más teórica que práctica, pues las distintas prestaciones para la dependencia se otorgan ya por las Comunidades Autónomas. No me parece que esta opción difiera sustantivamente de la apuntada en el párrafo anterior; lo que importa es dejar bien establecidas las fuentes de financiación.

c) Organización y gestión del sistema

He individualizado esta cuestión porque la considero esencial para la eficacia de un sistema de prestaciones. Tan esencial como en ocasiones comple-

⁸ En el apartado 6 de dichos Acuerdos se menciona expresamente lo siguiente: “El catálogo de prestaciones y servicios que se establezca en la ley tendrá carácter básico, aunque las administraciones autonómicas y locales podrán, exclusivamente con cargo a sus presupuestos, mejorar dichas prestaciones y servicios”.

ja y difícil. Pero sólo un sistema aparece verdaderamente como tal si existe una organización de personal, medios, métodos de trabajo, evaluación de la actividad, distribución de competencias y procedimientos de gestión bien determinados. Es en ella donde observo que pueden existir mayores implicaciones entre competencias de la Administración General del Estado, las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, ya que las nociones de organización y gestión hacen referencia directa a ejecución de servicios, y ésta es competencia de las Administraciones territoriales, por derecho propio (asistencia social) o habiendo mediado traspaso de competencias (sanidad y pensiones no contributivas de la Seguridad Social).

Lo ideal sería que la legislación del Estado se limitara a la introducción de prestaciones, financiadas por el Estado, de cuya organización y gestión se encargaran las Comunidades Autónomas. Pero a nadie se le oculta que, por lo general, una legislación de estas características tiende también a contener aspectos organizativos y de gestión. Y si la finalidad de dicha Legislación, como todo apunta, es establecer un sistema de atención a la dependencia, abordará con toda probabilidad dichos aspectos.

Por el momento, y hasta tanto no se conozcan más detalles sobre el borrador de la Ley, cabe apuntar que, en este punto, es donde se pueden reflejar más las “tensiones” competenciales entre las distintas Administraciones, y donde será precisa la búsqueda del mayor equilibrio, con el fin de atribuir a cada Administración aquello que le es más propio. Las mayores fricciones de competencias se producen generalmente en el ámbito organizativo, quizá porque en la gestión se hacen visibles el resto de competencias.

d) Financiación del sistema

Digamos, ya de entrada, que la financiación es el asunto esencial, y el más complejo de todos, sobre el que pivota la atención a la dependencia; con el que más dificultades se encontró en su día, y se encontrará ahora, la elaboración de una Ley de atención a la dependencia. Las prestaciones de las que

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

estamos hablando son muy costosas, y elevado el número de personas que pueden acceder a ella. Si a ello le añadimos que el verdadero interés es reconocerlas en calidad de derechos subjetivos del ciudadano, cuando hasta ahora no lo han sido de manera plena, la dificultad se acrecienta al querer establecerlas en un momento determinado.

Asunto difícil, ciertamente, pero que habrá de acometerse de forma decidida, pues responde a una imperiosa necesidad social. También lo fue, en su día, el establecimiento de los sistemas de Seguridad Social y de Sanidad, por citar dos ejemplos. Y sin embargo, después de una planificación y esfuerzo de años, el resultado satisfactorio ahí lo tenemos.

El sistema que se quiere implantar, como de todos es sabido, se articula en torno a tres ejes: la elaboración de una Ley de Dependencia, el establecimiento de una Sistema Nacional de Atención a la Dependencia, y la creación de un Fondo para la Atención a la Dependencia, previsto en 8.000 millones de euros para un período de ocho años.

Este fondo no se ha constituido todavía⁹. A la hora de escribir estas líneas estamos aún a la espera de si será incluido dicho Fondo, del que repetidamente se dijo que existiría una aportación inicial de 1.000 millones de euros. Se han sucedido diversas manifestaciones de responsables políticos, en el sentido de que la financiación de la dependencia no se realizará mediante el establecimiento de nuevos impuestos, ni con cargo a cotizaciones sociales, tampoco con cargo al Fondo de Reserva de la Seguridad Social, sino que vendrá determinada por excedentes del crecimiento económico. Se dice también que el sistema de la dependencia no será financiado únicamente por el Estado, sino por las Comunidades Autónomas y los Ayuntamientos, aunque ni a unas ni a otros se les ha planteado todavía consulta formal al respecto. También se afirma, como premisa que no debe ser objeto de discusión por su carácter evidente, que los usuarios han de contribuir al coste de las prestaciones que reciban.

Todo lo anterior refleja, a mi juicio, que los responsables políticos se encuentran ante el gran problema de la dependencia, la búsqueda de su modo

⁹ La dotación de 50 millones de euros para la atención a la dependencia, en los Presupuestos Generales del Estado para el ejercicio 2005, no me parece que pueda considerarse como dotación inicial de ese Fondo.

Protección municipal de la dependencia

de financiación. Este hecho no tiene por qué extrañar, pues constituye el núcleo del debate sobre la dependencia: la posibilidad financiera de las distintas Administraciones Públicas para establecer prestaciones con el carácter de derecho subjetivo.

¿Cuáles son las implicaciones de esta cuestión en el ámbito autonómico y municipal? Sirvan, al respecto, los siguientes apuntes:

- Las Administraciones Autonómicas y Municipales, como es lógico, siempre serán reacias, como ha sucedido en otros ámbitos de la acción social, a que el Estado les imponga por Ley prestaciones que ellas deban autofinanciarse. Postura que debe considerarse razonable, pues los costes que están asumiendo en los servicios que, en su día, les fueron traspasados por el Estado, han experimentado un notable crecimiento.

- A la inversa, las Administraciones Autonómicas y Municipales no tendrán inconveniente ninguno en que el Estado aumente o participe en la financiación de la dependencia, pues su gestión está necesitada, y cada día más, de mayores recursos económicos para atender las demandas crecientes que se les presentan.

- Es preciso destacar que las Comunidades Autónomas y las Entidades Locales están haciendo un gran esfuerzo por atender las situaciones de dependencia, pero no es suficiente. Se hace necesaria la aportación del Estado, al tener éste un mayor poder de gasto.

- El sistema legal que se establezca, al exigir financiación compartida entre distintas Administraciones, con independencia de las del usuario, debe determinar nuevos modelos de financiación de las Comunidades Autónomas y Entidades Locales. El asunto cobra especial relieve para los Ayuntamientos de población menor, cuyo poder de gasto es muy limitado para las necesidades que

Servicios de Ayuda a domicilio. La dependencia en casa.

se pretenden cubrir. Esta última cuestión se encuentra íntimamente entroncada, como es lógico, con la del Pacto Local al que hicimos breve mención líneas más arriba.

A la hora de establecer y repartir competencias, es preciso recordar la jurisprudencia consolidada del Tribunal Constitucional, según la cual la facultad de gasto público del Estado no es título competencial autónomo que pueda desconocer, desplazar o limitar las competencias materiales que corresponden a las Comunidades Autónomas según la Constitución y los Estatutos de Autonomía. Este asunto me parece de especial relevancia, porque comporta la obligación para el Estado de efectuar la distribución territorial de los créditos que correspondan entre las Comunidades Autónomas, En este sentido la línea seguida por la importante STC 13/1992, de 6 de febrero, y otras posteriores en el mismo sentido, debe ser tenida muy en cuenta.¹⁰

Aunque resulte ocioso, y poco tenga que ver con las implicaciones de competencias a que esta ponencia me hace restringir, es preciso insistir en que sólo con una adecuada financiación serán efectivos los derechos que las Leyes reconozcan. Sin ella las Leyes quedan, en la práctica, vacías de contenido.

Recordar, por último, que ningún sistema de protección social, de carácter universal o de atención a sectores concretos, se ha implantado en toda su extensión en un solo momento, precisamente por las dificultades de financiación. Pretender que la atención a la dependencia siga un camino distinto es más un *desideratum* que una posibilidad real. Son siempre preferibles las vías medias y, comenzar por la atención de las necesidades más perentorias; la propia dinámica social las hará progresar en intensidad y paulatina extensión.

4. Conclusiones

Siempre es arriesgado establecer conclusiones sobre una materia cuando ésta es desarrollada como fruto de una mera reflexión personal. Alguien puede fijarse en las conclusiones como el núcleo central del trabajo, y no es

¹⁰ He analizado con detenimiento esta sentencia, así como las posteriores STC 16/1996, de 1 de febrero y STC 68/1996, de 18 de abril, en el libro *La Asistencia Social y los Servicios Sociales en España*, BOE, 2ª edición, Madrid, 2000, Págs. 139 a 149. A su contenido me remito.

Protección municipal de la dependencia

éste ciertamente el supuesto. Valgan, no obstante, algunas ideas, esbozadas a modo de cierre conclusivo.

Se hace necesaria una mayor y más precisa definición del modelo de atención a la dependencia que se quiere establecer, en sus distintos componentes, para poder efectuar un análisis más riguroso de las implicaciones de competencias que comporta para las Comunidades Autónomas y las Entidades locales.

Antes de resolver los posibles problemas competenciales, es preciso definir el sistema de financiación que tendrá el sistema de atención a la dependencia, con especial acento en la aportación que correrá a cargo de la Administración General del Estado. Concretado el modo de financiación, las cuestiones de competencias se verán más diluidas, si es que no están resueltas ya antes de establecerlo.

Estimo que el Estado ostenta título competencial suficiente, por una u otra vía, para legislar sobre prestaciones de atención a la dependencia. Sin embargo, en cuanto a la instauración de un sistema nacional de atención a la dependencia, tengo dudas sobre la posibilidad jurídica de que pueda hacerlo, pues entran en litigio competencias de las Comunidades Autónomas nacidas de la misma Constitución.

Mi apuesta es, más bien, por un sistema nacional de servicios sociales, en el que se dé plena cabida a la atención de la dependencia, concebido del mismo modo que el sistema nacional de salud (Ley General de Sanidad, art. 41.2): “conjunto de los servicios sociales de la Administración General del Estado y de los servicios sociales de las Comunidades Autónomas”.

Si el Pacto Local sigue adelante en su formulación y contenido, convendría que la regulación de la dependencia tuviera en cuenta sus posibles consecuencias. No se trata tanto de implicar a las Entidades locales en la atención a la dependencia, que ya lo están en buena parte, sino de esa implicación en el contexto más amplio, Pacto Local.