



Universidad
Zaragoza

TRABAJO FIN DE MASTER

Investigación, análisis y evaluación de la implementación del “Servicio de Ayuda a Domicilio para Personas Dependientes” en el Excmo. Ayto. de Zaragoza

Autor:

Eduardo Alberto Leché Martín

Directora:

Lucía Isabel García Cebrián

Facultad de Economía y Empresa

Año 2018

“Nada tiene tanto poder para ampliar la mente como la capacidad de investigar de forma sistemática y real todo lo que es susceptible de observación en la vida”.

Marco Aurelio

Indice

1. introducción	11
2. Fundamentación y justificación	14
2.1 Marco Legislativo	15
2.2 Evaluación de la Calidad	17
3. Objetivos	21
4. Metodología	23
5. Ley de Dependencia	28
5.1 Introducción	29
5.2 Concepto y contexto demográfico	32
5.3 Valoración de la Ley de Dependencia: Situación actual	34
6 Revisión crítica: sobrecarga y calidad de vida	38
6.1 Introducción	39
6.2 Análisis estadístico de los datos obtenidos	40
6.2.1 Población dependiente y su entorno.	40
6.2.2 Apoyos familiares o del entorno.	42
6.2.5 Test Zarit.	45
6.3 Conclusiones	47
7 El Servicio de Ayuda a Domicilio en contexto de los Servicios Sociales Municipales	49
7.1 Definición y concepto	50
7.2 Tipología de servicios y características	52
7.3 Criterios de acceso	54
8 El Servicio de Ayuda a Domicilio en Zaragoza (análisis años 2016-2017)	56
8.1 Introducción	57
8.2 Situación socio-demográfica	58
8.2.1 Evolución por número de usuarios.	58
8.2.2 Distribución por sexo y edad.	60
8.2.3 Tipología de usuarios.	62

8.2.4 Distribución de tareas.	63
8.3 Gestión de Sistemas de Calidad	66
8.3.1 Introducción.	66
8.3.2 Procesos de coordinación.	67
8.3.3 Estudio estadístico de incidencias.	69
8.3.4 Otras incidencias.	71
8.3.5 Sugerencias, agradecimientos, reclamaciones.	71
8.4 Encuestas de satisfacción	73
8.5 Conclusiones	77
9 El SAD Dependencia en el barrio Oliver de Zaragoza	78
9.1 Introducción	79
9.2 Presentación de resultados	83
9.2.1 Introducción.	83
9.2.2 Distribución por sexo y edad.	84
9.2.3 Apoyos familiares o del entorno.	85
9.2.4 Distribución por tareas.	87
9.3 Análisis de resultados según los enfoques y dimensiones	92
9.3.1 Calidad desde el enfoque de la fabricación.	92
9.3.2 Calidad desde el enfoque basado en el usuario.	94
9.3.3 Dimensiones de la calidad.	96
9.4 Interpretación de resultados y conclusiones	98
10. Conclusiones	101
11 Referencias	104
12 Anexos	113

Índice de Tablas, Graficas y Glosario Terminológico

Gráficas:

Gráfica 1: Pirámide de población de España a 1 de enero de 2016	30
Gráfica 2: Personas beneficiarias con prestación por tramo de edad	33
Gráfica 3: Población inscrita por comunidades y ciudades autónomas (miles)	37
Gráfica 4: Clasificación de personas dependientes en función del sexo	41
Gráfica 5: Clasificación de personas dependientes por tramos de edad	42
Gráfica 6: Población Dependiente según estado civil	42
Gráfica 7: Cuidadores Informales en función del sexo y parentesco	43
Gráfica 8: Cuidadores informales por grado de parentesco	43
Gráfica 9: Porcentaje de población por Grado de Dependencia	44
Gráfica 10: Sobrecarga de los cuidados	45
Gráfica 11: Porcentaje de Usuarios según tipología SAD años 2016	59
Gráfica 12: Porcentaje de Usuarios según tipología SAD años 2017	59
Gráfica 13: Porcentaje de beneficiarios de SAD según su tipología	63
Gráfica 14: Intervención domiciliar según tipología de tareas	65
Gráfica 15: Valoración de Encuestas de Usuarios SAD Zaragoza	74
Gráfica 16: Valoración de Encuestas de Usuarios SAD Causas Sobvenidas Zaragoza	75
Gráfica 17: Valoración de Encuestas de Usuarios SAD Dependencia Zaragoza	75
Gráfica 18: Valoración de Encuestas de auxiliares SAD Zaragoza	76
Gráfica 19: Porcentaje de entrevistados según parentesco	83
Gráfica 20: Porcentaje de beneficiarios según sexo	84
Gráfica 21: Porcentaje beneficiarios según sexo y edad	84
Gráfica 22: Porcentaje beneficiarios según estado civil	85
Gráfica 23: Porcentaje de cuidadores según sexo	85
Gráfica 24: Porcentaje cuidadores según parentesco	86
Gráfica 25: Unidades familiares por número de personas	86

Gráfica 26: Porcentaje de unidades familiares con más de un dependiente	87
Gráfica 27: Realización de tareas según grado de dependencia	87
Gráfica 28: Porcentaje de atención según asignación de tareas	88
Gráfica 29: Porcentaje de tareas según grado de dependencia	88
Gráfica 30: Horas de dedicación y porcentaje de asignación de tareas	89
Gráfica 31: Número de horas asignadas y división de tareas por caso	89
Gráfica 32: Necesidades expresadas ampliación tareas según grado de dependencia	91
Gráfica 33: Porcentaje de necesidad de ampliación de horas según tipología de tarea	91
Gráfica 34: Casos con demora en revisión de grado o actualización de servicio.	93
Gráfica 35: Tratamiento de quejas	94
Gráfica 36: Casos atendidos por auxiliar domiciliaria	95
Gráfica 37: Análisis de datos sobre trato, iniciativa y puntualidad	95
Gráfica 38: Análisis de datos sobre tareas realizadas	96
Gráfica 39: Porcentaje de satisfacción con el trato, ambiente y respeto	96
Gráfica 40: Porcentaje de satisfacción global	98
Gráfica 41: Aplicación gráfica de Principio de Pareto	99

Tablas:

Tabla 1: Personas beneficiarias en relación a las solicitudes de dependencia por CCAA a 31 de diciembre de 2017	35
Tabla 2: Solicitudes en relación la población las Comunidades Autónomas	37
Tabla 3: Usuarios atendidos según tipología SAD y zona geográfica de Zaragoza	58
Tabla 4: Usuarios atendidos en SAD Zaragoza según sexo	61
Tabla 5: Usuarios atendidos SAD Zaragoza según edad	61
Tabla 6: Usuarios atendidos SAD Zaragoza según tipología	62
Tabla 7: Porcentajes de atención en SASD Zaragoza según tareas asignadas	64
Tabla 8: Altas y bajas SAD Zaragoza	70
Tabla 9: Tratamiento de quejas	72
Tabla 10: Usuarios atendidos en función de su situación de dependencia	92
Tabla 11: Tabulación de datos en función de los problemas detectados	99

Glosario Terminológico

ABVD: Actividades Básicas de la Vida Diaria

CD: Centro de Día

EDDES): Encuesta de Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (

FEDEA: Fundación de Estudios de Economía Aplicada

IASS: Instituto Aragonés de servicios Sociales

CMSS: Centro Municipal de Servicios Sociales

IMSERSO: Instituto de Mayores y Servicios Sociales

INE: Instituto nacional de Estadística

LISMI: Ley de Integración social de Personas con Minusvalía

OMS: Organización Mundial de la Salud

PAP: programa de Autonomía Personal

PIA: Plan Individualizado de Atención

SAAD: Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia

SAD: Servicio de Ayuda a Domicilio

TA: Teleasistencia

UNE: Una Norma Española

1. Introducción

El nuevo derecho generado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia¹, es el resultado, según Marbán (2012) tanto de una senda acumulativa (path dependency) de factores socioeconómicos e institucionales, con la implementación de política sociales de atención a la dependencia desde los años 80, como del resultado de intensos procesos de negociación entre los distintos actores sociales implicados, logrando un mayor acercamiento de las agendas políticas a las necesidades sentidas y expresadas por los colectivos de las personas afectadas.

La atención a las personas con diversidad funcional y dependencia demanda cada vez más respuestas urgentes y sostenibles económicamente, destinadas a favorecer la cohesión e integración social de esta población vulnerable, además de ser una gran oportunidad para crear actividad económica y generación empleo, especialmente en el cuidado y la atención de personas mayores.

Estas nuevas necesidades sociales obligan, dados los derechos subjetivos de las personas dependientes, a la creación de nuevas infraestructuras y a la prestación de servicios públicos o privados concertados garantizando, por parte del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)², unas condiciones básicas y de contenido común³ mediante la colaboración y participación de las diferentes administraciones públicas, con objetivo de mejorar las condiciones de vida de las personas dependientes.

Ante esta situación, nos preguntamos si la más conocida como “Ley de Dependencia”⁴ está cumpliendo el objetivo de lograr una mayor atención y autonomía de las personas dependientes en el ámbito doméstico y familiar. Es por ello que, mediante un proceso de investigación previo, pretendemos valorar los resultados obtenidos mediante el estudio y evaluación del proceso de implementación Servicio de Ayuda a Domicilio de Atención a la Dependencia, en Zaragoza, tomando como referencia el primer año completo desde su implantación (de enero a diciembre de 2017).

Debemos tener en cuenta, a la hora de observar esta realidad, los grandes cambios estructurales producidos en nuestra sociedad, siendo necesario analizar indicadores tan importantes como son: el progresivo envejecimiento y longevidad de la población, la cada vez mayor incorporación de la mujer al

¹ Rescatado en marzo de 2017 de <https://www.boe.es/buscar/act.php?id=BOE-A-2006-21990>

² El Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia responde a una acción coordinada y cooperativa de la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas, configurándose como un conjunto de servicios y prestaciones económicas destinados a la promoción de la autonomía personal, la atención y protección a las personas en situación de dependencia, a través de servicios públicos y privados concertados debidamente acreditados, y contribuye a la mejora de las condiciones de vida de los ciudadanos.

³ Recuperado en enero de 2017 de http://www.dependencia.imserso.gob.es/dependencia_01/saad/el_saad/index.htm

⁴ Que como “Ley de Autonomía Personal”.

mercado laboral, los nuevos sistemas familiares y las nuevas necesidades sociales generadas, por las situaciones de dependencia, en las unidades convivenciales.

No obstante, el estudio se centrará, como sujeto de investigación, en las personas, residentes en Zaragoza, con resolución de reconocimiento de dependencia Grado I, Grado II y Grado III, y que, tras realizar el diagnóstico de necesidades por parte del trabajador/a social municipal, se haya prescrito en su Plan Individualizado de Atención (PIA) como recurso idóneo el SAD para personas dependientes, así como sus familiares cuidadores y recursos humanos y materiales generados

Es entendible que la posibilidad de mejora de los servicios prestados debe plantearse desde el punto de vista de las personas beneficiarias de los mismos, observándose necesario satisfacer las expectativas de estos, si se pretende alcanzar un servicio de calidad. Así, es considerado como imprescindible conocer tanto la opinión como el grado de satisfacción que las personas dependientes, o sus familiares⁵, tienen sobre el SAD Dependencia recibido como punto de partida en un proceso de mejora, analizando en mayor detalle los puntos débiles identificados por estos.

⁵ Consideramos que los familiares, concretamente los cuidadores principales de las personas dependientes, también son beneficiarios indirectos de la implementación del servicio de ayuda a domicilio

2. Fundamentación y justificación

2.1 Marco Legislativo

Es importante no olvidar que hasta la llegada de la Ley de Integración social de Personas con Minusvalía LISMI (1982) en España, las personas dependientes, no eran objeto de derecho sino objeto de caridad o beneficencia, siendo a finales de los años 90 cuando es observable una mayor capacidad de movilización y negociación conllevando el planteamiento de diferentes propuestas.

Así, bajo la amenaza de inconstitucionalidad por asumir competencias exclusivas de las Comunidades Autónomas en materia de Servicios sociales (Marbán, 2012), esta Ley se aprueba gracias al “acuerdo social” firmado entre patronal, sindicatos y gobierno en diciembre de 2005, constituyéndose el Libro Blanco de la Dependencia⁶ como uno de los apoyos más importantes (Alemán, Alonso, y Fernández, 2013) a la hora de diseñar y aprobar una Ley sometida, su anteproyecto, a dictámenes de sindicatos, organizaciones sociales especializadas e informes independientes, logrando generar importantes cambios⁷, configurándose, por ello, como el resultado de intensos procesos de negociación entre los distintos actores sociales

Como es entendible, este proceso de cambio plantea la elaboración de extensa regulación normativa, en el marco del derecho regulativo, en diferentes niveles administrativos tanto para implementar el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) como para establecer un régimen de funcionamiento descentralizado del mismo. Esta actuación permite garantizar el cumplimiento del derecho subjetivo establecido por ley, elaborándose, desde el Gobierno Central, distintas disposiciones generales que desarrollaran las diferentes Comunidades Autónomas, así como distintos departamentos e instituciones de gestión y control⁸

El nuevo derecho generado por la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, da respuesta a las necesidades de atención de personas, con diversidad funcional, para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) siguiendo criterios de universalidad, sostenibilidad y calidad, regulando, así mismo, unas condiciones básicas que garanticen la igualdad en el ejercicio del derecho subjetivo, lo que establece la Ley en su artículo 1.1.

⁶ En España se elabora el Libro Blanco de la Dependencia en el año 2005, dirigido a realizar planteamientos para la Atención a las Personas en situación de Dependencia.

⁷ Como la inclusión de pleno derecho de personas con discapacidad intelectual y enfermedad mental, fomento del empleo de las personas con discapacidad (Disposición adicional decimocuarta), la consideración del impacto de género (Disposición final 1.ª 4) o la cobertura a los menores de tres años con graves discapacidades (Disposición adicional decimotercera)

⁸ Rescatado en marzo de 2017 de http://www.dependencia.imserso.es/dependencia_01/ciudadanos/trami_solicitud/ccaa_dt_imserso/index.htm

En este proceso inicial se crea el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que garantiza, a las personas reconocidas en situación de dependencia, unas condiciones mínimas para desarrollar su autonomía personal, mediante prestaciones/compensaciones económicas o servicios adecuados a sus necesidades.

En su exposición de motivos, en el apartado 3, expone cual es la finalidad del Sistema referido:

- Promover la autonomía personal y la atención a las necesidades de las personas con dificultades en la realización de las actividades básicas de la vida diaria (ABVD).
- Garantizar las condiciones básicas y contenido común del derecho subjetivo a la promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.
- Integrar de forma coordinada centros y servicios públicos y privados, sin que ello implique alteración en el régimen jurídico de su titularidad, administración, gestión y dependencia orgánica.

Así mismo, en el Capítulo II se incluyen el Catálogo de Servicios y las prestaciones que contempla el SAAD exponiendo en el artículo 14 que “*Las prestaciones de atención a la dependencia podrán tener la naturaleza de servicios y de prestaciones económicas*” especificándose en el artículo 16, que corresponde a las Comunidades Autónomas implantar y desarrollar a nivel autonómico dicho conjunto de servicios y prestaciones económicas, lo que a fecha de hoy, entre otros motivos por la falta de recursos económicos para sostener el sistema, muchas Comunidades Autónomas no los han implantado en su totalidad

2.2 Evaluación de la calidad

Evaluar podría definirse como atribuir un valor, a una realidad examinada, con el propósito de determinar en qué medida se están cumpliendo unas metas previamente fijadas, en definitiva, según Liberta (2007) un proceso que posibilita el conocimiento de los efectos de un proyecto o programa en relación con las metas propuestas y los recursos movilizados⁹. Genera, así mismo, un instrumento de mejora que reporta una información válida sobre las consecuencias de acciones realizadas, permitiendo optimizar esfuerzos y corregir errores. Estos procesos de evaluación vienen siendo incluidos en el ordenamiento jurídico actual.

Así, el **artículo 5, de la Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón**, recoge, entre los principios rectores de los servicios sociales, que los poderes públicos deben garantizar unos estándares adecuados en el conjunto de prestaciones y servicios sociales, encaminando estos esfuerzos, mediante un proceso continuo de evaluación, a la mejora del sistema. Así mismo, y a tenor de lo expuesto, **en su artículo 46**, apartado i) define como competencia del departamento responsable en materia de servicios sociales del Gobierno de Aragón, *“establecer y evaluar los niveles de calidad exigibles a entidades, centros y servicios en materia de servicios sociales”*.

En el **Artículo 48**, de la citada ley, se legisla las competencias municipales entre las que se cabe destacar: a) estudio y detección de necesidades sociales en el ámbito territorial propio b) elaboración de planes de actuación de su área básica c) la creación y gestión de los servicios sociales necesarios, acordes a los criterios previamente establecidos, entre ellos los estándares de calidad. Es observable, como un punto a destacar, la responsabilidad municipal de colaborar en las funciones de inspección y control de la calidad, de acuerdo a la legislación autonómica.

La Ley contempla, en su **Título VII la Calidad de los Servicios Sociales**, la calidad como un derecho de las personas usuarias de los servicios sociales convirtiéndose, por ello, en objetivo prioritario del Sistema Público de servicios Sociales. Es por ello que corresponde al Gobierno de Aragón promover criterios y estándares de calidad y establecer los mecanismos necesarios de evaluación y garantía de los mismos (art. 62)

El **Artículo 63**, establece los contenidos mínimos que debe contener la estrategia de calidad, a través de instrumentos y programas definidos para la prestación de servicios sociales, pudiendo diferenciar claramente entre los procedimientos para alcanzar la calidad (definición de objetivos, guías

⁹ Rescatado en abril de 2017 de <http://scielo.sld.cu/pdf/aci/v15n3/aci08307.pdf>

de buenas prácticas, cartas de servicios, criterios de calidad en el empleo, procesos de formación continua), y la variables de medición de los logros de calidad obtenidos (sistemas de mejora, nivel de satisfacción de usuarios, mecanismos de tramitación de sugerencias, etc.).

La promulgación de la **Ley de Dependencia** ha provocado un incremento de la relevancia y preocupación sobre la calidad de la prestación de servicios y, por ello, una creciente implantación de normas como la **UNE 158101** (centrada en la gestión de los centros residenciales), **UNE 158201** (especifica de los centros de día y noche) y, que nos atañe de manera más directa, la **UNE 158301** (especifica del Servicio de Ayuda a Domicilio)

La norma **UNE 158301-2015 *Servicios para la promoción de la autonomía personal, gestión del servicio de ayuda a domicilio***, correspondiente a servicios dirigidos a la atención de personas con diversidad funcional, determina los diferentes protocolos de actuación e indicadores de gestión necesarios, proporciona unas directrices para garantizar un servicio de calidad y desarrolla unos requisitos mínimos que debe cumplir el servicio ofrecido por entidades públicas y privadas.

La norma se centra en aspectos como garantizar la información, la atención en domicilio y los recursos humanos, técnicos y materiales suficientes, requiriendo, por otro lado, de un seguimiento del servicio, mediante la puesta en marcha de procedimientos de Calidad en la Gestión, definiendo un Plan de Calidad del Servicio, y Herramientas de Gestión que permitan la evaluación interna de la calidad.

El concepto de calidad es un término difuso, relacionado con el vínculo entre persona y situación en la que se utiliza. Consiste, principalmente, en alcanzar o incluso superar el grado de satisfacción del usuario con un producto demandado ante unas necesidades y expectativas previas. Así, se observa la necesidad de definir y clarificar el concepto de “calidad” por lo que Garvin (1984) destaca cinco enfoques diferenciados:

- Enfoque trascendente, consistente, según Garvin (1984), en alcanzar el estándar más alto, la excelencia. Un concepto de calidad complejo, dada la subjetividad que conlleva.
- Enfoque basado en el producto, observando la calidad como un bloque de características concretas dirigidas a satisfacer al cliente. Se entiende, según este autor, que la calidad se basa en una mayor o menor cantidad de atributo o ingrediente deseado, conllevando un mayor coste del producto final.
- Enfoque basado en el usuario, es decir, en su grado de satisfacción con el producto o servicio recibido. Concepción del enfoque basada en la subjetividad del consumidor, lo

que obliga identificar sectores de población con necesidades similares y elaborar un producto específico para ellos.

- Enfoque basado en la fabricación, más vinculado, según Garvin (1984), a la perfección en la construcción del producto. La calidad se observa desde una perspectiva de un artículo perfecto en su diseño, sin errores en su elaboración o construcción.
- Enfoque basado en el valor, es decir, a igualdad de producto mejor precio. No podemos perder de vista el valor económico de venta de un producto, por lo que el criterio de calidad, según este enfoque, se basa en la comparativa entre productos y sus precios.

Así mismo, este mismo autor concretiza la conceptualización de la calidad bajo la existencia de ocho dimensiones diferenciadas.

- Prestaciones o características funcionales primarias del producto dirigido a satisfacer las necesidades del mercado. Es decir, el autor plantea que dos productos de diferentes características, y diferente calidad, pueden realizar la misma función y cubrir las necesidades del usuario.
- Peculiaridades o características secundarias complementarias a las prestaciones. En definitiva, los detalles adicionales en un producto que lo complementan, y que el consumidor final valore en su adquisición.
- Conformidad, en cuanto a la relación entre las características operativas del producto y las normas previamente establecidas.
- Fiabilidad, que, según analiza Garvin (1984), repercute en la confianza del consumidor gracias a los elementos utilizados para su construcción, evitando, en mayor o menor medida, la no utilización de los mismos por averías o roturas indeseadas.
- Durabilidad o vida útil del producto, relacionada tanto con la durabilidad en el tiempo de su consumo como en el coste de su mantenimiento
- Servicio prestado al cliente durante la venta y programas de postventa, más relacionado con la atención que recibe el cliente que con el producto ofertado.
- Estética, más vinculada a aspectos externos del producto, a las modas y cambios generacionales en los gustos.

- Percepción, adquiriendo un producto en función de su imagen, publicidad o marca y experiencias previas del cliente, y no generando, según este autor, una búsqueda completa de información a la hora de medir la calidad, por parte del usuario, del producto o servicio.

Los Servicios Sociales deben gestionarse teniendo como referente el paradigma de una mejora continua de las organizaciones y sus procesos, implantando, de forma sistemática, la metodología de la autoevaluación, que permita la mejora del servicio prestado.

Es por ello, en el área del Servicio de Ayuda a Domicilio, que la calidad se observe como un concepto dinámico y transversal, cuyo objetivo principal es la satisfacción de usuario. De esta forma, la calidad percibida está estrechamente relacionada con la respuesta del servicio ante las necesidades y expectativas generadas y el grado de satisfacción del usuario, como percepción subjetiva de la mejora de su calidad de vida.

Frente a expuesto anteriormente, podemos afirmar que tanto el estudio de un enfoque basado en el producto como el basado en el usuario, conjugan a la perfección la calidad deseada para un servicio de estas características, estudios que deben ir acompañado del análisis de dimensiones tan importantes como son las de la fiabilidad y la del servicio.

3. Objetivos

Nos planteamos una serie de objetivos que se pretenden alcanzar a través del estudio de la implementación del Servicio de Ayuda a Domicilio en Zaragoza

Objetivo general:

- Conocer, describir y analizar cuál ha sido el alcance de la aplicación de la ley de dependencia en Zaragoza en cuanto a evolución e implementación del servicio de ayuda a domicilio aprobado dentro del marco del SAAD.

Objetivos específicos:

- Conocer y analizar los procesos de asignación del Servicio de Ayuda a Domicilio dentro del marco de la Ley de Dependencia.
- Analizar la influencia de las tareas realizadas durante el Servicio de Ayuda a Domicilio, en la reducción de la sobrecarga de los cuidadores informales.
- Evaluar la calidad del Servicio de Ayuda a Domicilio prestado en Zaragoza, concretizando en el barrio Oliver, según los enfoques basados en la fabricación y en el usuario.

4. Metodología

Mediante un proceso de investigación social, pretendemos analizar los diagnósticos de situación, la calidad de vida percibida y los servicios públicos prestados a las personas dependientes y sus familias, en el marco de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.

La investigación se centrará en los beneficiarios y los cuidadores principales, que tras haber sido valorados como personas dependientes, obtienen el derecho legal a disfrutar del Servicio de Ayuda a Domicilio para personas dependientes. Quién, cómo, porqué, constituye el proceso de investigación.

Con el fin de alcanzar los objetivos y llevar a cabo la evaluación, se utilizarán distintos métodos y técnicas de investigación social tanto desde la perspectiva distributiva/cuantitativa como desde la perspectiva estructural/cualitativa (Ibáñez, 2015) recurriendo a diferentes fuentes de información en una primera fase de la investigación y elaboración, ya en una segunda y tercera fase, de información primaria a través de entrevistas estructuradas¹⁰ y semiestructuradas¹¹, de cara a valorar la calidad de vida y sobrecarga que producen los cuidados, en una primera parte, y evaluar la calidad del servicio prestado y su influencia en la reducción del sentimiento de sobrecarga del cuidador informal.

Se observa necesario aplicar dichas técnicas metodológicas en un afán de lograr un conocimiento empírico de la realidad que investigamos, entendiendo que, según Ortí (1986) la aplicación de estas construcciones metodológicas por separado, sólo podrían abarcar una visión parcial lo que nos impediría un análisis completo de los procesos sociales. La instrumentalización de la entrevista como herramienta principal permitirá obtener un mayor acercamiento a la realidad social investigada, más allá del conocimiento estrictamente cuantitativo, siendo autores como Jesús Ibáñez (2015), Alfonso Ortí (2012) o Rosa Aparicio (1986) los que mayormente inciden en la importancia de utilizar estas metodologías

Se realizarán para esta investigación dos bloques de entrevistas:

- Entrevistas semiestructuradas, desde enero a diciembre de 2017, a personas dependientes, y sus cuidadores, de Grado I, grado II y grado III, a las que no se presta un servicio público de dependencia. De esta muestra, se seleccionarán los casos que cumplen los requisitos marcados para la realización del Test Zarit, indicador de la

¹⁰ Cuestionario Escala Zarit, por un lado y, por otro, a través de un cuestionario de elaboración propia, que se pasará durante el 2018, destinado a evaluar la calidad del servicio prestado.

¹¹ Preparando previamente un guión a desarrollar durante la entrevista, pero dejando abierto la posibilidad de respuesta y opiniones por parte del entrevistado. Este tipo de entrevistas se realizarán en dos momentos diferenciados. Un primer grupo durante el año 2017, para seleccionar la muestra a la que se pasará el test Zarit

sobrecarga que genera la atención y cuidado de las personas dependientes o con diversidad funcional.

- Entrevista semiestructurada a los profesionales que realizan la coordinación del Servicio de Ayuda a Domicilio, con el fin de obtener una visión desde el profesional.
- Entrevistas estructuradas. En primer lugar se aplicara el test Zarit a la muestra seleccionada anteriormente y se pasara en dos ocasiones, una inicial y una segunda vez transcurrido un mínimo de 3 meses (mayo de 2018), desde la puesta en marcha del SAD de Dependencia. En segundo lugar se pasará un cuestionario de elaboración propia, de cara a valorar la calidad del servicio prestado, según los enfoques y dimensiones apropiados para ello.

En un primer lugar las entrevistas se realizarán en los barrios de Oliver, Valdefierro y Miralbueno, con la finalidad de obtener una amplia base de datos comunes y representativos que nos permitan un menor sesgo a la hora de analizar los resultados sobre los índices de reducción de la sobrecarga en los cuidados. Por otra parte, las entrevistas dirigidas únicamente a conocer el índice de calidad, se realizarán a todos los usuarios del servicio SAD Dependencia del barrio Oliver a fecha de mayo de 2018.

De manera más concreta las técnicas que se van a desarrollar se diferencian en tres grandes bloques o fases en función de la temporalización de la investigación

Fase 1: Análisis documental y estadístico

1-Análisis documental y estadístico de fuentes secundarias (bibliográficas y estadísticas)¹²

En esta primera fase se recurrirá a fuentes secundarias de información que nos permitan poder llevar a cabo un análisis cuantitativo de la población beneficiaria, concretando dichas fuentes en Excmo. Ayuntamiento de Zaragoza, empresas contratadas para la prestación de SAD (Clece y SARquavitae),IMSERSO; INE; IASS y SISAAD

Fase 2: Aplicación y análisis de técnicas cualitativas

1-Realización de entrevistas semiestructuradas con personas dependientes y/o familiares.

Consistente en:

¹² Entendiendo por fuentes secundarias aquellas que contienen información elaborada, organizada y/o analizada por otras personas, entidades u organizaciones.

Entrevista de todos los casos derivados por el IASS durante el año 2017, para elaboración del PIA, en los barrios de Oliver, Valdefierro y Miralbueno. De estos casos se obtendrá la muestra para pasar la batería del Test o Escala Zarit.

2-Realización de entrevistas estructurada consistente en el Test Zarit. Se realizarán dos entrevistas en dos momentos diferentes: una inicial donde se observara la sobrecarga inicial del cuidador, y una secundaria, transcurridos al menos 6 meses desde la puesta en marcha del servicio, donde se podrá analizar si existe modificación en cuanto a la calidad de vida percibida.

3-Realización de entrevista semiestructurada a los coordinadores del servicio.

4-Entrevista estructurada, en mayo de 2018, de todas las personas beneficiarias del SAD de Dependencia, de cara a valorar la calidad del servicio prestado. Previamente se elaborará el modelo de cuestionario más adecuado.

Durante esta segunda fase se obtendrá, a través de técnicas cualitativas y la aplicación de procesos hermenéuticos (interpretación de los datos obtenidos) según Paul Ricoeur (1988), un conocimiento en profundidad del discurso oral de los sujetos, que permita pasar a la tercera fase del proceso.

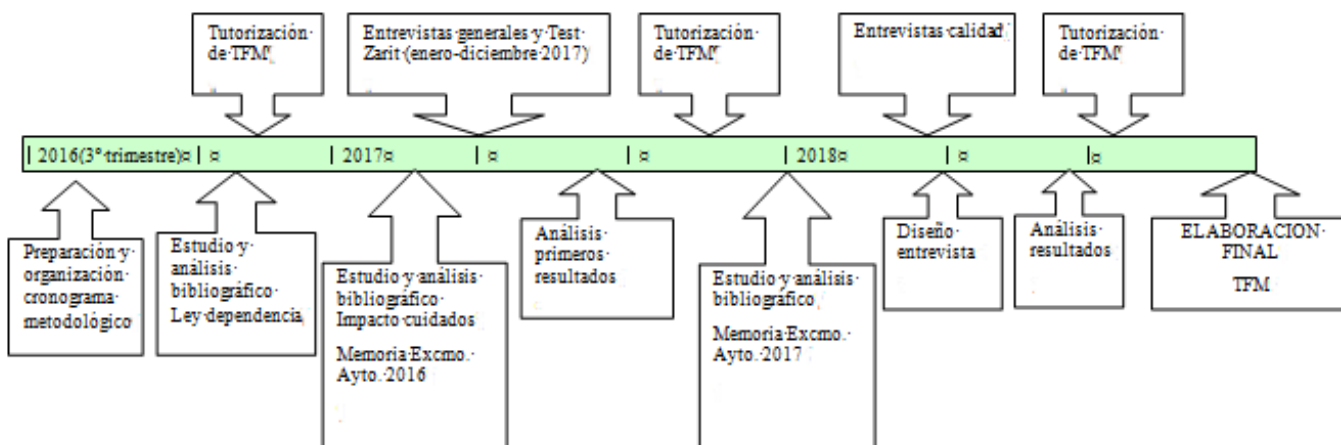
Fase 3: Explotación de resultados

1-Análisis de las entrevistas estructuradas

2-Explotación de resultados

Tras la recolección de los datos obtenidos, en las entrevistas realizadas, dispondremos de datos cuantitativos, en mayor medida, y cualitativos (en función de las preguntas abiertas), que se estudiarán y analizarán con la finalidad de obtener una descripción real de la situación y conocer posibles opciones de mejora.

CRONOGRAMA METODOLOGICO



5. Ley de Dependencia

5.1 Introducción

El Estado del bienestar (*Wohlfahrtsstaat*) podemos definirlo, como concepto general, uno en el cual corresponde al Estado o Sociedad asumir la responsabilidad del bienestar de sus miembros (de forma propia o mediante la delegación de la provisión de servicios), proporcionando protección ante los riesgos que pueden acaecer durante su ciclo de vida y procurando una igualdad de oportunidades (Moreno, del Pino, Marí-Klose y Moreno-Fuentes, 2014). Por ello, existe una expectativa legítima de que el gobierno o Estado apoye al ciudadano mediante una red o sistema de seguridad claramente delimitado y generador de políticas sociales (seguridad social, sanidad, empleo, servicios sociales, educación) basadas en la igualdad de oportunidades para toda la ciudadanía, el cual, según Moreno (2012), está adscrito a una realidad dinámica y cambiante, por lo que su idiosincrasia ha ido variando con el paso de los años

De esta manera, surge un gran interés por realizar un análisis crítico y exhaustivo sobre la Ley de Dependencia, como una de las medidas políticas y económicas adoptadas por el gobierno español destinadas a garantizar el derecho de ciudadanía y de igualdad, ante unos principios básicos y esenciales, que favorezcan la autonomía personal y la calidad de vida de las personas, mediante el acceso a los Servicios Sociales Públicos y a las prestaciones económicas en pro de sus necesidades y las de sus familias, quiénes dedican gran parte de sus vidas a cuidarles y acompañarles.

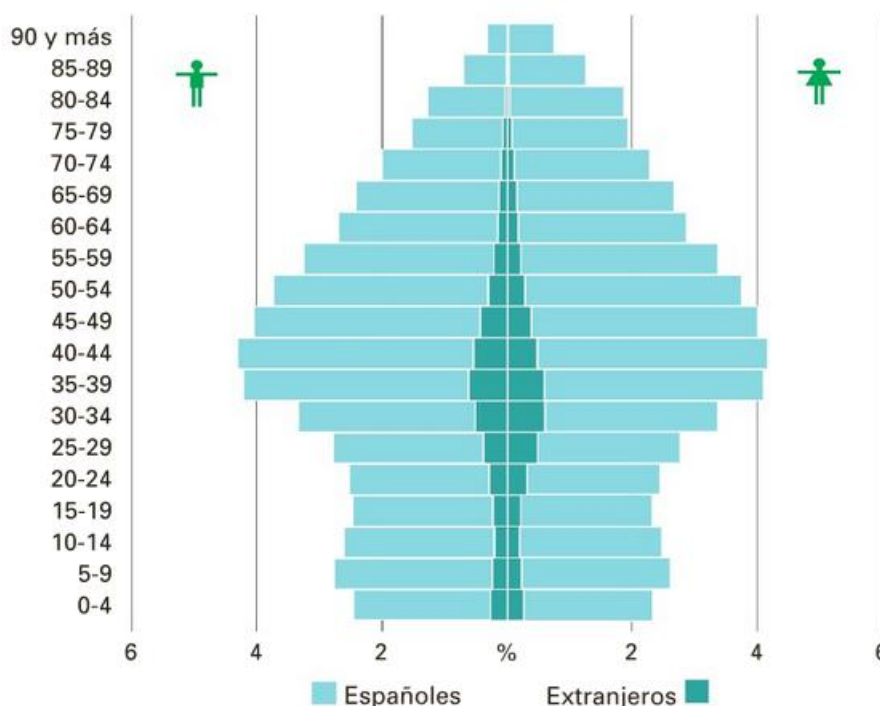
España, como parte del Régimen de bienestar *Mediterráneo familista* propio de los países del Sur de Europa (Italia, Portugal y Grecia), se caracteriza por el rol de la familia y su presencia en las áreas de producción y desarrollo de las políticas sociales. Este régimen evidencia la acción de la familia como complemento de la acción del Estado en la provisión del bienestar junto con los servicios y prestaciones ofertados por organizaciones privadas con o sin ánimo de lucro (Moreno, 2012).

No obstante, la cada vez incorporación de la mujer en el mercado laboral y la creciente longevidad de la población española, como observaremos en la siguiente gráfica, hace que las necesidades que se demanden por parte de los ciudadanos sean más crecientes y que las medidas que se adopten por parte del gobierno necesiten ser más efectivas. Es necesario desplegar acciones que hagan posible que, dentro de un sistema de bienestar y garante de igualdad, tanto las personas dependientes como sus cuidadores informales puedan tener una serie de prestaciones que no vayan de detrimento de

sus derechos de ciudadanía¹³ y posibilite su participación activa en el sistema económico familiar y por ende, social.

Según los datos del Padrón Continuo (INE), que refuerzan este posicionamiento, a 1 de enero de 2016 hay en España 8.657.705 personas mayores (65 y más años), el 18,4% del total de la población (46.557.008)¹⁴, con una proyección a largo plazo del 34.6% de la población en el año 2066, entre otros factores, por poseer una de las esperanzas de vida más alta de la Unión Europea.

Gráfica 1: Pirámide de población de España a 1 de enero de 2016



Fuente: Instituto nacional de Estadística (2018)

Es en los cuidados informales proporcionados directamente por la propia familia, principalmente la mujer¹⁵, donde se devenga la mayor responsabilidad, IMSERSO (2010), por lo que se

¹³ Se entiende como derechos de ciudadanía a aquellos derechos que poseen las personas y grupos sociales, más allá de las condiciones particulares que les caractericen (raza, género, religión, estatus social, etc.) y que el sociólogo británico Marshall distingue en tres dimensiones: Ciudadanía Civil (aquellos derechos civiles de libertad individual de expresión y de pensamiento, los derechos de propiedad y de justicia), la ciudadanía política (derecho a participar en el ejercicio del poder político) y la ciudadanía social (aquellos derechos sociales que garantizan el bienestar social y la seguridad económica de acuerdo a los estándares de la sociedad origen, como son: derecho al trabajo, la salud, educación, vivienda, también incorpora obligaciones como el pago de impuesto, etc.) (Minguijón, J. y Laguna, M. 2010).

¹⁴ Obtenido el 1 de febrero de 2018 de http://www.ine.es/prodyser/espa_cifras/2017/index.html#9/z

¹⁵ Rescatado en marzo de 2018 de <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>

observa la necesidad de considerar medidas correctoras que posibiliten una mayor inclusión social, tanto de los dependientes como de sus cuidadores, desde dos aspectos diferenciados:

Mediante políticas públicas destinadas a la mejora de condiciones laborales que permitan conciliar la vida laboral con la personal o reconocimiento como cuidadores informales en los sistemas de la seguridad social

Por medio de una intervención institucional pública, combinada con entidades no lucrativas y del sector privado, que complemente y equilibre esa labor familiar como proveedora de apoyo al cuidado, posibilitando una reducción de la sobrecarga del cuidado.

5.2 Concepto y contexto demográfico

Debemos, antes que nada, hacer una breve reflexión terminológica entre los conceptos “autonomía vs dependencia” para poder entender como se ha ido gestando el empoderamiento de las personas con diversidad funcional, es decir, la adquisición de conocimientos que logren generar aptitudes, capacidades y una autonomía personal lo que, según Natal (2005), permitirá fomentar una participación real y efectiva en la implementación de políticas sociales.

En este sentido, entendemos como autonomía la capacidad y libertad de elegir, tomar decisiones y asumir consecuencias, desarrollando de forma autónoma, un proyecto de vida con control sobre sí mismo, frente a la dependencia¹⁶, conceptos difusos en la denominada ley ya que, según Rafael Martínez de Carnero (2014), se vinculan más con habilidades que con capacidades para la vida diaria, no dejando de ser paradójico que a una ley encaminada hacia la “Promoción de la Autonomía Personal” sea conocida popularmente como Ley de Dependencia.

Por otro lado, el Consejo de Europa, en 1998, define la dependencia como cualquier estado en el que se encuentren aquellas personas que necesitan de asistencia o de ayudas importantes para poder realizar las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y, de modo particular, de cuidado personal por razones ligadas a la falta o pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual (IMSERSO, 2005). Así mismo, para un mayor entendimiento, estas ABVD vienen definidas en el artículo 2.3 de la Ley 39/2006 como:

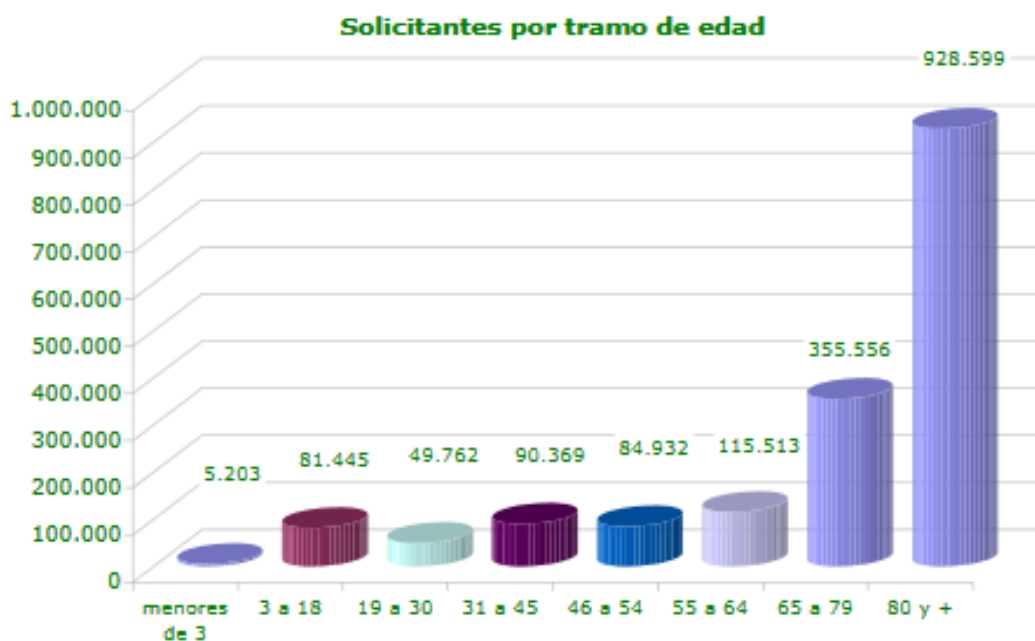
“aquellas tareas más elementales de la persona, que le permiten desenvolverse con un mínimo de autonomía e independencia, tales como: el cuidado personal, las actividades domésticas básicas, la movilidad esencial, reconocer personas y objetos, orientarse, entender y ejecutar órdenes o tareas sencillas”.

Si bien es cierto que las causas que producen esta dependencia pueden darse, por muy diversas circunstancias, desde el mismo nacimiento, los diferentes estudios recogen que mayormente se dan debido a un deterioro progresivo (físico, psíquico y sensorial) vinculado a la edad de las personas.

¹⁶ Dependencia hace referencia a la necesidad de recibir atenciones por parte de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria. Existen otros conceptos relacionados y con diferencia de matices como la heteronomía (concepto que se aplica a un ser que vive según reglas que le son impuestas, y que en el caso del ser humano se soportan contra la propia voluntad o con cierto grado de indiferencia) o la Autodeterminación (actuación como el principal agente causal de su vida, realizando elecciones y toma de decisiones respecto a la calidad de vida propia, sin influencias o interferencias externas innecesarias, aunque para ello se precise de apoyos externos)

España ha experimentado en los últimos años un incremento del envejecimiento demográfico, con una proyección, según el Instituto Nacional de Estadística INE, en aumento. Este dato es de gran relevancia, dado que, actualmente, el mayor número de personas beneficiarias de la Ley de Dependencia, se concentra en las edades de entre 65 a 79 años.

Gráfica 2: Personas beneficiarias con prestación por tramo de edad



Fuente: SAAD (31 de Diciembre de 2017)

5.3 Valoración de la Ley de Dependencia: Situación actual

En las entrevistas concedidas por varios expertos y que se recogen en el ejemplar titulado “*Diez años de la Ley de Dependencia*”, Carcedo. et al. (2016), se expone que la Ley de Dependencia nace como garantía pública de unos derechos universales cuya implantación ha sido frustrada por la puesta en marcha de medidas discrecionales ante la crisis económica del país, recortando el gasto, entorpeciendo el desarrollo de la ley y retrasando las gestiones de prestaciones que han derivado en grandes diferencias entre Comunidades Autónomas, poniéndose de manifiesto diferencias abismales de cobertura y acceso al SAAD, entre ellas (FEDEA 2016), poniendo en evidencia un sistema de financiación y valoración de la dependencia que no está bien resuelto.

Actualmente, según los datos estadísticos del SISAAD publicados en el Portal de la Dependencia¹⁷, en España existen 1.711.379 solicitudes a fecha 31 de diciembre de 2017, de las cuáles se ha resuelto favorablemente, como personas beneficiarias con derecho a disfrutar de un servicio público, 1.264.951 (el 79,5%), es decir, se les ha reconocido legalmente un grado de dependencia (Grado I, II y III), quedando pendiente de resolución de grado de dependencia un 7% de las solicitudes presentadas a nivel nacional.

Por otro lado, se debe observar como de este 79,5 % de personas con derechos legales a disfrutar de un servicio público, tan sólo un 79, 15 %, es decir, 954.831 personas, están recibiendo actualmente un servicio o prestación acorde al diagnóstico de sus necesidades, pudiendo destacar a las Comunidades Autónomas de Castilla y León y de Ceuta y Melilla, como las más eficientes, con un 93,28% y 97,11% de solicitudes resueltas respectivamente y un 98,58% y 94,84% de personas con resolución favorable que están disfrutando de un servicio público o compensación económica. Debemos destacar, como matiz diferencia, que Castilla y León presentan un 7,14% del computo total de solicitudes a nivel nacional frente al 0,24% de Ceuta y Melilla, con lo que la inversión en el mantenimiento de los servicios prestados difiere notablemente.

Concretamente Aragón ocupa una posición intermedia, con 288.517 personas que han logrado un reconocimiento favorable, lo que supone el 83,47% de las solicitudes resueltas hasta la fecha del

¹⁷ El Portal de la Dependencia es una iniciativa del IMSERSO puesta al servicio del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), a través del cual se canalizan informaciones, datos y servicios.

estudio¹⁸. Así mismo, destacamos como relevante, que tan sólo un 76,85% de las personas con derecho a estos servicios están siendo atendidos en la actualidad, cifra que refleja la importancia de desplegar medidas de protección para las personas dependientes y proporcionar apoyo a sus cuidadores.

Tabla 1. Personas beneficiarias de prestación en relación a las solicitudes de dependencia por CCAA a 31 de diciembre de 2017.

AMBITO TERRITORIAL	Solicitudes CCAA		Resoluciones grado CCAA		Personas con derecho a prestación		Personas Beneficiarias con prestación	
	Nº	%	Nº	%	Nº	%	Nº	%
Andalucía	383.618	22,42	355.387	92,64	288.517	81,18	196.730	68,18
Aragón	46.842	2,74	39.935	85,25	33.334	83,47	25.617	76,85
Asturias	36.927	2,16	32.616	88,33	24.657	75,60	21.242	86,15
Baleares	27.549	1,61	25.716	93,35	20.370	79,21	16.761	82,28
Canarias	47.444	2,77	35.898	75,66	30.637	85,34	19.417	63,37
Cantabria	23.912	1,40	23.400	97,86	19.753	84,41	15.283	77,37
Castilla y León	122.121	7,14	113.914	93,28	89.981	78,99	88.709	98,58
Castilla-La Mancha	85.807	5,01	79.136	92,23	63.127	79,77	51.473	81,54
Cataluña	305.482	17,85	281.918	92,29	224.261	79,55	141.058	62,90
Valenciana	108.391	6,33	90.539	83,53	73.114	80,75	61.488	84,10
Extremadura	54.542	3,19	47.786	87,61	35.147	73,55	25.582	72,78
Galicia	80.796	4,72	79.293	98,14	67.228	84,78	55.370	82,36
Madrid	205.200	11,99	204.920	99,86	150.191	73,29	117.758	78,40
Murcia	44.344	2,59	43.289	97,62	39.279	90,74	33.962	86,46
Navarra	19.891	1,16	19.711	99,10	15.321	77,73	12.284	80,17
País Vasco	99.245	5,80	98.592	99,34	76.344	77,43	62.070	81,30
Rioja (La)	15.151	0,89	15.118	99,78	10.916	72,21	7.396	67,75
Ceuta y Melilla	4.117	0,24	3.998	97,11	2.774	69,38	2.631	94,84
TOTAL	1.711.37	100,00	1.591.16	92,98	1.264.95	79,50	954.831	79,18

Fuente: tabla de elaboración propia a partir de. IMSERSO 2018(SAAD)

Pero, ¿a qué se deben esas diferencias tan notables entre las diversas regiones?. Por una parte, González (2012) presenta una serie de argumentaciones que permite dar una respuesta aproximada a

¹⁸ El 85,25% de las 46.842 solicitudes, presentando además un déficit notable en cuanto a porcentaje solicitudes resueltas, sólo por delante de las CCAA de Canarias y Valencia.

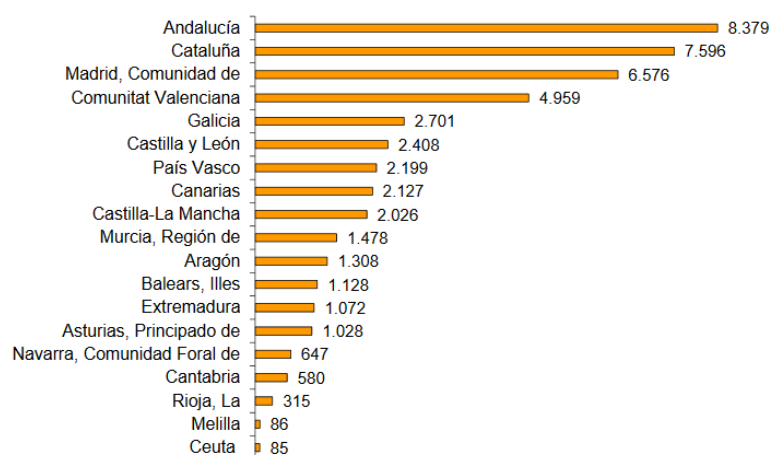
esta pregunta, dado que las comunidades autónomas tienen la competencia exclusiva de los Servicios Sociales y por tanto, es de su jurisdicción la regulación de los elementos del SAAD, su implantación, gestión y control. Así, es necesario considerar los siguientes supuestos:

1. Las medidas de austeridad implantadas en el ámbito de la dependencia por parte de las comunidades autónomas, que han supuesto una reducción en el gasto, una dilatación de su contenido o una extensión en el tiempo de su ejecución. Todo ello, debido a la crisis económica que estalla a partir del 2007.
2. La importancia de la familia como la base de la permanencia del dependiente en su domicilio y en su entorno. Ante estos cuidados informales, se gestionan servicios domiciliarios, menos costosos que los que conllevan un ingreso parcial o total en centro especializado.
3. En un contexto inicial general, la ley de dependencia se forjó desde Gobierno Central, desarrollándose más ampliamente estas políticas de atención y cuidados en Comunidades Autónomas afines al Gobierno de España.
4. Por último, cabe destacar la importancia y responsabilidad delegada que se le da la iniciativa privada en diferentes Comunidades Autónomas

Por otra parte, Correa y Jiménez-Aguilera (2016), indican que los problemas de financiación derivados a una mala planificación inicial, el declive de las aportaciones de la Administración General del Estado en los últimos años, la interrupción del nivel acordado y la baja recaudación del copago por parte de los usuarios, han sobrecargado económicamente a las administraciones autonómicas para poder sostener esa política social. Por tanto, todo ello ha contribuido a una aplicación heterogénea de la norma del sistema de dependencia a nivel nacional, que se caracteriza por grandes diferencias en las listas de espera, excesivas concesiones de prestaciones económicas por parte de algunas comunidades y disparidades en el número de solicitudes de prestaciones y servicios.

La gráfica 3, muestra el número de personas residentes por Comunidad Autónoma, así como el número de solicitudes de valoración de la dependencia, en la tabla 2. Estos datos muestran cómo Extremadura (4,87%), Castilla y León (4,78%), La Rioja (4,73%) Andalucía (4,53%) y el País Vasco (4,41%), registran un mayor número de peticiones con respecto a Canarias (2,04%), la Comunidad Valenciana (2,03%) o Madrid (2,63%) teniendo en cuenta su número de población total, observándose la disparidad y diferencia de gestión, anteriormente referidas, entre las regiones.

Grafica 3: Población inscrita por comunidades y ciudades autónomas (miles)



Fuente: INE (2018)

Tabla 2: Solicitudes en relación la población las Comunidades Autónomas

AMBITO TERRITORIAL	Población CCAA		Solicitudes Registradas	
	Nº	%	Nº	% población CCAA
Andalucía	8.388.107	18,02	380.251	4,53
Aragón	1.308.563	2,81	44.970	3,44
Asturias	1.042.608	2,24	35.130	3,37
Baleares	1.107.220	2,38	25.179	2,27
Canarias	2.101.924	4,51	42.836	2,04
Cantabria	582.206	1,25	21.185	3,64
Castilla y León	2.447.519	5,26	117.100	4,78
Castilla-La Mancha	2.041.631	4,39	84.774	4,15
Cataluña	7.522.596	16,16	290.547	3,86
Valenciana	4.959.968	10,65	100.487	2,03
Extremadura	1.087.778	2,34	52.992	4,87
Galicia	2.718.525	5,84	79.530	2,93
Madrid	6.466.996	13,89	170.260	2,63
Murcia	1.464.847	3,15	43.069	2,94
Navarra	640.647	1,38	18.323	2,86
País Vasco	2.189.534	4,70	96.637	4,41
La Rioja	315.794	0,68	14.933	4,73
Ceuta y Melilla	170.545	0,37	4.000	2,35
TOTAL	46.557.008	100,00	1.622.203	3,48

Fuente: SAAD (2016)

6 Revisión crítica: sobrecarga y calidad de vida.

6.1 Introducción

La bibliografía referente a los estudios descriptivos realizados, además de tener en cuenta unas variables comunes, reflejan la unidad de criterio en la instrumentalización de la escala Zarit para valorar el grado de sobrecarga del cuidador¹⁹ (Camacho Estrada L. et al 2010, García Cueto B, García Martínez C. 2017, Larru Inciarte M. 2014, López Gil M.J, et al 2009, Naranjo Redón M. et al 2014, Rodríguez Martínez MM. Et al 2014 y Ruano Casado L., Ruiz Fernández M.D. 2014), la cual valora la carga experimentada por el cuidador principal como objetiva (desempeño de las tareas de cuidado) y subjetiva (sentimientos y emociones que le provocan dicha labor de cuidado.)

Mediante un estudio descriptivo transversal, y analítico de casos, en el presente apartado, se pretende analizar, a una muestra representativa de la población, las variables relacionadas con las características la persona dependiente, la percepción subjetiva del entorno del cuidador y su salud emocional, relacionando la sobrecarga del cuidador con su calidad de vida.

Para lograr este fin y con la finalidad de obtener una amplia base de datos comunes y representativos que nos permitan un menor sesgo a la hora de analizar los resultados y seleccionar la muestra, para realizar posteriormente la batería de preguntas que conlleva la escala Zarit, se ha realizado la entrevista al 100% de los casos derivados por el IASS, desde enero a diciembre de 2017, es decir, 123 entrevistas semiestructuradas. El perfil de estos consiste en personas valoradas como dependientes con grado I, grado II y grado III, residentes en los barrios de Oliver, Valdefierro y Miralbueno de Zaragoza.

¹⁹ Las variables utilizadas principalmente en los diferentes estudios realizados han sido: Datos Psicodemográficos del Cuidador Primario:(Edad, sexo, ocupación, estado civil, nivel de estudios y situación laboral. Situación familiar, apoyos, convivientes, Tiempo dedicado al cuidado y frecuencia de la atención), Variables específicas de los instrumentos utilizados:(Calidad de Vida, Salud percibida, Apoyo social), Variables sociodemográficas y dependencia de la persona dependiente: Edad, sexo, y patología que padece: Dependencia funcional Deterioro cognitivo)

6.2 Análisis estadístico de los datos obtenidos

6.2.1 Población dependiente y su entorno

Elección de la muestra

Oliver, Valdefierro y Miralbueno, con sus 44.225 habitantes²⁰, a pesar de la cercanía entre ellos, lo que permite que se preste la atención de los Servicios Sociales Municipales bajo un mismo Centro Municipal, son barrios con grandes diferencias entre ellos.



Imagen: obtenida on-line en “soydezaragoza”

Frente a una población más envejecida, como en el caso de Oliver o Valdefierro, tenemos a un barrio de nueva expansión, Miralbueno, donde las viviendas de nueva construcción han permitido que familias jóvenes se desplacen hasta este barrio periférico.

Las diferencias económicas entre las familias también son una consideración a tener en cuenta, encontrándose el barrio de Oliver incluido dentro de los Planes Integrales de Zaragoza, al mismo tiempo que se una de las zonas de Zaragoza con mayor índice de habitantes de etnia gitana y de otras nacionalidades.

²⁰ Consultado en abril de 2018 de <https://www.soydezaragoza.es/habitantes-barrrios-ciudad-zaragoza/>



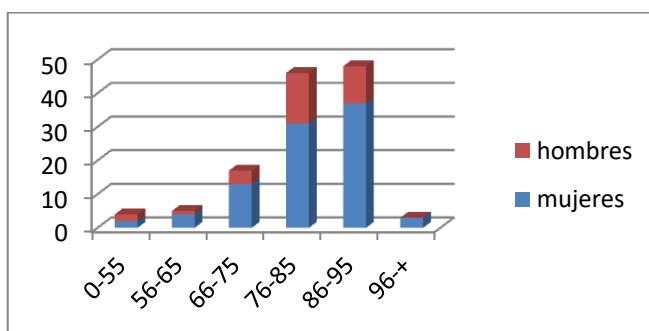
Imagen: obtenida on-line en “soydezaragoza”

En su conjunto, la cercanía y las peculiaridades características de cada una de las zonas, permite que la muestra seleccionada para el estudio incluya una gran variedad de tipologías de usuarios y situaciones económicas diferenciadas, pudiendo ser en mayor o menor medida, un reflejo del conjunto de la población de Zaragoza

Población dependiente

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la expectativa de vida ha crecido de forma generalizada, siendo las mujeres las que tienen una vida más prolongada. Esta apreciación se constata en los datos que se desglosan, siendo mayor el número de mujeres atendidas, un 73.17% del total, y concentrándose principalmente en los rangos de mayor edad.

Gráfica 4: Clasificación de personas dependientes en función del sexo



Fuente: Elaboración propia

En referencia a la distribución por edad de las personas dependientes entrevistadas, el creciente envejecimiento de la población y el objetivo de generar una mayor independencia y autonomía de las personas mayores en su propio domicilio, refleja que sean los mayores de 66 años los más representados.

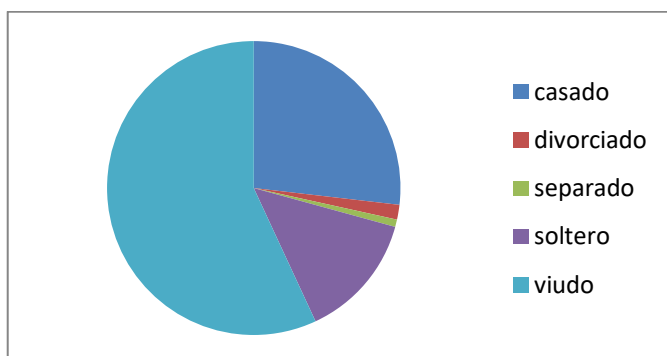
Gráfica 5: Clasificación de personas dependientes por tramos de edad



Fuente: Elaboración propia

Así mismo, se pone de manifiesto un aumento en la esperanza de vida de las personas como consecuencia en la mejora de la calidad de vida. Se configura como en núcleo que mayor atención recibe los mayores de 76 años, aportando el 76.42 % de personas con derecho a un servicio reconocido, dato observable en la gráfica presentada.

Gráfica 6: Población Dependiente según estado civil



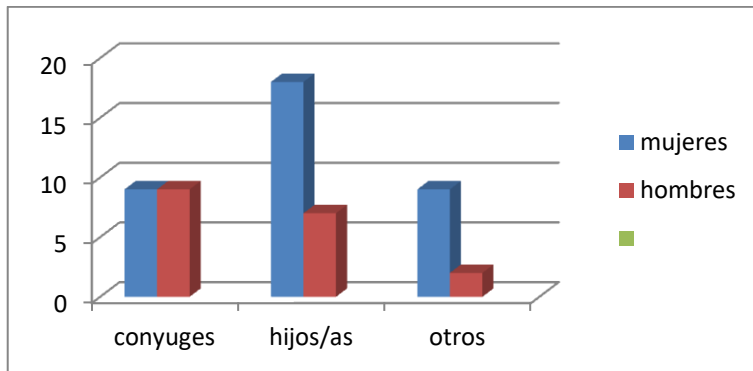
Fuente: Elaboración propia

Por último, y como consecuencia de estos datos de edad y relación de género, observamos la siguiente gráfica, donde son destacables estas variables mencionadas en forma de estado civil, siendo mayormente personas, generalmente mujeres, viudas

6.2.2 Apoyos familiares o del entorno.

El estudio presenta la figura del cuidador informal como un sector de población compuesto mayoritariamente por mujeres con relación directa con la persona dependiente, hijas, en primer lugar y cónyuges en segundo, un 66.66% de mujeres cuidadoras del total de 54 personas dependientes con cuidador informal.

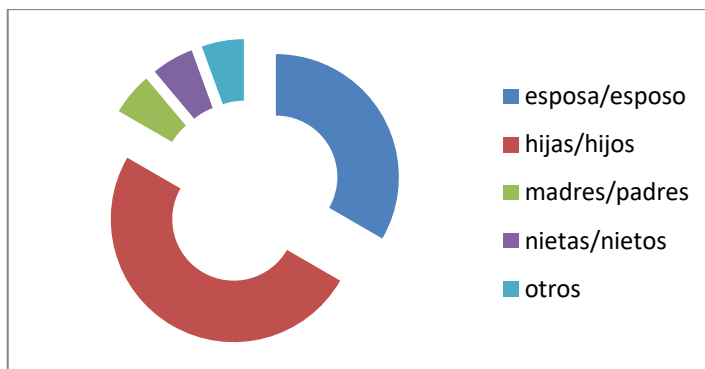
Gráfica 7: Cuidadores Informales en función del sexo y parentesco



Fuente: Elaboración propia

Así mismo, esta tipología de cuidadores, en cuanto al parentesco, conlleva que la edad media de los casos estudiados sea de 61.31 años, por lo que la sobrecarga que produce el cuidado de una persona con dependencia, puede generar un mayor un impacto negativo en todos los aspectos a la vida de las personas atendidas, sus familias y sus cuidadores en los ámbitos físicos, psicológicos, económicos, familiares, sociales, laborales. Este impacto directo recae principalmente hijos/as y/o parejas, como podemos observar en la siguiente gráfica.

Gráfica 8: Cuidadores informales por grado de parentesco

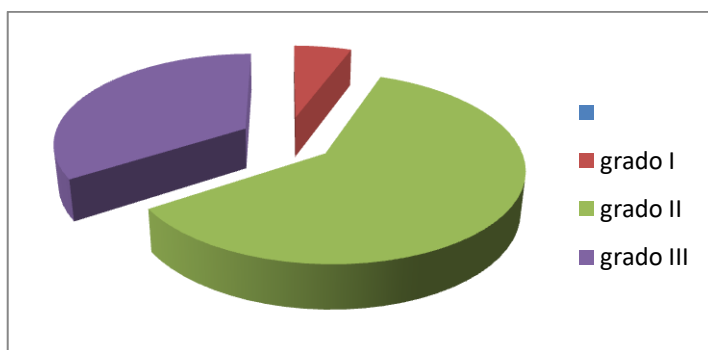


Fuente: Elaboración propia

Grados de dependencia

Como ya se ha explicado anteriormente, una persona adquiere un grado de dependencia en función de una valoración previa y tras una resolución oficial. Podemos observar como los diferentes grados, adquiridos en función de la falta de capacidades cognitivas, físicas, sensoriales, podemos cuantificarlos, siendo mayormente la dependencia severa la que genera mayor atención.

Gráfica 9: Porcentaje de población por Grado de Dependencia



Fuente: Elaboración propia

No obstante, las diferentes entrevistas realizadas, han sido principalmente al colectivo de personas con reconocimiento de grado II y grado III, siendo los beneficiarios de grado I casos excepcionales, y realizados habitualmente, por organización de Servicios Sociales Municipales, desde otro Centro Municipal.

No obstante, se debe aclarar, que a pesar de ser las personas con dependencia leve atendidas casos excepcionales, el grado reconocido no tiene apenas significancia en cuanto al diagnóstico de necesidades y prescripción de servicios, teniendo mayor relevancia en entorno o el apoyo familiar.

6.2.3 Test Zarit.

De los 123 casos entrevistados a lo largo del año 2017, se seleccionaron 17 unidades familiares con las que pasar la batería de preguntas que compone el Test Zarit, en base a una metodología planificada, que conllevaba pasar una segunda batería de preguntas una vez puesto en marcha el SAD de Dependencia

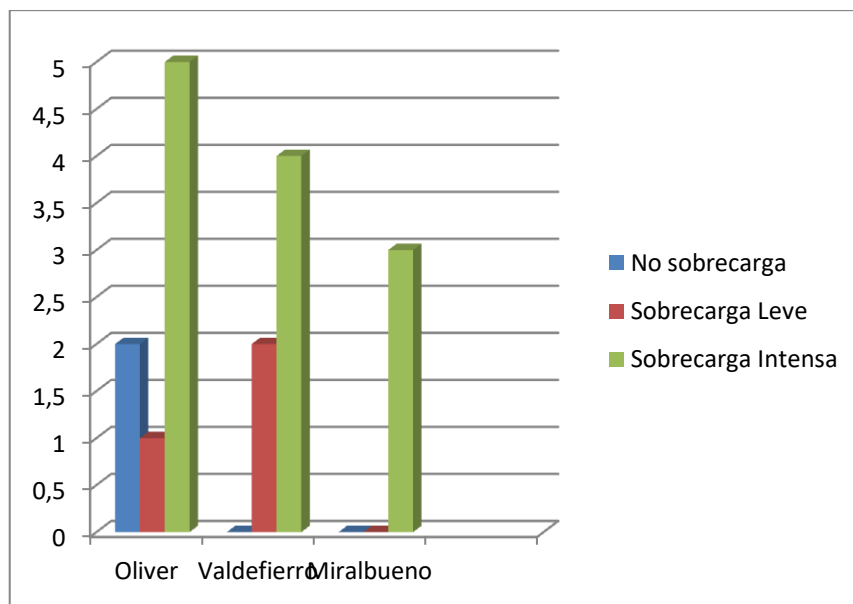
Para realizar la selección de dichas personas dependientes, se tuvo en cuenta que no tuviesen apoyos externos profesionalizados y que la prescripción de servicio idóneo fuese el de ayuda a domicilio, es decir, familias que, en principio, se veían capacitadas para seguir atendiendo a sus familiares en un entorno domiciliario.

En un análisis más en profundidad de estos casos, observamos la figura del cuidador informal como un sector de población compuesto mayoritariamente por mujeres con relación directa con la persona dependiente, hijas, en primer lugar y cónyuges en segundo, motivo por el cual la edad de estas varía entre los 45 años y los 83 años. En cuanto a su formación sobresalen los niveles bajos o medios

formativos y no disponen de un trabajo remunerado, por lo que pueden dedicar entre 12 y 24 horas diarias a los cuidados, mayormente dedicados a la supervisión, y durante una media de 5 años.

Así mismo, la persona dependiente convive con algún familiar en el 95% de los casos, lo que permite tan alta dedicación en tiempo, no disponiendo de servicios externos profesionalizados, dada la selección de la muestra.

Gráfica 10: Sobrecarga de los cuidados



Fuente: Elaboración propia

De los datos de la tabla presentada como anexo 1, se desprende que las personas cuidadoras manifiestan una gran preocupación por el futuro de su familiar, principalmente por empeoramiento de la salud del cuidador, por lo que creen que no podrán “aguantar” mucho tiempo más, y por la percepción, sentimiento compartido en doble dirección, de que la persona dependiente le considera como la única figura cuidadora válida y considerarse, así mismo, como el único familiar en disposición de ejercer unos cuidados con garantías.

Estas variables, sumadas al “agobio” sentido por intentar compatibilizar el cuidado del familiar con otras responsabilidades, como la familia o vida social, muestran una respuesta ante el grado de “carga global experimentada” como uno de los valores más altos expresados con la opción “casi siempre”, generando no sólo incertidumbre sobre el futuro de la persona dependiente, sino también sobre el del propio cuidador.

La previsión inicial de realizar una prueba comparativa de corte longitudinal de la muestra seleccionada, con una segunda ronda de entrevistas tras la puesta en marcha del servicio, hubiese podido permitir analizar como el apoyo externo en la realización de actividades, generalmente más instrumentales, puede influir en el sentimiento de sobrecarga y calidad de vida de los cuidadores informales. Por desgracia, las demoras de la administración pública en la asignación de servicios, o la preferencia por garantizar una compensación económica, no ha permitido que se haya podido realizar, ya que a fecha actual, ninguna de las familias dispone del servicio prescrito.

6.3 Conclusiones

La carga objetiva, vinculada a la severidad de la enfermedad (funcional, cognitiva y conductual) y el tiempo dedicado al cuidado, es decir, a cubrir las necesidades de la persona dependiente, difiere, según los resultados obtenidos, de la carga subjetiva, más relacionada con sentimientos y percepciones negativas experimentadas por parte del cuidador.

En este sentido, puede observarse que el tiempo dedicado al cuidado no es un factor determinante para la sobrecarga, no existiendo correspondencia entre las horas de cuidado ejercidas y el grado de sobrecarga (Camacho Estrada L. et al 2010 y García Cueto B, García Martínez C., 2017), generando un mayor porcentaje, en base al análisis de datos realizado, de horas dedicadas a las atenciones domésticas que a las tareas de atención personal, a pesar de que estas últimas generan mayor inversión de tiempo a la familia..

Por otra parte, a sobrecarga que produce el cuidado de una persona con diversidad funcional o dependencia, puede generar un en la mayoría de los casos un impacto negativo en todos los aspectos a la vida de las personas atendidas, sus familias y sus cuidadores en los ámbitos físicos, psicológicos, económicos, familiares, sociales, laborales. Este impacto directo sobre el cuidador principal, manifestado en sentimientos y emociones, puede repercutir de forma negativa sobre su salud, siendo numerosos los trabajos publicados en los que así lo reflejan, además del efecto dominó que produce, como el empeoramiento de la persona atendida. Es por ello que adquirir un mayor conocimiento sobre el grado de sobrecarga del cuidador principal es primordial, pudiéndose ver mejorada su salud a través de la implementación diferentes intervenciones (López Gil M.J. et al 2009, Pérez Peñaranda A.2006, Sancho Espinós P. et a 2014 y Tomás Aznar C. et al 2002) desde el ámbito social y sanitario.

Puede observarse una vinculación existente entre el grado de sobrecarga y la calidad de vida del cuidador, fenómeno complejo donde, aunque exista la tendencia consensuada de considerarla desde su carácter multidimensional, no hay unificación de criterios respecto a que variables influyen en esta o su asociación a unas características concretas del cuidador.

Quizás un análisis de corte transversal no sea el diseño óptimo para analizar los problemas relacionados con la dependencia ni la evolución de las diferentes dimensiones relacionadas con los cuidados.

El estudio longitudinal de cohorte, con los 26 casos que pasaron el Test Zarit, nos hubiese permitido analizar la evolución de las personas con problemas de limitación de autonomía personal y

sus cuidadores. Este segundo proceso de entrevistas, una vez puesto en marcha el SAD Dependencia hubiese sido un instrumento más eficaz para alcanzar un conocimiento integral, permitiendo plantear estrategias e intervenciones desde la administración pública encaminadas a cubrir las necesidades del cuidador.

En este sentido, matizar que por razones achacables a los retrasos en la asignación de servicios, o la “preferencia” por una compensación económica, ha imposibilitado realizar esta fase de investigación planteada en la metodología, ya que ninguno de los beneficiarios entrevistados, disfruta, a fecha de mayo de 2018, del Servicio de Ayuda a Domicilio para personas dependientes.

7 El Servicio de Ayuda a Domicilio en el contexto de los Servicios Sociales Municipales

7.1 Definición y concepto

La Ley de Dependencia refiere, en su art. 23, que *"El Servicio de Ayuda a Domicilio lo constituye el conjunto de actuaciones llevadas a cabo en el domicilio de las personas en situación de dependencia con el fin de atender sus necesidades de la vida diaria"*, ampliando en el Capítulo 1 art.1 de Disposiciones Generales de la Ordenanza de Zaragoza, que dicho servicio consiste en

"la prestación de una serie de atenciones y cuidados de carácter personal, doméstico y psicosocial a los individuos y unidades de convivencia en su domicilio cuando se hallan en situaciones en las que no sea posible la realización de sus actividades habituales, así como de apoyo a sus cuidadores".

Distintas variedades de servicios y prestaciones establecidos en la Ley de Dependencia, aunque de forma asistencial, ya se integraban en la Red de Servicios Sociales de las Comunidades Autónomas y Centros Municipales de Servicios Sociales CMSS, considerando relevante el reconocimiento del derecho de acceso a los recursos. Esto implica, a través de un procedimiento legislativo, la modificación o elaboración de Leyes de Servicios Sociales autonómicas, que supone la reorganización de servicios y prestaciones, como en el caso aragonés, donde por decreto 143/2011, de 14 de junio de 2011 por el Gobierno de Aragón, aprueba el Catálogo de Servicios Sociales, considerándolo como

"el instrumento a través del cual se materializa el derecho de las personas a acceder a los servicios sociales, reflejando el paso de un modelo de carácter asistencialista a otro de base garantista, que consolida un sistema público de servicios sociales de carácter universal y representa un salto cualitativo en la cultura de gestión, con una mejora en la calidad de las prestaciones y un incremento en la seguridad jurídica del conjunto de personas a las que afecta el presente"

No obstante, para poder acceder a estos servicios de la Comunidad Autónoma de Aragón, se requiere aplicación de un baremo establecido y regulado actualmente por el Real Decreto 174/2011, de 11 de febrero, por el que se aprueba el Baremo de Valoración de la situación de Dependencia²¹, y, posteriormente, la prescripción, en el Plan Individualizado de Atención (PIA), del recurso público idóneo, reconociendo, finalmente, la prestación o servicio al ciudadano beneficiario (Calvo Arcos,

²¹ y generador de resolución administrativa como persona dependiente,

2014), que en el caso de Zaragoza, será prestado por los Servicios Sociales Municipales²², por encomienda de gestión con el IASS.

Por otro lado, no es hasta el 10 de julio de 2009 cuando aparece publicada en el Boletín Oficial de Aragón la LEY 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón²³, en cuyo capítulo IV título III aparece el Catálogo de Servicios Sociales, que contiene los recursos públicos referidos, siendo ya, en el título II donde reflejará y definirá cada uno de los servicios públicos o prestaciones reflejadas, consistiendo los mismos en:

- Servicios de alojamiento permanente –Residencias.
- Centro de día asistencial.
- Centro de día ocupacional.
- Centro de noche.
- Servicio de ayuda a domicilio.
- Servicio de teleasistencia.
- Servicio de promoción de la animación comunitaria y de la participación.

Nos encontramos, en el anexo I “Índice de las prestaciones” en el punto 1 de “prestaciones de servicio”, apartado 1.1.2 el Servicio de Ayuda a Domicilio, objeto de investigación del presente trabajo,”

Este desarrollo legislativo desde la puesta en marcha de Ley de Dependencia, y su aplicación en la Comunidad Autónoma de Aragón, motiva una nueva redacción de la Ordenanza de la Ciudad de Zaragoza sobre Prestaciones Sociales Domiciliarias²⁴ (aprobado en Boletín Oficial de la Provincia de Zaragoza BOPZ nº 290, de 19-12-2009), que hasta ese momento daba respuesta a las situaciones de necesidad de apoyo domiciliario, generando la convivencia, en cuanto a tipologías y criterios de acceso, de diferentes servicios de atención domiciliaria.

²² A través de las empresas contratadas para ello por parte del ayuntamiento.

²³ Obtenido de http://aragonparticipa.aragon.es/sites/default/files/ley_de_servicios_sociales_de_aragon.pdf

²⁴ Dando respuesta al art. 15 de la ley de dependencia que, dentro del Catálogo de Servicios, incluye en el apartado c) el Servicio de Ayuda a Domicilio: i) Atención de las necesidades del hogar, y ii) cuidados personales

7.2 Tipología de servicios y características

La Ordenanza referida, regula las prestaciones sociales domiciliarias gestionadas por los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Zaragoza, actualizando las prescripciones técnicas y el Baremo²⁵ de acceso al SAD y Teleasistencia (Escala Lawton-Brody), que permite establecer un Servicio integral de Ayuda a Domicilio con dos vías de acceso: a) previa valoración de Escala Lawton; b) por situaciones de casusas sobrevenidas o programa de cargas familiares²⁶.

No obstante, partir de la encomienda de gestión entre Instituto Aragonés de Servicios Sociales y el Excmo. Ayto. de Zaragoza, en el año 2016, para la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio, se abre una tercera vía de acceso, previa prescripción en PIA.

A continuación se definen las diferentes modalidades, siendo incompatibles entre ellos:

SAD Preventivo (SAD P), dirigido a personas y unidades de convivencia con dificultades para la realización de actividades básicas por problemas de autonomía personal, que lo requieran de manera estable. (Mínimo de 2 horas y máximo de 6 horas, con posibilidad de prestación excepcional del servicio por periodos mínimos de 30 ó 45 minutos).

SAD Causas Sobrevenidas (SAD CS): Su objetivo principal es prestar apoyo temporal al cuidador, dada una situación de urgencia, en la realización de actividades básicas y acompañamientos, generalmente por razones psico-físicas del atendido o del cuidador.

SAD Cargas Familiares (SAD CF) (menores de 12 años): Su objetivo principal es prestar apoyo, al cuidador informal de un menor de 12 años, de forma temporal en la realización de acompañamientos y/o guardería, y generalmente, vinculado a procesos de inserción laboral o formativa del adulto.

SAD Dependencia (SAD D): Dirigido a personas que tengan prescrito el Servicio de Ayuda a Domicilio en su correspondiente PIA y sean derivado por el IASS para su alta en el servicio.

Así mismo, todos ellos, independiente de cuál sea su especificación o denominación, incluyen servicios de carácter personal y doméstico, como las Actividades Instrumentales de la Vida Diaria (AIVD), consistentes en el desarrollo de tareas habituales como cocinar, limpiar, lavar, planchar, hacer

²⁵ Consistente en la valoración de Escala Lawton Brody : se establece una puntuación para acceder al servicio de un mínimo de 16 puntos y un máximo de 26. Las personas solicitantes que no alcancen o superen dicha puntuación obtendrán una resolución negativa de su solicitud.

²⁶ Dos vías de acceso diferentes, pero que dada su similitud de funcionamiento, trataremos de forma conjunta

compras, etc., y las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), más relacionadas con el autocuidado, como levantarse/acostarse, realizar el aseo personal, vestirse,...

Específicamente, con respecto al SAD de Dependencia, la Ordenanza de la ciudad de Zaragoza establece que, para aquellas personas que accedan al Servicio de Ayuda a Domicilio de Dependencia, se atenderá a lo que la propia resolución determine. En concreto en lo referido al número de horas y horarios de prestación (art. 5.º); condiciones de admisión (art. 6.º); acceso al Servicio (arts. 8.º y 14.º); procedimiento (art. 9.º); documentación (art. 10.º); bajas (arts. 15.º y 16.º); modificaciones (art. 17.º) y tasas (art. 18.º).

7.3 Criterios de acceso

Nos enfrentamos a dos sistemas de acceso al Servicio de Ayuda a Domicilio, que gestiona el Ayuntamiento de Zaragoza, muy diferenciados.

Por un lado, el SAD Preventivo y/o SAD por Causas Sobrevenidas/Cargas Familiares, que dependen directamente de la prescripción del trabajador social del Centro Municipal de Servicio Sociales, por demanda o de oficio, y, por otro lado y de mayor complejidad en cuanto a los criterios de acceso, el SAD de Dependencia. Mientras que un servicio es propio del Ayuntamiento, y lo gestiona y presta según su propio reglamento, el SAD de Dependencia depende exclusivamente de la derivación del caso, desde la Comunidad Autónoma, a través del IASS

La Comunidad Autónoma, desde el origen de la Ley de dependencia, busca fijar las condiciones básicas del ejercicio del derecho reconocido, por lo que las intensidades de protección y el régimen de compatibilidad de los servicios y prestaciones económicas vienen requiriendo de una labor de desarrollo legislativo, que pasamos a desarrollar.

En consecuencia, en el caso de la Comunidad Autónoma de Aragón, se aprobó la **Orden de 7 de noviembre de 2007, del Departamento de Servicios Sociales y Familia**, por la que se regulaba y concretaba los requisitos o condiciones de acceso a los servicios y prestaciones económicas, así como las intensidades de los distintos servicios o cuantía de las prestaciones económicas, viéndose afectadas por importantes cambios normativos, tanto autonómicos como estatales.

La posterior **Ley 5/2009, de 30 de junio, de Servicios Sociales de Aragón**, que promueve y garantiza un Sistema Público de Servicios Sociales, desarrolla y aprueba posteriormente, mediante el **Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, el Catálogo de Servicios Sociales**, en el que se determinan las prestaciones propias del Sistema Público de Servicios Sociales, incluyendo el Servicio de Ayuda a Domicilio, entre otros.

El **Real Decreto Ley 20/2012, de 13 de julio, de medidas para garantizar la estabilidad presupuestaria y de fomento de la competitividad**, introdujo novedades como el establecimiento de una nueva estructura de grados de dependencia, un nuevo régimen común de incompatibilidades de prestaciones y servicios, y un nuevo sistema de intensidades de protección de los servicios, reduciendo el número de horas de SAD al que tenían derecho las personas con resolución de grado de dependencia.

En la actualidad, la **ORDEN de 24 de julio de 2013, del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia**, por la que se regulan las prestaciones del Sistema para la Autonomía y

Atención a la Dependencia, la capacidad económica de los beneficiarios y su participación en el coste de los servicios, en la Comunidad Autónoma de Aragón, recoge los requisitos de acceso a servicios y prestaciones de dependencia, determinando su contenido e intensidad de protección, así como su régimen de incompatibilidades.

En su **Capítulo II**, de Prestaciones de servicios y económicas, artículo 11, punto 3, sobre la intensidad del Servicio de Ayuda a Domicilio especifica que la intensidad del servicio de Ayuda a Domicilio de dependencia estará en función del Programa Individual de Atención (PIA) y se determinará en número de horas mensuales de servicios asistenciales, mediante los siguientes intervalos según el grado de dependencia:

- Grado III. Gran Dependencia (Entre 46 y 70 horas/mes): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD varias veces al día y, por su pérdida total de autonomía física, mental, intelectual o sensorial, necesita el apoyo indispensable y continuo de otra persona o tiene necesidades de apoyo generalizado para su autonomía personal.
- Grado II. Dependencia severa (entre 21 y 45 horas/mes): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD dos o tres veces al día, pero no requiere el apoyo permanente de un cuidador o tiene necesidades de apoyo extenso para su autonomía personal.
- Grado I. Dependencia moderada (Máximo de 20 horas/mes): cuando la persona necesita ayuda para realizar varias ABVD, al menos una vez al día o tiene necesidades de apoyo intermitente o limitado para su autonomía personal.

Debiendo diferenciar en el PIA, según el punto 4, las horas de ayuda a domicilio destinadas a cubrir necesidades domésticas o del hogar, de las dirigidas a paliar las necesidades de atención personal para abordar las actividades de la vida diaria.

En este sentido, en su capítulo III, se estipula un régimen de incompatibilidades entre prestaciones (art 21), en el cual especifica la compatibilidad des SAD de Dependencia con el Servicio de Teleasistencia así como con los servicios de estancia diurna y nocturna, cuando éste sea necesario para que la persona dependiente pueda acceder a los citados servicios, permitiendo una mejora en la atención domiciliaria.

8 El Servicio de Ayuda a Domicilio en Zaragoza (análisis años 2016-2017)

8.1 Introducción

Los Servicios Sociales del Ayuntamiento de Zaragoza, tienen subdividido el territorio en tres sectores de atención, denominados Unidades Territoriales, existiendo dos empresas diferentes, contratadas por el ayuntamiento, para prestar el Servicio de Ayuda a Domicilio, en cualquiera de sus modalidades, SARquavitae (Unidad Territorial I y III) y Clece (Unidad Territorial II)

- Unidad Territorial I: corresponde a la zona suroeste de la ciudad y comprende los barrios limítrofes de Almozara, Barrios Rurales Oeste (donde se incluye Miralbueno, Garrapinillos, Monzalbarba, Alfocea, Casetas, Santa Fe y Villarrapa), Casablanca, Delicias y Universidad.
- Unidad Territorial II: Santa Isabel, San José, Las Fuentes, La Jota, Centro, Barrios Rurales Norte, Arrabal y Actur.
- Unidad Territorial III: Magdalena, San Pablo, Oliver y Valdefierro.

Para poder realizar un análisis de la población atendida en el Servicio de Ayuda a Domicilio, nos basaremos en los datos reflejados en las memorias, descriptivas de la actuación, que ambas empresas entregan anualmente al ayuntamiento, teniendo en cuenta distintas variables como número de titulares y beneficiarios, frecuencia de atención, prestaciones recibidas, los sectores de población y las características de los usuarios.

Así mismo, para poder evaluar los procesos de calidad empleados por las empresas que prestan el servicio analizaremos las incidencias producidas durante el año, la gestión y coordinación del Servicio en cuanto a los profesionales que llevan a cabo atención domiciliaria y el seguimiento que se realiza a los usuarios.

Este estudio nos permitirá evaluar el Servicio de Ayuda a Domicilio en Zaragoza, desde una perspectiva global, realizando, por otro lado, una comparativa entre los servicios tradicionales y el nuevo SAD de Dependencia generado por encomienda con el IASS desde el año 2016.

Para lograr este fin, realizaremos un estudio comparativo de las memorias presentadas referentes a los años 2016 y 2017, lo que nos permitirá, en un apartado más adelante, disponer de conocimientos suficientes para abordar un trabajo de investigación de campo, concretamente con los beneficiarios del SAD de Dependencia del barrio Oliver.

8.2 Situación socio-demográfica

8.2.1 Evolución por número de usuarios.

El Servicio de ayuda a Domicilio de la Dependencia, se pone en marcha en Agosto de 2016, prestándose de manera simultánea con el resto de tipologías de atención domiciliaria. Se observa un continuo crecimiento de la demanda, por lo que el número de usuarios así como las horas prestadas aumentan mes a mes.

En la siguiente tabla podemos ver la evolución anual comparada por zona del servicio y tipología del mismo.

Tabla 3: Usuarios atendidos según tipología SAD y zona geográfica de Zaragoza

Usuarios atendidos	ZONA I		ZONA II		ZONA III	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Clasificación por tipo de prestación domiciliaria						
SAD Dependencia	236	675	241	692	54	151
SAD Causas Sobvenidas	237	187	341	270	45	48
SAD Preventivo	1823	1834	2680	2654	919	921
TOTAL	2296	2696	3262	3616	1018	1120

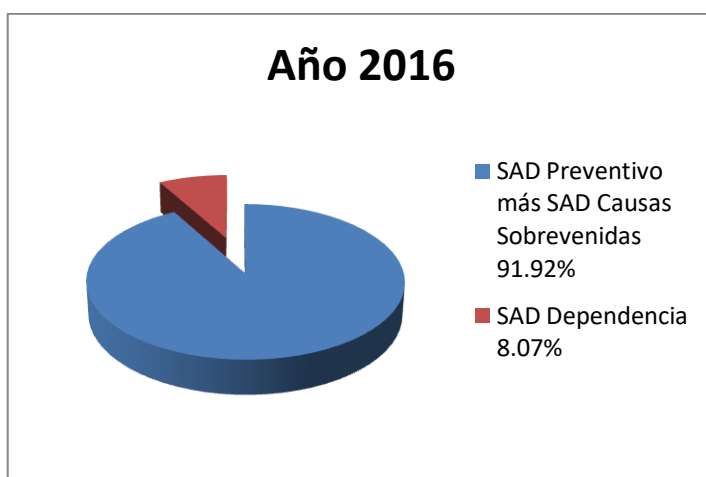
Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

Podemos observar como el número de usuarios o núcleos familiares atendidos, de un año a otro, se incrementa en 856 nuevos usuarios a nivel general, mientras que altas nuevas en SAD Dependencia son 987. Esta diferencia se debe principalmente a las derivaciones entre programas.

No obstante, como se puede apreciar, se produce un mayor incremento porcentual de personas dadas de alta en el Servicio de SAD Dependencia, es decir, usuarios de SAD preventivo han pasado a ser atendidos desde Dependencia.

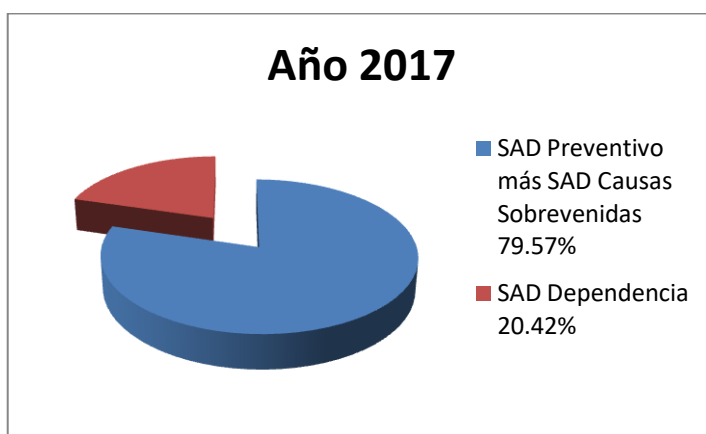
A continuación en los gráficos presentados, se muestra el número de usuarios que reciben el SAD de Dependencia, en una comparativa anual, con respecto al resto de servicio

Gráfica 11: Porcentaje de Usuarios según tipología SAD años 2016



Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

Gráfica 12: Porcentaje de Usuarios según tipología SAD años 2017



Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

A lo largo de este periodo se han dado de alta a un total de 1518 dependientes. Si analizamos las cifras en función del número de altas nuevas por año, observamos que el mayor número de altas en el año 2017, debido, principalmente, a que durante 2016 se comenzó a prestar el servicio durante el mes de agosto. Los datos muestran una evolución ascendente, debido al aumento en la recepción de casos desde la puesta en marcha del servicio, cuya previsión, acorde a los compromisos adquiridos en la encomienda de gestión, es que se mantenga esta dinámica positiva.

El número de personas atendidas está ligado al número de horas de atención mensual. Estas están sujetas, en el caso los usuarios derivados del programa SAD Dependencia, unas concedidas fijas

de carácter mensual en función del Grado que tienen reconocido y prescrito en el Plan de Individual de Atención, recibiendo un servicio específico de un tercio de las horas de Atención Personal y dos tercios de Atención Doméstica, en el caso de Grado I, y al revés, en el resto de Grados.

- En grado I, se conceden 8 horas mínimas al mes²⁷ (hasta un máximo de 20 horas mensuales), de las cuales, 5 son las horas dedicadas a la atención doméstica.
- En grado II, se conceden 21 horas mínimas al mes (hasta un máximo de 45 horas mensuales), siendo 7 las horas máximas de atención doméstica.
- En grado III, son concedidas 46 horas mínimas al mes (hasta un máximo de 72 horas mensuales), de las cuales, 15 horas son de atención doméstica.

Por el contrario, en el caso del resto de servicios, varían tanto las horas como las tareas realizadas, en función del diagnóstico de necesidades que pueda hacer, en cada momento, el Trabajador/a Social del Programa de Autonomía y Cuidados del CMSS

Esta frecuencia semanal, anteriormente referida, con la que se acude a cada domicilio varía en función del grado que tengan concedido y de las características específicas de los usuarios, teniendo en cuenta sus circunstancias de salud, familiares, sociales y las necesidades que de estos factores se derivan.

Agrupándolos en función del número de días a la semana que se presta el servicio, más de la mitad de los usuarios que se atienden tienen **un día** por semana 56,9%, seguidos 15,86% por los usuarios que se les atiende **dos días** por semana. El porcentaje de usuarios con **tres días** a la semana es de 11,72%. Los servicios que se prestan entre **cuatro, cinco y seis** días a la semana corresponden en su gran mayoría a usuarios de Grado II / III y suponen un porcentaje 1,72 %, 12,41% y 1,38 respectivamente.

8.2.2 Distribución por sexo y edad.

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS), la expectativa de vida ha crecido de forma generalizada, siendo las mujeres las que tienen una vida más prolongada. Esta apreciación se constata en los datos que se desglosan por programas, siendo mayor el número de mujeres atendidas y concentrándose los usuarios en los rangos de mayor edad.

²⁷ Las modalidades mínimas, es decir, 8h-21h-46h, se configuran como un bloque gratuito en el caso de la Comunidad Autónoma de Aragón, siendo el beneficiario quien puede solicitar la ampliación de horas, con la peculiaridad de que tendría que realizar un copago desde la primera hora de atención si elige esta modalidad.

Tabla 4: Usuarios atendidos en SAD Zaragoza según sexo

Usuarios atendidos	ZONA I		ZONA II		ZONA III	
	2016	2017	2016	2017	2016	2017
Clasificación por tipo de prestación domiciliar						
SAD Dependencia	236	675	241	692	54	151
SAD Causas Sobvenidas	237	187	341	270	45	48
SAD Preventivo	1823	1834	2680	2654	919	921
TOTAL	2296	2696	3262	3616	1018	1120

Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

En referencia a la distribución por edad de las personas atendidas, el creciente envejecimiento de la población y el objetivo de generar una mayor independencia y autonomía de las personas mayores en su propio domicilio, refleja que sean los mayores de 65 años los más representados, siendo tan sólo un 5.42%, por debajo de esta edad, usuarios del servicio.

Tabla 5: Usuarios atendidos SAD Zaragoza según edad

	ZONA I	ZONA II	ZONA III
Edades de los usuarios			
% > de 84 años	55,57	53,27	51,29
% titulares 84-80	25,73	20,54	24,56
% titulares 79-75	9,40	9,56	9,70
% titulares 74-70	3,32	5,09	6,91
% titulares 69/65	2,08	4,31	2,99
% titulares <64	3,91	7,83	4,54

Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

Así mismo, se pone de manifiesto un aumento en la esperanza de vida de las personas como consecuencia en la mejora de la calidad de vida. Se configura como en núcleo que mayor atención

recibe los mayores de 84 años, aportando el 53.37 % de los servicios prestados, dato observable en la tabla presentada.

8.2.3 Tipología de usuarios.

Los usuarios/as de las distintas modalidades de SAD se pueden sistematizar en cuatro tipologías diferenciadas. No obstante existe la coincidencia, en la mayoría de casos, de factores relacionados con la salud, el ámbito social, la perspectiva de género, etc, interrelacionados entre sí, y que afectan mayormente a los colectivos más vulnerables

- **Mayores:** Usuarios mayores de 65 años que, dado su proceso de envejecimiento, necesitan de ayuda para las actividades y tareas más habituales.
- **Discapacidad:** De carácter físico, psíquico, sensorial e intelectual o mental. Debido a su diversidad funcional necesitan de ayuda y apoyo.
- **Menores y familia:** Usuarios que se incluyen en el programa de Cargas Familiares principalmente o menores con dependencia.
- **Población en general:** Unidades familiares en la que cada uno de sus miembros requiere de diferentes atenciones que se le ofrecen desde el servicio o situaciones de carácter sobrevenido y acciones finalistas

Tabla 6: Usuarios atendidos SAD Zaragoza según tipología

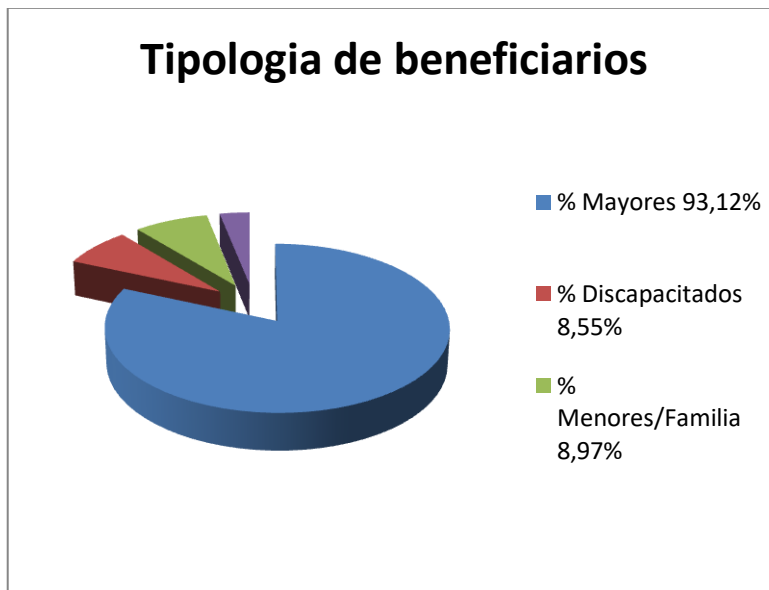
	ZONA I	ZONA II	ZONA III
% Mayores	96,09	87,84	95,45
% Discapacitados	1,39	4,68	2,48
% Menores/Familia	1,63	6,41	0,93
% Población General	0,89	0,84	1,14

Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavita

En las cuatro tipologías referidas, a excepción de programas de cargas familiares, se dan unas condiciones básicas en las que los beneficiarios de servicio, persona con diversidad funcional o

cuidador, necesitan de apoyo para realizar las actividades básicas de la vida diaria de forma temporal o permanente.

Gráfica 13: Porcentaje de beneficiarios de SAD según su tipología



Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavita

Como se puede observar en la tabla, la tipología con mayor porcentaje de personas atendidas es la de “Mayores” despuntando, claramente, con respecto al resto, con un 93.12% usuarios/as atendidos.

8.2.4 Distribución de tareas.

La Orden de 29 de Abril de 2013 del Departamento de Sanidad , Bienestar Social y Familia de desarrollo del Servicio de Ayuda a Domicilio y Teleasistencia, en su Capítulo II, Artículos 7,8,9 y 10 articula las diferentes modalidades de prestaciones, Así distingue entre actividades de atención personal, atención doméstica, apoyo al cuidador y servicios complementarios.

Tabla 7: Porcentajes de atención en SASD Zaragoza según tareas asignadas

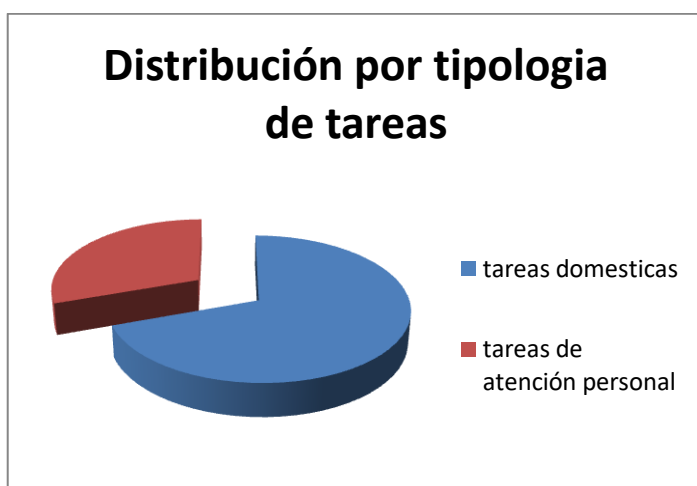
	ZONA I	ZONA II	ZONA III
Atención necesidades domésticas			
% prestaciones de limpieza	49.3	32.64	66.37
% prestaciones lavado y repaso de ropa	2,18	0.46	1,34
% prestaciones compras y cocinado	22,37	19.01	14,24
	73.85	52.11	81.95
Atención personal			
% alimentación vestimenta	0,00	0.7	0,00
% Movilizaciones	2,13	2.6	2,68
% prestaciones aseo personal	14,20	10.83	8,53
% prestaciones gestiones y acompañamientos	8,02	29.65	6,91
% prestaciones compañía y entretenimiento	0,40	4.07	0,93
	24.75	47.85	18.21

Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

Las tareas de Atención Doméstica, que representan un 69.30% de las horas prestadas, van dirigidas principalmente en los usuarios de Grado I y está dirigido fundamentalmente a personas que disponen de cierto grado de autonomía personal. Por el contrario, las tareas de Atención Personal, un 30.27%, van dirigidas principalmente a personas con un grado de autonomía más limitado.

A continuación realizamos una representación grafica de los resultados diferenciales entre tareas instrumentales o de atención personal.

Gráfica 14: Intervención domiciliaria según tipología de tareas



Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavita

Este tipo de servicio constituye un apoyo fundamental, dentro un núcleo familiar, en el cuidado de personas con diversidad funcional, reduciendo en mayor o menor medida la sobrecarga sentida por el cuidador principal. Así mismo, se observa como la realización de tareas instrumentales, como la limpieza del domicilio, son más demandadas y utilizadas por las personas dependientes y sus cuidadores, realizando funciones de acompañamiento y vigilancia, con mayor frecuencia, la propia familia.

8.3 Gestión de Sistemas de Calidad

8.3.1 Introducción.

Desde los Servicios Sociales del Ayuntamiento, se apuesta por un Modelo de Intervención basado en priorizar las necesidades del usuario y/o familia, implementando medidas que favorezcan su participación, con el objetivo de lograr su máxima satisfacción con el servicio prestado.

Para lograr este fin, se debe prestar un Servicio Individualizado, centrado en la persona, teniendo como objetivo prioritario su atención en el domicilio, pero sin perder de vista el continuo desarrollo de un Sistema de Gestión que cubra aspectos relacionados con la calidad, el medio ambiente, la innovación y la seguridad de la información, aspectos que figuran como pilares básicos en los principios de las dos empresas subcontratadas por el ayuntamiento de Zaragoza.

Ambas empresas, deben presentar una Memoria Anual, en la que se analizan diferentes variables como son la población atendida, frecuencia de atención, prestaciones recibidas y las características de los usuarios. Así mismo, de cara a su evaluación posterior, deben dejar recogida todas las incidencias del Servicio producidas año, la gestión y coordinación en cuanto a profesionales, el seguimiento que se realiza a los usuarios, y la coordinación con el Ayuntamiento.

Con el fin de asegurar la calidad en la prestación del servicio, tanto SARquavitae como Clece cuentan con las certificaciones de sistema de calidad través de las Normas Internacionales UNE-EN-ISO 9001 "Sistemas de Gestión de la Calidad", UNE-EN-ISO 14001 "Sistemas de Gestión Ambiental" y UNE 158101/201/301 "Servicios para la promoción de la autonomía personal", en servicios de ayuda a domicilio., garantizando el cumplimiento de los requisitos exigidos en la prestación del servicio a través de auditorías continuas

La empresa Clece, además, en un proceso de involucración con la sociedad, con las personas y con el medio ambiente, desde octubre de 2009, cuenta con la certificación en base a la Norma SA 8000 de Responsabilidad Social

Estas certificaciones garantizan una actuación conforme a las normas establecidas. La implantación de un Sistema de Calidad, ajustado a las necesidades y requerimientos establecidos para la prestación del SAD, permite analizar resultados obtenidos de los sistemas de evaluación, informes de auditorías, encuestas de satisfacción, sugerencias, reclamaciones, que permiten evaluar y adelantarse, en la respuesta, a las necesidades sociales.

SARquavitae

Servicio de Ayuda a Domicilio SAD Zaragoza

Servicio auditado y certificado de acuerdo a las normas:



Clece



Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

8.3.2 Procesos de coordinación.

La coordinación es observada como un aspecto fundamental sobre el que se basa el buen funcionamiento del servicio, existiendo, por ello existen tres niveles de coordinación

Coordinación externa

La coordinación con los Servicios Sociales Municipales es continua y se da a través de diferentes vías que a continuación pasamos a detallar:

- *Diariamente* a través de las llamadas telefónicas, correo electrónico y la remisión, por parte de la empresa del Parte de Incidencias Diarias.
- Mensualmente a través de las reuniones de coordinación entre el Trabajador Social del CMSS del Ayuntamiento y la Trabajadores Sociales de la empresa
- En las visitas realizadas conjuntamente ante incidencias o casos puntuales a resolver o

valorar.

- Reuniones periódicas con los responsables de los Servicios Sociales Comunitarios del Ayuntamiento de Zaragoza

Coordinación interna

Ambas empresas refieren una coordinación interna entre el Jefe de Servicio, las Coordinadoras Generales y los/las Trabajadores/as Sociales de las empresas a través del contacto diario y de reuniones mensuales de seguimiento, organización, control y resolución de incidencias del servicio. Sin embargo, el mayor peso de la coordinación interna viene dado por el profesional que más directamente tratan con el usuario, la auxiliar de Ayuda a Domicilio y por tanto las que mejor conocen y detectan sus necesidades.

La coordinación que se establece entre Trabajadores sociales y Auxiliares constante, y tiene también distintos cauces:

- Diariamente a través de los contactos telefónicos, para informar de incidencias. In situ a través de acompañamientos a los domicilios.
- Reuniones de coordinación con las auxiliares para tratar temas relativos a la evolución de los usuarios, normas del servicio, etc.
- Reuniones individuales para explicarles las características y peculiaridades del Servicio, puesta en marcha y desarrollo del mismo.

Coordinación con los usuarios del servicio

La coordinación con los usuarios del SAD también resulta fundamental, manteniendo un contacto con ellos continuo, mediante dos sistemas habituales:

- Contacto telefónico habitual desde la oficina de atención al usuario para comunicar alguna incidencia
- Las visitas domiciliarias(visita de presentación del servicio, de seguimiento o de resolución de conflictos) que permiten obtener información directa sobre la situación de los usuarios, a vivienda, el grado de autonomía personal, situación familiar y social, así como su grado de satisfacción respecto al servicio prestado y la detección de necesidades. Así mismo, las visitas realizadas quedan reflejadas en los partes de incidencias y son entregados a los Centros Municipales.

8.3.3 Estudio estadístico de incidencias.

Propias del Servicio

Podemos destacar como incidencias propias del Servicio de Ayuda a Domicilio las Altas Nuevas, las Bajas Definitivas, las Bajas Temporales y las incidencias técnicas o de gestión. Día a día se generan multitud de circunstancias que conllevan una reprogramación de la actividad, generando la modificación o alteración del funcionamiento del Servicio

Bajas Temporales:

- **Baja temporal programada:** Según consta en las memorias estudiadas, son las incidencias que suponen mayor porcentaje y mayor gestión en el servicio. Generalmente son programadas por la familia, como en el caso de época estival o ingresos preventivos residenciales²⁸, pero también pueden ser por causas sobrevenidas que conlleven un ingreso temporal hospitalario.
- **Ausencias de usuarios:** vienen dadas mayormente por una ausencia puntual N.A.P (no abre puerta), es decir, el auxiliar acude al domicilio a prestar servicio el día establecido y el usuario no responde, generalmente por razones vinculadas al estado de salud, desorientación horaria o, en alguno de los casos, a ingresos hospitalarios por urgencia, y que corresponden al progresivo deterioro de la salud, siendo más notorio en los mayores de 85 años

Bajas definitivas

Se corresponde con el cese definitivo de la prestación domiciliaria, por alguno de los motivos que contempla la Ordenanza Municipal, y que a continuación se detallan:

- Finalización del período de la concesión del servicio.

²⁸ Las horas no prestadas del servicio SAD Preventivo, producidas por las bajas temporales programadas, se designan para reforzar a otros usuarios/as del mismo CMSS, del servicio SAD Preventivo, que necesiten mayor apoyo y aumentando así sus horas de atención semanal de forma temporal.

- Superar los tres meses por año natural una baja temporal del servicio, excepto por ingreso hospitalario debidamente acreditado.
- Incompatibilidad con otra prestación o servicio, que esté así establecida en el desarrollo del Sistema para la Autonomía personal y la Atención de la Dependencia.
- Fallecimiento o ingreso definitivo del usuario en establecimiento residencial.
- Traslado del domicilio fuera del término municipal de Zaragoza.
- Cambio de domicilio en el que no se requiera la prestación de los servicios.
- Cambio de circunstancias en las que no se requiere la prestación del servicio.
- Resolución de un expediente sancionador con resultado de una baja definitiva.
- A petición del interesado.

Nuevas altas:

Se corresponde con la atención de la prestación domiciliaria a un nuevo usuario del servicio, en cualquiera de las tres modalidades referidas anteriormente, SAD Dependencia, SAD por Causas Sobrevenidas o SAD Preventivo

En la siguiente tabla se muestran las altas nuevas frente a las bajas definitivas que han experimentado en una comparativa bianual. El número de altas y bajas no coincide siempre, puesto que las horas de atención semanales de los usuarios de baja definitiva, pueden dar lugar a la alta nueva de varios usuarios o al aumento de horas semanales de servicio ya en alta.

Tabla 8: Altas y bajas SAD Zaragoza

	AÑO 2016			AÑO 2017		
	SAD P+CS	SADD	TOTAL	SAD P+CS	SADD	TOTAL
Usuarios atendidos	6171	531	6702	5914	1518	7432
Número de altas definitivas	1035	423	1458	1076	886	1962
Número de bajas definitivas	1017	7	1024	992	359	1351

Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

8.3.4 Otras incidencias.

Por Reajuste Mensual

Desde la implementación del SAD Dependencia, existe un elevado porcentaje de incidencias que repercuten directamente en el desarrollo del servicio debido, principalmente, a la asignación de horas mensuales concretas, que obliga a un ajuste mensual del servicio en función de su distribución semanal. Bien es cierto que en el resto de servicios, esta situación también conlleva reajustes puntuales, debido a días festivos, etc., no obstante, en el SAD Dependencia es de obligado cumplimiento dado el requisito de prestar las horas mensuales asignadas en el PIA.

Aumentos y Disminuciones de horas: las horas semanales asignadas a un usuario pueden verse modificadas, previa prescripción del Trabajador social del CMSS correspondiente, para adecuarse a las nuevas circunstancias de la situación del usuario o su núcleo convivencial.

Por cambios de auxiliar que se originan por las incidencias propias del absentismo laboral (bajas, disfrute de vacaciones y permisos) así como de cambios definitivos realizados por incompatibilidad con la auxiliar asignada.

8.3.5 Sugerencias, agradecimientos, reclamaciones.

Estudiados los datos aportados en las memorias, se observa como la empresa SARquavitaie, en “un intento constante por garantizar un modelo de gestión y atención basado en la calidad” implementó la aplicación **SARbox**, sistematizando informáticamente los datos recibidos con respecto a reclamaciones, sugerencias y agradecimientos

Esta información es utilizada como orientación en la valoración y aplicación de mejoras, generando un protocolo de actuación en el que se señala la acción a seguir en cada caso y la persona responsable de dicha acción, todo ello supervisado por la Dirección de Área.

Como datos reseñables destacan 21 reclamaciones, 11 sugerencias y 202 agradecimientos, recogidas mediante la transmisión verbal o durante las visitas domiciliarias realizadas, siendo mayormente el beneficiario del servicio quien las realiza.

Tabla 9: Tratamiento de quejas

	Presentación		Emisor		
	verbal	visita	usuario	familia	trabajadores
Reclamaciones	61.9%	38.1%	48%	33%	0%
Sugerencias	73%	27%	37%	27%	27%
Agradecimientos	67.82%	30.20%	58.91%	38.61%	0%

Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

Destacar, que las reclamaciones vienen generadas principalmente por la actitud del auxiliar o dejación de tareas, las propuestas hacia la modificación de horarios y distribución de tareas y, por último, los agradecimientos, por la labor realizada por los profesionales

8.4 Encuestas de satisfacción

A fin de poder conocer las posibles áreas de mejora en el programa, es necesaria la participación y valoración de usuarios y trabajadores, considerando como herramienta fundamental la realización de encuestas dentro de un plan de calidad.

Por ello, cada año se utilizan encuestas internas de satisfacción, en las cuales se conoce el grado de bienestar de los usuarios y el rendimiento de los procesos internos, contribuyendo a la evaluación e implantación de acciones correctivas y de mejora continua.

La encuesta de calidad diseñada e incorporada a la memoria anual, para tal efecto, por parte de la empresa Clece, consta de un total de siete preguntas, a valorar del 0 al 10, siendo el 0 el valor que muestra menor satisfacción y 10 el valor que indica el mayor grado de satisfacción.

Para el desarrollo del cuestionario telefónico, se selecciona una muestra aleatoria, del 30% del usuarios/as de SAD preventivo, SAD por causas sobrevenidas y SAD dependencia de cada barrio de la Zona II del Ayuntamiento de Zaragoza, que tendrán que responder a las siguientes cuestiones:

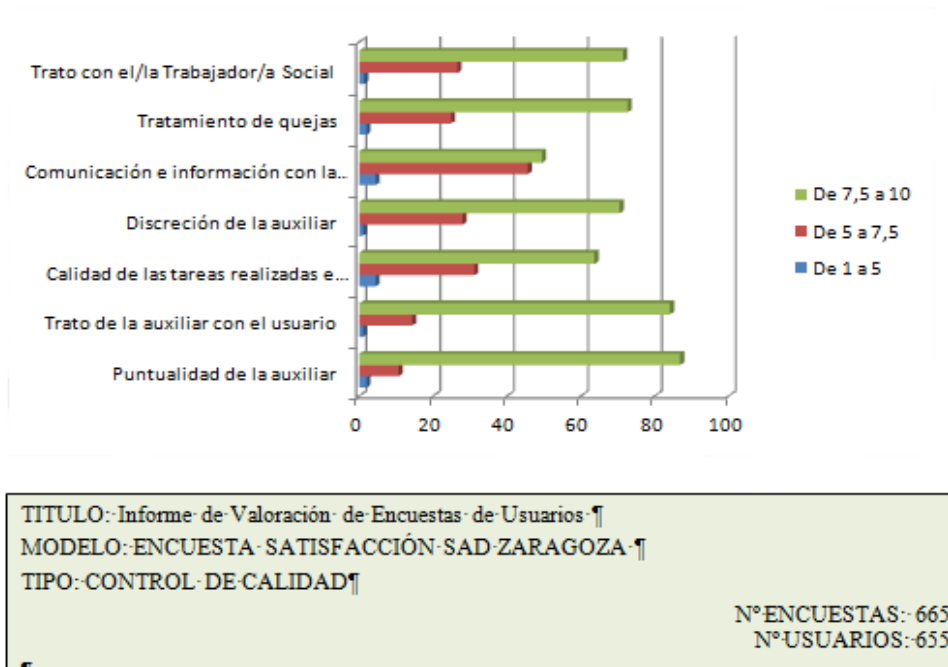
- Puntualidad de la auxiliar (tener en cuenta la hora de entrada y salida)
- Trato de la auxiliar con el usuario(trato amable, respetuoso, con el usuario y otros familiares)
- Calidad de las tareas realizadas e iniciativa de la auxiliar (tareas: limpieza, acompañamiento, cocina, etc.)
- Discreción de la auxiliar (prudencia en sus comentarios, no trata temas de otros usuarios)
- Comunicación e información con la empresa (se atienden sus propuestas y necesidades con agilidad)
- Tratamiento de quejas
- Trato con el/la Trabajador/a Social (relación de profesionales de ayuda, solución de problemas del servicio o necesidades del usuario)

Por otro lado, para completar el análisis del índice de satisfacción global del usuario, se tendrá en cuenta el cuestionario respondido por el 30% de los/as Auxiliares de Ayuda a Domicilio, contestado

de forma aleatoria, y que también consta de siete preguntas

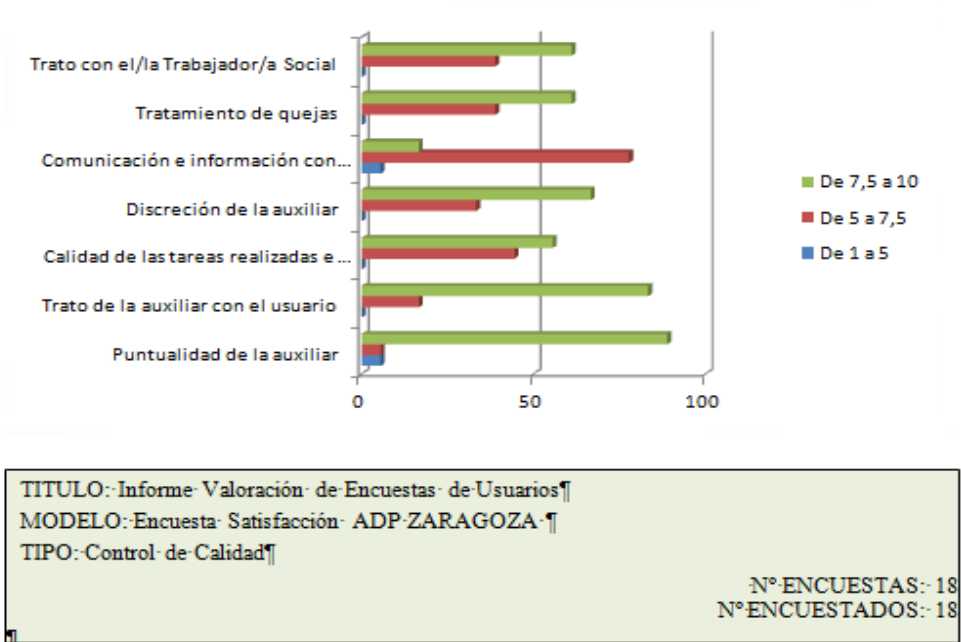
- Comunicación con la empresa
- Comunicación entre la auxiliar y su coordinador/a
- Formación realizada por la empresa
- Los servicios que se prestan al usuario son suficientes
- Material e instrucciones entregados al inicio del servicio
- Tratamiento de quejas e incidencias de la auxiliar
- Trato que recibe del usuario

Gráfica 15: Valoración de Encuestas de Usuarios SAD Zaragoza



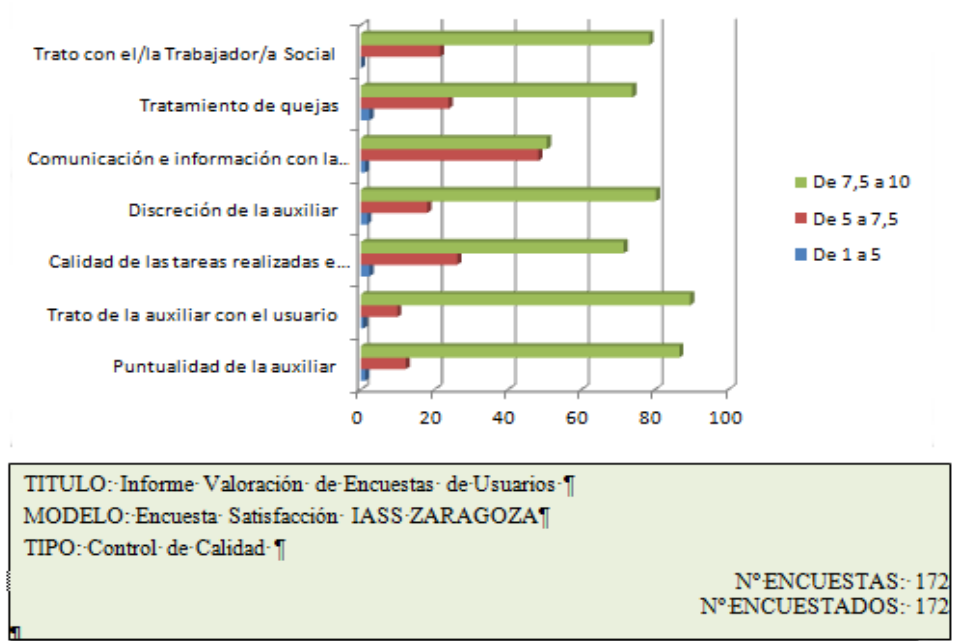
Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

Grafica 16: Valoración de Encuestas de Usuarios SAD CS Zaragoza



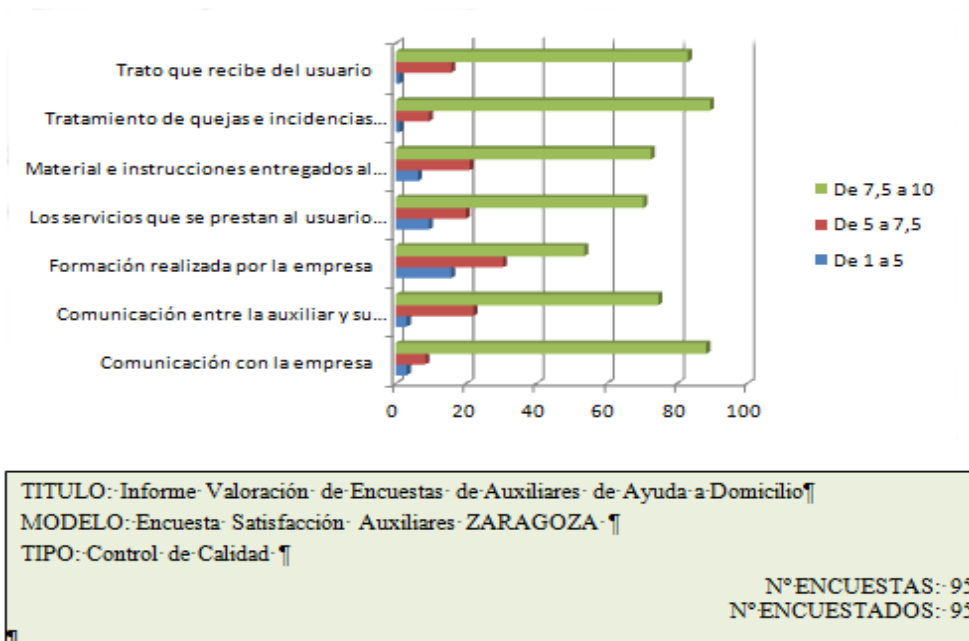
Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

Gráfica 17: Valoración de Encuestas de Usuarios SAD Dependencia Zaragoza



Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

Gráfica 18: Valoración de Encuestas de auxiliares SAD Zaragoza



Fuente: Elaboración propia a partir las memorias anuales de Clece y SARquavitae

8.4 Conclusiones

Aun cuando la ley contempla todo lo contrario, una consecuencia no prevista del sistema de dependencia es, por el efecto de la crisis, la sostenida prevalencia de las prestaciones económicas compensatorias que se previeron de manera excepcional, afectando negativamente a las expectativas tanto de quienes pensaban que se reforzarían y aumentarían significativamente los servicios y la empleabilidad en este área, como los de quienes veían una liberación de las mujeres cuidadoras.

No obstante, y a pesar de esta dinámica, se observa como en estos dos últimos años se ha incrementado el número de casos, de un año a otro, de personas con resolución de dependencia que comienzan a recibir un servicio domiciliario, lo que nos lleva a preguntarnos si realmente, las empresas contratadas por el ayuntamiento de Zaragoza, están prestando un servicio con la calidad necesaria.

Del estudio de las diferentes memorias de las empresas contratadas, podemos observar unos datos cuantitativos y cualitativos que os llevan a concluir que cumplen con la normativa en cuanto a Certificaciones de Calidad se refiere, realizando las diferentes tareas de atención personal y domiciliarias, así como la coordinación y seguimiento de los usuarios del servicio.

No obstante, puede observarse una reducción drástica en cuanto a las visitas de seguimiento, por parte de las coordinadoras de servicio, visible en ambas empresas, achacable, según entrevista abierta con las responsables, a una sobrecarga laboral de trabajo, debido principalmente a el aumento de casos (en todos ellos requieren de una visita inicial) y al ajuste mensual de horas que requiere el SAD de Dependencia²⁹, lo que influye, en mayor o menor medida, en que las sugerencias o quejas se produzcan principalmente por vía telefónica.

No obstante, de las entrevistas de la empresa Clece³⁰ se detrae un alto grado de satisfacción de los beneficiarios, pudiendo concluir que se presta un servicio de calidad, desde un punto de vista basado en los enfoques de la fabricación y el servicio.

²⁹ La situación que genera que las personas con servicio de dependencia tengan un número de horas de atención mensual, en vez de semanal, requiere un reajuste todos los meses, en función de que tenga cuatro o cinco semanas el mes.

³⁰ Hacemos referencia a ellas, dado que en las memorias estudiadas de SARquavitae no aparecen entrevistas realizadas.

9 El SAD Dependencia en el barrio Oliver de Zaragoza

9.1 Introducción

Como ya se ha comentado anteriormente, la “calidad” consiste principalmente, según Garvin (1984), en alcanzar el más alto grado de satisfacción posible del usuario con el servicio prestado, debiendo tener presentes unas necesidades y expectativas previas. No obstante, y de cara a realizar un proceso de evaluación de la calidad, este mismo autor matiza una serie de enfoques y dimensiones que se deben tener muy presentes.

En este marco, lo complejo de un servicio como el analizado, es la diversificación del mismo, dado que se enfoca directamente en función de la persona dependiente que se atiende, debiendo prescribir, con suma claridad y concreción, las diferentes actividades y tareas a desarrollar, dentro de un Plan individualizado de Atención, buscando, en mayor o menor medida, el aumento de autonomía personal en el propio domicilio, evitando, así mismo, una institucionalización temprana.

A diferencia del SAD Preventivo, dirigido a un colectivo de personas autónomas que con un día o dos a la semana de atención (entre dos y cuatro horas de servicio) pueden desarrollar una vida normalizada, el servicio prestado a las personas dependientes requiere de una asignación de horas e intensidades individualizadas en función del grado de dependencia y del tipo de patología que la motiva, necesitando de apoyos familiares o recursos complementarios como la teleasistencia.

Una correcta valoración de las necesidades del usuario, que permita prestar una atención eficaz al tiempo que una labor preventiva y rehabilitadora, la cercanía de los profesionales, generadora de seguridad y una intensidad de cuidados acorde a su nivel de dependencia, es, sin lugar a dudas, un reto a lograr, que permitirá alcanzar un alto grado de satisfacción con el servicio

Dadas las características comunes de las personas usuarias a las que va dirigido el SAD Dependencia del ayuntamiento de la ciudad de Zaragoza, se ha realizado un estudio de la calidad del servicio bajo dos enfoques interrelacionados, como son el basado en la fabricación, centrándose en los aspectos internos del SAD Dependencia relacionados directamente con el servicio en sí y la coordinación del mismo, y el basado en el usuario, siendo su grado de satisfacción con las tareas que realiza el/la auxiliar de ayuda a domicilio, que nos permitirá medir la calidad global del SAD.

Preguntas relacionadas con el enfoque basado en la fabricación

- ¿Ha solicitado revisión de su situación de Grado de Dependencia por empeoramiento?
- ¿Ha obtenido resolución favorable y aumento de Grado?
- ¿Le han actualizado el servicio público a ese nuevo Grado reconocido?

- ¿Con que regularidad recibe visitas de seguimiento del coordinador/a del servicio?
- ¿Ha planteado quejas o sugerencias al coordinador/a del servicio? ¿Cuántas? ¿En cuánto tiempo se han solucionado sus peticiones?

Preguntas relacionadas con el enfoque basado en el usuario:

- Considera correcto el cumplimiento de la puntualidad en el servicio (hora de entrada y salida)?
- ¿Cómo valora la iniciativa del profesional en cuanto a la planificación semanal de tareas?
- ¿Se realizan las tareas con la debida uniformidad?
- ¿Considera correcta la forma en que se realiza la actividad de limpieza cotidiana y mantenimiento del domicilio? ¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?
- ¿Cómo valora la elaboración de comidas, dentro de la dieta exigida? ¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?
- En cuanto al cuidado de la ropa (recogida, lavado, repaso y planchado) ¿le parece satisfactorio? ¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?
- ¿Se realiza correctamente la actividad de compra y cocinado y limpieza de vajillas? ¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?
- ¿Cómo valora el desarrollo de la actividad de movilización y tareas de aseo e higiene personal y vestimenta? ¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?
- ¿Se realiza de forma correcta la colaboración en la ingesta de alimentos? ¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?
- El apoyo recibido a la hora de realizar transferencias como levantarse, acostarse y deambular dentro y fuera del domicilio ¿se da de forma correcta? ¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?
- ¿Considera apropiadas las gestiones y/o acompañamientos en traslados fuera del domicilio? (realización de compra, citas médicas, acompañamiento centro de día, centros escolares, entrega de documentos, etc) ¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?
- En relación al desarrollo de actividades de compañía y entretenimiento en el propio domicilio ¿se encuentra satisfecho con las mismas? ¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?

Así mismo, para la realización del presente análisis, se ha tenido en cuenta el concepto de calidad bajo dos de las dimensiones ya referidas, como son las de “servicio” en cuanto al trato y forma de prestar dicho servicio, y la “fiabilidad”, en base a la confianza previa en la capacitación del profesional y sustitución de los mismos en caso de bajas laborales.

Dimensión del servicio:

- ¿Qué grado de confianza le genera la realización de gestiones externas al domicilio realizadas por los/las profesionales que le atienden?
- ¿Recibe un trato amable y respetuoso en un ambiente de discreción, comprensión y atención a sus necesidades?

Dimensión de la fiabilidad:

- ¿Cuántas veces se ha anulado el servicio, desde que lo comenzó a recibir, por causas achacables a la empresa?¿Recuperó las horas perdidas?¿en el margen de cuánto tiempo?

No podemos olvidar, que la gestión de la calidad del Servicio de Ayuda a Domicilio, en concreto el SAD de Dependencia, debe basarse en procesos de mejora continua. Es necesario planificar ciclos de revisión de las acciones realizadas y de valoración de resultados que faciliten procesos de autoevaluación, permitiendo implementar acciones de mejora en el servicio ofertado a la ciudadanía.

Así, mediante la realización de encuestas a los usuarios que reciben el servicio en el barrio de Oliver, se evalúan aspectos tan importantes como a) el nivel de atención y apoyo recibido por parte de los/las auxiliares de ayuda a domicilio, b) el grado de satisfacción en referencia al cumplimiento de sus expectativas personales, c) la discrepancia entre los servicios ofertados y los realmente prestados y d) la percepción ser servicio, a nivel general, que tienen los usuarios. El correspondiente estudio y análisis de los datos obtenidos, según la percepción del usuario, nos dará información relevante en cuanto a las diferencias existentes, pudiendo, en mayor medida, analizar los motivos.

Las diferentes variables, un total de 20 preguntas, se han agrupado en 2 áreas temáticas, donde se interrelacionan medidas de percepción³¹ con indicadores de rendimiento³², a fin de generar un cuestionario sencillo y de fácil comprensión.

³¹ Como la satisfacción de los usuarios con el desarrollo de las tareas realizadas dentro y fuera de su domicilio o con el trato recibido por parte de los profesionales.

En cuanto al primer bloque de preguntas, sobre las tareas realizadas, se subdivide en dos grupos relacionados con las diferentes tareas y la capacitación de los profesionales para realizarlas. Observamos las tareas referentes a la atención de necesidades domésticas, por un lado, y las de atención personal por otro, dirigido principalmente a conocer el nivel cobertura y la percepción de los usuarios, o sus cuidadores, del servicio sobre el apoyo que reciben

Un segundo bloque, define conceptos más relacionados con las actitudes que con las aptitudes, como son la visión sobre la planificación del servicio, la cercanía de los responsables y coordinadores del programa o sobre la claridad de comprensión y respuesta en el procedimiento de reclamaciones, sugerencias o quejas.

³² Como por ejemplo la proporcionalidad en relación a las horas dedicadas a las diferentes actividades, la percepción del usuario en referencia a la planificación y organización del servicio recibido o sobre su conocimiento de cauces y sistemas de formulación de quejas y sugerencias y atención a sus demandas.

9.2 Presentación de resultados

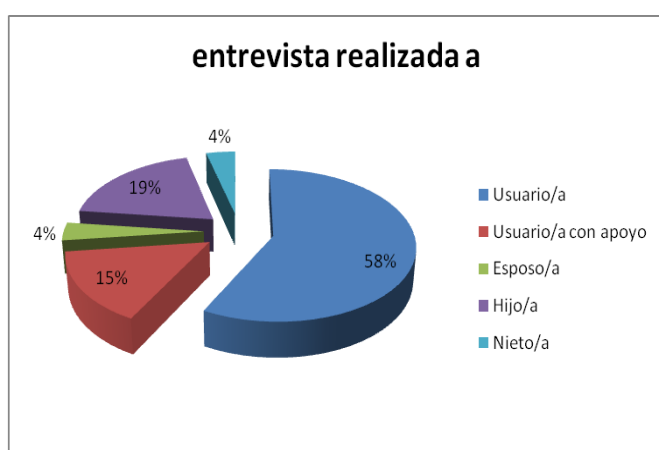
9.2.1 Introducción

El Servicio de ayuda a Domicilio de la Dependencia, como se ha comentado anteriormente, se pone en marcha en agosto de 2016, observándose un continuo crecimiento de beneficiarios que reciben, en ocasiones por primera vez, un servicio social desde la administración pública.

Desde la puesta en marcha del SAD Dependencia, en el barrio Oliver se han dado de alta a un total de 28 servicios, de los cuales un 71.43% son casos nuevos, mientras que el resto han cambiado de programa, es decir, llevaban recibiendo un servicio similar, en alguno de los casos desde hace 12 o 13 años.

De la muestra seleccionada para la entrevista semiestructurada, es decir, la totalidad de beneficiarios del servicio, en dos casos no se ha podido llevar a cabo. Uno de ellos por negativa del propio beneficiario a colaborar y en la segunda ocasión por hospitalización de larga duración de la persona usuaria del servicio.

Gráfica 19: Porcentaje de entrevistados según parentesco



Fuente: Elaboración propia

Lógicamente, el perfil de las personas seleccionadas difiere en función del grado y las motivaciones de su dependencia (física, cognitiva o ambas), por lo que, como queda reflejado en la gráfica anterior, las entrevistas se realizan con la persona dependiente o con sus cuidadores informales.

9.2.2 Distribución por sexo y edad.

La distribución por sexo y edad de las personas entrevistadas, se mueve en los mismos umbrales que en los estudios desarrollados a nivel autonómico o local, dado creciente envejecimiento de la población. Se tan sólo un 23.07% de hombres, entre los atendidos, en la horquilla entre los 76 y los 85 años de edad.

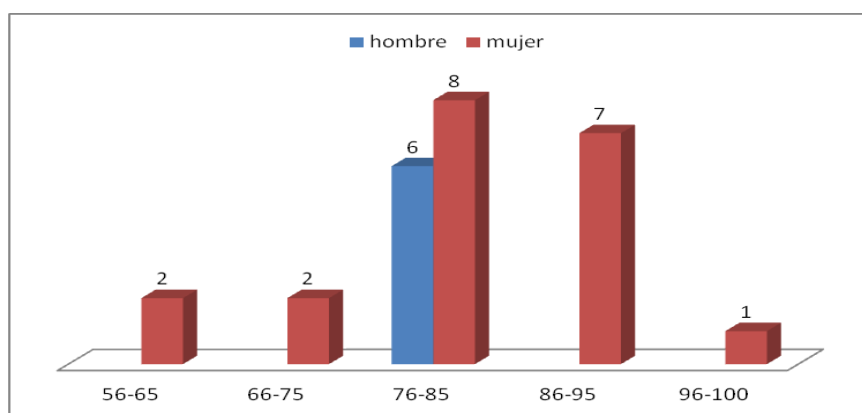
Gráfica 20: Porcentaje de beneficiarios según sexo



Fuente: Elaboración propia

Por el contrario, el 77% de mujeres atendidas, se ven representadas en todas franjas de edad, siendo, a partir de los 75 años, cuando comienzan a agravarse, principalmente, estos problemas de dependencia y necesidad de apoyo de otras personas para realizar las actividades básicas de la vida diaria, aportando el 84.61% de los beneficiarios.

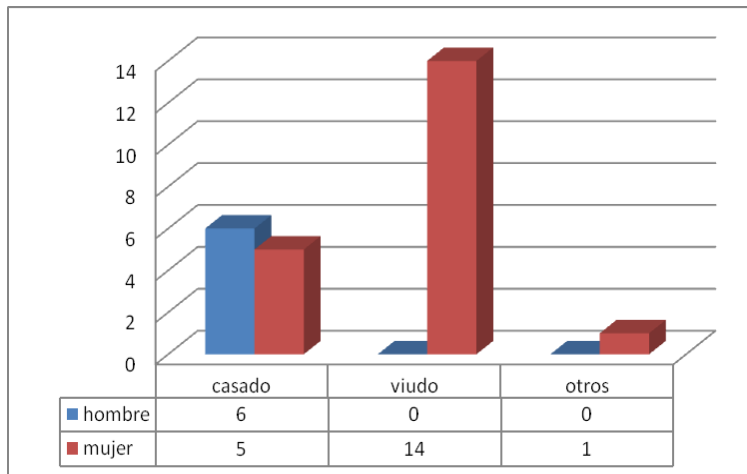
Gráfica 21: Porcentaje beneficiarios según sexo y edad



Fuente: Elaboración propia

Así mismo, la longevidad y aumento en la esperanza de vida de las personas, como consecuencia en la mejora de la calidad de vida, se ve reflejada en el estado civil, caracterizado por mujeres viudas, como puede observarse en la gráfica siguiente, en un 57.7% de los casos.

Gráfica 22: Porcentaje beneficiarios según estado civil

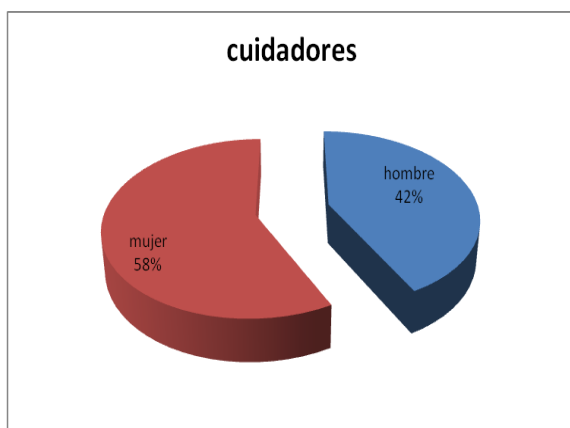


Fuente: Elaboración propia

9.2.3 Apoyos familiares o del entorno.

Se ha estudiado anteriormente el papel tan importante que desempeñan los cuidadores informales, quienes se ven representados, en la siguiente gráfica, como un sector de población compuesto mayoritariamente por mujeres.

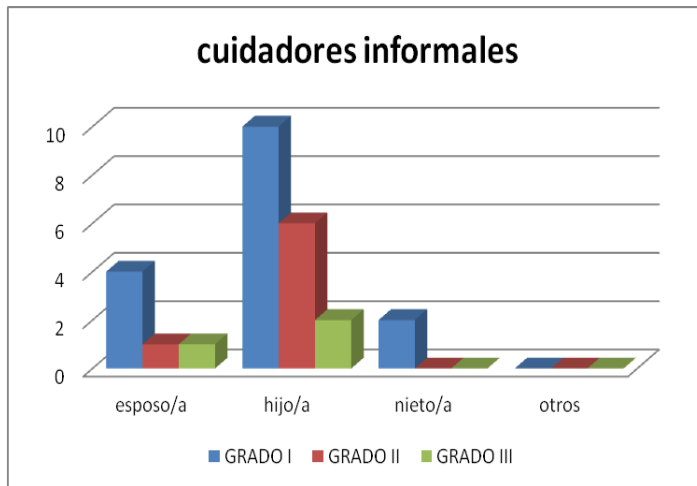
Gráfica 23: Porcentaje de cuidadores según sexo



Fuente: Elaboración propia

Así mismo, en cuanto al parentesco de quien ejerce estos cuidados, recae principalmente sobre los cónyuges, y, en mayor medida, sobre los hijos/as, como podemos observar en la siguiente gráfica, generalmente como consecuencia de una alta tasa de viudedad.

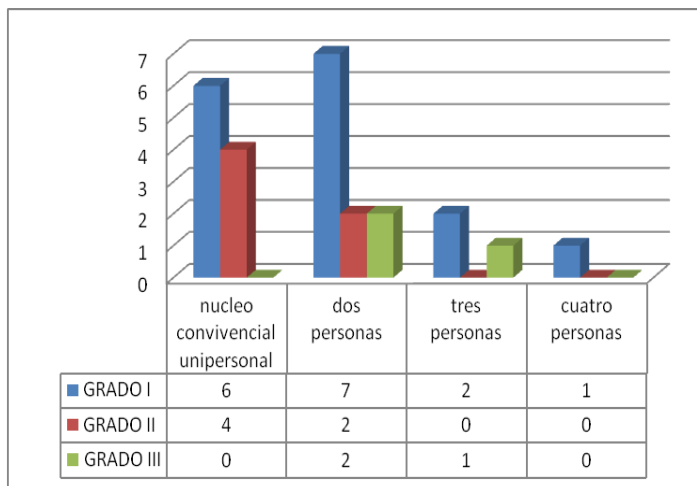
Gráfica 24: Porcentaje cuidadores según parentesco



Fuente: Elaboración propia

No obstante, dadas las necesidades de las personas con un grado reconocido de dependencia, muy pocos son los casos en los que vive de forma autónoma. De las 25 unidades familiares atendidas (son 26 entrevistas individuales, dado que un matrimonio dependiente reciben cada uno su SAD dependencia) el 40% son unidades familiares unipersonales, pero con un alto nivel de vigilancia o apoyos contratados, como se observará más adelante.

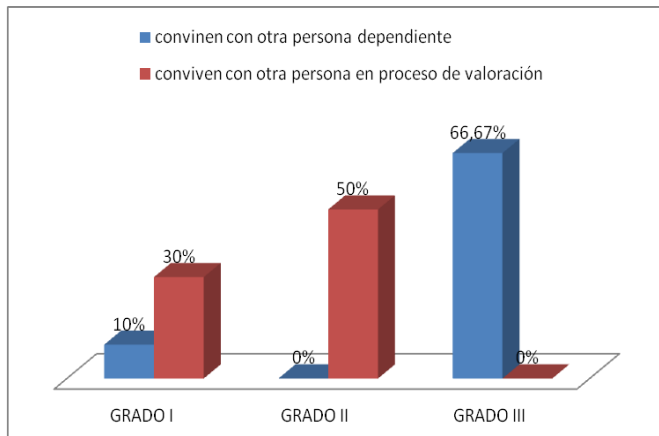
Gráfica 25: Unidades familiares por número de personas



Fuente: Elaboración propia

Del estudio se detrae que varias de las personas que no viven solas, se encuentran conviviendo con sus cónyuges, quienes, como demuestra la siguiente gráfica, o tienen reconocido un grado de dependencia o están a la espera de ello, necesitando apoyos por su deterioro físico y cognitivo, pero sin disponer, en la mayoría de los casos, de ellos.

Gráfica 26: Porcentaje de unidades familiares con más de un dependiente

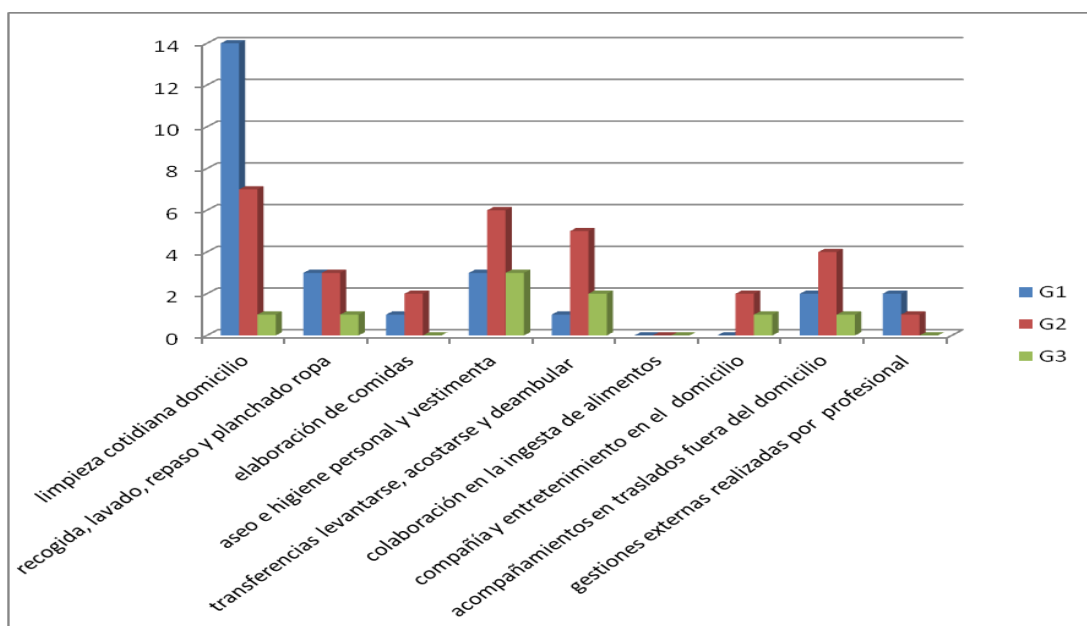


Fuente: Elaboración propia

9.2.4 Distribución por tareas.

La Orden de 29 de Abril de 2013 del Departamento de Sanidad, Bienestar Social y Familia distingue entre actividades de atención personal, atención doméstica, apoyo al cuidador y servicios complementarios centrándonos, para este estudio de investigación, en la atención de necesidades domésticas y de atención personal, tareas más relacionadas con las prestaciones del SAD como podemos observar en la siguiente gráfica.

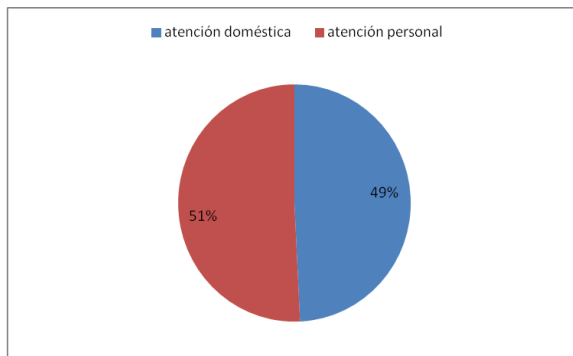
Gráfica 27: Realización de tareas según grado de dependencia



Fuente: Elaboración propia

Las tareas de atención doméstica (Limpieza, ropa, compra y cocinado), que representan un 49% de las horas prestadas, van dirigidas principalmente en los usuarios de Grado I y está dirigido fundamentalmente a personas que disponen de cierto grado de autonomía personal. Por el contrario, las tareas de atención personal (vestimenta, movilizaciones, aseo, acompañamiento, gestiones y entretenimiento), un 51%, en el cómputo de los tres grados de dependencia, van dirigidas principalmente a personas con un grado de autonomía más limitado.

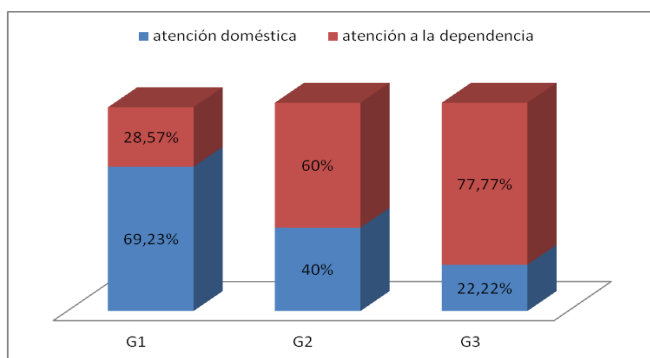
Gráfica 28: Porcentaje de atención según asignación de tareas



Fuente: Elaboración propia

En este aspecto se puede destacar, como observamos en la gráfica siguiente, como la dedicación de tareas domiciliarias, según el grado de dependencia de la persona que es atendida, es radicalmente opuesta, mostrando un 69.23% de tareas dirigidas a la atención doméstica en personas con dependencia leve o moderada frente al 77.77% dedicadas a tareas de atención personal en las personas calificadas como grandes dependientes.

Gráfica 29: Porcentaje de tareas según grado de dependencia

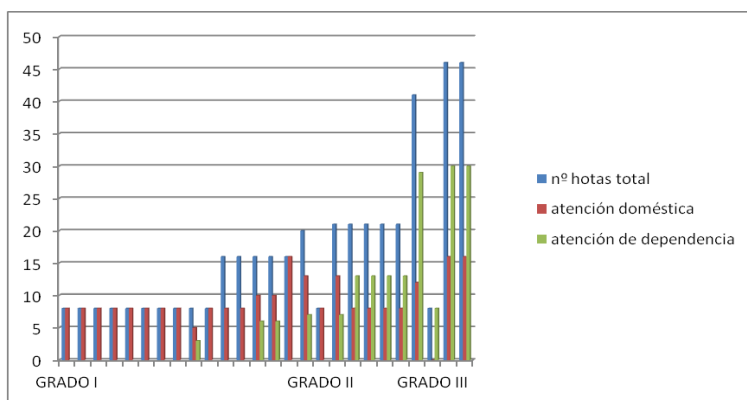


Fuente: Elaboración propia

Una visión a nivel individual por caso, mostrando la dedicación real de horas de atención y tareas desarrolladas en el domicilio, nos permite observar en su conjunto la ecuación hora dedicada y

tarea realizada, deteniéndonos, en primera instancia, en los dos casos excepcionales , el 7.7% de las personas entrevistadas, a pesar de tener un grado de dependencia reconocido superior al inicial (por un proceso de revisión por empeoramiento de la salud), no se han actualizado las horas de atención que le corresponden legalmente. En este aspecto, en entrevista con la coordinadora del servicio, nos señala que dependen de esta modificación de horas a que les llegue la orden desde la administración pública, no siendo causas achacables a la empresa que gestiona el servicio.

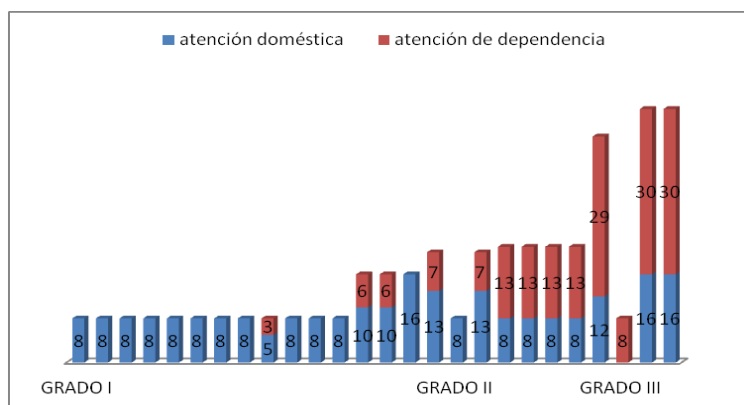
Gráfica 30: Horas de dedicación y porcentaje de asignación de tareas



Fuente: Elaboración propia

Un segundo aspecto que se observa, en la siguiente gráfica, es el incumplimiento de la división por tareas asignadas, en función del grado de dependencia. Si bien es cierto que la legislación actual marca que un tercio de las horas del servicio deben destinarse a la atención personal en la dependencia leve y a la atención doméstica en el resto de beneficiarios, esto en la realidad no sucede en la mayoría de las ocasiones, y principalmente en las personas con un reconocimiento de grado I.

Gráfica 31: Número de horas asignadas y división de tareas por caso



Fuente: Elaboración propia

Este tipo de servicios prestados constituyen un apoyo fundamental, dentro un núcleo familiar, en el cuidado de personas con diversidad funcional, reduciendo en mayor o menor medida la sobrecarga sentida por el cuidador principal. Así mismo, se observa como la realización de tareas instrumentales, como la limpieza del domicilio, son más demandadas y utilizadas por las personas dependientes y sus cuidadores, realizando funciones de acompañamiento y vigilancia, con mayor frecuencia, la propia familia.

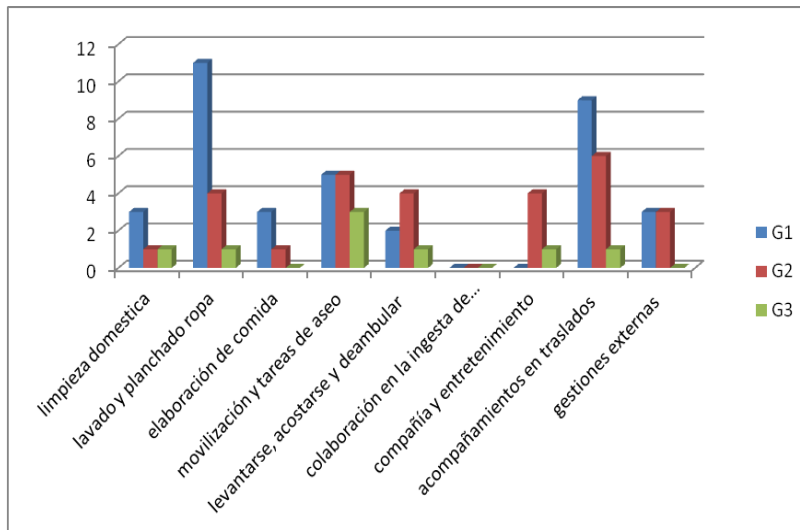
De las entrevistas se detrae que, para poder mantener un hogar al día, en lo que a tareas domesticas se refiere, es necesario un mínimo de ocho horas(dos horas semanales en el caso de meses de cuatro semanas), lo que se aplica en el 65% de los casos, independiente del grado obtenido. Esta necesidad manifiesta nos lleva a deducir que el ratio de dedicación de horas en el destinadas para atender a las personas con dependencia moderada, es óptimo en el caso de la aplicación del conjunto de horas total prescritas, es decir 20 horas mensuales, no así en la modalidad gratuita de ocho horas mensuales.

En esta línea, las personas entrevistadas manifiestan su necesidad de ampliar las horas de dedicación tanto a la atención personal como la doméstica, principalmente en tareas de recogido, lavado y planchado de ropa en los caso de dependencia leve, y en casos de acompañamientos en traslados fuera del domicilio.

Así mismo, en el caso de beneficiarios de grado I, puede observarse como se derivan, en igualdad de condiciones de gratuidad, del SAD preventivo a SAD dependencia, en el 87.5 % de los casos, con el doble de horas de las que corresponden.

En un análisis de la situación, y a tenor de las entrevistas realizadas, podemos concluir que, la necesidad de aumento de horas planteado, en unos casos es por carencia de horas para realizar unas tareas domésticas completas, y en el otros casos, por problemas de conciliación familiar y laboral de los cuidadores informales.

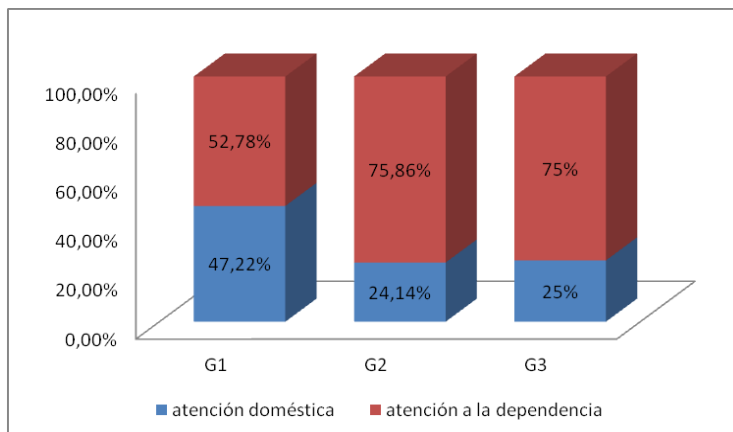
Gráfica 32: Necesidades expresadas de ampliación de tareas según grado de dependencia



Fuente: Elaboración propia

En la siguiente gráfica, podemos observar con claridad, como las personas con dependencia leve o moderada sienten la necesidad de ampliar horas por igual en cualquiera de las dos áreas de atención, mientras que los beneficiarios del servicio con dependencia severa o gran dependencia ven prácticamente cubiertas sus necesidades domésticas, al contrario que las de atención personal.

Gráfica 33: Porcentaje de necesidad de ampliación de horas según tipología de tarea



Fuente: Elaboración propia

9.3 Análisis de resultados según los enfoques y dimensiones

9.3.1 Calidad desde el enfoque de la fabricación.

Preguntas relacionadas los empeoramientos progresivos de las personas dependientes y sus procesos de actualización de servicio recibido, el seguimiento que reciben por parte de los profesionales o el tratamiento de quejas, nos llevan a preguntarnos si realmente se presta un servicio de calidad desde un enfoque basado en la producción.

Tabla 10: Usuarios atendidos en función de su situación de dependencia

¿Ha solicitado revisión de Grado por empeoramiento?	¿Hace cuanto tiempo?	¿Ha obtenido resolución de su solicitud de revisión?	¿Se reconoce aumento?	Grado actual	¿Le han actualizado el servicio público?
NO	10 M	NO	SI	G3	NO
SI		SI			
NO	8 M	NO	SI	G2	NO
NO					
NO					
NO					
SI					
NO	6 M	NO	SI	G3	SI
SI		NO			
NO	8 M	SI	SI	G2	SI
NO					
NO	SI	SI	SI	G2	SI
NO					
NO	SI	SI	SI	G2	SI
SI					
NO	SI	SI	SI	G2	SI
NO					

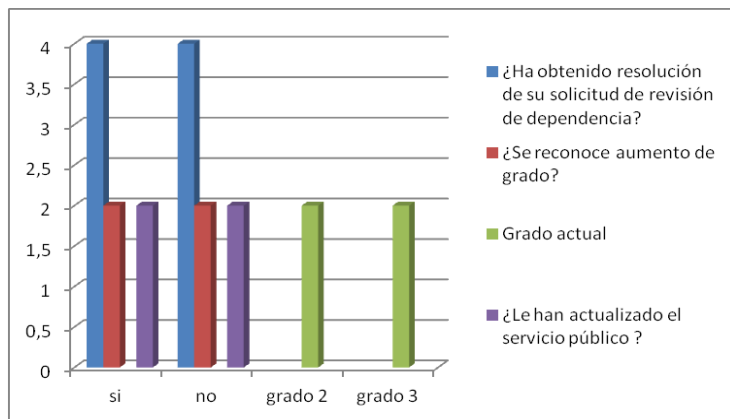
Fuente: Elaboración propia

Podemos observar en la tabla, como el 30.78% de las personas entrevistadas han solicitado revisión de grado, es decir ocho casos, causado por un envejecimiento progresivo de la población atendida, y en algunos casos , como en el de la usuaria entrevistada número 13 “ *de tantos años de*

cuidar de mi difunto esposo”.

Cabe destacar que el 50% de los casos estudiados no ha recibido respuesta de la administración pública, llevando esperando a ello entre 6 y 10 meses a fecha de revisión de grado, y tan solo al 50% de las personas que han cambiado de grado se le ha actualizado el servicio , según el derecho legal reconocido.

Gráfica 34: Casos con demora en revisión de grado o actualización de servicio.

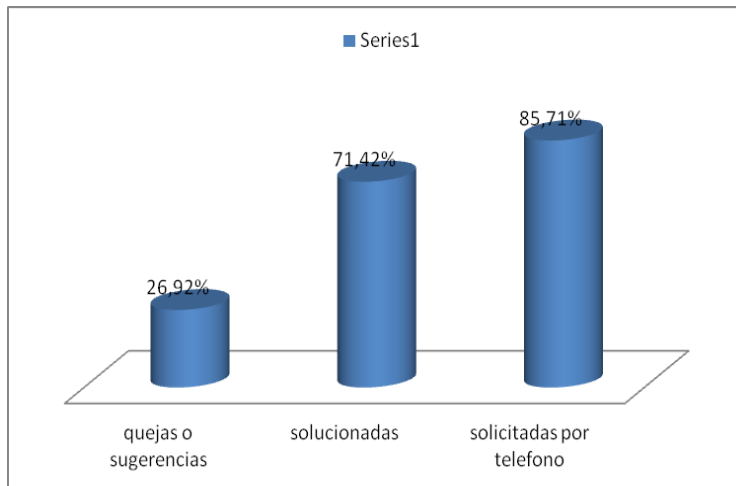


Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, en cuanto a las visitas y entrevistas de seguimiento realizadas por los profesionales del trabajo social que coordinan el servicio desde la misma empresa, vienen realizándose, en el 84.61% de las situaciones, anualmente. Este dato, ya reflejado en el estudio a nivel de servicios sociales de ayuda domiciliaria a nivel de toda la ciudad de Zaragoza, en similar a los datos obtenidos anteriormente, detectándose una reducción drástica de visitas domiciliarias, y pasando a realizar seguimiento de forma telefónica, causado, en mayor medida, por el aumento progresivo de casos y los periodos de tiempo mensuales dirigidos a reorganizar las horas de atención(en función de las semanas que tenga el mes).

En cuanto al tratamiento de quejas presentadas, el 25.9% han presentado queja o sugerencia desde que reciben el servicio. En este sentido, el 85.7 % s de los usuarios del servicio sólo ha presentado una, utilizando para ello el teléfono en el 85.7% de las ocasiones. En este sentido, decir que dos de las siete quejas planteadas aun no han optenido respuesta favorable, según refieren los usuarios, mientras que el resto se solucionó en un periodo medio de dos semanas.

Gráfica 35: Tratamiento de quejas



Fuente: Elaboración propia

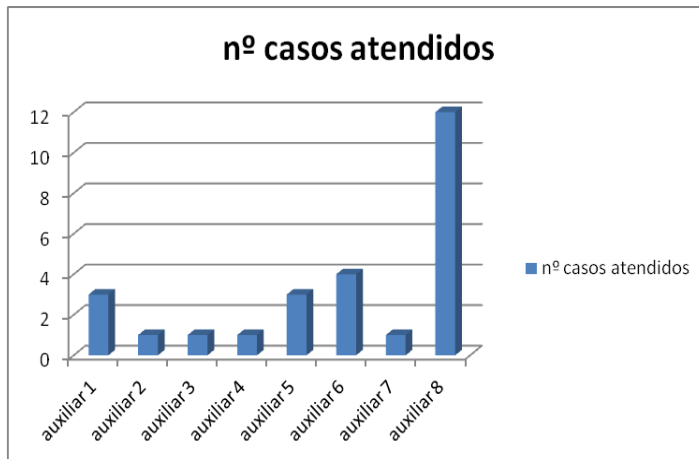
Según refieren los beneficiarios del servicio, el 100 de las quejas fueron en referencia a desavenencias con las auxiliares de ayuda a domicilio, solucionándose la queja presentada con el cambio de profesional. Actualmente muestran un alto grado de satisfacción con la auxiliar actual a través de manifestaciones como “ *ahora estoy muy contenta con la chica, a esta no me la quitéis!!*” o “ *a (nombre) no hay que ir diciéndole lo que tiene que hacer*”

9.3.2 Calidad desde el enfoque basado en el usuario.

Si observamos la calidad desde el punto de vista de cómo siente el usuario que el están prestando el servicio, a pesar de las diversas incidencias expuestas anteriormente, existe un alto grado de satisfacción a nivel general .

Una de las partes fundamentales de garantizar un servicio de óptimo y de calidad, a la ciudadanía es, en el caso de la investigación tratada, los profesionales que prestan el SAD de Dependencia, tanto en su capacitación para el desempeño de sus funciones como la actitud, observando como una de las auxiliares sobresale por encima del resto en asignación de número de casos. Esto se debe, según entrevista mantenida con la trabajadora social coordinadora, a su especial capacitación con este tipo de usuarios.

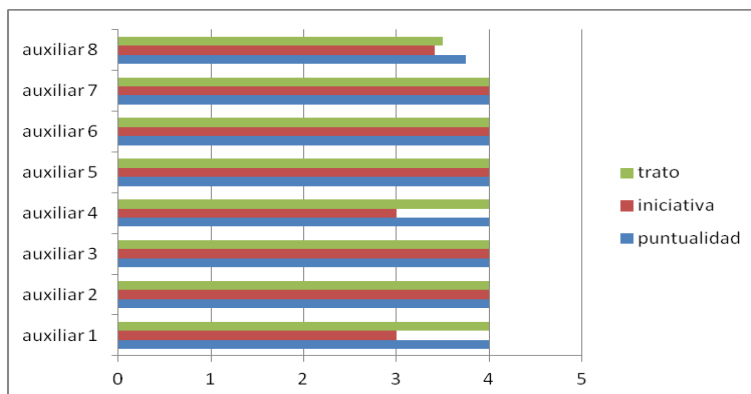
Gráfica 36: Casos atendidos por auxiliar domiciliaria



Fuente: Elaboración propia

Por un lado, en lo referente a cumplimiento de horarios, con un 96.15% de respuesta como “muy satisfactorio”, un 100% de la máxima valoración en cuanto a los cánones de vestimenta (bata y guantes) y una iniciativa del profesional del 53.85% valorada como “muy satisfecho” y 19.23% como “bastante satisfecho”, refleja una visión, por parte de los usuarios, de un servicio prestado con calidad.

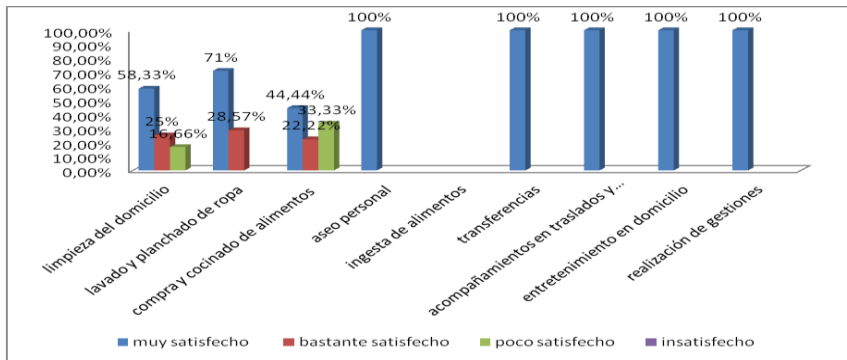
Gráfica 37: Análisis de datos sobre trato, iniciativa y puntualidad



Fuente: Elaboración propia

Centrándonos en las tareas realizadas, como ya hemos referido anteriormente, no en todos los domicilios de los usuarios se realizan las mismas tareas, en ocasiones debido a la acotación de horas dedicadas a actividades domesticas o cuidados, y en ocasiones a necesidades concretas de los beneficiarios del servicio. En el caso concreto de apoyo en ingesta de alimentos, no se realiza dicha actividad en ningún domicilio, siendo una actividad que en los casos que se observa necesario, lo realiza la propia familia o los profesionales de apoyo contratados a nivel privado.

Gráfica 38: Análisis de datos sobre tareas realizadas



Fuente: Elaboración propia

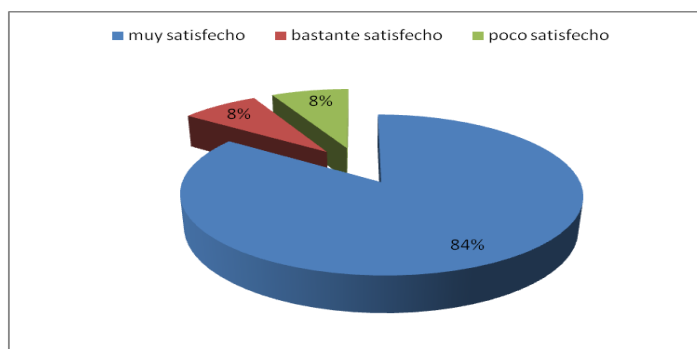
Podemos observar en la gráfica anterior, como los usuarios valoran el servicio de tareas domésticas, el más utilizado por todos los beneficiarios, como “muy satisfactorio” 57.92% , frente a las tareas de atención personal, que alcanzan el máximo de calidad.

9.3.3 Dimensiones de la calidad.

Así mismo, para la realización del presente análisis, se ha tenido en cuenta el concepto de calidad bajo dos de las dimensiones ya referidas, como son las de “servicio” en cuanto al trato y forma de prestar dicho servicio, y la “fiabilidad”, en base a la confianza previa en la capacitación del profesional y sustitución de los mismos en caso de bajas laborales.

Centrándonos en una observación desde la dimensión del servicio, de las entrevistas realizadas a los beneficiarios o sus cuidadores, se detrae que el trato recibido y el buen ambiente en el domicilio en cuanto al respeto y discreción, se valora como “muy satisfecho” en el 84.61% de las ocasiones.

Gráfica 39: Porcentaje de satisfacción con el trato, ambiente y respeto



Fuente: Elaboración propia

La realización de gestiones externas, diferentes a las compras para realizar la actividad de

cocinado, sólo la utilizan 3 usuarios, con un índice de calidad del 100% de satisfacción, en cuanto a la confianza que la persona beneficiaria deposita en el profesional para esta encomienda de tareas.

Abordando la calidad del desde otra perspectiva, todos los usuarios refieren que en ninguna ocasión han dejado de recibir el servicio prestado por causas achacables a la empresa, denotando una fiabilidad del 100%.

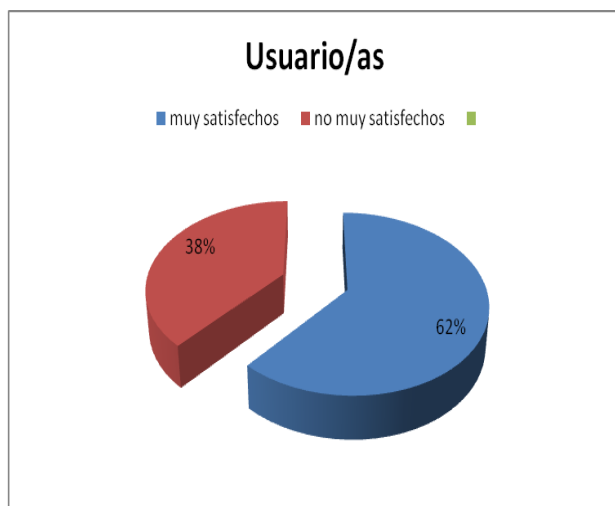
9.4 Interpretación de resultados y conclusiones

Nos encontramos, por un lado, ante la prestación de un servicio con situaciones sociofamiliares y necesidades diferentes. El 31% de beneficiarios atendidos conviven con otra persona dependiente o en espera de ser valorado como tal observando, en dos de los casos de reconocimiento de nuevo grado, y por ende, más horas de atención, donde no se ha producido dicho aumento de servicio.

Por otro lado, los usuarios que no han referido el servicio como “muy satisfactorio”, el 50% de ellos se encuentra a la espera de aumento de horas tras nueva revisión de grado de dependencia, o presentaron solicitud de revisión de grado hace entre ocho meses y un año.

Sin embargo, este tipo de problemas de retrasos y demoras, generados por la administración pública en la provisión de servicios, influye más en la visión sobre carencias y necesidades de atención, que en la calidad, según los enfoques analizados, del servicio prestado, obteniendo un grado de satisfacción “global” del 62% como “muy satisfactorio”.

Gráfica 40: Porcentaje de satisfacción global



Fuente: Elaboración propia

Por otra parte, se presenta a continuación una tabla centrada en las preguntas realizadas que han presentado alguna respuesta por debajo del “muy satisfactorio”, que sería el máximo de calidad obtenido, según la entrevista realizada a la muestra y en los enfoques previamente establecidos en el estudio de investigación

Tabla 11: Tabulación de datos en función de los problemas detectados

	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12
¿Ha solicitado revisión de su situación de Grado de Dependencia por empeoramiento?	si	no	sugerido	si	no	si	no	no	si	si	no	no
¿Considera correcto el cumplimiento de la puntualidad en el servicio?	1	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4	4
¿Cómo valora la iniciativa del profesional en cuanto a la planificación semanal de tareas?	2	4	3	4	2	4	3	4	4	3	4	2
¿Considera correcta la forma en que se realiza la actividad de limpieza cotidiana y mantenimiento del domicilio?	2	3	3	4	2	4	3	3	NA	3	3	2
¿Recibe un trato amable y respetuoso en un ambiente de discreción, comprensión y atención a sus necesidades?	3	4	4	4	2	4	4	4	4	3	4	4

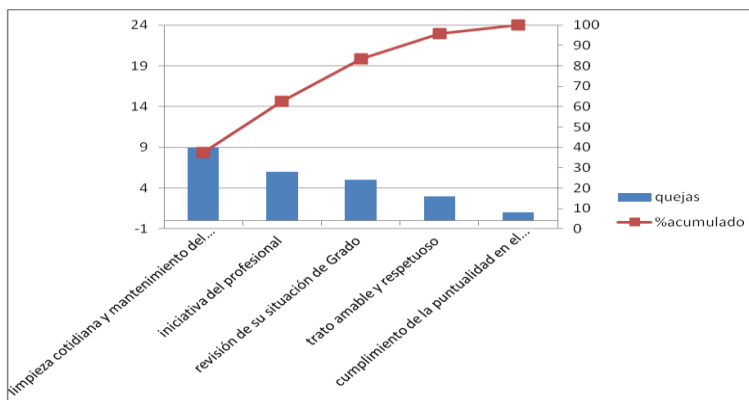
Fuente: Elaboración propia

Así mismo, el principio o regla de Pareto demuestra que para diversos casos, el 80% de las consecuencias, proviene del 20% de las causas que producen una ausencia de calidad en el servicio prestado.

Utilizaremos, como herramienta de medición de la calidad, en diagrama de Pareto, generando un gráfico de barras en el que se clasifican de izquierda a derecha en orden descendente las causas o factores que generan la falta de satisfacción en los casos que se han entrevistado.

Esta herramienta permitirá, en un proceso continuo de evaluación de la calidad, analizar y priorizar los problemas detectados, concentrando los esfuerzos de mejora, por parte de la administración, en los problemas que representan ese 80%

Gráfica 41: Aplicación grafica de Principio de Pareto



Fuente: Elaboración propia

De la gráfica se extrae que el 40% de las causas que han generado que los beneficiarios no estén “muy satisfechos” con el servicio prestado, se deben exclusivamente a las tareas de limpieza del hogar, es decir, funciones más relacionadas con la atención domiciliaria que con la atención personal,. No obstante, el porcentaje reflejado no se considera significativo, entendiendo que el servicio prestado a los usuarios, es un servicio de alta calidad, al cumplir, en mayor medida , con las diferentes dimensiones planteadas.

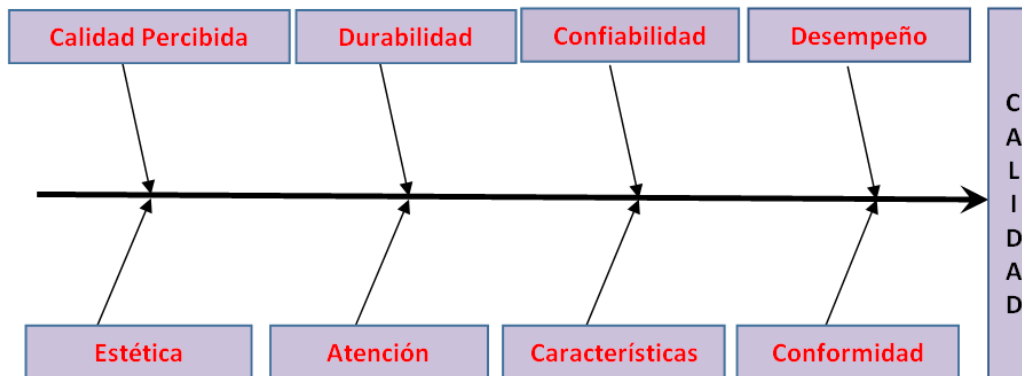


Imagen obtenida de <https://qualityway.wordpress.com>

A modo de conclusión podemos afirmar que un servicio de estas características, que en el caso de la ciudad de Zaragoza goza de la máxima calidad según los enfoques y dimensiones analizadas, puede reducir la carga objetiva del cuidador, observándose la necesidad, por otro lado, de implementar actuaciones multidisciplinarias que permitan disminuir el impacto del cuidado en la salud de los familiares cuidadores (López Gil M.J, et al 2009, Pérez Peñaranda A.2006), como son los distintos programas de “cuidados para el cuidador” puestos en marcha desde las administraciones de Servicios Sociales o de Sanidad, disminuyendo así la carga subjetiva, desde un trabajo integral con la familia y coordinado, de manera multidisciplinar, desde los Centros Municipales de Servicios Sociales.

10. Conclusiones

Factores de presión externos, como la globalización o el proceso de integración en Europa, e internos como los nuevos valores sociales y estilos de vida familiar, obligan a entrar en una nueva fase en la que los tradicionales encajes de provisión de bienestar se ven alterados.(del pino, E 2008), teniendo muy presente la intervención de los poderes públicos y, cada vez con mayor protagonismo, la familia, y el Tercer Sector de Acción Social (Marbán, 2007), observándose principalmente su influencia en el desarrollo de la Ley y en la obligatoriedad de implementación del catálogo de servicios sociales

Si hablamos de los “pilares del Estado de Bienestar”, la seguridad social, la educación, la sanidad o los servicios sociales, son estos últimos los que deben de garantizar unos servicios de atención dirigidos a mejorar la calidad de vida de las personas con diversidad funcional, entendiéndose por ello, que la prescripción social que realiza el trabajador social de dependencia, va dirigida a pautar el servicio público idóneo para, en mayor o menor medida, mejorar la calidad de vida y dotar de mayor autonomía mediante la prestación de servicios públicos de calidad.

Así mismo, y poniendo en valor unos resultados óptimos obtenidos, como hemos ido observando a través del análisis empírico de los resultados, existen posibilidades de mejora que debemos señalar:

- No se han encontrado ningún análisis de la calidad de los servicios prestados que incluyan a los trabajadores de los Centros Municipales de Servicios Sociales, por lo que sería interesante generar una dinámica en este sentido, que incluya el grado de satisfacción de los usuarios.
- No existen estudios de evaluación de los servicios prestados, más allá de las memorias anuales que presentan las empresas. Se considera necesario, que desde los Servicios Sociales del ayuntamiento se incluya un plan de evaluación de la calidad de los servicios prestados.
- Las Memorias que presentan las empresas contratadas son, a pesar de tener unos puntos en común, bastante diferentes en la exposición de resultados, lo que dificulta evaluar los servicios de forma general. Sería conveniente generar una plantilla de obligado cumplimiento que ambas empresas cumplimenten, a efectos de realizar una evaluación de la calidad del servicio prestado.
- La normativa que regula el Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Zaragoza, se encuentra desfasada, por lo que existen contradicciones entre los

servicios prestados actualmente, principalmente en el régimen de incompatibilidades entre SAD Preventivo y SAD Dependencia.

- El volumen de visitas de seguimiento, por parte de los coordinadores de las auxiliares domiciliarias, se ha visto reducido drásticamente, el 50% de un año para otro, y la expectativa sea que se continúe en esta línea. Una opción de mejora sería plantear el reajuste de horas semestralmente, lo que reduciría el trabajo de oficina permitiendo aumentar la calidad del servicio en lo referente a este apartado.
- Existe un incumplimiento reiterado del volumen de horas dedicado a las tareas domésticas frente a las de atención personal, principalmente en los casos valorados como personas dependientes de grado I. Esto, según los datos obtenidos se debe, principalmente, a que no se prestan las horas máximas de servicio, y se “impone” de oficio la modalidad gratuita de 8 horas, a todas vistas insuficiente. Habría que revisar los porcentajes de dedicación de horas por tareas de atención doméstica o personal para adecuarlos a las necesidades reales, en la modalidad gratuita.
- Las demoras administrativas en cuanto a la asignación de horas de servicios, una vez recibida resolución de grado superior, genera, además de una vulneración de derechos, un alto grado de insatisfacción, tanto por la necesidad de un servicio de mayor duración como el sentimiento de injusticia que provoca al beneficiario del servicio. En base a esto, se deberían mejorar los cauces de asignación de horas y la comunicación entre administraciones diferentes como son el Ayuntamiento y la Diputación General de Aragón, a través del Área de Acción Social e IASS.

Finalmente, y a modo de conclusión, si logramos cambiar la mentalidad del “gasto” al de la “inversión”, podremos observar con claridad como la dotación de servicios públicos relacionados con la dependencia y la diversidad funcional genera una mejoría en la calidad de vida y reducción de la sobrecarga del cuidador gracias a la prestación de unos servicios públicos de calidad. Por ende, impacta, de manera significativa, directamente en los cuidados que ejercen la figura del cuidador informal, evitando su envejecimiento prematuro y deterioro progresivo, factores que vienen asociados a un mayor consumo de productos farmacéuticos, de consultas médicas y de enfermería y de ingresos hospitalarios, entre otros, y todo ello multiplicado por dos, cuidado y su cuidador.

11 Referencias Bibliográficas

- Alemán Bracho, C., Alonso Seco, J. M., & Fernández Santiago, P. (2013). Dependencia y Servicios sociales. Madrid: Aranzadi.
- Andrés Esteban E., Alcalá Nalváiz T., Germán Bes C., Moreno Aznar L.A, Tomás Aznar C.(2002) “Dependencia y necesidades de cuidados no cubiertas de las personas mayores de una zona de salud de Zaragoza”. Rev.Esp Salud Pública,; 76:215-226 , nº 3 mayo-junio 2002. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272002000300006
- Aparicio, R. (1986). Criterios para valorar la objetividad y representatividad de las conclusiones de los estudios cualitativos.
- Ariza Baena A., García Gallardo N., Zamora Ruiz C.(2014).“Investigación en salud y envejecimiento Volumen I: Profesionalización” de los cuidados del paciente dependiente en el entorno domiciliario”: Asoc. Univ. de Educación y Psicología Universidad Católica de Valencia (España)(ASUNIVEP) Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=577092>
- Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales (AEDGSS). 2009. “Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personasen Situación de Dependencia, III Dictamen”. Madrid: AEDGSS. Obtenido de <http://www.directoressociales.com/>.
- Bretos I., Marcuello C. (2017) “Informe de la Economía Social en Aragón, 2016 : Características, dimensión y evolución de la economía social aragonesa”. Zaragoza. Disponible en <http://zaguan.unizar.es/record/63577>
- Cabañés Iranzo C, Enrique de la Rubia Ortí j., Sancho Espinós P “Investigación en salud y envejecimiento Volumen I: Relación entre el burnout del cuidador y la demencia de tipo Alzheimer” : Asoc. Univ. de Educación y Psicología Universidad Católica de Valencia (España)(ASUNIVEP) 2014 Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=577092>
- Calvo Arcos, A. (2014). ¿Y ahora qué? LA política de atención a la dependencia en el contexto de la crisis. En J. D. Gómez-Quintero, & C. Marcuello Servós, Las políticas públicas y sociales en la encrucijada: incertidumbre, complejidad y cambio (págs. 163-173). Zaragoza: Universidad de Zaragoza

Calvo García, M. (2010). Crisis económica y efectividad de los derechos sociales. En M. J. Bernúz Benítez, & M. Calvo García, La eficacia de los derechos sociales (págs. 59-89). Zaragoza.

Camacho Estrada L., YokebedHinostrosa Arvizu G., Jiménez Mendoza A. (2010)“Sobrecarga del cuidador primario de personas con Deterioro Cognitivo y su relación con el tiempo de Cuidado” Revista Enfermería Universitaria ENEO-UNAM • Vol 7. • Año. 7 • No. 4 •. Disponible en <http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v7n4/v7n4a6.pdf>

Carcedo M.L., Pérez M., Sánchez M.J., Ramírez J.M.; Lima A.I., Robles, M. y Moreno, F.J. (2016). Díez años de la Ley de Dependencia. Temas para el debate, 240, 43-52.

Cayo Pérez Bueno L.(2006) Personal y la necesidad de apoyos generalizados como nuevo derecho social. Revista de .Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales 60 . Obtenido de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/autor?codigo=1631017#ArticulosRevistas>

Centeno Ortiz, A. (2008) Sobre el encaje de la Ley de Servicios Sociales y la Ley de Autonomía Personal desde la perspectiva del Movimiento de Vida Independiente y de los Derechos Humanos Terminología. De subnormales a personas con diversidad funcional. Gerona, obtenido de www.udg.edu/portals/92/ecis/ponenciavi-ddhhjunio08.doc

Crespo López M., López Martínez J.(2008) “Cuidadoras y cuidadores: el efecto del género en el cuidado no profesional de los mayores”. Observatorio de Personas Mayores N° 35. IMSERSO. Madrid. Disponible en <http://www.imserso.es/interpresent3/groups/imserso/documents/binario/boletinopm35.pdf>

Decreto 143/2011, de 14 de junio, del Gobierno de Aragón, por el que se aprueba el Catálogo de Servicios Sociales de la Comunidad Autónoma de Aragón Boletín Oficial de Aragón. «BOA» núm. 127, Aragón, 30 de junio de 2011.

Del Pino, E (2008), Las actitudes de los españoles hacia la reforma del estado de Bienestar. Política y Sociedad. Vol. 44(2)185-208

Del Pozo Rubio R. y Escribano Sotos F.(2012) “ Impacto económico del cuidado informal tras la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación

de Dependencia” Rev. Esp Salud Publica Vol. 86 nº 4 Madrid Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1135-57272012000400006

Esping-Andersen, G. (2010). Los tres grandes retos del Estado del Bienestar. Ariel.

FEDEA (2016). Observatorio de dependencia febrero 2016. Recuperado de <http://documentos.fedea.net/pubs/eee/eee2016-05.pdf>

Fernández, E., Avella, L y Fernández, M. (2006): “Estrategia de Producción”, McGraw Hill, 2ª Edición.

García Cueto B, García Martínez C.(2017) “Cuidados de enfermería al cuidador familiar de personas dependientes”. RqR Enfermería Comunitaria (Revista de SEAPA). Disponible en www.seapaonline.org/revistas/50-rqr-enfermeria-comunitaria-vol-5-n-3-verano-2017

Gómez Bahillo, C (2001): "Globalización y crisis del estado de bienestar", 5campus.com, Sociología disponible en <http://www.5campus.com/leccion/globalcrisis>

Ibáñez, J. (2015). Perspectivas de la Investigación social: el diseño en las tres perspectivas. En M. García, El análisis de la realidad social: métodos y técnicas de investigación. Madrid: Alianza

IMSERSO (2005). Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro Blanco. Madrid: IMSERSO 1ª ed. Disponible en <http://www.dependencia.imserso.es/InterPresent1/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>

IMSERSO (2008) Boletín sobre el envejecimiento. Perfiles y tendencias. Madrid. disponible en www.imserso.es/imserso_01/documentacion/publicaciones/publicaciones_periodicas/boletin_envejecimiento/index.htm

IMSERSO (2010). Dependencia y familia: una perspectiva socio-económica. Colección Estudios Serie Dependencia N.º 12013. Recuperado de www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/.../12013depfamilia.pdf

IMSERSO (2016). Análisis explicativo de las estadísticas mensuales del sistema para la autonomía y atención a la dependencia.

- Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Boletín Oficial del Estado. «BOE» núm. 299, España, 15 de diciembre de 2006.
- Ley 5/2009, de 30 de junio de Servicios Sociales de Aragón. Boletín Oficial del Estado «BOE» núm. 201, España, de 20 de agosto de 2009.
- Liberta Bonilla BE(2017). Impacto, impacto social y evaluación del impacto. Acimed 2007;15(3). Disponible en: <http://bvs.sld.c>
- López Alonso SR, Moral Serrano MS. (2005) “Validación del Índice de Esfuerzo del Cuidador en la población española”. Rev Enfermería Comunitaria; Disponible en <http://www.index-f.com/comunitaria/1revista/1_articulo_12-17.php>
- López Gil M.J., Orueta Sánchez R., Gómez-Caro S., Sánchez Oropesa A., Carmona de la Morena J., Alonso Moreno F. J. (2009)“ El rol de Cuidador de personas dependientes y sus repercusiones sobre su Calidad de Vida y su Salud” Revista Clínica de Medicina de Familiavol.2 no.7 Albacete. Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1699-695X2009000200004)
- Marbán, V. (2008). Tercer Sector, Estado de Bienestar y política social. Política y Sociedad, 44(2), 153-169.
- Mari-Klose, P., y Mari-Klose M. (2013). ¿Cómo se reduce la pobreza en los países ricos?. Políticas de aseguramiento, redistribución y asistencia social en el Estado de Bienestar.. en E. Del Pino, y M. J. Rubio, Los Estados de Bienestar en la encrucijada: (págs. 310-336). Madrid: Tecnos.
- Mari-Klose, P. (2015). Un Estado que favorece la desigualdad. CTXT nº 5. Obtenido de <http://ctxt.es/es/20150212/politica/320/Pobreza-Desigualdad-Recortes-Estado-de-bienestar-prestaciones-sociales.htm>
- Martínez de Carnero García R.(2014) “ Autonomía, autodeterminación y discapacidad. Percepción de la autonomía en el ámbito de la discapacidad” UAM, facultad de psicología Madrid.. Disponible en <http://www.martinezdecarnero.com/rafael/wp-content/uploads/2014/07/autonomia-y-discapacidad-definitivo.pdf>

- Memoria descriptiva de actuación.(2016) “servicio ayuda a Domicilio Zaragoza”. Clece. Zaragoza
- Memoria descriptiva de actuación.(2016) “servicio ayuda a Domicilio Zaragoza”. SarQuavitae. Zaragoza
- Memoria descriptiva de actuación.(2017) “servicio ayuda a Domicilio Zaragoza”. Clece. Zaragoza
- Memoria descriptiva de actuación.(2017) “servicio ayuda a Domicilio Zaragoza”. SarQuavitae. Zaragoza
- Memoria descriptiva de actuación(2016) Servicios Sociales Comunitarios. Excmo, Ayto. Zaragoza. Zaragoza.
- Minguijón, J. y Laguna, M. (2010). Las familias monoparentales en Aragón: Diagnóstico de la monoparentalidad en Aragón. Zaragoza: Consejo Económico y Social de Aragón. 1ªed.
- Moreno, L. (2009). Reformas de las políticas del bienestar en España. Madrid: Ed. Siglo XXI.
- Moreno, L. (2012). La Europa Asocial. Crisis y Estado de Bienestar. Barcelona: Península. Disponible en https://www.academia.edu/2398073/La_Europa_asocial
- Moreno, L. (2013). Crisis y reformas del bienestar en Europa. Presupuestos y Gasto Público,3-35.Obtenido de http://www.academia.edu/4864918/_Crisis_y_reformas_del_bienestar_en_Europa
- Moreno, L., y Mari-Klose, P. (2013). Bienestar Mediterráneo: Trayectorias y retos de un régimen en transición. En E. Del Pino, y M. J. Rubio, Los Estados de Bienestar en la encrucijada: Políticas sociales en perspectiva comparada (págs. 126-145). Madrid: Tecnos.
- Moreno, L., Del Pino, E., Mari-Klose, P., y Moreno-Fuentes, F. J. (2014). Los sistemas de bienestar europeos tras la crisis económica. EUROsocial, Área Políticas Sociales, Madrid. Obtenido de <http://www.sia.eurosocial-ii.eu/files/docs/1400662339-E3.pdf>
- Moyano S., Planella J. Pié A. (2012), Activismo y lucha encarnada por los derechos de las personas con dependencia en España .1960-2010 Intersticios: Revista Sociológica de

Pensamiento Crítico Universidad Oberta de Cataluña. Vol. 6 Disponible en <http://www.intersticios.es>

Naranjo Rendón M., Díaz García R. y Navarro Ortiz M.(2014) “Investigación en salud y envejecimiento Volumen I: Detección de cansancio en el rol de cuidador” : Asoc. Univ. de Educación y Psicología Universidad Católica de Valencia (España)(ASUNIVEP) Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=577092>

Natal, A. (2005). La perspectiva del empoderamiento: El evangelio de las Organizaciones de la Sociedad Civil. Revista de la Administración Publica.XLV2.

Oliva J., Osuna R. y Vilaplana C(2011).” El valor social de los cuidados informales provistos a personas mayores en situación de dependencia en España” SESPAS. Publicado por Elsevier España, S.L disponible en <http://www.gacetasanitaria.org/es/el-valor-social-los-cuidados/articulo/S0213911111002986/>

Oliva Moreno J., Osuna Guerrero R. (2009) “Los costes de los cuidados informales en España” Instituto de Estudios Fiscales Disponible en http://www.ief.es/documentos/recursos/publicaciones/revistas/presu_gasto_publico/56_11.pdf

Ordenanza de la ciudad de Zaragoza sobre Prestaciones Sociales Domiciliarias, Publicada en BOPZ (Boletín Oficial de la Provincia de Zaragoza) nº 290, de 19.12.2009 (modificada en BOPZ nº 17, del 22/01/2010 en su Exposición de Motivos (punto II)

ORDEN PRE/640/2016, de 6 de junio, por la que se dispone la publicación del convenio de encomienda del Gobierno de Aragón al Ayuntamiento de Zaragoza, para la atención de personas en situación de dependencia en el servicio de ayuda a domicilio.

Ortega, G. (2012). La aplicación de la Ley de Dependencia en España. Resumen ejecutivo. Consejo Económico y Social España. Disponible en: http://www.ces.es/documents/10180/106107/preminves_Ley_Dependencia.pdf

Ortí, A. (1986). La apertura y el enfoque cualitativo o estructural: la entrevista abierta semidirectiva y la discusión de grupo. El análisis de la realidad social. Métodos y técnicas de investigación (pp.189-221). Madrid: Alianza Editorial.

- Palacios, A. y Romanach, J. (2006) El modelo de la diversidad: la bioética y los derechos humanos como herramientas para alcanzar la plena dignidad en la diversidad funcional. Santiago de Compostela: Diversitas, obtenido de <http://e-archivo.uc3m.es/bitstream/handle/10016/9899/diversidad.pdf?sequence=1>
- Pérez Peñaranda A.(2006) “El cuidador primario de familiares con dependencia: Calidad de vida, apoyo social y salud mental” Departamento de Psiquiatría, psicología Médica, Medicina legal e historia de la ciencia: Programa: La Enfermedad: su Dimensión Personal y Condicionantes Socioculturales. Universidad de Salamanca.. Disponible en <http://repositoriocdpd.net:8080/handle/123456789/781>
- Ramos Blanes R. (2008)“Programa de intervención multidisciplinaria para cuidadores de pacientes en atención domiciliaria”. Gac Sanitaria vol.22 no.5 Barcelona Disponible en http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0213-91112008000500010
- Ricoeur, P (1988). Hermenéutica y acción. De la hermenéutica del Texto a la hermenéutica de la acción. Buenos aires: Ed. Docencia
- Rodríguez Martínez M.M., Rodríguez Tortosa Salazar V. Rodríguez Porcel M.D.(2014) “Investigación en salud y envejecimiento Volumen I: El cuidador informal ante el envejecimiento, evaluación de la carga en su calidad de vida” : Asoc. Univ. de Educación y Psicología Universidad Católica de Valencia (España)(ASUNIVEP Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=577092>
- Ruano Casado L., Concepción Larru Inciarte M (2014) “Investigación en salud y envejecimiento Volumen I: El reto de los profesionales de enfermería ante el cuidado de los cuidadores: la intervención a través de los Programas de Educación para la Salud” : Asoc. Univ. de Educación y Psicología Universidad Católica de Valencia (España)(ASUNIVEP) Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=577092>
- Ruiz Fernández M.D.(2014) “La comunicación en la relación de ayuda al cuidador principal” .Revista Española de Comunicación en Salud. Disponible en http://www.aecs.es/5_1_9.pdf

Xavier Ballart (1993) “Evaluación de Políticas: Marco conceptual y organización institucional”. Revista de Estudios Políticos (Nueva Época) Núm. 80. Disponible en <https://dialnet.unirioja.es/descarga/articulo/27215.pdf>

12 Anexos

Anexo n° 1 :Sobrecarga de los cuidados

TEST ZARIT		
¿Piensa que su familiar pide más ayuda de la que realmente necesita?	5 3 1 2 2 3 3 4 1 2 2 1 2 3 5 4 3	46 2,71
¿Piensa que debido al tiempo que dedica a su familiar no tiene suficiente tiempo para usted?	5 4 5 4 5 2 4 5 4 4 2 1 1 5 5 5 3	64 3,76
¿Se siente agobiado por compatibilizar el cuidado de su familiar con otras responsabilidades?	5 3 5 5 5 3 2 4 5 5 1 1 2 5 5 5 4	65 3,82
¿Siente vergüenza por la conducta de su familiar?	3 2 3 2 5 2 3 2 2 1 1 1 1 2 2 5 4	41 2,41
¿Se siente enfadado cuando esta cerca de su familiar?	2 1 3 4 2 3 4 1 1 1 3 1 1 2 4 2 3	38 2,24
¿Piensa que el cuidar de su familiar afecta negativamente la relación que usted tiene con otros miembros de su familia?	3 2 5 4 4 3 5 3 2 1 2 1 2 3 1 5 1	47 2,76
¿Tiene miedo por el futuro de su familiar?	5 3 5 5 5 3 5 5 4 5 4 5 2 5 4 5 5	75 4,41
¿Piensa que su familiar depende de usted?	5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 5 1 2 4 5 5 4	76 4,47
¿Se siente tenso cuando esta cerca de su familiar?	3 5 5 4 5 3 4 4 2 2 2 1 1 2 4 5 3	55 3,24
¿Piensa que su salud ha empeorado debido a tener que cuidar de su familiar?	5 4 5 4 5 3 5 5 5 4 2 1 1 3 5 5 5	67 3,94
¿Piensa que no tiene tanta intimidad como le gustaría debido a tener que cuidar de su familiar?	5 4 3 2 4 2 3 4 4 2 2 1 1 3 2 4 1	47 2,76
¿Piensa que su vida social se ha visto afectada negativamente por tener que cuidar de su familiar?	5 4 5 4 4 2 4 4 4 5 1 1 1 3 5 5 5	62 3,65
¿ Se siente incomodo por distanciarse de sus amistades debido a tener que cuidar de su familiar?	4 3 5 4 3 2 4 3 3 3 1 1 1 1 4 4 5	51 3,00
¿Piensa que su familiar le considera a usted la única persona que le puede cuidar?	5 5 5 5 5 5 4 3 5 4 2 1 3 5 5 5 4	71 4,18
¿Piensa que no tiene suficientes ingresos económicos para los gastos de cuidar a su familiar, además de sus otros gastos?	5 4 5 5 3 2 5 5 5 2 5 1 2 1 5 3 3	61 3,59
¿Piensa que no será capaz de cuidar a su familiar por mucho más tiempo?	5 2 5 4 5 1 5 5 4 3 3 5 2 3 5 5 4	66 3,88
¿Se siente que ha perdido el control de su vida desde que comenzó la enfermedad de su familiar?	5 2 5 5 3 2 5 3 3 2 2 1 1 5 4 4 3	55 3,24
¿Desearía poder dejar el cuidado de su familiar a otra persona?	5 1 5 5 5 4 4 5 5 3 2 1 2 4 2 5 3	61 3,59
¿Se siente indeciso sobre qué hacer con su familiar?	2 1 1 2 1 2 3 2 3 2 2 1 1 5 3 1 3	35 2,06
¿Piensa que debería hacer más por su familiar?	2 1 5 4 3 2 4 3 1 2 2 1 4 3 3 1 3	44 2,59
¿Piensa que podría cuidar mejor a su familiar?	2 1 3 2 2 2 4 2 2 2 3 1 3 2 3 1 2	37 2,18
Globalmente ¿ qué grado de "carga" experimenta por el hecho de cuidar a su familiar?	5 3 5 5 5 3 4 4 3 5 2 1 3 5 5 5 5	68 4,00

Fuente: Elaboración propia

Anexo nº 2: Entrevista de Calidad: SAD Dependencia

NOMBRE	BARRIO/SIUSS	GRADO DEP	EDAD	SEXO	ESTADO CIVIL
Nº MIEMBROS UNIDAD FAMILIAR		Nº DEPENDIENTES(sin incluir beneficiario SAD)			
CUIDADOR(PARENTESCO)		EDAD		ENTREVISTA REALIZADA CON	

COORDINADOR/A SERVICIO	AUXILIAR DOMESTICA
------------------------	--------------------

FECHA ALTA SAD/SADD	Nº HORAS AD/AP/TOTAL	OTROS SERVICIOS

1	¿Ha solicitado revisión de su situación de Grado de Dependencia por empeoramiento?	SI	NO
¿Hace cuanto tiempo?	Menos de 1 mes	1-3 meses	3-6 meses
			Más 6 meses

2	¿Ha obtenido resolución de su solicitud de revisión de dependencia?	SI	NO
¿Se reconoce aumento de grado?	SI	NO	Grado actual

3	¿Le han actualizado el servicio público (número de horas asignadas) a ese nuevo grado reconocido?	SI	NO
---	---	----	----

4	¿Con qué regularidad recibe visitas de seguimiento del coordinador/a del servicio?						
Solo la inicial	Entre 1-3 meses	3-6 meses	6-9 meses	9-12 meses			

5	¿Ha planteado quejas o sugerencias al coordinador/a del servicio?	SI	NO	
¿Cuántas?	¿Cómo las presentó?	¿Se solucionó?	SI	NO
¿En cuánto tiempo?	Menos de 1 mes	1-3 meses	3-6 meses	Más de 6 meses
Principales motivos				

6	¿Se presta el servicio con la uniformidad requerida?	SI	NO	
¿Bata?	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre
¿Guantes?	Nunca	Casi nunca	Casi siempre	Siempre

7	¿Considera correcto el cumplimiento de la puntualidad en el servicio? (hora de entrada y salida)	SI	NO
Insatisfecho	Poco satisfecho	Bastante satisfecho	Muy satisfecho

8	¿Cómo valora la iniciativa del profesional en cuanto a la planificación semanal de tareas?				
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho	Muy satisfecho

9	¿Considera correcta la forma en que se realiza la actividad de limpieza cotidiana y mantenimiento del domicilio?			SI	NO	N/A
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho	Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?				SI	NO	

10	¿Cómo valora la elaboración de comidas, dentro de la dieta exigida, y limpieza de vajillas?			SI	NO	N/A
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho	Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?				SI	NO	

11	En cuanto al cuidado de la ropa (recogida, lavado, repaso y planchado) ¿le parece satisfactorio?			SI	NO	N/A
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho	Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?				SI	NO	

12	¿Cómo valora el desarrollo de la actividad de movilización y tareas de aseo e higiene personal y vestimenta?			SI	NO	N/A
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho	Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?				SI	NO	

13	¿Se realiza de forma correcta la colaboración en la ingesta de alimentos?			SI	NO	N/A
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho	Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?				SI	NO	

14	El apoyo recibido a la hora de realizar transferencias como levantarse, acostarse y deambular dentro y fuera del domicilio ¿se da de forma correcta?			SI	NO	N/A
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho	Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?				SI	NO	

15	Considera apropiadas las gestiones y/o acompañamientos en traslados fuera del domicilio? (realización de compra, citas médicas, acompañamiento centro de día, centros escolares, entrega de documentos, etc.)?			SI	NO	N/A
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho	Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?				SI	NO	

16	En relación al desarrollo de actividades de compañía y entretenimiento en el propio domicilio ¿se encuentra satisfecho con las mismas?				SI	NO	N/A
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?					SI	NO	

17	¿Qué grado de confianza le genera la realización de gestiones externas al domicilio realizadas por los/las profesionales que le atienden?				SI	NO	N/A
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
¿Ampliaría el número de horas dedicada a esta tarea?					SI	NO	

18	¿Recibe un trato amable y respetuoso en un ambiente de discreción, comprensión y atención a sus necesidades?				SI	NO	
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	

19	¿Se ha anulado el servicio, desde que lo comenzó a recibir, por causas achacables a la empresa?				SI	NO	
¿Cuántas veces?			¿Se solucionó?			SI	NO
¿En cuánto tiempo?	1 semana	2 semanas	3 semanas	1 mes o más			

20	¿Qué grado de satisfacción, a nivel general, tiene del servicio de ayuda a domicilio?				SI	NO	
Insatisfecho		Poco satisfecho		Bastante satisfecho		Muy satisfecho	
						N/A	