

El servicio de ayuda a domicilio: retos pendientes y nuevas perspectivas en los cuidados a las personas*

JORGE CASTILLO ABELLA

Profesor ayudante doctor de Derecho Administrativo.

Instituto de Derecho Local - Universidad Autónoma de Madrid

1. Introducción

2. Nuevas perspectivas en el ámbito de los cuidados

3. Retos actuales a los que se enfrenta el SAD

- 3.1. La coordinación sociosanitaria: el eterno desafío
- 3.2. La necesaria flexibilización del modelo del SAD: tareas, organización y proximidad
- 3.3. Retos relacionados con las personas cuidadoras
- 3.4. Colaboración con privados en la gestión del SAD y encargos a medios propios

4. Reflexión final

5. Bibliografía

Resumen

Partiendo del contexto social actual, este artículo examina algunas de las limitaciones de la configuración del servicio de ayuda a domicilio (SAD) y los retos a los que se enfrenta. El trabajo aborda la transformación conceptual de los cuidados y su progresiva desinstitucionalización, impulsada por estrategias europeas y estatales recientes. Se identifican como desafíos principales la coordinación sociosanitaria, la necesidad de flexibilizar el modelo organizativo del SAD, la mejora de las condiciones laborales y el reconocimiento profesional de las personas cuidadoras. También se hace referencia a ciertas cuestiones de interés en relación con las formas de gestión del servicio. Para analizar estos aspectos,

Artículo recibido el 12/10/2025; aceptado el 27/10/2025.

* Este trabajo se ha realizado en el marco del proyecto de I+D+i "Externalización del Estado social y garantía de cuidados de calidad para mayores y personas con discapacidad" (PID2024-162032OB-I00), del que es investigadora principal Rosario Leñero Bohórquez.

el estudio se apoya en alguna experiencia innovadora, como el modelo del SAD en las *superilles socials* de Barcelona.

Palabras clave: servicio de ayuda a domicilio; cuidados; dependencia; servicios sociales; servicios a las personas.

The Home Care Service: Pending challenges and new perspectives in personal care

Abstract

Building on the current social context, this article explores several limitations in the structure of the Home Care Service (SAD) and the challenges it currently faces. It examines the conceptual transformation of care and its gradual deinstitutionalisation, driven by recent European and national strategies. The main challenges identified include improving coordination between social and healthcare services, increasing flexibility within the organisational model of the SAD, enhancing working conditions, and securing greater professional recognition for care workers. The article also touches on key issues related to the management form of the service in question. To illustrate these aspects, the study draws on innovative experiences such as the SAD model developed within Barcelona's "superilles socials" (social superblocks).

Keywords: Home Care Service; care; dependency; social services; personal services.

1 Introducción

El servicio de atención a domicilio (SAD) como servicio social tiene una trayectoria de más de medio siglo en España, desde que en 1970 se implantara el primer servicio de asistencia a personas ancianas¹. Desde entonces se ha ampliado y desarrollado, tanto en relación con las actuaciones que comprende como con las personas a las que se dirige. Un hito singular de ese desarrollo ha sido, sin duda, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promo-

1. Orden de 19 de marzo de 1970 por la que se establece el Servicio Social de la Seguridad Social de asistencia a los ancianos.

ción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (LAPAD). La LAPAD supuso la aprobación de una norma estatal básica que establecía un catálogo de servicios mínimos no ya para personas ancianas, sino a personas dependientes. Más allá de las dudas sobre el título competencial del Estado para aprobarla², hoy es uno de los pilares del Estado social español y ha contribuido decisivamente a ampliar la cobertura de las situaciones de las personas que están en situación de dependencia.

El SAD es uno de los servicios incluidos en el catálogo de servicios que establece la LAPAD en su art. 15, y dentro de él se prevén dos modalidades: la de atención de las necesidades del hogar y la de cuidados personales. Como puede imaginarse, la primera se dirige a cubrir las tareas domésticas (limpieza, lavado de ropa, cocina, etc.) de la persona dependiente, mientras que la segunda se refiere a las necesidades más corporales del usuario (higiene personal, administración de medicamentos, etc.). El SAD se dirige así a personas que cuentan con un nivel de autonomía personal limitado, pero no tan escaso como para justificar el recurso a otros servicios más integrales, como los servicios de centro de día o de noche o los servicios residenciales.

De este modo, el SAD regulado en la LAPAD es uno de los servicios que forman parte del catálogo del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que crea la ley. Es lo que en algunos casos se ha denominado “SAD dependencia”, que quedaría, entonces, contrapuesto al “SAD social”³. El SAD social, si bien tiene un objeto similar al SAD dependencia, no está ligado al sistema creado por la LAPAD. Se trata de un servicio social que, como tal, forma parte de los respectivos sistemas de servicios sociales de cada comunidad autónoma⁴, que estas prestan en virtud de las competencias que hayan asumido estatutariamente en materia de “asistencia social” (art. 148.1.20.^a de la Constitución Española). En la práctica, ambos sistemas funcionan frecuentemente de forma complementaria: lo que no queda cubierto por el SAD dependencia puede ser atendido, en su caso, por el SAD social, que tiende a centrarse en la atención a la vejez⁵.

El papel de los Gobiernos locales en la prestación del SAD es irregular. El art. 12 LAPAD permite que participen en la gestión de los servicios a las personas que regula la ley, en el marco de la legislación autonómica correspondiente y de las competencias que tengan atribuidas. En Cataluña, por

2. STC 18/2016. Véase Díez Sastre (2012: 18 y ss.); Pemán Cavín (2018: 1220).

3. Por ejemplo, Diputació de Barcelona (2022: 65); Rosetti *et al.* (2023).

4. Por todos, Anexo I (ap. 040601) de la Orden madrileña 2372/2023 de la Consejería de Familia, Juventud y Asuntos Sociales, y Anexo (ap. 1.1.2) de la Ley catalana 12/2007, de 11 de octubre, de servicios sociales.

5. Rosetti *et al.* (2023: 96).

ejemplo, el SAD social se clasifica como “servicio social básico” y los municipios pueden intervenir en su establecimiento y gestión (art. 31.1 LSSC). Esta es la clasificación más habitual⁶, aunque no siempre se da. En Madrid, dado que el SAD social se clasifica como “atención social especializada”, los municipios pueden establecer y gestionar el servicio en función de los habitantes, siempre que cuenten con los medios para ello y existan razones de eficiencia y equilibrio territorial que lo aconsejen (art. 11.3 de la Ley madrileña 12/2022, de 21 de diciembre, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, LSSM). En otras comunidades autónomas la distinción no es tan clara, de forma que ambas modalidades del SAD se fusionan en las normas o catálogos de servicios sociales, como sucede, entre otras, en Andalucía o Castilla-La Mancha (apdo. 4.1.10 del Anexo del Decreto andaluz 48/2025 y art. 9 del Decreto castellanomanchego 3/2016)⁷.

Con todo, el SAD representa uno de los principales focos de acción social por parte de los Gobiernos locales⁸. Un foco que no cesa de presentar nuevos retos, derivados, entre otros, de los cambios demográficos y geográficos⁹, las necesidades que ponen de manifiesto los usuarios, los desafíos de la gestión de las personas cuidadoras o las restricciones normativas, especialmente en materia de contratación pública. Este trabajo pretende dar una panorámica de todos ellos en el contexto de los cuidados que desde hace un tiempo se viene abriendo paso en la discusión sociológica, filosófica, política y jurídica de nuestro entorno.

2

Nuevas perspectivas en el ámbito de los cuidados

Hace décadas que se viene proponiendo en varios ámbitos, como la teoría política, la sociología, la antropología o la filosofía, una revisión de aquello a lo que comúnmente denominamos “cuidados”. Una de las definiciones más influyentes ha sido probablemente la formulada en la década de 1990 por Joan C. Tronto y Berenice Fisher¹⁰.

“En el plano más general, sugerimos que cuidar sea visto como una actividad propia de la especie que incluye todo aquello que hacemos

6. Garrido Juncal (2020: 227).

7. También el Decreto catalán 142/2010 alude a ambas clases del SAD en su Anexo 1, apdo. 1.1.2.1.

8. Ordóñez Pascua (2021: 33); Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022: 66).

9. Almeida Cerreda (2017).

10. Tronto (1993: 103) (traducción propia).

para mantener, continuar y reparar nuestro ‘mundo’ para que podamos vivir en él de la mejor forma posible. Ese mundo incluye nuestro cuerpo, nuestra identidad, y nuestro entorno, todo lo cual tratamos de integrar en una red compleja que sustente nuestra vida”.

Cierto es que esta definición dista de resultar directamente útil en el plano jurídico y, más específicamente, en la modesta dimensión en la que se encuentra el SAD. A pesar de ello, sí ilustra bien el debate que se ha producido durante los últimos treinta años en torno al amplio tema de los cuidados. Por una parte, cuidar no se ve ya (solamente) como prestar asistencia a otras personas que puedan necesitarlo. También se cuidan objetos, entornos e incluso la propia persona, identidad o ser. Por otra parte, los cuidados pasan a ser un fenómeno que trasciende el ámbito privado, familiar o doméstico de las personas (frecuentemente atribuido a las madres), para formar parte del debate público y de la actividad de numerosos sujetos en la sociedad. Los cuidados se han convertido en una cuestión política y social¹¹.

En el ámbito jurídico-público, ya se ha producido alguna propuesta que trata de traducir esta visión renovada de los cuidados a la relación de la Administración pública con los ciudadanos, y se habla, incluso, de una actuación administrativa guiada por la ética del cuidado¹². En lo que hace a los servicios prestados por la Administración, esta nueva perspectiva sobre los cuidados permite analizar desde una óptica distinta los servicios a las personas. En la medida en que el SAD es uno de estos servicios, aquellas reflexiones también son relevantes para preguntarse sobre los retos actuales a los que se enfrenta este servicio público.

Basta un vistazo a la actualidad para constatar que algo de esto está calando en las preocupaciones políticas y académicas. A nivel político, cabe señalar la Estrategia Europea de Cuidados de 2022¹³ de la Comisión Europea y la “Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)” de 2024, esta última del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030¹⁴. Las publicaciones académicas de los últimos años también muestran un interés creciente por lo relativo a los cuidados; en el ámbito jurídico-público, ese

11. Comas-d'Argemir (2019: 16).

12. Pioggia (2024).

13. Comunicación de la Comisión al Parlamento Europeo, al Consejo, al Comité Económico y Social Europeo y al Comité de las Regiones COM(2022) 440 final, disponible en <https://eur-lex.europa.eu/legal-content/ES/TXT/PDF/?uri=COM:2022:440:FIN> (consultado el 28 de septiembre de 2025).

14. Disponible en <https://www.dsca.gob.es/es/publicacion/estrategia-estatal-nuevo-modelo-cuidados-comunidad-proceso-desinstitucionalizacion-2024> (consultado el 28 de septiembre de 2025).

interés sin duda lo despiertan los servicios a las personas en los que interviene la Administración, y frecuentemente se ve combinado con la idea de vulnerabilidad¹⁵.

En la medida en que el SAD es un servicio dirigido a personas con algún tipo de falta de autonomía o dependencia, y consiste en la prestación de cuidados, ese debate más amplio sobre los cuidados en nuestra sociedad también tiene reflejo en los retos actuales a los que se enfrenta el SAD. Por ello, el análisis que sigue toma ciertos elementos de aquel debate para explicar mejor esos retos.

Por otra parte, se está transitando hacia un modelo de cuidados que pretende reducir al mínimo el aislamiento y la segregación de las personas que los reciben, al tiempo que trata de asegurar que estas permanecen en sus entornos domésticos, familiares y sociales. La Estrategia estatal de desinstitucionalización adopta indudablemente este enfoque, cuyo centro es ahora la persona, sus elecciones, voluntad y preferencias para su inclusión en la vida social¹⁶. En este escenario, el SAD cobra una importancia renovada, pues es el mecanismo fundamental que permite atender a las personas en su entorno domiciliario y social y suplir, con ello, la necesidad de una “institución” (especialmente, de una residencia). Con todo, se ha puesto de manifiesto que la opción por la desinstitucionalización y, en particular, por el SAD frente a otros servicios puede suponer también un aumento del gasto, al tratarse de un servicio comparativamente más costoso¹⁷.

3

Retos actuales a los que se enfrenta el SAD

3.1

La coordinación sociosanitaria: el eterno desafío

Entre los retos que aún quedan pendientes está, sin duda, la coordinación de los servicios sanitarios y sociales para mejorar la calidad de la prestación de ambos. Muy frecuentemente, los usuarios del SAD son personas que, además de requerir de este servicio, tienen algún problema de salud. Esta circunstancia puede explicarse por dos factores. En primer lugar, el SAD está

15. Pueden citarse, como ejemplos, los trabajos de Castillo Abella (2024), Fernando *et al.* (2025), García-Andrade Gómez (2025), Gracia Retortillo (2024) o Janda (2025).

16. Apartado 1.2 de la Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024-2030).

17. Rosetti *et al.* (2023: 90).

dirigido, fundamentalmente, a personas cuya autonomía física, psíquica o funcional se ha visto mermada en alguna medida, de modo que no pueden ejecutar algunas de las tareas o acciones propias de la vida en su hogar. En este sentido, los usuarios del SAD son, predominantemente, personas que cuentan con algún grado de dependencia, tal y como esta se define en el art. 2.2 LAPAD. Esto es válido también para los usuarios del SAD social que, por la razón que sea, no son beneficiarios del SAD dependencia, pero reciben una prestación similar a través del sistema de servicios sociales de su comunidad autónoma (y, normalmente, mediante su ayuntamiento)¹⁸. Esta dependencia suele estar relacionada con alguna enfermedad que no solamente afecta a su salud, sino también a su grado de autonomía personal.

En segundo lugar, suele suceder que son las personas mayores quienes, aun cuando no adolecen de patología alguna, han visto mermada su autonomía a causa del deterioro físico asociado con edades avanzadas, y por tanto precisan del SAD. La vejez y el desarrollo o la cronificación de lesiones o limitaciones físicas pueden hacer que las personas mayores hayan perdido autonomía en un grado suficiente como para hacer el servicio necesario.

De ambas circunstancias se desprende sin dificultad que existe una alta probabilidad de que el usuario del SAD haya perdido autonomía a causa de un problema de salud, o bien de que el usuario tenga una autonomía personal limitada y, además, tenga algún problema de salud que no necesariamente haya provocado tal pérdida de autonomía.

La consecuencia de todo ello es que, en muchas ocasiones, el usuario del SAD es una persona en la que se dan a la vez dependencia y enfermedad. De este modo, es destinatario de dos servicios: el SAD y los servicios sanitarios. En tales casos, la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios es esencial para que el SAD cumpla su principal finalidad, que no es otra que lograr que el usuario pueda permanecer en su domicilio con sus necesidades vitales básicas cubiertas, al tiempo que recibe la atención sanitaria que precisa. Tal es el sentido del art. 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud (LCCSNS), cuando se refiere a la prestación de atención sociosanitaria y a la coordinación entre Administraciones para garantizarla.

La existencia de servicios diversos para la atención sanitaria y social a nivel autonómico es una circunstancia que se ha venido produciendo durante décadas y que ya ha dado lugar a varios intentos de coordinación. Las consecuencias de esa coexistencia son variadas. Por ejemplo, sucede en ocasiones que las áreas para la prestación de servicios sanitarios no coinciden

18. Fundación Caser (2015: 31).

con las de servicios sociales. O que la información de la historia clínica no es inmediatamente accesible por las Administraciones encargadas de evaluar el grado de dependencia de un solicitante. Y, del mismo modo, tampoco existe comunicación fluida entre personal sanitario y de servicios sociales cuando se produce un cambio en el estado de salud del usuario que debe ser tenido en cuenta a la hora de prestar el SAD (o cualquier otro servicio social), o cuando para la prestación del SAD es necesario entender ciertos aspectos de la enfermedad que padece el usuario¹⁹.

Estas son algunas de las dificultades que se dan en el día a día de la prestación del servicio. Las comunidades autónomas son conscientes de la problemática, y por ello han ido impulsando iniciativas y planes dirigidos específicamente a mejorar la coordinación sociosanitaria en la prestación de servicios. Algunos ejemplos recientes son las estrategias de coordinación sociosanitaria de Andalucía²⁰ o del País Vasco²¹. Estos documentos identifican la necesidad de coordinación entre los ámbitos sanitario y social, tratan de diagnosticar las dificultades a las que debe hacerse frente y, por último, diseñan una serie de técnicas para superar esas dificultades. También la Estrategia estatal de desinstitucionalización identifica la cuestión de la coordinación sociosanitaria como uno de los requisitos para que los cuidados en comunidad sean una opción real y de calidad²². Y algo de esto late en el proyecto de ley que actualmente está en tramitación en el Congreso de los Diputados y que modifica varias leyes (entre ellas la LAPAD) para reforzar los derechos de las personas con discapacidad tras la reforma del art. 49 de la Constitución Española²³. En particular, se propone una nueva redacción del art. 11.1.c) LAPAD para tratar de asegurar que queda garantizada. Igualmente, se proyecta modificar el art. 53 LCCSNS para involucrar al Consejo Territorial del SAAD en el establecimiento y la normalización de flujos de información y datos entre el SAAD y el Sistema Nacional de Salud.

Con arreglo a estos documentos, en algunos casos la coordinación pasa por establecer una estructura institucional dedicada a intercambio cons-

19. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005: 522); Manso y Huete (2018).

20. I Estrategia andaluza para la coordinación sociosanitaria 2024-2027. Disponible en https://www.sspajuntadeandalucia.es/servicioandaluzdesalud/sites/default/files/sincfiles/wsas-media-sas_normativa_mediafile/2024/I_ESTRATEGIA_ANDALUZA_PARA_LA_COORDINACI%C3%93N_SOCIOSANITARIA_2024_2027.pdf (consultado el 28 de septiembre de 2025).

21. Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024. Disponible en https://www.euskadi.eus/contenidos/documentacion/doc_sosa_sozirosanitario_estrat/es_def/adjuntos/estrategia_sociosanitaria_es_web.pdf (consultado el 28 de septiembre de 2025).

22. Objetivo 4.2 de la Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024-2030).

23. Iniciativa legislativa (proyecto de ley) 121/000064 (BOCD de 24 de julio de 2025).

tante de información, a la identificación de obstáculos en ese intercambio y a la propuesta de nuevas soluciones. En otros, se trata de lograr un mayor grado de coordinación a través del diseño de sistemas comunes de almacenamiento de la información de los usuarios (historia sociosanitaria²⁴) o de mecanismos de interoperabilidad de los sistemas sanitario y social. También se ha propuesto diseñar un sistema de prestación conjunta de servicios de atención primaria sociosanitaria, o elaborar un catálogo de prestaciones sociosanitarias dirigido a personas con ambas necesidades.

Con ello se trata de poner remedio a los problemas que pueden surgir en este ámbito. Cuando se trata de la combinación del SAD con servicios sanitarios, el resultado óptimo es que el usuario obtenga una atención de calidad que le permita combatir los problemas de salud que le aquejan al tiempo que permanece en su domicilio, a pesar de no tener plena autonomía personal. Este fin bien puede verse perjudicado si no existe una buena coordinación entre los ámbitos social y sanitario. Piénsese en el empeoramiento físico de una persona enferma que solamente es observable por las personas que le cuidan (el SAD) o en la modificación de tratamientos que puedan haber dado lugar a cambios en el estado físico o psíquico de una persona dependiente que también es beneficiaria del SAD. Por ello se ha dicho que una coordinación sociosanitaria ineficaz provoca también mayores grados de dependencia y una creciente presión asistencial²⁵. Los ejemplos son muchos. Se ha llegado incluso a destacar el papel clave de la coordinación sociosanitaria en contextos de crisis y, especialmente, en casos de pandemia como la COVID-19, que afectó especialmente a las personas mayores²⁶, así como los problemas que surgen en estos casos cuando se combinan con escenarios de despoblación o envejecimiento poblacional²⁷.

3.2

La necesaria flexibilización del modelo del SAD: tareas, organización y proximidad

Algunos de los obstáculos que surgen en la prestación del SAD tienen que ver con su rigidez o excesiva reglamentación. Conforme al art. 23 LAPAD, las actuaciones que puede comprender el SAD son los servicios relacionados con la atención personal para la realización de actividades de la vida diaria,

24. Por ejemplo, en Andalucía: De la Fuente Robles (2022: 370).

25. Vicente Fuentes (2020: 291).

26. De la Fuente Robles (2022: 364).

27. González Iglesias (2022: 218).

o aquellos relacionados con la atención de las necesidades domésticas o del hogar. Una descripción cerrada de las tareas que pueden realizar las personas cuidadoras olvida que la falta de autonomía de los usuarios del servicio no se extiende únicamente a ciertas tareas de la vida diaria, sino, en principio, a todas. Una persona cuidadora debe limitarse a ejecutar las tareas que han sido prescritas *ex ante*. Pero sucede que el SAD, como, en general, todos los servicios a las personas, se resiste a la previa programación condicional de todas y cada una de las actuaciones que la persona cuidadora debe llevar a cabo para que el servicio sea de verdadera ayuda²⁸. Resulta extraordinariamente difícil establecer de antemano qué necesidades en su domicilio tendrá cada uno de los potenciales usuarios del SAD y, por tanto, en qué deben consistir todas las tareas que deba desempeñar cada persona cuidadora.

Lo anterior no implica que la configuración del SAD, o de los servicios a las personas en general, deba quedar confiada exclusivamente a los sujetos prestadores del servicio. Más bien, lo que se trata de poner de manifiesto es que la introducción de ciertos elementos flexibilizadores puede contribuir en gran medida a la mayor cobertura de las necesidades de los usuarios, a la mejor atención a sus preferencias, a la eficacia del servicio e incluso a la satisfacción de las personas cuidadoras. La clave no es tratar de agotar la predeterminación de todas las tareas, sino establecer también principios (mandatos finalistas) de actuación, y asegurar que existen normas de organización y procedimiento que permiten que el servicio se concrete de forma óptima²⁹. Ello también asegura una configuración del servicio que permita un cierto equilibrio, de forma que sea posible adaptarse a percepciones parcialmente erróneas sobre las necesidades de los usuarios o, en caso de que la percepción sea correcta, a la mejor forma de darles respuesta³⁰.

Un ensayo en este sentido lo representa la iniciativa de las *superilles socials* (superislas sociales) impulsada por el Ayuntamiento de Barcelona. La iniciativa, que toma como base el proyecto de la misma ciudad referido a las *superilles*, pretende lograr un incremento de la calidad de los servicios sociales y pasar del cuidado individual de personas a un modelo de comunidades estables que proporcionan estos cuidados. Esto permite hablar del "SAD de proximidad"³¹.

El SAD de proximidad se basa en la gestión descentralizada de las necesidades de cuidados de los usuarios del servicio que se encuentran en la misma zona o barrio. En lugar de organizarse verticalmente la atención a

28. Rodríguez de Santiago (2007: 149); Castillo Abella (2024: marg. 230).

29. Rodríguez de Santiago (2016: 121).

30. Tronto (1993: 108).

31. Moreno Colom (2021a: 38; 2021b).

estas personas y encargarse a cada persona cuidadora la prestación del servicio en un caso o día concreto, se crea un equipo de personas cuidadoras a las que se les encarga conjuntamente la prestación del servicio para los usuarios de la zona o barrio. El encargo viene acompañado, además, de cierta flexibilidad a la hora de configurar la prestación, establecer los horarios, las necesidades a cubrir, las tareas y la asignación a las personas cuidadoras de estas últimas.

Los análisis que se han ocupado de estudiar este proyecto indican, en general, resultados positivos en relación con la satisfacción de los usuarios y la cobertura de sus necesidades³². De entrada, la limitación espacial de la zona o barrio en que el equipo de personas cuidadoras debe desarrollar su labor no solamente acorta en mucho los desplazamientos entre domicilios de distintos usuarios, sino que también facilita que se familiaricen con el entorno comunitario y social en el que viven esos usuarios. En contextos distintos del SAD de proximidad, es relativamente frecuente que las personas cuidadoras estén sujetas a un horario rígido para realizar sus tareas en domicilios que no necesariamente están próximos entre sí.

El encargo flexible para prestar los cuidados permite además dar respuestas ágiles a problemas sobrevenidos, bien por imprevistos relativos al usuario (visitas al médico, pedir cita para algún servicio, etc.) o entre las propias personas cuidadoras (por enfermedad, falta de experiencia o desajuste del horario de tareas en el día, por ejemplo). Igualmente, frente al modelo convencional, en el que la sustitución de una persona cuidadora suele provocar incertidumbre o sensación de trato impersonal para el usuario, el SAD de proximidad minimiza este problema al contar con un equipo estable y conocido que actúa de manera coordinada. Los usuarios, al tener contacto frecuente con varios miembros del equipo (mediante encuentros casuales por el barrio, la asistencia conjunta de dos cuidadoras a un mismo domicilio, la realización de recados en común, etc.), establecen relaciones de confianza que hacen que no perciban la sustitución como una ruptura en la atención, sino como una continuidad natural y cercana.

El estrechamiento de la relación de cuidado entre las personas que prestan los cuidados y aquellas que los reciben no solamente desemboca en un trato más humano (algo ya de por sí deseable), sino también en un acercamiento entre personas cuidadoras y los familiares o la red comunitaria del usuario del servicio. Esto puede suceder, por ejemplo, a raíz de cuestiones puntuales que surgen durante la prestación del servicio y que requieren consultar con algún familiar directamente, algo que no siempre es posible

32. Los ejemplos que siguen en Moreno Colom (2021a, 2021b).

en la configuración tradicional del SAD. Asimismo, pueden darse también situaciones en las que la cercanía con la persona cuidadora conlleve que el entorno familiar sea más consciente de las necesidades de cuidados del usuario y se involucre en ellos.

Del mismo modo, la intensa colaboración entre quienes componen el equipo de personas cuidadoras tiene también efectos beneficiosos sobre la calidad del servicio. Esto contribuye a un servicio más cohesionado, a la posibilidad de dar respuesta a situaciones imprevistas de forma coordinada entre sí y al apoyo de las personas cuidadoras más veteranas a quienes no tienen la misma experiencia.

El ejemplo del SAD de proximidad y las *superilles sociales* sirve para ilustrar la necesidad de renunciar a la programación previa completa del servicio. Certo es que la predeterminación total logra que la prestación que el usuario debe recibir sea perfectamente predecible, con las consecuencias que ello conlleva para la planificación de recursos materiales, personales y, sin duda, económicos. Sigue, no obstante, que el establecimiento *a priori* y vertical de las tareas de cuidados no da una respuesta óptima a las necesidades de cuidados de los usuarios ni garantiza en todo caso un servicio de calidad. Claro es que el proyecto barcelonés funciona bien en entornos urbanos densamente poblados, pero sería difícilmente extrapolable a entornos rurales de baja densidad de población y/o afectados por el fenómeno de la despoblación. En tales casos, una solución de proximidad en el SAD bien puede requerir el uso de tecnología para compensar distancias o menor frecuencia de visitas. Algunos de esos usos podrían articularse a través de aplicaciones móviles o la combinación con otros servicios, como el de teleasistencia.

3.3

Retos relacionados con las personas cuidadoras

La transcendencia de los cuidados del ámbito privado o familiar al social ha venido acompañada de reflexiones sobre la redistribución de responsabilidades entre el Estado, la familia, el mercado y la comunidad³³. Estas ideas tienen también su origen en las nuevas perspectivas de los cuidados a los que se ha hecho referencia anteriormente (*vid. 2*) y, especialmente, en los análisis feministas sobre la estructura de los cuidados.

33. Moreno Colom (2021b: 3).

De este modo, se ha puesto de manifiesto que las personas cuidadoras, tanto en el ámbito familiar³⁴ como en el de los servicios públicos como el SAD, son en su gran mayoría mujeres³⁵. Esto tiene que ver, entre otros aspectos, con la tradicional asociación entre los cuidados y la maternidad, pues quizá el caso de cuidados más paradigmático es el del niño pequeño (cuidado por su madre). Una de las razones de que los cuidados hayan transcendido lo privado es el aumento de las necesidades de cobertura de la población (personas dependientes, envejecimiento, etc.), que a su vez se ha visto acompañado de una correlativa disminución de la capacidad de las mujeres de asumirlos. Esto se debe a múltiples causas, como el hecho de que las mujeres se hayan incorporado en mayor medida al mercado de trabajo o la multiplicidad de modelos familiares en la actualidad³⁶.

Este debate suscita numerosas cuestiones de notable interés, como la necesidad de desfeminizar los cuidados³⁷, la determinación de qué cuidados pueden o deben ser asumidos íntegramente por la comunidad o el Estado³⁸, o de qué posición, reconocimiento o compensación deben gozar las personas que cuidan en ámbitos familiares, normalmente de forma gratuita (cuidados invisibles). Con todo, desde la perspectiva que nos interesa, el desafío al que se enfrenta el SAD es absorber y dar cobertura a las necesidades de cuidados que ya no se cubren en el ámbito privado o familiar, al tiempo que se asegura que las personas que deben prestar estos servicios lo hacen en unas buenas condiciones.

El modelo tradicional del SAD no se caracteriza por haber generado las mejores condiciones para que las personas cuidadoras desarrollen su labor de manera óptima³⁹. No hay que olvidar que en el SAD, que cuenta con un fuerte elemento personal en la relación de cuidados, el desempeño de las personas cuidadoras es determinante para que la prestación del servicio no solo sea adecuada, sino también satisfactoria para el usuario. Puede decirse que la conformación final de la prestación la realiza cada persona cuidadora, en cada caso concreto⁴⁰. Incluso su actitud es clave a la hora de que el usuario se sienta tratado con dignidad⁴¹. Sin embargo, los análisis indican tendencialmente que las personas cuidadoras en el SAD tienen una alta

34. Oxfam Intermón (2025a: 10).

35. Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005: 169); para el SAAD en general, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022: 125).

36. Comas-d'Argemir (2019: 19).

37. Comas-d'Argemir (2024: 145).

38. Janda (2025: 485).

39. Por todos, Universitat Autònoma de Barcelona (2022); Oxfam Intermón (2025b); Padilla Falcón (2025: 147 y ss.).

40. Castillo Abella (2024: marg. 296).

41. Vaquer Caballería (2000: 57).

precariedad, jornadas parciales, excesiva rotación, falta de apoyo o de formación especializada, jornadas irregulares, poco prestigio profesional y salarios muy bajos⁴².

Buena parte de estas cuestiones dependen de numerosos factores de carácter legislativo, social o económico y no tienen fácil solución desde la perspectiva exclusivamente local. Sin embargo, en este punto los Gobiernos locales están en una posición que les permite remediar o paliar algunos de estos aspectos negativos. Aquí, de nuevo, resulta útil el ejemplo barcelonés de las *superilles*. A través de la reconfiguración espacial del servicio y la descentralización de la gestión en equipos próximos a los usuarios, se han logrado resultados positivos en relación con el apoyo y la formación especializada de las personas cuidadoras, así como con la percepción social de su prestigio profesional⁴³.

Las personas cuidadoras que desempeñan sus tareas bajo la configuración tradicional del SAD experimentan un cierto grado de soledad. La asignación de tareas es vertical por parte de un supervisor, que es con quien habitualmente deben ponerse en contacto si surge alguna incidencia durante la prestación del servicio. Más allá de la experiencia previa con la que cuenten las personas cuidadoras, así como la formación inicial que puedan recibir al incorporarse al SAD, es frecuente que, en el transcurso del servicio, surjan dudas, imprevistos o cuestiones que no merecen la calificación de incidencia, pero sí generan inseguridad a la persona cuidadora sobre cómo resolverlos. Mientras que en el modelo tradicional no queda más remedio que optar prudentemente por la que parezca la mejor solución, la creación de equipos integrados facilita mucho el intercambio inmediato de información entre compañeras que orienta la solución que debe adoptar la persona cuidadora en el momento. Además, la consolidación y el trabajo conjunto en equipo fomentan también el intercambio de experiencias previas y la resolución de dudas por parte de los miembros más veteranos del equipo. Todo ello permite compartir los problemas u obstáculos con los que se encuentran las distintas personas cuidadoras, y contribuye a crear un ambiente de ayuda y apoyo mutuos. Asimismo, la posibilidad de contar con la experiencia compartida de los demás miembros del equipo remedia, aun parcialmente, la falta de formación especializada en este ámbito⁴⁴.

Una configuración descentralizada del servicio puede redundar también en el aumento del reconocimiento profesional de las personas cuidado-

42. Moreno Colom (2021a: 31); Rosetti et al. (2023: 95); Padilla Falcón (2025: 78).

43. Los datos que siguen en Moreno Colom (2021a, 2021b); Rosetti et al. (2023).

44. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 (2022: 144).

ras, en varios sentidos. En primer lugar, el contacto continuo con el entorno familiar y comunitario del usuario fomenta no solamente la comunicación o la corresponsabilización de los cuidados, sino también la percepción por parte de las personas del entorno del valor de los cuidados recibidos y de la labor realizada por la persona cuidadora. La satisfacción de los usuarios también puede reforzar la percepción del valor añadido aportado por las personas cuidadoras en el seno de las organizaciones en las que prestan servicios (Administraciones, entidades del tercer sector, entidades privadas). En ocasiones, su íntimo conocimiento de la situación del usuario puede traducirse en consideraciones que sean tenidas en cuenta por los órganos competentes a la hora de valorar su grado de dependencia. Por último, incluso la percepción de las propias personas cuidadoras puede experimentar un impacto positivo, bien por una sensación de mayor satisfacción con su trabajo, bien porque el trabajo que de hecho desempeñan haya mejorado con ocasión de la reorganización del servicio.

En la medida en que prestan el SAD, los Gobiernos locales están en una buena posición para introducir algunas mejoras que puedan abundar en esta dirección. De nuevo hay que señalar que la experiencia barcelonesa, aun cuando parece prometedora, es propia de un entorno urbano, demográfico y administrativo concreto, que no necesariamente puede extrapolarse sin más a otros lugares. No obstante, algunas de las tendencias que se observan sí pueden introducirse en la normativa local que regule el servicio, los pliegos de los correspondientes contratos públicos o incluso la política de personal de las entidades del sector público que puedan prestar el servicio (sociedades públicas locales, mancomunidades, etc.). La configuración descentralizada y en equipos del servicio resulta especialmente sugestiva, no solo para mejorar las condiciones de trabajo de las personas cuidadoras, sino también, y sobre todo, la calidad del servicio y de la prestación que recibe cada usuario.

3.4

Colaboración con privados en la gestión del SAD y encargos a medios propios

Un último punto en el que conviene detenerse, aun brevemente, es el que se refiere a las formas de gestión del SAD. Como otros servicios públicos, el SAD puede prestarse de forma directa, a través de los medios del ayuntamiento o de sus entidades vinculadas o dependientes, o mediante alguna de las formas de gestión indirecta que contempla la normativa; señaladamente, el contrato

público (art. 85.2.b de la Ley 7/1985, de 2 de abril, Reguladora de las Bases del Régimen Local)⁴⁵. Numerosos estudios se ocupan de la problemática en torno a la contratación pública en materia de servicios sociales y las alternativas no contractuales que existen (concierto social). Puesto que otras contribuciones en este volumen analizan específicamente la situación en el ámbito de los servicios de cuidados, tales cuestiones no serán objeto de este epígrafe.

Sí conviene, en cambio, aludir a algunos aspectos que se han puesto de manifiesto en relación con la externalización del SAD y que influyen en la prestación del servicio. En primer lugar, parece existir una correlación entre la externalización del servicio y una mayor intensidad (en horas dedicadas) y cobertura (personas atendidas). Según indican algunos estudios, la gestión de personal por parte de las Administraciones es más ineficiente que la que está al alcance de entidades privadas⁴⁶. Sin embargo, no están claras las causas de esta mayor flexibilidad del sector privado, por lo que conviene acoger estas consideraciones con cautela. En especial, resultaría indeseable atribuirle un carácter positivo si descansara en peores condiciones de trabajo de las personas cuidadoras.

Con todo, se da también otro efecto: la pérdida por parte de los Gobiernos locales de la pericia, conocimiento o experiencia (*know-how*) a la hora de gestionar el servicio. Esto tiene consecuencias en dos frentes. Por un lado, la remunicipalización del servicio se torna más difícil, al no contar cada Gobierno local con la organización y el personal que pueda asumirlo. Esto puede suceder con cualquier remunicipalización de servicios y viene acompañado de las consecuencias jurídico-laborales propias de estos procesos, que ya han sido ampliamente estudiadas (subrogación del personal que viene prestando el servicio)⁴⁷. La externalización puede convertirse así en una opción organizativa de un servicio municipal que se va tornando más irreversible conforme avanza el tiempo. Por otro lado, la creciente desconexión entre la Administración titular del servicio y el conocimiento directo sobre cómo debe ser gestionado puede generar problemas en sede de control de las entidades privadas a las que se encarga la gestión.

Estos aspectos no deben, por sí solos, inclinar la balanza de la forma de gestión del SAD, pero sí deben ser tenidos en cuenta junto con las demás cuestiones que deben ser objeto de consideración a la hora de optar por la forma de gestión y, posteriormente, terminar de configurar esta a través de los pliegos, contratos o instrumentos que correspondan.

45. Recientemente, por ejemplo, Sabaté Vidal (2025: 280-282).

46. Rosetti *et al.* (2023: 95).

47. Por todos, Esteban Miguel (2023: 164 y ss.).

4 Reflexión final

El análisis de los retos a los que actualmente se enfrenta el SAD evidencia que su abordaje es crucial no solo para mejorar un servicio a personas vulnerables, sino para contribuir a consolidar la transición hacia un nuevo paradigma de cuidados en comunidad. Los cuidados, que han transcendido el ámbito meramente privado o familiar, pasan así a ser algo que también concierne a la comunidad. Si bien ya la existencia del SAD social desde hace décadas da cuenta de que el Estado siempre ha sido consciente de la relevancia de su papel en este campo, los cambios sociales y las crecientes necesidades hacen que se imponga una revisión de la perspectiva tradicional sobre la organización de los cuidados, tanto en la esfera pública como en la privada.

Los aspectos analizados a lo largo de este trabajo apuntan en una misma dirección: el principal reto al que se enfrenta el SAD es, en realidad, la rigidez institucional. El mayor obstáculo para conseguir la coordinación sociosanitaria es la ausencia de mecanismos o puentes entre las organizaciones de servicios sanitarios y sociales. Áreas de prestación de servicios distintas, falta de comunicación entre el personal de ambos servicios e inercias de funcionamiento son algunos de los elementos que dificultan alcanzar la plena coordinación entre lo sanitario y lo social. Algo parecido sucede con la configuración tradicional del SAD, cuya articulación vertical e hiperestandarización conllevan resultados subóptimos a la hora de prestar un servicio de calidad, ya sea por las tareas que deben (o no deben) realizar las personas cuidadoras o por las condiciones sociales y de trabajo que afectan a estas últimas.

Probablemente no deba existir un único modelo del SAD, sino varios modelos distintos que se adapten a las circunstancias, al entorno y a las personas en que el servicio debe ser prestado. Lo que no parece plantear dudas es que la configuración actual del SAD requiere de modificaciones para poder cumplir su fin. Es en materias como la organización del servicio (ya se preste directa o indirectamente) y la gestión de personal, entre otras, donde los Gobiernos locales están en una posición en la que pueden contribuir notablemente al cambio de modelo en el SAD, para garantizar que sea un servicio de calidad y que atienda de la mejor forma posible a las personas que lo necesitan.

5 Bibliografía

- Almeida Cerreda, M. (2017). Los desafíos de las políticas y de los servicios sociales municipales: de la superación de las secuelas de la Gran Recesión a la adaptación a un nuevo entorno socioeconómico. *Anuario del Gobierno Local* 2017, 157-212.
- Castillo Abella, J. (2024). *Los servicios de cuidados integrales. El Derecho público de los servicios a personas especialmente vulnerables en hospitales y residencias de mayores*. Madrid: Marcial Pons.
- Comas-d'Argemir, D. (2019). Cuidados y derechos. El avance hacia la democratización de los cuidados. *Cuadernos de Antropología Social*, 19, 13-29.
- Comas-d'Argemir, D. (2024). Desinstitucionalización de los cuidados de larga duración. *Actas de Coordinación Sociosanitaria*, 34, 138-151.
- De la Fuente Robles, Y. M.^a (2022). Perspectiva social de los recursos residenciales para mayores en Andalucía. Propuestas y retos de futuro para la coordinación sociosanitaria. *Revista de Derecho de la Seguridad Social. Laborum*, Extraordinario 4, 355-374.
- Díez Sastre, S. (2012). La Ley de Dependencia en el sistema constitucional de reparto competencial entre el Estado y las comunidades autónomas. En J. M.^a Rodríguez de Santiago y S. Díez Sastre (coords.). *La Administración de la Ley de Dependencia* (pp. 15-58). Madrid: Marcial Pons.
- Diputació de Barcelona. (2022). *Diagnosi dels serveis de cures d'entorn domiciliari i comunitari. Context sociodemogràfic, característiques i tendències dels serveis a la província de Barcelona*. Disponible en https://llibreria.diba.cat/es/libro/diagnosi-dels-servells-de-cures-d-entorn-domiciliari-i-comunitari_66781 (consultado el 28 de septiembre de 2025).
- Esteban Miguel, A. (2023). *El régimen jurídico aplicable al personal de las empresas públicas: entre el Derecho del Trabajo y el Derecho Administrativo*. Madrid: Cinca.
- Fernando Pablo, M. M., Terrón Santos, D. y Domínguez Álvarez, J. L. (dirs.). (2025). La administración de los cuidados. A Coruña: Colex.
- Fundación Caser. (2015). *La situación del Servicio de Ayuda a Domicilio en el ámbito local y perspectivas de futuro*. Disponible en <https://www.fundacioncaser.org/publicaciones-y-estudios/la-situacion-del-servicio-de-ayuda-domicilio-en->

el-ambito-local-y-perspectivas-de-futuro (consultado el 28 de septiembre de 2025).

García-Andrade Gómez, J. (2025). Vulnerabilidad y externalización del Estado social. En B. Porta Pego (coord.). *La externalización del Estado social. La atención a la vulnerabilidad en vivienda, suministros esenciales y sistema de pagos* (pp. 19-54). Madrid: Marcial Pons.

Garrido Juncal, A. (2020). La incidencia de la crisis en las competencias locales en materia de servicios sociales. *Anuario del Gobierno Local 2020*, 213-233.

González Iglesias, M. Á. (2022). La asistencia y coordinación sociosanitaria en el medio rural en Castilla y León. Aspectos a mejorar tras la pandemia. *Revista de Estudios de la Administración Local y Autonómica*, 18, 215-235.

Gracia Retortillo, R. (2024). Cuidados, Derecho y Administraciones públicas con perspectiva de género: de las ciudades a las universidades cuidadoras. En A. Giménez Merino (ed.). *Sesgos de género en la educación. Propuestas teórico-prácticas de coeducación en la universidad* (pp. 149-160). Barcelona: Octaedro.

Janda, C. (2025). Verantwortungsteilung zwischen Familie und Staat in der Angehörigenpflege. *Neue Zeitschrift für Sozialrecht*, 13, 481-487.

Manso Gómez, C. y Huete García, A. (2018). Panorámica de la atención sociosanitaria en España. *Actas de coordinación sociosanitaria*, 22, 7-30.

Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. (2022). *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*. Disponible en https://imserso.es/informe-de-evaluacion-del-saad?p_l_back_url=%2Fbusqueda%3Fq%3Dinforme%2Bde%2Bevaluaci%25C3%25B3n&p_l_back_url_title=B%C3%BAqueda (consultado el 28 de septiembre de 2025).

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. (2005). *Libro blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*. Madrid. Disponible en <https://imserso.es/el-imserso/documentacion/publicaciones/documentos-interes/libro-blanco-atencion-personas-situacion-dependencia> (consultado el 28 de septiembre de 2025).

Moreno Colom, S. (2021a). Prestigiando el trabajo de cuidados en los servicios de ayuda a domicilio. *Migraciones*, 53, 27-57.

Moreno Colom, S. (2021b). Construyendo comunidad desde lo público: el caso de las Superilles Socials. *Revista Española de Sociología*, 30 (2), 1-18.

- Ordóñez Pascua, N. (2021). Políticas públicas de servicios sociales: configuración de la ayuda a domicilio en el marco autonómico y nacional. *Revista Vasca de Gestión de Personas y Organizaciones Públicas*, 20, 30-51.
- Oxfam Intermón. (2025a). *La cuenta de los cuidados. Encuesta sobre las percepciones de desigualdades de género y trabajo de cuidados en España*. Disponible en <https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/desigualdad-trabajo-cuidados#> (consultado el 28 de octubre de 2025).
- Oxfam Intermón. (2025b). *Trabajo invisible y cuerpos rotos. Radiografía del empleo de hogar y cuidados en España*. Disponible en <https://www.oxfamintermon.org/es/publicacion/trabajo-invisible-empleo-hogar-cuidados> (consultado el 28 de octubre de 2025).
- Padilla Falcón, F. J. (2025). *El servicio de ayuda a domicilio: un análisis multidisciplinar desde el campo jurídico y empresarial* (tesis doctoral defendida en la Universidad de Extremadura). Disponible en <https://www.educacion.gob.es/teseo/imprimirFicheroTesis.do?idFichero=2OwUZ6su69c%3D> (consultado el 28 de octubre de 2025).
- Pemán Gavín, J. (2018). Artículo 149.1.1^a. En M. Rodríguez-Piñero y Bravo Ferrer y M.^a E. Casas Baamonde (dirs.). *Comentarios a la Constitución Española. XL aniversario*. Tomo II. Las Rozas: Fundación Wolters Kluwer-Boletín Oficial del Estado-Tribunal Constitucional-Ministerio de Justicia.
- Pioggia, A. (2024). *Cura e pubblica amministrazione. Come il pensiero femminista può cambiare in meglio le nostre amministrazioni*. Bologna: Il Mulino.
- Rodríguez de Santiago, J. M.^a (2007). *La Administración del Estado social*. Madrid: Marcial Pons.
- Rodríguez de Santiago, J. M.^a (2016). *Metodología del Derecho administrativo. Reglas de racionalidad para la adopción y el control de la decisión administrativa*. Madrid: Marcial Pons.
- Rosetti Maffoli, N., Borrell Porta, M. y López Ortells, L. (2023). La evaluación del Servicio de Ayuda a Domicilio en Cataluña: un análisis con métodos mixtos. *Gestión y Análisis de Políticas Públicas*, 33, 82-102.
- Sabaté Vidal, J. M. (2025). La acción concertada social y las fórmulas no contractuales en la provisión de servicios públicos locales. En M. V. Forns i Fernández, A. Garrido Juncal y J. R. Fuentes i Gasó (eds.). *La acción concertada social y las fórmulas no contractuales en la provisión de servicios de atención a la persona en el Estado español* (pp. 266-293). Valencia: Tirant lo Blanch.

Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care.* New York-London: Routledge.

Universitat Autònoma de Barcelona. (2022). *Estudio CuidémoNos. Auxiliares de ayuda a domicilio en España, 2022. Riesgos laborales y estado de salud.* Disponible en <https://portalrecerca.uab.cat/es/publications/estudio-cuid%C3%A9monos-auxiliares-de-ayuda-a-domicilio-en-espa%C3%B1a-2022/> (consultado el 28 de octubre de 2025).

Vaquer Caballería, M. (2000). Los servicios atinentes a la persona en el Estado social. *Cuadernos de Derecho Público*, 11, 31-72.

Vicente Fuentes, F. (2020). La atención y coordinación sociosanitaria: hacia una nueva cultura del cuidado. *Enfermería Clínica*, 30 (5), 291-294.