

1 / EVOLUCIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO (SAD) EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL Y EN ESPAÑA.

1.1. El SAD en el ámbito internacional.

1.1.1. El SAD en el conjunto de la UE.

1.1.2. Los países nórdicos, pioneros.

1.1.3. El caso de Alemania, como modelo de país familiarista con regulación reciente de las situaciones de dependencia.

1.2. Evolución histórica del SAD en España.

1.1. EL SAD EN EL ÁMBITO INTERNACIONAL.

Tal como se recoge en la bibliografía existente sobre el tema (Rodríguez et al, 2003, 2011; OCDE, 2005; Doyle y Timonen, 2007; SIIS, 2012; Glendinning et al, 2010; Genet et al, 2012; Degrave y Nyssen, 2012), en los países más avanzados en políticas sociales el SAD se ha desarrollado y organizado de manera heterogénea, de acuerdo a las necesidades de cada país. De ahí que en algunos de ellos este servicio cuente con una larga tradición, como es el caso de los Países Nórdicos, Holanda o Gran Bretaña, y que en otros, como España o Grecia, se haya desarrollado fundamentalmente en los últimos 30 años.

Son numerosos los países europeos en los que la extensión generalizada del SAD tiene lugar bastantes años antes que en España. Algunos de ellos, como Dinamarca, Suecia, Noruega, Gran Bretaña y los Países Bajos comienzan a implantarlo con posterioridad al fin de la II Guerra Mundial, como correlato del triunfo de las ideas acerca del Estado del Bienestar propugnadas por Beveridge y Keynes y dentro de un contexto amplio de prestaciones universales de seguridad social, que incluye las pensiones, la asistencia sanitaria y los servicios sociales, uno de cuyos pilares lo constituye la atención domiciliaria.

1.1.1. El SAD en el conjunto de la UE.

Entre los pioneros en desarrollar la atención domiciliaria, hay que citar a Gran Bretaña, cuya regulación data de 1946, entendiéndola como uno de los programas de la asistencia sanitaria (Ministry of Health, 1946). Del mismo modo, el Gobierno holandés organizó un sistema de atención a domicilio con carácter general en 1947 (Heflvel y Gerritsen, 1991), con la colaboración de entidades voluntarias vinculadas, en su mayor parte, a instituciones religiosas. En el caso de los Países Bajos, aunque también eran dependientes del sistema sanitario, en su conceptualización se englobaba tanto la atención

médica y de enfermería como la atención social a las necesidades de apoyo en las AVDs de las personas en situación de dependencia.

Durante las décadas de los 60 y 70, a los pioneros se les fueron uniendo la mayoría del resto de países desarrollados. Este periodo, que se corresponde con la aparición de las normativas sobre la implantación del SAD y su posterior desarrollo y extensión generalizado, fue descrito como “crecimiento sin política” (Jamieson, 1991), puesto que en la mayoría de los países tal desarrollo respondía más a las presiones sociales para un incremento general del conjunto de las políticas sociales que a un cuidadoso diagnóstico de necesidades. Fue durante la década de los años 80 (denominados por Jamieson los de la “política sin crecimiento”) cuando se realizaron evaluaciones sobre el conjunto de servicios que ofrecía la prestación de atención domiciliaria, concluyéndose en ellos la importancia que reviste el suministro de diferentes apoyos en los propios domicilios como fórmula idónea para posibilitar a las personas con discapacidades o en situación de dependencia vivir el máximo tiempo posible en su casa, retrasando o evitando institucionalizaciones innecesarias.

Puede afirmarse, por otra parte, que fue el desarrollo de la atención domiciliaria (junto a la implementación de la metodología de gestión de casos) lo que hizo posible que se produjera el gran movimiento de “desinstitucionalización”, en especial en algunos de los países del Norte de Europa (Escandinavia, Holanda, Gran Bretaña), con lo que se pudo reducir sensiblemente el número de personas ingresadas en residencias y hospitales de larga duración, muchos de ellas con enfermedad mental.

¿Cuál ha sido la evolución posterior que ha seguido la atención domiciliaria en los países que fueron pioneros en su implantación? En todos ellos existe coincidencia, desde los inicios del siglo XXI, en la necesidad de revisar sus prestaciones y “racionalizar” la oferta de los SAD como prestación profesional personal, lo que se traduce en un descenso del número de personas atendidas y de su intensidad. La razón fundamental que se esgrime para esta racionalización se concreta en las alertas que las proyecciones demográficas han impuesto a los sistemas de protección social con respecto al enorme incremento de la población muy mayor que se avecina y, por ende, al aumento de las tasas de dependencia asociadas al grupo de población mayor de 80 años. Pero también se trata de ajustar la oferta a la demanda de las personas y de las familias, y ampliar así su libertad de elección.

Atendiendo a indicadores tales como el índice de cobertura (porcentaje de personas usuarias respecto de la población total) se observa que, por ejemplo, en los países nórdicos (el grupo que más había avanzado en la extensión de la protección social en general y de los SAD en particular), se ha venido produciendo un claro retroceso: si en 2005

Dinamarca atendía al 21,7% de las personas mayores de 65 años, en 2012 se ha pasado a un 13,7%. En Suecia se redujo la cobertura desde un 12% en 1995 hasta un 8,6% en 2005, indicador que se ha venido manteniendo pese a la crisis económica, registrándose en 2012 una ratio del 9,2% en 2012 (NOSOSCO, 2013).

Otros ejemplos de extensión importante del SAD a principios de siglo se encuentran en Noruega (con un índice de cobertura del 15,2%), Finlandia (10%); Reino Unido (9%); Francia (7%) y Bélgica (6%) (OCDE, 2005).

Cabe destacar que las diferencias en la evolución del SAD que se han venido registrando entre los países de la UE se explican, en buena medida, por las distintas filosofías en relación a la provisión de los cuidados de larga duración que ostentan los diferentes Estados de Bienestar europeos. Si los países del Norte de Europa se fundamentaron desde su inicio en una concepción de derecho subjetivo de ciudadanía del mismo rango que la asistencia sanitaria, los del área centroeuropea y mediterránea se basaron en una concepción familiarista de los cuidados, según la cual se adjudica a las familias (a las mujeres) la responsabilidad en la atención a la infancia y las personas con discapacidad o en situación de dependencia.

En este grupo de países el Estado solo actuaba de forma subsidiaria cuando no existía familia con disponibilidad de asumir los cuidados, lo que explica que la atención pública a las personas en situación de dependencia quedara relegada a la asistencia social y estuviera sometida a prueba de recursos y de situación familiar, en la que especialmente se valoraba si existían personas (fundamentalmente, esposas e hijas) que pudieran hacerse cargo del cuidado (Rodríguez, 2005). Pero desde las últimas décadas del siglo XX se han venido produciendo un conjunto de fenómenos (generalización de la incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, auge de las ideas a favor de la igualdad propugnada por los movimientos feministas y agudización del fenómeno del envejecimiento poblacional), que han motivado que se fueran incrementando las situaciones de necesidad de cuidados de larga duración sin cobertura social suficiente.

Frente a esta situación, en algunos países se regularon leyes específicas mediante las que se creaba un derecho social nuevo: la protección como derecho subjetivo a las situaciones de dependencia. Así ha sucedido en Austria, Alemania, Francia o Luxemburgo, y también, de forma más tardía, en España.

1.1.2. Los Países Nórdicos, pioneros.

En los países nórdicos el SAD comienza a organizarse en los años cincuenta (Eliasson y Szebehely, 1999; Ingvad y Olsson, 1999; Lewinter 2004; Roostgaard 2010, 2011; Szebehely y

Trydegård, 2011; Lindström, 2015), dentro de un modelo que se ha denominado “tradicional” y que consistía en aprovechar la experiencia de las mujeres cuidadoras del ámbito familiar que, bajo el control y supervisión municipal, ofrecían los cuidados en entornos de proximidad. A este modelo le siguió, en los años 80, el denominado “autogestionado en pequeños grupos”, mediante el cual se descentraliza la gestión en los municipios y éstos, a su vez, dejaban libertad a grupos de 15/20 trabajadoras para organizarse en función de los contextos y las necesidades de las personas.

Fue durante la aplicación de este modelo cuando el SAD alcanzó las mayores cotas tanto en cobertura como en su perfeccionamiento (fórmulas estables de coordinación sociosanitaria, atención durante la noche y en fines de semana). En la década de los 90, atendiendo a la presión que los sistemas de protección social sufrían para reducir costes y ganar tanto en racionalización como sostenibilidad, se implanta el denominado “modelo taylorizado”, mediante el que se separan las funciones de valoración y planificación de la prestación del SAD, y se asignan tiempos a las tareas. Este modelo, importado del sistema sanitario, ha recibido muchas críticas del sector profesional y también de las personas usuarias (Lindström, 2015).

Las últimas tendencias en los países nórdicos pasan por establecer estándares de calidad, entre los que la libertad de elección de proveedor por parte de las personas destinatarias de los SAD es el que está teniendo más auge. Para ello, se ha establecido un sistema de transparencia de la información acerca de lo que se ofrece en cada municipio y, así, mediante la metodología de comparaciones abiertas, se da opción a los usuarios a elegir los proveedores.

Esta fórmula a través de la cual las personas usuarias eligen libremente la entidad proveedora de servicios domiciliarios está siguiéndose con mucho interés en otros países, porque plantea una alternativa a la contratación que realizan las AAPP de entidades prestadoras del servicio. En este sentido, en España quizá convendría realizar un análisis que establezca la viabilidad de implementar sistemas similares a los que se vienen aplicando desde hace años en países como Suecia o Dinamarca, donde, en lugar de subcontratar a una o dos entidades para prestar toda la ayuda a domicilio, se establecen procedimientos de registro de todas las entidades que cumplen los requisitos de autorización y se ofrece públicamente a la ciudadanía y a las personas usuarias, que tienen la posibilidad, así, de elegir la entidad (empresa o tercer sector) que prefieran. El precio de referencia a pagar por el servicio se establece por la Administración Pública.

De esta manera, las Entidades prestadoras no compiten solo en función de su oferta económica sino, y esto es en lo que más debe interesar a los gestores públicos, en función de la calidad de los servicios que prestan. Otra ventaja añadida es que los proveedores

carecen de incentivos para reducir los costes a cuenta de minorar la calidad de la atención o de ofrecer peores condiciones a sus trabajadores y trabajadoras.

Hay que señalar que en la evolución del conjunto de recursos sociosanitarios de los países nórdicos ha tenido gran importancia el desarrollo del SAD, concebido como la piedra angular que permite que las personas continúen viviendo en sus hogares, de acuerdo con sus deseos. Con ese propósito, las políticas sociales de estos países han venido conjugando las facilidades para hacer posible esa preferencia con la necesidad de contraer el gasto en un escenario de incremento de la demanda por el fenómeno del envejecimiento de la población. De esta manera, se incorporaron algunas innovaciones tales como la creación de servicios de proximidad (comidas y lavandería a domicilio, podología, acompañamiento por voluntariado, pequeñas reparaciones, etc.) que ayudaron a reducir las horas de prestación del SAD en los domicilios. Asimismo, están generalizadas las prestaciones para adaptar las viviendas suprimiendo barreras y haciéndolas más confortables y para la obtención de productos de apoyo, que tienen como resultado una reducción en la necesidad de ayuda y un incremento de autonomía para las personas.

Ante el progresivo aumento de intensidad de atención que requieren las personas con necesidad de cuidados de larga duración de carácter complejo, especialmente por la incidencia de las demencias, en estos países se ideó que una forma de abaratar costes de atención del SAD y seguir garantizando su calidad era agrupar a las personas en viviendas o pequeñas unidades de convivencia (para alrededor de 10/12 residentes) enmarcadas éstas muchas veces en edificios de más de 100 plazas. Éste fue el inicio de una modalidad de atención residencial de diseño hogareño que después se ha extendido a muchos otros países, fundamentalmente porque facilita desarrollar una atención de calidad, centrada en las personas, al contrario de lo que ocurre en los diseños clásicos modelo institucional.

1.1.3. El caso de Alemania, como modelo de país familiarista con regulación reciente de las situaciones de dependencia.

Ciñéndonos ahora al caso alemán, como ejemplo por las similitudes con España, en cuanto se refiere a la primacía del cuidado familiar y la consiguiente subsidiariedad del Estado frente a las necesidades de cuidados, la Ley alemana de atención a las personas en situación de dependencia fue promulgada en 1994 y entró en vigor en 1995.

Mediante dicha norma, que se estuvo discutiendo a lo largo de veinte años por las Administraciones y agentes concernidos (Seguridad Social Federal, los Estados Federados, los Municipios y los proveedores de servicios) hasta llegar a un consenso sobre sus

características y ámbito protector, se vino a garantizar la atención y cuidados a las personas a las que se les reconociera oficialmente en situación de dependencia (dos millones y medio de personas en 2011), dividiéndose sus prestaciones en dos grandes ámbitos: la atención en el domicilio, de la que disfrutaban a finales de 2011 el 70% de los usuarios, y la atención en residencias, el 30% restante (Montero, 2015).

Las prestaciones que comprende el módulo de atención domiciliaria en Alemania son diversas y, además, también son compatibles entre sí. Se reflejan en el recuadro siguiente.

- Atención personal en los domicilios a cargo de profesionales cualificados.
- Prestaciones monetarias para familiares cuidadores, amigos o personas contratadas directamente por las personas en situación de dependencia.
- Servicios de respiro, como un SAD temporal para cubrir las ausencias de los/as cuidadores/as informales.
- Atención en centros de día, de noche o en residencias (estancias temporales).
- Provisión de ayudas técnicas o productos de apoyo.
- Prestaciones económicas para la reforma de la vivienda.
- Afiliación a la Seguridad Social (pensiones y accidentes) a familiares cuidadores.
- Actividades de formación a cuidadores informales.

Los últimos cambios producidos en este seguro fueron introducidos mediante una reforma de la Ley que se llevó a cabo en 2008. Consistieron en la actualización de las cuantías de las prestaciones y, además, se produjeron importantes mejoras en la atención domiciliaria, que incluyeron, entre otras, las excedencias y permisos para cuidar a un familiar en situación de dependencia y la utilización de la metodología de gestión de casos (Montero, 2015).

1.2. EVOLUCIÓN HISTÓRICA DEL SAD EN ESPAÑA

Como se ha expuesto en otro lugar (Rodríguez, 2011a), los orígenes en España de la ayuda a domicilio pueden situarse en la década de los 70, cuando, por Orden del Ministerio de Trabajo de 19 de marzo de 1970, se establecía el Servicio Social de Asistencia

a los ancianos, que fijaba entre sus objetivos la “organización de asistencia o ayuda domiciliaria a los beneficiarios” (art. 2º, aptdo. b. de la citada norma). Por otra parte, la Orden del mismo Ministerio de 26 de febrero de 1971 aprobaba el Plan Nacional de la Seguridad Social de Asistencia a los ancianos, una de cuyas áreas de actuación consistía en el desarrollo de la ayuda a domicilio. Se configuraba ésta como una prestación del Sistema español de Seguridad Social y, por tanto, dirigida a los trabajadores afiliados, si bien se restringía su ámbito prestacional solo a los sectores de población más necesitados. No obstante, las experiencias que en la década de los 70 se pusieron en marcha como consecuencia de dicha normativa fueron proyectos aislados que, desde luego, no alcanzaron significación estadística.

El inicio del SAD, con las características generales de servicio público, habría de arrancar a partir de la aprobación de la Constitución Española de 1978 y la configuración de los primeros ayuntamientos de la democracia, hechos que tuvieron lugar tras las elecciones municipales de 1979. Después de éstas, las Corporaciones Locales (Municipios, Cabildos insulares y Diputaciones Provinciales y Forales) desarrollan nuevas competencias en el área de la asistencia social y de los servicios sociales. La Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases de Régimen Local, mencionaba alguna de las funciones que a este nivel de la Administración le correspondían (obligatorias para los municipios mayores de 20 mil habitantes) y que, sobre todo, tienen que ver con los denominados servicios sociales generales o de atención primaria que en su territorio se presten.

Para lograr el impulso y más rápido desarrollo de la red local de servicios sociales y de las prestaciones de este nivel de la Administración fue decisivo el Plan Concertado para el desarrollo de prestaciones básicas de servicios sociales de CC.LL., que se inició el año 1988 por iniciativa de la Administración General del Estado y con la colaboración y financiación conjunta entre ésta, las respectivas CC.AA. y las CC.LL. Las prestaciones básicas del Plan Concertado son cuatro: información, diagnóstico, orientación y ayuda a domicilio.

Con respecto al caso concreto del SAD, tal como se pudo poner de manifiesto en el primero de los estudios realizados mediante la colaboración entre el INSERSO y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) al inicio de la década de los años 90, la extensión y generalización del SAD en todo el territorio del Estado aún no se había conseguido, si bien aquellas CC.LL. que no lo habían iniciado se encontraban en fase de planificación y preparación de la infraestructura correspondiente.

Entre los resultados de dicha investigación, que formaba parte de la fase de diagnóstico para la elaboración del Plan Gerontológico, se obtuvo que el porcentaje de personas mayores de 65 años que recibían un servicio de ayuda a domicilio era solo del 0,48% en

el conjunto del Estado, con diferencias muy notables en cuanto a las diferentes CC.AA. Por entonces destacaba sobremanera el desarrollo que los SAD habían alcanzado en el País Vasco y en Navarra, donde la ratio llegaba al 2% de cobertura. Este estudio sobre el SAD en los servicios sociales municipales se volvió a realizar en 1996, también mediante la colaboración de la FEMP y el IMSERSO. (Porto y Rodríguez, 1998).

Un momento verdaderamente clave para España en el devenir de los servicios sociales en general y del SAD en particular fue la promulgación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia (LAPAD), mediante la que, siguiendo la tendencia de algunos países avanzados en políticas sociales, se incrementaba nuestro ámbito de protección social creando un derecho social nuevo que se configura como derecho subjetivo. El calendario de la LAPAD establecía un periodo amplio (desde el año 2007 al 2015) para la aplicación y despliegue completos del nuevo Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, que debía incardinarse en el marco de los servicios sociales competencia de las CC.AA. pero recibiendo el apoyo de la Administración General del Estado y la colaboración de las CC.LL. Dicho periodo fue posteriormente ampliado hasta el 2017.

Entre las prestaciones que la LAPAD contempla está el servicio de ayuda a domicilio (SAD), que pasa a convertirse así en una prestación de derecho para las personas que, reuniendo los requisitos que la ley establece, la soliciten y les sea contemplada en su Programa Individualizado de Atención (PIA).

Sin embargo, también el SAD continuó y continúa prestándose a personas o familias que, sin encontrarse en situación de dependencia reconocida oficialmente o ser ésta de carácter leve (no contemplada dentro del ámbito protector de la Ley), sí se encuentran en otras situaciones de fragilidad o necesidad de las que se contemplan y regulan en las respectivas leyes de servicios sociales autonómicas. En algunas de éstas se contempla ya una cartera de servicios, entre ellos el SAD, que se declaran como derechos subjetivos.

Todo lo anterior ha originado que, como puede observarse en la siguiente tabla, el crecimiento que en España ha tenido la extensión de la cobertura del SAD a lo largo de los últimos decenios haya sido muy notable, aunque insuficiente según las previsiones realizadas. Por ejemplo, el Plan Gerontológico (INSERSO, 1992) fijaba un incremento de esta prestación que debía alcanzar una ratio del 8% a lo largo de la década siguiente.

TABLA 1. EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE USUARIOS Y COBERTURA DEL SAD EN ESPAÑA. AÑOS 1990 - 2011.

Año	Población de 65 y más años	Usuarios de 65 y más años	Ratio
1990	5.359.908	34.181	0,48
1995	6.086.365	63.712	1,04
2000	7.037.553	139.384	1,98
2005	7.484.392	305.801	4,09
2009	7.782.904	394.403	4,97
2010	8.093.557	395.085	4,88
2011	8.221.047	382.575	4,65

Fuentes: Años 90-95: Porto y Rodríguez. 1998. Evolución y extensión del SAD en España. Años 2000-2012: IMSERSO: Informe 2012. Las personas mayores en España. INE: Explotación estadística del Padrón Municipal. (Los datos de usuarios corresponden a 31 de diciembre del año indicado, mientras que los de población datan del 1 de enero del año inmediatamente posterior a cada año referenciado).

Según los datos reflejados en el Informe 2012 *Las personas mayores en España* (IMSERSO 2014), el índice de cobertura del SAD alcanza su momento álgido en 2009, cuando las personas usuarias de este servicio suponen prácticamente un 5% de la población mayor. Al año siguiente, en 2010, la cobertura de personas usuarias descienden ligeramente. En 2011, último año del que se disponen datos sobre Servicios Sociales en España, se contabilizaron 11.828 personas usuarias menos que en 2009.

La falta de estudios desarrollados en el ámbito de las Entidades Locales sobre la situación de los servicios sociales en general, y del SAD en particular, aflora una importante laguna de conocimiento desde la visión de la Administración que, hasta ahora, había sido la competente en esta materia. Y esta necesidad de mayor conocimiento se agudiza en un momento crítico como el que vivimos en España desde 2008. Por una parte, porque es cuando acontece la enorme crisis económica de la que derivan, como consecuencia que más puede haber incidido en la prestación del SAD, significativos ajustes y decrementos en los presupuestos públicos. Y, por otra parte, porque se trata del periodo en el que debía llevarse a cabo la aplicación progresiva de la LAPAD, cuyo despliegue se ha venido realizando con mermas importantes en forma de retrasos en el calendario

establecido por la LAPAD y recortes en sus prestaciones (García Herrero, 2010; Rodríguez et al, 2011; SIIS, 2012).

Ante la situación someramente descrita, parecía muy pertinente llevar a cabo la investigación cuyos principales resultados ofrecemos en la presente publicación, según los cuales, tal como se expondrá en los siguientes apartados, está generalizada la percepción de que determinados problemas que se detectan en la prestación del SAD derivan principalmente del impacto que sobre ella tuvo la entrada en vigor de la LAPAD, así como del contexto de crisis económica de los últimos años.

En este sentido, diferentes agentes que han participado en este estudio señalan de manera muy gráfica que “el SAD ha sido absorbido por la Dependencia”, coincidiendo también en identificar como la principal causa de la crisis del Servicio de Ayuda a Domicilio el descenso en su prescripción, que atribuyen a la extensión de las ayudas económicas derivadas de la LAPAD, por una parte, y a la reducción de los presupuestos para la partida de ayuda a domicilio, por otra.

Para valorar el verdadero impacto de la LAPAD en la configuración del SAD de las Corporaciones Locales, en nuestra investigación hemos distinguido entre el SAD tradicional, refiriéndonos al servicio prestado habitualmente desde el municipio como una de sus prestaciones básicas, y el SAD que se provee como prestación derivada de la LAPAD, que es aún limitada y con grandes diferencias entre los territorios.

Los propios datos estadísticos relativos al Sistema de Autonomía y Dependencia ofrecidos por el IMSERSO a 30-6-2015 muestran que la prestación del SAD derivada de la LAPAD solo constituye, en el conjunto de España, el 12,96% del total de prestaciones del Sistema mientras que la atención en residencias es del 15,38%. Sin embargo, hay que matizar esta información por las grandes diferencias que se producen entre CC.AA. Algunas de ellas no conceden aún el SAD como prestación del Sistema, o apenas acaban de comenzar (Aragón, C. Valenciana o Murcia), mientras que en otras este Servicio representa más del 20% (Andalucía, Canarias, Galicia, La Rioja).

Otra consideración de interés para interpretar estos datos es el también diferente desarrollo que están teniendo las prestaciones económicas vinculadas a un Servicio, si bien las estadísticas publicadas no ofrecen aún cómo se reparten dichos servicios entre SAD, Centros de Día y Residencias. Mientras Aragón, Castilla y León y Extremadura superan el 20% de este tipo de prestaciones, Cantabria no concede ninguna y, por su parte, en Andalucía, Baleares, Murcia, País Vasco y Ceuta y Melilla no llegan a significar ni el 4% del total de prestaciones.

Lo que resulta más destacable en la aplicación de la LAPAD es el predominio de las prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar. Éstas se conceden a las personas en situación de dependencia que optan por ser atendidos por alguna persona de la familia, a la cual se le exige reunir una serie de condiciones de idoneidad. El 42,52% de todas las prestaciones, en el conjunto de España, corresponden a esta tipología, pero también aquí se registran muchas diferencias entre CC.AA. En los extremos se encuentran Baleares (con un 70,34% de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar), Murcia (con el 64%) y Ceuta y Melilla (con el 51,53%), mientras que, por el otro lado, encontramos que las CC.AA. con indicadores más bajos en estas prestaciones económicas son: Madrid, con un 26%, Galicia con el 28,46% y Castilla y León con el 29,19%.

Como principales consecuencias de la proliferación de estas ayudas económicas cabe señalar la falta de control sobre la calidad de los cuidados prestados y la falta de profesionalización de la atención. En consecuencia, teniendo en cuenta la preferencia mostrada por las personas y familias por las prestaciones económicas, parece claro concluir que es una asignatura pendiente el aumento de la formación de los cuidadores/as no profesionales, así como el apoyo a los mismos mediante programas específicos de asesoramiento especializado en el propio domicilio y de respiro. En este sentido, Pilar Rodríguez (2011b) ha propuesto como muy recomendable que se generalice el que denomina "Programa Acompaña", mediante el que se ofrecen unas horas complementarias de ayuda a domicilio mensuales para que la persona cuidadora de la familia pueda descansar y un servicio profesional de asesoramiento a domicilio en materia de adaptación de viviendas, productos de apoyo, psicología, fisioterapia, etc. Con este programa "Acompaña" se cumple, además, con otra cuestión de capital importancia cuando se conceden prestaciones económicas públicas, como es el control de la calidad de los cuidados prestados por los familiares. Desarrollos como éste pueden realizarse vinculando estos cuidados a un servicio profesionalizado de ayuda a domicilio o a un centro de día (García Herrero, 2010).

Para tener más conocimiento respecto a la calidad de los cuidados prestados en los domicilios, en el cuestionario que sirve de soporte a la encuesta que hemos realizado se incorporó un apartado sobre la cualificación de quienes prestan cuidados y apoyos a las personas en riesgo o en situación de dependencia, incluyendo tanto la atención profesional prestada desde el SAD, en cualquiera de sus modalidades de gestión, como las que se realizan desde el ámbito familiar.

Con respecto al impacto de la crisis económica y los recortes en los presupuestos producidos en el SAD, las Corporaciones Locales tuvieron ocasión de señalar en la fase cualitativa de nuestra investigación algunos de los problemas generales que ha ocasionado.

Entre otros, destacan la consideración de que el coste del servicio y el copago establecido es elevado, especialmente ante la disminución de recursos económicos a la que muchas familias hacen frente en la actual coyuntura socioeconómica. Por otra parte, también se señala que, en general, la intensidad de la atención profesional domiciliaria del SAD resulta insuficiente en casos de gran dependencia o dependencia severa.

Teniendo en cuenta lo anterior, así como las tendencias internacionales de diversificación de servicios que se está incorporando en el SAD y los criterios adoptados para hacer sostenible este gasto, entre los principales asuntos recogidos en nuestro cuestionario, incorporamos, además de las cuestiones básicas (cobertura, sistemas de gestión, coste del servicio, recursos humanos, financiación), también la valoración de las Entidades Locales acerca de los servicios complementarios que ya se están prestando o los que pudieran prestarse en el futuro y su opinión con respecto a otras modificaciones a realizar en la conceptualización de la atención domiciliaria.

En otro orden de cosas y tal como se ha mencionado, la prescripción del SAD es muy variable dependiendo de la CC.AA. y de los propios municipios, destacando la gran dificultad para la organización y prestación del servicio en zonas rurales. Y también las fuentes de financiación resultan difíciles de explorar y cuantificar, sobre todo porque, hasta ahora, han existido diferentes vías de financiación procedentes de diversos agentes en un mismo territorio (del Estado a la FEMP, a las CC.AA. y a las ONGs como Cruz Roja o Cáritas, y lo mismo ocurre desde algunas CC.AA.). El cuestionario incorporó a este respecto un apartado específico para intentar clarificar las diferentes fuentes de financiación existentes en la actualidad.

Por otro lado, y aunque los servicios domiciliarios estaban en su origen enfocados a las familias en general, y en particular, a las madres y a la infancia en situación de riesgo, la evolución sociodemográfica derivada del envejecimiento poblacional ha hecho que el SAD se preste en un altísimo porcentaje a personas mayores y, en mucha menor proporción, a familias e infancia o personas con discapacidad jóvenes.

2/ CONCEPTUALIZACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO.

2.1. El contexto internacional.

2.2. Concepción del SAD en España.

2.1. EL CONTEXTO INTERNACIONAL.

Como se ha puesto de relieve en la literatura relacionada con la atención domiciliaria (OCDE, 2005; Glendinning, et al, 2010; Rodríguez et al. 2011; Colombo et al, 2011; Genet et al, 2012; SIIS, 2012; Kenigsberg, 2013), ésta se entiende de manera muy diferente según los países y sectores que se consideren. Lo más común es que sea concebida como cualquier atención profesional recibida en el domicilio de una persona para que pueda continuar viviendo en su casa y entorno familiar. No obstante, en algunos lugares se considera que los apartamentos con servicios, las unidades de convivencia e incluso algunas residencias son también “viviendas de los usuarios” a los efectos de la atención que reciben sus residentes, que se considera como prestación de atención domiciliaria.

En cuanto al tipo de servicios formales prestados en el hogar se pueden referir tanto a la atención profesional desde el ámbito sanitario (de carácter preventivo, de atención a enfermos agudos, de rehabilitación, cuidados paliativos) como a la atención prestada por los servicios sociales (cuidados personales para el desarrollo de las AVDs, tareas domésticas, productos de apoyo y TIC). El problema ya identificado desde hace muchos años son las dificultades que se encuentran en la mayor parte de los países para encontrar fórmulas viables y estables de coordinación sociosanitaria y conseguir, así, la atención integral e integrada que requieren buena parte de las personas con discapacidad, personas en situación de dependencia o pacientes con pluripatología crónica (OCDE, 2005, 2013; Leichsenring y Aleszewski, 2004; Billings y Leichsenring, 2005; Rostgaard, 2010; Kuluski, 2012).

Otra distinción de interés al conceptualizar la atención domiciliaria es si ésta se refiere exclusivamente a la que se presta por los profesionales o incluye o se realiza en combinación con la atención prestada por personas allegadas, normalmente de la familia, o incluso por personas cuidadoras no profesionales pagadas por la familia de manera

informal. En este sentido, aunque tradicionalmente se han separado ambas fuentes de prestación de cuidados, desde hace algunos años se reclama la convergencia o complementariedad entre la atención formal y la informal (Rodríguez, 2005; Glendinning et al 2010; Rostgaard, 2010; Triantafyllou et al, 2010; Hoffmann y Rodrigues, 2010; Genet et al, 2012). Y ello porque el cuidado profesional apoya y alivia por sí mismo el peso de la atención de los cuidadores informales (sobre todo en su función de respiro y relevo, pero también en su faceta de asesoramiento y formación), lo que resulta totalmente conveniente para prevenir, y en muchos casos evitar, la claudicación de los/as cuidadores/as informales lo que redundaría de manera muy negativa tanto en el bienestar de la persona que requiere cuidados de larga duración como en el peso de la atención formal, con los costes (inasumibles) que supondría el abandono de los cuidados familiares.

Hay que tener en cuenta a este respecto que la presencia de una familia cuidadora es determinante en el tipo de asignación de recursos formales que se realiza, pues muchas personas que están atendidas en su casa lo son precisamente porque existe una familia que, con el complemento de la atención formal o sin él, las atiende y cuida durante mucho tiempo; a menudo, toda una vida.

Por otra parte, hay que considerar que los cuidados formales e informales son menos distintos de lo que pueda parecer y que su límite se va haciendo cada vez más borroso, sobre todo cuando tenemos en cuenta que en gran parte de los países de la OCDE se han establecido prestaciones económicas o presupuestos personales para organizarse de manera autónoma los apoyos o cuidados que las personas en situación de dependencia puedan precisar.

Las fórmulas son diversas. Unas veces, retribuyendo a alguien de la familia que se ocupa del cuidado; otras, contratando a un cuidador/a que, normalmente, carece de formación para el cuidado. En algunos países, como en Suecia, las personas cuidadoras de la familia se integran en las plantillas de cuidadores profesionales de los municipios. En otros, como en Alemania y Austria (y también hasta el año 2012 en España) el Estado asume a sus expensas las cotizaciones a la Seguridad Social de las personas cuidadoras.

En síntesis, las tendencias que se observan en los países de la OCDE apuntan, teniendo en cuenta que la demanda es cada vez más compleja, a los tipos mixtos de cuidados en el hogar (servicios de atención social provistos por la iniciativa pública o por proveedores privados, los servicios de atención desde los sistemas de salud, la atención informal, los productos tecnológicos, las ayudas técnicas y los elementos domóticos). Se considera a este respecto que al ser precisamente esta mixtura lo que parece hará viables y sostenibles los sistemas de atención domiciliaria, resulta muy conveniente avanzar en fórmulas estables de coordinación de servicios (especialmente sociosanitarios) así como en

metodologías adecuadas para garantizar la coordinación y la continuidad de la atención, como es la gestión de casos.

2.2. CONCEPCIÓN DEL SAD EN ESPAÑA.

Restringiendo nuestro análisis al caso de España y al ámbito estricto del SAD ofrecido por los servicios sociales municipales, se presenta a continuación la definición y los principales rasgos que suelen encontrarse en esta prestación, estableciendo sus objetivos y las principales funciones y tareas que se llevan a cabo por los trabajadores/as sociales y por los/as auxiliares del SAD a la hora de prestar el mismo.

La ayuda a domicilio se concibe generalmente como un servicio integral, polivalente y comunitario, orientado a las personas y/o familias que presentan problemas para la realización de las actividades de la vida diaria, proporcionándoles atención directa en el propio hogar mediante intervenciones específicas que favorezcan su permanencia e integración en su entorno habitual, y compensen sus limitaciones o restricción de independencia funcional.

Existen diferentes definiciones del SAD. Entre ellas, destacamos la siguiente, que es también la que se recoge en el Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia (IMSERSO, 2005):

Se define el servicio de ayuda a domicilio como un programa personalizado, de carácter preventivo y rehabilitador, en el que se articulan un conjunto de servicios y técnicas de intervención profesionales consistentes en atención personal (física y psicosocial), gestión y funcionamiento de la unidad convivencial, fomento de las relaciones sociales en el entorno y apoyo a las familias, prestado en el domicilio de una persona en situación de fragilidad o de dependencia (Rodríguez, 2003, 2011).

En líneas generales, puede ser usuaria del SAD toda persona que tenga dificultad para realizar las actividades de la vida diaria y supere los límites de puntuación del baremo establecido a tal efecto en cada entidad local. Cuando se trate de un SAD como prestación derivada de la Ley de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), los requisitos son los establecidos por las normas derivadas de dicha Ley.

Generalmente, se cita como objetivo general del SAD mejorar la calidad de vida de las personas usuarias, potenciando su autonomía, seguridad y relaciones sociales.

Y entre sus objetivos específicos, suelen encontrarse:

- Objetivo de tipo asistencial: apoyarles en la realización de aquellas actividades de la vida diaria que no puedan ejercitar por sí solas, realizando tareas de atención personal y/o domésticas.
- Objetivos de tipo preventivo: colaborar en el mantenimiento de la persona usuaria en su entorno habitual, evitar o retrasar el ingreso en instituciones, prevenir el riesgo de marginación, aislamiento o abandono, prevenir el progresivo deterioro de las familias o su claudicación en el desarrollo de los cuidados.
- Objetivo de tipo educativo: capacitar y estimular el desarrollo de sus capacidades funcionales para las AVD así como para la toma de decisiones sobre su plan de atención (autonomía).

Con respecto a las funciones del trabajador/a social municipal responsable del SAD, suelen destacarse las siguientes:

- Información, valoración, seguimiento, detección de otras necesidades y gestión de recursos adecuados, a fin prevenir situaciones de riesgo o desatención.
- Coordinación con la empresa adjudicataria del servicio cuando ésta existe.
- Evaluación de la calidad de la prestación del servicio.
- Fijar objetivos del servicio, entre los que debe estar el apoyo a la persona usuaria en aquellas actividades que no pueda realizar por sí misma, tendiendo a la vez a desarrollar sus capacidades para fomentar su autonomía personal.

Y con respecto a las tareas concretas a realizar por los/as auxiliares del SAD, destacan las siguientes:

- Atención Personal: Vestido, acompañamiento, aseo, alimentación, movilizaciones.
- Apoyo educativo:
 - Orientar/educar sobre la higiene personal.
 - Orientar/educar sobre una correcta alimentación.
 - Orientar/educar sobre la economía y tareas domésticas.
- Cuidado de la salud:
 - Garantizar la toma correcta de la medicación en casos necesarios.
 - Acompañar a la consulta médica.
 - Pequeñas curas sencillas y ejercicios físicos y de estimulación que hayan sido pautados y supervisados por un profesional sanitario o psicosocial.

- Apoyo doméstico:
 - Limpieza cotidiana del hogar.
 - Elaborar comidas y realización de compras.
 - Cuidado de la ropa (lavado y planchado).

No están contempladas entre las tareas del SAD:

- Atender a otras personas de la familia o allegadas que habiten en el mismo domicilio.
- Hacer arreglos de la casa (en lo que no esté directamente relacionado con el servicio personalizado a la persona usuaria, siempre y cuando ésta no viva sola).
- Ir a buscarle a un lugar que no sea su domicilio habitual, salvo casos excepcionales.
- En general, aquellas tareas que requieran esfuerzos físicos excesivos por parte de la auxiliar o el auxiliar domiciliario y pongan en peligro su salud.

Y quedan totalmente excluidas tareas que son competencia de los profesionales sanitarios:

- Poner inyecciones.
- Tomar la tensión.
- Tratamiento de escaras, úlceras, etc.
- Suministrar una medicación delicada que implique conocimiento y especialización por parte de quien lo administra.
- Ayudar a la persona usuaria en la realización de ejercicios específicos de rehabilitación.

3/ MARCO NORMATIVO DE LOS SERVICIOS SOCIALES Y DEL SAD*.

3.1. Las CC.AA. y los servicios sociales.

3.2. Las entidades locales en la gestión de los servicios sociales.

3.3. El papel de los entes locales en el SAD.

3.4. Los destinatarios y el acceso al SAD.

3.5. La financiación del SAD.

3.6. Normativa autonómica de servicios sociales y SAD.

3.7. Competencia de los ayuntamientos en el SAD después de la Ley 27/2013, de racionalización y sostenibilidad de la administración local (Irsal).

3.8. Las diputaciones.

3.8.1. Las diputaciones provinciales en la gestión del SAD.

3.1. LAS CC.AA. Y LOS SERVICIOS SOCIALES.

La Constitución Española sólo se refiere explícitamente a los servicios sociales al tratar de “la tercera edad”. Sin embargo, en otros preceptos se refiere a colectivos relacionados con esta materia (familia, infancia, discapacidad, tercera edad, etc.). Por otra parte, cuando trata de las posibles competencias autonómicas utiliza el término asistencia social, aunque sin concretar su contenido. Se aprecia, pues, cierta confusión terminológica en relación al significado del término servicios sociales.

Ante dicha ambigüedad semántica, se interpretó en la práctica como una materia que las Comunidades Autónomas podían asumir con carácter de competencia exclusiva y así lo incorporaron en los correspondientes Estatutos de Autonomía (en adelante EA).

(*) Para la elaboración de este capítulo se ha contado con el asesoramiento y participación del especialista en normativa de servicios sociales, el Prof. Dr. D. Antoni Vilà, al que agradecemos de manera especial su desinteresada e inestimable colaboración.

Los EA, además de recoger la citada competencia en servicios sociales, concretaban las administraciones locales de su territorio y sus funciones. Así mismo establecían la organización territorial autonómica, que variaba según se tratara de comunidades pluri-provinciales o uniprovinciales, fueran insulares o debido a otras peculiaridades. Debe señalarse que los EA reformados a partir del año 2006 (Comunidad Valenciana, Cataluña, Illes Balears, Andalucía, Aragón, Castilla y León y Extremadura) incluyen, además, los derechos y deberes de los ciudadanos de la comunidad, concretan el contenido de la competencia exclusiva y regulan con mayor precisión los entes locales de la CA.

En base a la competencia exclusiva las CC.AA. aprobaron Leyes en materia de servicios sociales y/o acción social, en las que establecen los correspondientes sistemas que, a pesar de las diferencias, presentan un cierto fondo común.

Por otra parte, tal como se ha mencionado anteriormente, el Estado aprobó la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia (LAPAD) que incluye en su Catálogo de servicios sociales el Servicio de Ayuda a domicilio, que comprende la atención a las necesidades del hogar y los cuidados personales. Dichos servicios, de acuerdo con los principios que establece esta Ley, deben integrarse en las redes de servicios sociales de las CC.AA.

La legislación autonómica, en general y también en relación al SAD, sigue unas pautas y criterios parecidos, que pueden resumirse en los siguientes:

- Todas las CC.AA. los estructuran funcionalmente como un sistema y divide los servicios en los de nivel primario o general y los del nivel secundario o especializado, aunque lo hacen con denominaciones y contenidos diversos.
- Las competencias correspondientes al nivel primario de servicios sociales se atribuyen a los gobiernos locales.
- El SAD se define y se incluye dentro de dicho nivel primario, remarcando su carácter de servicio de proximidad.
- Se concretan los destinatarios: población general, personas y familias con características específicas (personas mayores, personas cuidadoras, personas con discapacidad, mujeres víctimas de violencia de género, personas o grupos en riesgo de exclusión social, etc.)
- Regulan la cobertura de las necesidades sociales y la forma de acceso a los servicios y recursos sociales, de convivencia, de participación social, de necesidades básicas e inclusión, de autonomía personal.
- La mayoría disponen de catálogos y carteras de servicios sociales, que concretan los aspectos básicos: naturaleza de las prestaciones, el tipo de prestaciones (técnicas, económicas y tecnológicas), la financiación (gratuitas o de copago).

- El tipo de gestión pueden ser público (directo o concertado) o privado, aunque la responsabilidad sobre el sistema es pública.
- Se refieren a los medios disponibles para la prestación: recursos humanos (equipos profesionales de servicios sociales públicos, profesionales del tercer sector y voluntariado) y equipamientos (centros de atención diurna y residencial).

3.2. LAS ENTIDADES LOCALES EN LA GESTIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES.

A continuación se analizan determinados aspectos básicos de la normativa que influyen en la prestación del SAD. En concreto en lo relativo al papel que juegan los entes locales en la gestión del SAD.

En el momento de elaborar este estudio, los Ayuntamientos son responsables de los Servicios Sociales de su ámbito territorial, de acuerdo con los EA, la Ley reguladora de las Bases del Régimen Local y dentro del marco de las respectivas Leyes de Servicios Sociales autonómicas, estableciendo regulaciones específicas para la coordinación y cooperación administrativa con las Entidades Locales. Por otra parte, el Plan concertado se ha venido configurando a través de un sistema de acuerdos con carácter plurianual para contribuir a financiar los servicios sociales básicos que gestionen.

En relación a la colaboración, sirva de ejemplo el Título VII de la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, o el Art. 12 de la Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, que establecen fórmulas de gestión como convenios de colaboración o consorcios de gestión. Es habitual que aquellos municipios mayores de 20.000 habitantes tengan un estatus especial. Por ejemplo, en el caso de Andalucía son competencias de estos Ayuntamientos, por delegación de la CC.AA., la gestión de los Centros de Servicios Sociales Comunitarios y de los Centros de Servicios Sociales Especializados.

Por otro lado, se fomenta la constitución de Mancomunidades de Municipios para la prestación en común de servicios sociales de acuerdo con criterios de territorialidad cuando éstos tengan menos de 20.000 habitantes, como en el caso de Madrid (Art 12.2 de la Ley de Servicios Sociales); o en el caso de Cataluña, que establece que el área básica de servicios sociales debe agrupar los municipios de menos de veinte mil habitantes, y que en este caso la gestión corresponde normalmente al consejo comarcal (Art. 34 de la Ley de servicios sociales de Cataluña).

Los catálogos/carteras de servicios sociales se van estableciendo como instrumentos que determinan el conjunto de prestaciones del Sistema de Servicios Sociales. Incluyen para cada una de las prestaciones (como el SAD), cuestiones tan esenciales como la definición

y clasificación de todas las prestaciones, el contenido e intensidad de las mismas, la población destinataria, requisitos y condiciones para su acceso y disfrute, titularidad, aportación de la persona usuaria o la forma de financiación. Identifican, en su caso, las prestaciones que tengan la calificación de esenciales o garantizadas como derecho subjetivo y las que no tiene esta naturaleza (de concurrencia, sujeta a los presupuestos), teniendo en cuenta las condiciones de acceso y las personas destinatarias para las que dichas prestaciones se consideren esenciales. En este sentido debe recordarse que todas las prestaciones de la LAPAD -incluido el SAD- son un derecho subjetivo de ciudadanía para todos los ciudadanos en cualquier parte del territorio español.

Finalmente, en algunas CC.AA. se estipula que las entidades locales podrán aprobar sus propios catálogos de servicios sociales que complementen las prestaciones de servicios sociales de ámbito general, cuyo ámbito de aplicación será el territorio del respectivo ente local, y cuya financiación correrá a su cargo. Algunas CC.AA. reservan esta competencia a las comarcas y a aquellos municipios de más de veinte mil habitantes que constituyan área básica de servicios sociales; otras restringen esta capacidad.

3.3. EL PAPEL DE LOS ENTES LOCALES EN EL SAD.

La normativa autonómica suele ser parecida en lo referido a determinadas funciones municipales con respecto al SAD. Este servicio es de responsabilidad pública (pudiendo utilizar cualquier fórmula de gestión indirecta o colaboración de las previstas en el ordenamiento jurídico, a través de entidades de derecho público o privadas de carácter social o mercantil) y el carácter de competencia propia le confiere autonomía para su ejercicio, especialmente en los aspectos organizativos. Las Corporaciones Locales en su ámbito territorial disponen de las funciones de información, valoración, diagnóstico, prescripción, coordinación, supervisión, planificación y evaluación, así como el personal que las desarrolle, dentro del marco de la planificación autonómica.

Además, la normativa autonómica sobre el SAD suele establecer explícitamente como posibilidad general la suscripción de convenios de colaboración entre la Consejería competente en materia de servicios sociales y las Entidades Locales y otras entidades de Derecho Público para el desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio.

De acuerdo con la normativa de régimen local, suelen regularse específicamente en la normativa autonómica las funciones de las diputaciones, consejos comarcales, consejos insulares y cabildos y municipios de más de veinte mil habitantes:

- Algunas de las CC.AA., como Aragón o Cataluña que disponen de consejos comarcales, establecen un régimen específico para las comarcas y municipios de más de veinte

mil habitantes, que tienen competencia sobre la organización del SAD y del Servicio de Teleasistencia.

- Estas comarcas y municipios gestionan los SAD y la Teleasistencia de forma directa o pueden encomendar la gestión a una entidad local supracomarcal o delegarla a una entidad local municipal o, en su caso, privada, preservando en este caso las mismas condiciones de acceso y prestación para todas las personas usuarias del servicio del mismo territorio comarcal.
- En el caso de Castilla y León, la legislación autonómica da un papel muy relevante a las provincias y municipios mayores de 20.000 habitantes, estableciendo el Art. 45 de la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales, la competencia en materia de servicios sociales de la Comunidad de Castilla y León. Sin embargo, a los Municipios con población superior a 20.000 habitantes sí se les confieren competencias en la gestión del SAD, así como a las Diputaciones provinciales que ejercerán las competencias en los municipios con población igual o inferior a 20.000 habitantes. Es decir, solo los Ayuntamientos de más de 20.000 habitantes tienen competencias sobre el SAD y Teleasistencia (Art. 48), y en el resto de los Ayuntamientos se gestiona desde las Diputaciones.
- Las leyes de servicios sociales de Canarias y de las Islas Baleares establecen normas específicas competenciales y de gestión de servicios de los cabildos y consejos insulares, respectivamente.

3.4. LOS DESTINATARIOS Y EL ACCESO AL SAD.

En términos generales se podría afirmar que podrán recibir el SAD todas aquellas personas y unidades de convivencia que carezcan o tengan mermada la autonomía, temporal o permanentemente, que les impida satisfacer sus necesidades personales y sociales por sus propios medios, y requieran asistencia para continuar en su domicilio habitual, y que residan en cualquier municipio de la Comunidad Autónoma de que se trate.

La concesión del servicio de ayuda a domicilio se efectuará normalmente previa tramitación del procedimiento establecido al efecto por los entes locales competentes conforme a su normativa. Y presentada la solicitud por el interesado, corresponderá a los servicios sociales locales la valoración de la misma y la propuesta de concesión o denegación de la prestación. En el caso de la LAPAD deberá seguirse el procediendo de valoración y resolución establecido por la normativa específica, que se detalla más adelante.

La variabilidad en los requisitos de acceso y baremos para la valoración de solicitudes y las diferencias de copago son algunos de los problemas que plantean estas prestaciones ya que se observan diferencias significativas entre CC.AA. y entes locales. Son numerosos los Decretos y órdenes autonómicas, así como las ordenanzas municipales, que

regulan los requisitos de acceso y el coste medio de referencia del servicio y, en su caso, la estimación de la aportación media de los usuarios.

Normalmente se establecen determinados requisitos y previsiones para la valoración y resolución de las solicitudes de acceso a la prestación de Ayuda a Domicilio, fijándose variables como la "Capacidad Funcional" (grado de dependencia), "situación Socio-Familiar", y "situación económica" para el acceso al servicio, debiendo el solicitante alcanzar una puntuación mínima.

La normativa autonómica establece de manera generalizada una dualidad en cuanto al acceso a este servicio, dependiendo de que el reconocimiento se derive de la Ley estatal (LAPAD) o de la autonómica y de las ordenanzas locales.

La diferenciación de estos dos regímenes de SAD resulta problemática y perjudica la unidad de los sistemas autonómicos de servicios sociales, ya que produce situaciones como las siguientes:

- Cuando se tiene reconocida la situación de dependencia de acuerdo con lo establecido en la LAPAD, sus modificaciones posteriores y sus normativas de desarrollo, el acceso derivado de esta situación debería ser inmediato, tras la aprobación del Programa Individual de Atención (PIA). Sin embargo, para su efectividad se estará a lo dispuesto no solo en la normativa de las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) sino también a la de la respectiva C.A. y a los correspondientes instrumentos de gestión del servicio aprobados por las Corporaciones Locales, que deberán garantizarlo. En este sentido, la LAPAD ha generado un rígido y detallista desarrollo normativo estatal y autonómico, tanto para el reconocimiento y regulación de este derecho como para la acreditación de los servicios y entidades privadas, concertadas o no, que atiendan a personas en situación de dependencia por parte de la Comunidad Autónoma correspondiente.

- Cuando no se tiene reconocida la situación de dependencia o, teniéndola reconocida, no corresponderle la efectividad del derecho a las prestaciones conforme a lo establecido en la regulación del SAAD, la aplicación del servicio de ayuda a domicilio se inserta, en general, dentro de la normativa autonómica, que puede beneficiarse del citado Plan Concertado. La prescripción del servicio se efectuará mediante procedimiento reglado establecido al efecto por las Corporaciones Locales y siguiendo los correspondientes instrumentos de gestión del servicio aprobados por las mismas.

Algunas Leyes de CC.AA., especialmente las aprobadas con posterioridad a 2006, regulan esta dualidad, a partir de la conceptualización del SAD según se trate de un servicio

garantizado o esencial o de un servicio complementario o de concurrencia. Se incluye la noción de exigibilidad de las prestaciones sociales definidas como esenciales al introducir la consideración del acceso a las mismas como derecho subjetivo de las personas con determinadas necesidades sociales, incorporando así en el ordenamiento jurídico la línea de evolución que inició la Ley de servicios sociales del Principado de Asturias (2003) y que consolidó la LAPAD.

Así, y tal como se ha señalado, en los catálogos/carteras de servicios sociales se determinarán aquellas prestaciones de carácter esencial o exigible, cuyo reconocimiento tiene el carácter de derecho subjetivo (serán obligatorias en su provisión y estarán públicamente garantizadas con independencia de cuáles sean el nivel de necesidades, el índice de demanda existente o los presupuestos asignados), y las prestaciones complementarias, cuyo reconocimiento podrá quedar supeditado a las disponibilidades presupuestarias del sistema público y al orden de prelación y concurrencia que al efecto se establezca.

En cualquier caso, la naturaleza del SAD se ve afectada por esta dualidad (para el colectivo de personas en situación de dependencia es un derecho subjetivo y para los otros no), originada por el impacto de la LAPAD en los sistemas autonómicos de servicios sociales.

3.5. LA FINANCIACIÓN DEL SAD.

Las diferencias señaladas en el apartado anterior tienen su reflejo en la financiación de los servicios, ya que en el supuesto de personas que tengan reconocida la situación de dependencia y se les haya prescrito el SAD en la resolución aprobatoria del PIA, el servicio se financiará con las aportaciones de la Comunidad Autónoma correspondiente, de la Administración General del Estado y de las Corporaciones Locales, así como con la aportación de la persona destinataria del servicio.

Para garantizar la ayuda a domicilio como prestación del SAAD, la CC.AA. puede y suele suscribir convenios de colaboración con los entes locales, en los que se concretará, en general, el tipo de atención, la intensidad, el coste, y la aportación del usuario. Mediante estos convenios las Corporaciones Locales se comprometen a la prestación del servicio y la CC.AA. a realizar su aportación con cargo a los presupuestos de cada ejercicio.

En el supuesto de personas que no tengan reconocida la situación de dependencia o de aquéllas que, teniéndola reconocida, no les corresponda la efectividad del derecho a las prestaciones de dependencia conforme a la normativa de la LAPAD, el servicio se financiará con las aportaciones de las CC.AA y las Corporaciones Locales, con posibles aportaciones del Estado a través del Plan Concertado de Prestaciones Básicas en materia

de servicios sociales, además de la aportación (copago) de la persona o unidad de convivencia destinataria del servicio.

3.6. NORMATIVA AUTONÓMICA DE SERVICIOS SOCIALES Y SAD.

En el siguiente cuadro se relaciona la normativa autonómica relativa a los Servicios Sociales, al Servicio de Ayuda a Domicilio y a la regulación relativa al catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Se han excluido las normas adicionales de desarrollo de la LAPAD, tales como las referidas a baremos para la valoración de solicitudes, precios públicos, intensidad de los servicios o régimen de compatibilidades.

CC.AA.		LEGISLACIÓN SERVICIOS SOCIALES Y SAD
ANDALUCÍA	Ley	2/1988, de 4 de abril, de servicios sociales.
	Prestaciones	Art 10 Ley 2/1988, de 4 de abril.
	SAD	Orden de 15 de noviembre de 2007, por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio en la Comunidad Autónoma de Andalucía.
ARAGÓN	Ley	5/2009, de 30 de junio, de servicios sociales.
	Prestaciones	
	SAD	Decreto 143/2011, de 14 de junio, por la que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales. BOA nº 127, 30-6-2011.
PRINCIPADO DE ASTURIAS	Ley	1/2003, de 24 de febrero, de servicios sociales.
	Prestaciones	Art 20 Ley 1/2003, de 24 de febrero.
	SAD	Decreto 42/2000, de 18 de mayo, por el que se regula la ayuda a domicilio.
ISLAS BALEARES	Ley	4/2009, de 11 de junio, de servicios sociales.
	Prestaciones	Decreto 56/2011, de 20 de mayo, por la que se aprueba la Cartera Básica de Servicios Sociales 2011-2014. BOIB nº 79, 31-5-2011.
	SAD	Orden de 2 de octubre 2000.
CANARIAS	Ley	9/1987, de 28 de abril, de servicios sociales.
	Prestaciones	Ley 9/1987, Art 6. Servicios Sociales Generales o Comunitarios y Prestaciones.
	SAD	Decreto 5/1999, de 21 de enero.

LA SITUACIÓN DEL SERVICIO DE AYUDA A DOMICILIO EN EL ÁMBITO LOCAL Y PERSPECTIVAS DE FUTURO

CANTABRIA	Ley Prestaciones SAD	2/2007, de 27 de marzo, de derechos y servicios sociales. Ley 2/2007, Art 25 a 27, cartera de servicios sociales. Decreto 106/97, de 29 de septiembre, por el que se regula el servicio de atención domiciliaria concertado entre la Consejería de Sanidad, Consumo y Bienestar Social y la Administración Local (modificado por Decreto 143/2004, de 22 de diciembre y Decreto 137/2007, de 18 de octubre).
CASTILLA LA MANCHA	Ley Prestaciones SAD	14/2010, de 16 de diciembre, de servicios sociales. Ley 14/2010, Art 34 y 35. Catálogo. Decreto 30/2013, de 06/06/2013, y Orden de 10 de mayo 2013, de régimen jurídico de los servicios de atención domiciliaria. Orden de 17 de junio de 2013 por la que se regulan los Convenios de colaboración con las entidades locales y otras entidades de derecho público para la prestación de los servicios de ayuda a domicilio.
CASTILLA Y LEÓN	Ley Prestaciones SAD	16/2010, de 20 de diciembre, de servicios sociales. Ley 16/2010, Art 16 y 17. El catálogo de servicios sociales. Decreto 269/1998, de 17 diciembre, que Regula la prestación social básica de la Ayuda a Domicilio.
CATALUÑA	Ley Prestaciones	12/2007, de 18 de octubre, de servicios sociales. Decreto 142/2010, de 11 de octubre, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales 2010-2011. DOGC nº 5738, 20-10-2010.
EXTREMADURA	Ley Prestaciones	5/1987, de 23 de abril, de servicios sociales. Ley 5/1987, Art 5 a 8, Servicios Sociales de Base y prestaciones.
GALICIA	Ley Prestaciones SAD	13/2008, de 3 de diciembre, de servicios sociales de Galicia. Ley 13/2008, Art 18 al 22, Catálogo de servicios Sociales. ORDEN de 22 de enero de 2009 por la que se regula el servicio de ayuda a domicilio.
COMUNIDAD DE MADRID	Ley SAD	11/2003, de 27 de marzo, de servicios sociales. Decreto 88/2002, de 30 de mayo.

REGIÓN DE MURCIA	Ley Prestaciones	3/2003, de 10 de abril, del Sistema de servicios sociales. Ley 3/2003, Artículo 9 Servicios Sociales de Atención Primaria y Prestaciones.
NAVARRA	Ley Prestaciones	Ley Foral 15/2006, de 14 de diciembre, de servicios sociales. Decreto Foral 69/2008, de 17 de junio, por el que se aprueba la Cartera de Servicios Sociales de Ámbito General. BON nº 84, 9-7-2008.
PAÍS VASCO	Ley Prestaciones	12/2008, de 5 de diciembre, de servicios sociales. Proyecto de Decreto de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales (15-2-2012, pendiente de aprobación).
	SAD	Normativa reguladora de la prestación de Servicios de Ayuda a Domicilio. Aprobada por acuerdo del Consejo de Administración del Instituto Foral de Bienestar Social en sesión celebrada el 13 de octubre de 1998 (Álava).
LA RIOJA	Ley Prestaciones	7/2009, de 22 de diciembre, de servicios sociales. Decreto 31/2011, de 29 de abril, por el que se aprueba la Cartera de servicios y prestaciones del Sistema Público de Servicios Sociales. BOR nº 59, 6-5-2011.
	SAD	Decreto 8/2011, de 18 de febrero.

CIUDADES AUTÓNOMAS

CEUTA		Real Decreto 30/1999, de 15 de enero, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de asistencia social. Resolución de 2 de octubre 2013. Delegación de la competencia sobre la gestión de la ayuda a domicilio básica y teleasistencia domiciliaria básica a la Ciudad de Ceuta.
MELILLA		Real Decreto 1385/1997, de 29 de agosto, sobre traspaso de funciones y servicios de la Administración del Estado en materia de asistencia social. 27 de Agosto de 2002, Reglamento Regulador de Medidas para la Inclusión Social. Resolución de 2 de octubre 2013. Delegación de la competencia sobre la gestión de la ayuda a domicilio básica y teleasistencia domiciliaria básica a la Ciudad de Melilla.

3.7 COMPETENCIA DE LOS AYUNTAMIENTOS EN EL SAD DESPUÉS DE LA LEY 27/2013, DE RACIONALIZACIÓN Y SOSTENIBILIDAD DE LA ADMINISTRACIÓN LOCAL (LRSAL).

Las competencias de los Ayuntamientos han sido alteradas mediante la promulgación y entrada en vigor de la Ley 27/2013. El contenido de las normas de aplicación son:

- Artículos 7, 25, 27, 57bis de la Ley 7/85 Reguladora de las Bases de Régimen Local.
- Disposición Transitoria Segunda de la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.

Respecto a la afectación que la nueva normativa tiene sobre las competencias municipales se consideran pertinentes las siguientes consideraciones jurídicas:

Las Competencias municipales se ejercerán de conformidad con los principios de descentralización, proximidad, eficacia y eficiencia, y con estricta sujeción a la normativa de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera. En este sentido, la nueva Ley establece que los principios de eficacia y estabilidad presupuestaria serán los ejes de la gestión de las Entidades locales.

El artículo 7 de la LRBRL (en la nueva redacción dada por la LRSAL) clasifica las competencias de las Entidades Locales en tres tipos: las competencias propias, las competencias delegadas y las competencias que no son propias ni delegadas.

Las competencias propias de los Municipios, las Provincias, las Islas y demás Entidades locales territoriales sólo podrán ser determinadas por ley y se ejercen en régimen de autonomía y bajo la propia responsabilidad, atendiendo siempre a la debida coordinación en su programación y ejecución con las demás Administraciones Públicas.

Son competencias propias de los municipios, las referidas en el artículo 25 de la LRBRL, en la redacción de la LRSAL.

Son competencias propias de las Diputaciones Provinciales o Entidades equivalentes las referidas en el artículo 36 de la LRBRL, en la redacción de la LRSAL.

Las competencias delegadas son las que con tal carácter les atribuyen el Estado y las Comunidades Autónomas mediante una disposición normativa (no necesariamente con rango de Ley) o un acuerdo y se ejercen en los términos establecidos en esa disposición o acuerdo de delegación y con sujeción a las reglas establecidas en el artículo 27 de la LRBRL, en la redacción de la LRSAL, y preverán técnicas de dirección y control de

oportunidad y eficiencia. Los acuerdos o convenios de delegación deberán formularse teniendo en cuenta las garantías de pago establecidas en el artículo 57 bis de la LBRL, en la redacción de la LRSAL.

El citado artículo 27, entre otras cosas, condiciona la efectividad de la delegación a que ésta sea aceptada por el Ayuntamiento y establece la nulidad de las delegaciones que no vayan acompañadas de la correspondiente financiación. Además, en el caso de que la Administración delegante sea una Comunidad Autónoma, el también citado artículo 57 bis exige que se establezca una cláusula de garantía del cumplimiento de las obligaciones financieras o compromisos de pago que aquélla asuma.

Las competencias distintas de las propias y de las delegadas no precisan ser atribuidas ni por el Estado ni por las Comunidades Autónomas y solo pueden ejercerse por las Entidades Locales cuando concurren los siguientes requisitos, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 7.4 de la LBRL, en la redacción de la LRSAL:

- Cuando no ponga en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, cumpliendo los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera.
- No se incurra en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública.

Es precisamente la clarificación de las competencias de las Entidades Locales para evitar que éstas ejerzan competencias que no les corresponden cuando no cuenten con la financiación suficiente para ello o cuando ello suponga una duplicidad con las ejercidas por otras Administraciones públicas, uno de los principales objetivos de la LRSAL, como se deduce de su propia exposición de motivos, en la que se afirma que con esta Ley “el Estado ejerce su competencia de reforma de la Administración local para tratar de definir con precisión las competencias que deben ser desarrolladas por esta Administración, diferenciándolas de las competencias estatales y autonómicas. En este sentido, se enumera un listado de materias en que los municipios han de ejercer, en todo caso, competencias propias, estableciéndose una reserva formal de ley para su determinación, así como una serie de garantías para su concreción y ejercicio. Las Entidades Locales no deben volver a asumir competencias que no les atribuye la ley y para las que no cuenten con la financiación adecuada. Por tanto, solo podrán ejercer competencias distintas de las propias o de las atribuidas por delegación cuando no se ponga en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, y no se incurra en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública.”

La adaptación de la Ley 7/1985, de 2 de abril, de las Bases del Régimen Local a los requerimientos fijados en la Ley Orgánica de Estabilidad Presupuestaria y Sostenibilidad

Financiera (L.O. 2/2012, de 27 de abril), distingue entre competencias propias y otras competencias facultativas. Sólo cuando esté garantizada la prestación de servicios obligatorios de los Ayuntamientos se podrán prestar servicios no obligatorios.

La LRSAL suprime el artículo 28 de la LRBRL, que contemplaba la posibilidad de que los municipios pudieran realizar actividades complementarias de las propias de otras Administraciones públicas y, en particular, las relativas a la educación, la cultura, la promoción de la mujer, la vivienda, la sanidad y la protección del medio ambiente.

Competencias delegadas.

No obstante, los ayuntamientos podrán seguir prestando otras competencias, que este prestando actualmente, aunque no sean de las consideradas propias, siempre y cuando los mismo sean solventes o se le delegue por la administración que tenga la competencia con la financiación suficiente, apostándose así por un ejercicio responsable de la Autonomía Local.

En este caso el Ayuntamiento si quisiera seguir prestando este servicio tiene dos vías:

a. La del Art. 7.4 de la LRBRL, competencias distintas de las propias delegadas.

Si el ejercicio de éstas no pone en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, cumpliendo los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera y no se incurre en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública, una vez que se tengan los informes previos y vinculantes que acrediten la inexistencia de duplicidades y la sostenibilidad financiera de las nuevas competencias.

b. La del artículo 27 de la LRBRL. En este caso el Ayuntamiento podrá solicitar un convenio de delegación de competencia a la Comunidad Autónoma o del Estado, el cual deberá formularse en los términos del artículo 57 bis de la LRBRL, en la redacción dada al mismo por la LRSAL.

La delegación habrá de ir acompañada en todo caso de la correspondiente financiación, para lo cual será necesaria la existencia de dotación presupuestaria adecuada y suficiente en los presupuestos de la Administración delegante para cada ejercicio económico, siendo nula sin dicha dotación.

El incumplimiento de las obligaciones financieras por parte de la Administración autonómica delegante facultará a la entidad local delegada para compensarlas automáticamente con otras obligaciones financieras que ésta tenga con aquélla.

En materia competencial, la Ley reconoce las singularidades del País Vasco, Navarra, Ceuta y Melilla, Madrid y Barcelona, así como la singularidad Comarcal de Aragón, y las de las Islas Baleares y Canarias.

En concreto se establece que en el País Vasco, su legislación podrá atribuir competencias propias a los municipios en el ámbito de sus respectivos territorios.

Competencias propias.

Las actuales materias de servicios sociales, vivienda, educación y participación sobre las que los municipios tienen o ejercen competencias propias, según dispone el artículo 25.2 de la LRBRL en la redacción de la LRSAL, son las siguientes entre las más relacionadas con los servicios sociales:

- a. Urbanismo: Promoción y gestión de la vivienda de protección pública con criterios de sostenibilidad financiera. Conservación y rehabilitación de la edificación.
- b. Evaluación e información de situaciones de necesidad social, y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social.
- c. Promoción del deporte e instalaciones deportivas y de ocupación del tiempo libre.
- d. Participar en la vigilancia del cumplimiento de la escolaridad obligatoria, y cooperar con las Administraciones educativas correspondientes en la obtención de los solares necesarios para la construcción de nuevos centros docentes. La conservación, mantenimiento y vigilancia de los edificios de titularidad local destinados a centros públicos de educación infantil, de educación primaria o de educación especial.

Las competencias municipales en las materias enunciadas en este artículo se determinarán por Ley, debiendo evaluar la conveniencia de la implantación de servicios locales conforme a los principios de descentralización, eficiencia, estabilidad y sostenibilidad financiera.

La mencionada Ley deberá ir acompañada de una memoria económica que refleje el impacto sobre los recursos financieros de las Administraciones Públicas afectadas y el cumplimiento de los principios de estabilidad, sostenibilidad financiera y eficiencia del servicio o la actividad. Debe preverse la dotación de los recursos necesarios para asegurar la suficiencia financiera de las Entidades locales sin que ello pueda conllevar, en ningún caso, un mayor gasto de las Administraciones Públicas.

La competencia en servicios sociales.

Una de las materias que han dejado de ser competencia propia de los Ayuntamientos

es precisamente la “prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social” y, en cambio, se incluye como competencia propia la “evaluación e información de situaciones de necesidad social, y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social.”

No obstante, el criterio del Ministerio de Hacienda y Administraciones Públicas, expuesto en la “Nota explicativa sobre la Ley 27/2013, de 27 de diciembre, de racionalización y sostenibilidad de la Administración Local” considera que el listado de materias del artículo 25.2, sobre las que los municipios ejercerán en todo caso competencias propias, se establece “sin perjuicio de lo que puedan prever las leyes sectoriales estatales y autonómicas.” Por tanto, cabe interpretar que los municipios pueden ejercer competencias propias sobre materias no incluidas en ese listado si se las atribuyen esas leyes sectoriales.

La LRSAL establece en la modificación que realiza del artículo 27 de la LRBRL, un catálogo de competencias que la Administración del Estado y las de las Comunidades Autónomas podrán delegar en los Ayuntamientos entre las que están:

- a. Prestación de los servicios sociales, promoción de la igualdad de oportunidades y la prevención de la violencia contra la mujer.
- b. Conservación o mantenimiento de centros sanitarios asistenciales de titularidad de la Comunidad Autónoma.
- c. Creación, mantenimiento y gestión de las escuelas infantiles de educación de titularidad pública de primer ciclo de educación infantil.
- d. Realización de actividades complementarias en los centros docentes.

Dichas competencias se podrán delegar en la forma establecida en la ley, es decir, que sea aceptada por el municipio; y por un periodo estable temporal que no podrá ser inferior a 5 años; acompañada de la correspondiente dotación presupuestaria; con una cobertura del 100% del coste del servicio; y su cobro deberá estar garantizado.

El artículo 27.3.c) de la LRBRL, establece la prestación de los servicios sociales como una de las competencias delegables en los municipios, cosa que se corrobora en la disposición transitoria segunda de la LRSAL.

Consecuentemente, según la nueva regulación de las competencias municipales establecida por la LRSAL, las competencias que los municipios ejerzan en materia de servicios sociales ya no tendrán el carácter de propias sino que serán competencias delegadas, por lo que la titularidad de esas competencias corresponderá a la Administración delegante y no a los municipios.

El periodo transitorio.

Establece la Disposición transitoria segunda de la LRSAL, que con fecha 31 de diciembre de 2015, las Comunidades Autónomas asumirán la titularidad de las competencias que se preveían como propias del Municipio, relativas a la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social.

Las Comunidades Autónomas podrán delegar dichas competencias en los Municipios, Diputaciones Provinciales o Entidades equivalentes, de conformidad con lo dispuesto en el artículo 27 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local.

Si a 31 de diciembre de 2015 las Comunidades Autónomas no hubieren asumido el desarrollo de los servicios de su competencia prestados por los Municipios, Diputaciones Provinciales o Entidades equivalentes u otras Entidades Locales, o en su caso, no hubieren acordado su delegación, los servicios seguirán prestándose por el municipio con cargo a la Comunidad Autónoma. Si la Comunidad Autónoma no transfiriera las cuantías precisas para ello se aplicarán retenciones en las transferencias.

Es decir, no se elimina la prestación de servicios sociales. Se produce un traspaso competencial, con unos periodos transitorios concisos.

Todo lo anterior, sin perjuicio de lo dispuesto en el artículo 7.4 de la Ley 7/1985, de 2 de abril, reguladora de las Bases del Régimen Local, que permite a los municipios desarrollar competencias distintas de las propias y de las delegadas, si el ejercicio de éstas no pone en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal, cumpliendo los principios de estabilidad presupuestaria y sostenibilidad financiera, y no se incurre en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública, una vez que se tengan los informes previos y vinculantes que acrediten la inexistencia de duplicidades y la sostenibilidad financiera de las nuevas competencias.

Cabe hacer notar que, dentro del plazo comprendido entre la entrada en vigor de la LRSAL (31-12-2013) y el 31-12-2015 habrá un periodo en el que ni la titularidad de las competencias ni la cobertura de la prestación de los servicios haya sido asumido por las CC.AA. pero en el que los municipios tampoco contarán con esa titularidad, si atendemos a que desde el día 31 de diciembre de 2013 la prestación de servicios sociales y de promoción y reinserción social ya no figura entre las materias sobre las que los municipios ejercerán competencias propias.

En este sentido, el apartado 5 de la Disposición transitoria segunda de la LRSAL

dispone que los servicios seguirán prestándose por el municipio con cargo a la Comunidad Autónoma, dando por sentado que los municipios seguirán prestando los mismos servicios que venían prestando antes de la entrada en vigor de la LRSAL y ello hasta que sean asumidos por las CC.AA., aunque con una diferencia para los Ayuntamientos que vengan financiando o colaborando en la financiación de esos servicios:

- Si tal asunción se lleva a cabo antes del 1 de enero de 2016 los Ayuntamientos seguirán financiando o colaborando en la financiación de esos servicios hasta que sean asumidos por la CC.AA.
- Si la asunción se produce con posterioridad al 31 de diciembre de 2015, a partir de esta fecha la financiación de los servicios corresponderá íntegramente a la CC.AA.
- Por tanto, de conformidad con lo dispuesto en el apartado 5 de la Disposición Transitoria Segunda de la LRSAL se deduce que los Ayuntamientos deberán seguir prestando los servicios sociales que prestaban antes de la entrada en vigor de esta Ley, y lo deberán seguir haciendo hasta que tal prestación sea asumida por la Comunidad Autónoma respectiva, y ello con independencia de que esto se produzca antes o después del 31 de diciembre de 2015.

En el caso de que, en materia de servicios sociales, el Ayuntamiento venga ejerciendo competencias por delegación de la Comunidad Autónoma, podrá seguir ejerciéndolas (y prestando los servicios de ellas derivados) hasta el 31 de diciembre de 2015. A partir del 1 de enero de 2016 podrá seguir ejerciéndolas siempre que el instrumento a través del cual se haya producido la delegación se haya adecuado a lo establecido en los artículos 7, 27 y 57 bis de la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases del Régimen Local. Si el plazo de la vigencia de la delegación concluyera antes del 31 de diciembre de 2015, para que se pueda prorrogar esa vigencia será preciso que la delegación incorpore la cláusula de garantía prevista en el artículo 57 bis 1 de la LRBRL, sin que hasta esa fecha sea necesario que se incorporen el resto de los requisitos establecidos en los citados artículos de la Ley 7/1985.

Por último, podría darse el caso de que el Ayuntamiento ejerciese competencias en materia de servicios sociales que ni le han sido atribuidas como propias ni como delegadas. En este caso, para seguir ejerciéndolas debería cumplir con lo establecido en el artículo 7.4 de la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases del Régimen Local, debiendo promover el oportuno expediente en el que, necesariamente, se incluirán dos informes: Uno de la Administración que tenga atribuida la tutela financiera, en el que se ponga de manifiesto la sostenibilidad financiera del ejercicio de esas competencias por parte del Ayuntamiento; y otro informe de la Administración competente por razón de materia (normalmente la Consejería correspondiente de la respectiva Comunidad Autónoma), en el que se señale la inexistencia de duplicidades entre los servicios que, en ejercicio de

la competencia en cuestión, presta el Ayuntamiento y los que presta la Administración competente.

En síntesis y para concluir este apartado, cabe afirmar que tras la entrada en vigor el pasado 31 de diciembre de 2013 de la LRSAL, el artículo 25.2 de la LRBRL ya no incluye la prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social entre las materias sobre las que los municipios ejercerán competencias propias, limitándose la competencia propia municipal a la evaluación e información de situaciones de necesidad social y la atención inmediata a personas en situación o riesgo de exclusión social, si bien se prevé un periodo transitorio, hasta el 31 de diciembre del año 2015, para que la titularidad de las competencias propias municipales sobre prestación de servicios sociales sean asumidas por las Comunidades Autónomas, debiendo seguir los Ayuntamientos prestándolos incluso si tal asunción se produce después de la mencionada fecha.

No obstante, los municipios sí podrán ejercer competencias en materia de servicios sociales cuando se las haya delegado o se las delegue la Administración titular de las mismas (la Comunidad Autónoma respectiva), si bien los instrumentos a través de los cuales se hubiera efectuado esa delegación deberán adecuarse a los establecido en los artículo 7, 27 y 57 bis de la Ley 7/1985, Reguladora de las Bases del Régimen Local, antes del 1 de enero de 2016. Si a dicha fecha no se ha producido tal adaptación, la delegación quedaría sin efecto.

También en materia de prestación de los servicios sociales y de promoción y reinserción social los Ayuntamientos podrán ejercer competencias distintas de las propias y las delegadas. Para ello, deberán promover el oportuno expediente para justificar que el ejercicio de esas competencias no pone en riesgo la sostenibilidad financiera del conjunto de la Hacienda municipal y que no se incurre en un supuesto de ejecución simultánea del mismo servicio público con otra Administración Pública. Este expediente deberá integrarse obligatoriamente por los informes de la Administración que tenga atribuida la tutela financiera y de la Administración competente en la materia de que se trate, que acrediten que se cumplen los requisitos de sostenibilidad financiera y de inexistencia de duplicidades.

3.8. LAS DIPUTACIONES.

Dedicamos este apartado a sintetizar las características peculiares de las Diputaciones en cuanto se refiere al papel que éstas desempeñan, como CC.LL., en cuanto a los servicios sociales en general y al SAD en particular.

Marco jurídico.

Competencias de las Diputaciones.

Las competencias de las Diputaciones Provinciales o Entidades Equivalentes y sus funciones de Coordinación deben ser consideradas en su contenido tras la aprobación de la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local.

En particular la aplicación de la normativa recogida en:

- a. Artículos 7, 26, 27, 31, 36, 37, 38, 116 bis, 116 ter y Disposición adicional segunda de la Ley 7/85 Reguladora de las Bases de Régimen Local (LRBRL).
- b. Disposición adicional 15ª del RDL 2/2004 por el que se aprueba el Texto refundido de la Ley Reguladora de las Haciendas Locales.
- c. Disposiciones adicionales primera, segunda, tercera, sexta, y decimosexta de la Ley 27/2013 de Racionalización y Sostenibilidad de la Administración Local. (LRSAL).

De conformidad a lo establecido en el artículo 36 LRBR, son competencias propias de las Diputaciones Provinciales o Entidades equivalentes (Cabildos, Consejos Insulares y Comunidades Autónomas Uniprovinciales) las siguientes:

I. Las que les atribuyan, en este concepto, las leyes del Estado y de las Comunidades Autónomas.

II. En todo caso, en lo que pueda afectar a los servicios sociales:

- La coordinación de los servicios municipales entre sí para la garantía de la prestación integral y adecuada a que se refiere el apartado a) del número 2 del artículo 31 (Asegurar la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de los servicios de competencia municipal).
- La prestación de servicios públicos de carácter supramunicipal y, en su caso, supracomarcal y el fomento o, en su caso, coordinación de la prestación unificada de servicios de los municipios de su respectivo ámbito territorial.
- El seguimiento de los costes efectivos de los servicios prestados por los municipios de su provincia. Cuando la Diputación detecte que estos costes son superiores a los de los servicios coordinados o prestados por ella, ofrecerá a los municipios su colaboración para una gestión coordinada más eficiente de los servicios que permita reducir estos costes.

Se establece en la LRSAL, entre las competencias propias de las Diputaciones o Entidades equivalentes:

- El fomento o, en su caso, coordinación de la prestación unificada de servicios de los municipios de su respectivo ámbito territorial.
- La contratación centralizada en los municipios con población inferior a 20.000 habitantes.
- El seguimiento de los costes efectivos de los servicios prestados por los municipios de su provincia. Cuando la Diputación detecte que estos costes son superiores a los de los servicios coordinados o prestados por ella, ofrecerá a los municipios su colaboración para una gestión coordinada más eficiente de los servicios que permita reducir estos costes.

Entidades Locales de menor tamaño.

A la hora de estudiar el papel de las Diputaciones Provinciales en la gestión de los Servicios Sociales y del SAD es relevante considerar el límite poblacional establecido por el art. 26.1.c de la LRBRL, que dejaba fuera de la obligatoriedad de prestar estos servicios a los Ayuntamientos de menos de 20.000 habitantes, siendo éstos la inmensa mayoría de las entidades locales.

En este sentido, el papel de las Diputaciones ha sido esencial para todos los municipios que están por debajo de ese rango de población, para mantener la igualdad en el acceso a los servicios sociales y permitiendo que se presten adecuadamente.

No obstante, esta función ha tendido a decrecer por la progresiva creación de Mancomunidades de Municipios. Hay que tener en cuenta que la propia LRBRL introduce la posibilidad de recurrir a fórmulas de organización supramunicipal, como las Comarcas u otras Entidades que agrupen varios Municipios, y que también han jugado un papel fundamental para la efectiva prestación de estos servicios.

3.8.1 Las Diputaciones Provinciales en la gestión del SAD.

Hay una gran heterogeneidad en lo que respecta a la intervención de las entidades locales de segundo nivel en la gestión y prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio, existiendo especificidades dependiendo de la normativa autonómica.

Las Diputaciones llevan a cabo el cumplimiento de sus fines (asegurar la prestación integral y adecuada en la totalidad del territorio provincial de los servicios de competencia municipal), principalmente a través de la coordinación de los servicios municipales y

de la asistencia y cooperación técnica, económica y jurídica a los municipios, que puede realizarse con una intensidad muy variable y en general esa cooperación y asistencia se ejerce de manera predominante de cara a los municipios más pequeños.

Además, las Diputaciones tienen una estructura organizativa que suele constituirse a través de un Área de Bienestar Social o de un Patronato Provincial de Servicios Sociales del que dependen determinados Servicios, entre ellos un "Servicio de Acción Social" o "Servicios Sociales" sobre el que recae la competencia de coordinación y gestión de los Centros de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma correspondiente y de los programas con ellos relacionados en el marco de los Convenios suscritos con los correspondientes municipios.

A partir de ahí se suelen descentralizar en Unidades de Trabajo Social (UTS), a su vez agrupadas en Zonas de Trabajo Social (ZTS), y con un ámbito territorial intermedio entre el nivel provincial y el municipal.

En algunos casos, los propios municipios de menos de 20.000 habitantes han creado a su vez Patronatos Municipales de Servicios Sociales que desarrollan las distintas prestaciones básicas de Servicios Sociales Comunitarios en colaboración y coordinación con las Áreas de Bienestar Social de las Diputaciones Provinciales o, en su caso, con los Patronatos Provinciales dependientes de éstas.

Existe una gran disparidad en el contenido de Reglamentos, de referencia para los técnicos de los ayuntamientos y su aplicación, lo que no obsta que se puedan extraer algunas líneas generales en cuanto a las cuestiones que se han homogeneizado, como lo referido a los precios públicos del Servicio de Ayuda a Domicilio.

Por tanto, las Diputaciones presentan diferencias tan importantes que apenas tienen más punto en común que el de apoyar y complementar a los municipios de su ámbito territorial en diferentes materias, entre las que se encuentran los servicios sociales.

Y además de las diferencias existentes en la legislación estatal, los estatutos de autonomía y las leyes autonómicas de servicios sociales, así como en la competencia legislativa, planificadora y de inspección de los correspondientes gobiernos autonómicos, numerosas particularidades definen a las diputaciones forales, a los cabildos, y los consejos insulares.

En concreto, el papel de las Diputaciones forales vascas es muy relevante al tener numerosas competencias asumidas desde el Estatuto de Autonomía del País Vasco. Las Diputaciones Forales han sido pioneras en materia de Servicios Sociales, siendo competentes

en lo relativo a todas las prestaciones que se dirigen a la atención a las personas en situación de dependencia, mientras quedan como competencia municipal los servicios y prestaciones dirigidos a la atención de personas "autónomas". La valoración de la dependencia es también una competencia foral.

También las Diputaciones de la Comunidad Autónoma de Cataluña juegan un papel importante si bien éste se ve muy afectado por la configuración de las comarcas.

Otras Diputaciones que merecen una mención específica por el papel que desempeñan en el SAD de su provincia, son las de Castilla y León, Castilla la Mancha y Andalucía, que tienen, en general, una intervención muy relevante de las mismas, mientras que en el resto de las CC.AA. (salvo el País Vasco y Cataluña, ya mencionados) la participación de las Diputaciones no es tan destacada. Incluso dentro de cada Comunidad Autónoma esta intervención puede ser muy variable. Sirvan como ejemplo los casos de Almería, Huelva, Jaén, Granada y Málaga, que tienen un papel muy relevante, mientras que el del resto de Diputaciones andaluzas es más residual.

Como ya se ha mencionado, un caso especial es el de Castilla y León, donde la propia Comunidad Autónoma establece que las Diputaciones Provinciales tienen competencia para la creación, organización y gestión de los servicios sociales de ámbito provincial.

Elementos comunes.

No obstante lo anterior, existen elementos comunes en la participación de las Diputaciones provinciales en el SAD, destacando que todas ellas realizan funciones organizativas (coordinación, seguimiento, supervisión y evaluación global del servicio) en la gestión del SAD de los municipios menores de 20.000 habitantes de su territorio, y establecen las relaciones entre la Comunidad Autónoma respectiva y los municipios de la Provincia.

En general, las Diputaciones se han encargado de servicios sociales generales, pero también se dedican a la gestión de servicios sociales de ámbito provincial o supramunicipal de carácter especializado, y cuya gestión por parte de los Municipios pequeños es muy complicada, cuando no imposible.

Prácticamente todas las Diputaciones colaboran en la coordinación con otros elementos del sistema, y las que sí gestionan el SAD, lo hacen a través de gestión indirecta, asumiendo la labor de redactar y publicar los pliegos de prescripciones técnicas y las bases de contratación, contratando empresas para que presten el Servicio a los municipios de su territorio. De hecho, prácticamente la totalidad de las Diputaciones contactadas han

expresado que prestan el SAD mediante gestión indirecta, es decir, a través de conciertos o contratos con entidades ajenas, aunque hay algún ejemplo de gestión directa (la Diputación de Albacete lo presta directamente a través del Consorcio de Servicios Sociales, estableciéndose Convenios de los Ayuntamientos con el Consorcio para la gestión).

Dado que la ejecución material de los Servicios de Ayuda a Domicilio corresponden a la empresa o entidades adjudicatarias del concurso público convocado por la Diputación, una vez que se aprueba la concesión de una ayuda determinada para un beneficiario, su prestación se realizará en los términos previstos en el correspondiente pliego de cláusulas técnicas y Económico-Administrativas del concurso para la adjudicación del Servicio de Ayuda a Domicilio, y el posterior contrato.

En este sentido, todas las diputaciones realizan determinadas tareas concretas como:

- Ofrecer información relativa al SAD: en qué consiste, objetivos, contenido, etc., si bien el acceso al servicio se realiza a través del municipio (la solicitud y el lugar de entrega de documentación suele ser en las Oficinas de los Servicios Sociales de Atención Primaria del Ayuntamiento de residencia del usuario).
- Firmar convenios de colaboración con las CC.AA. a través de los cuales se transfiere la financiación, suscribiéndose posteriormente los pertinentes Convenios de Colaboración con los ayuntamientos, que asumen con diferente intensidad la gestión del mismo.
- Redactar directamente los Pliegos para la contratación de la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio en los Ayuntamientos menores de 20.000 habitantes.
- Procurar la debida coordinación entre las instituciones intervinientes y la empresa o entidades adjudicatarias: Diputación – Ayuntamientos – Empresa/as.
- Mantener una comunicación fluida con las empresas, comunicándoles la asignación de los Servicios e información relevante, como puede ser:
 - Datos de identificación y domicilio de las personas usuarias.
 - Fecha en que deba ser “alta” en el SAD.
 - Objetivos a conseguir y definición de las actuaciones y tareas a llevar a cabo.
 - Número de horas semanales, distribución de las mismas y horario concreto de atención.
 - Otras indicaciones específicas para la atención.
- Garantizar la unidad de criterios en la gestión y prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio en cada municipio. Para ello, la Diputación puede facilitar a la empresa o empresas adjudicatarias, los modelos de documentación necesarios.