

Tema 1. El servicio de ayuda a domicilio. El SAD en la red pública de servicios sociales. Su organización. El auxiliar de ayuda a domicilio. El Reglamento para la prestación del Servicio de Ayuda a Domicilio del Ayuntamiento de Vinaròs: capítulos I, II y IV

El **Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)** es una prestación básica del sistema público de servicios sociales, orientada a facilitar que la persona permanezca en su entorno habitual con las mayores cotas posibles de autonomía, dignidad y calidad de vida. En la Comunitat Valenciana, la normativa autonómica define el SAD como un conjunto de cuidados y actuaciones realizadas principalmente en el domicilio y en el entorno social de la persona, con finalidad de atender necesidades de la vida diaria, prestar apoyo personal polivalente y preventivo, y realizar seguimiento y acompañamiento, especialmente cuando existan dificultades físicas, cognitivas, intelectuales, de salud mental o sociales, o situaciones de vulnerabilidad. Además, se exige coordinación, cuando proceda, con atención primaria de salud y con salud mental.

La finalidad del SAD no es únicamente “hacer tareas en casa”. Su sentido profundo es **preventivo, asistencial, educativo y comunitario**. Busca evitar el desarraigo, retrasar o impedir ingresos innecesarios en instituciones, apoyar a las familias cuidadoras y favorecer la integración social de la persona usuaria. Por tanto, el SAD forma parte de una intervención profesional más amplia, no reducida a un mero servicio doméstico. Esa idea aparece tanto en la regulación autonómica como en el Reglamento de Vinaròs, que insiste en la permanencia en el propio medio y en el fomento de la autonomía personal.

1. El SAD en la red pública de servicios sociales

Dentro de la **red pública de servicios sociales**, el SAD se integra en la **atención primaria**, que es el nivel más cercano a la ciudadanía. La Ley 3/2019 estructura el Sistema Público Valenciano de Servicios Sociales y el Decreto 38/2020 regula la coordinación y financiación de la atención primaria, mientras que el Decreto 27/2023 ordena la tipología y funcionamiento de centros, servicios y programas. En ese marco, el SAD aparece como una prestación propia de proximidad, vinculada al trabajo social de valoración, diagnóstico, intervención y seguimiento.

Esto significa que el SAD no actúa de forma aislada. Se relaciona con otros recursos como la teleasistencia, la intervención familiar, los programas de autonomía personal, la atención a situaciones de riesgo social y, en algunos casos, con recursos sanitarios. La lógica de red exige que el caso se valore técnicamente, se determine la necesidad real y se concrete qué tipo de apoyo procede: personal, doméstico, psicosocial, educativo o una combinación de ellos. El SAD es, por tanto, una pieza dentro de un itinerario de intervención social.

En el caso de Vinaròs, el Reglamento regula expresamente el **SAD ordinario de acceso municipal** y el **SAD de urgencia**. El primero atiende situaciones no cubiertas por el sistema de dependencia cuando el recurso sea técnicamente adecuado; el segundo permite una respuesta inmediata ante necesidades extremas y sobrevenidas que afecten a la capacidad de realizar actividades básicas de la vida diaria y cuando no existan apoyos suficientes en el entorno habitual.

2. Organización del servicio

La organización del SAD parte de un principio básico: **la prestación debe responder a una valoración profesional previa**. En Vinaròs, la situación de necesidad del SAD ordinario se determina mediante el **baremo del Anexo V** y el correspondiente **informe social**; en el SAD de urgencia, mediante informe social motivado de la persona técnica de referencia.

Desde el punto de vista organizativo, el SAD suele articularse en varias fases:

Primero, la **detección y solicitud**. Puede iniciarse a instancia de la persona interesada o, en algunos casos, de oficio, especialmente si los servicios sociales detectan una situación urgente o de riesgo.

Segundo, la **instrucción técnica**. Aquí se comprueban requisitos, documentación, situación económica, red de apoyo, condiciones de vivienda, autonomía personal y factores de riesgo.

Tercero, la **propuesta profesional y resolución administrativa**. En Vinaròs, la propuesta técnica se eleva a Alcaldía para la aprobación o denegación, fijándose también si existe disponibilidad inmediata o si procede lista de espera.

Cuarto, la **prestación efectiva**. Antes de comenzar, debe existir un documento contractual o de condiciones del servicio donde consten período, horario, tareas, frecuencia y colaboración exigible a la persona usuaria. La aceptación expresa es requisito imprescindible para el inicio del SAD.

Quinto, el **seguimiento profesional**. Los servicios sociales realizan supervisión periódica mediante reuniones con las trabajadoras familiares, contacto con personas usuarias y coordinación con otros profesionales. De ese seguimiento pueden derivarse modificaciones del servicio, siempre motivadas, notificadas y documentadas.

3. Contenido material del SAD

El SAD comprende, de acuerdo con el Reglamento de Vinaròs, **servicios de carácter personal, psicosocial, educativo y doméstico**.

Las **actuaciones de carácter personal** incluyen, entre otras, aseo, apoyo en alimentación y nutrición, supervisión de medicación, ayuda a la movilización, compañía y paseo, y atenciones especiales. Son actuaciones directamente ligadas a la persona y a sus actividades básicas de la vida diaria.

Las **actuaciones de carácter psicosocial y educativo** se dirigen más a la adquisición o mantenimiento de hábitos: planificación de la higiene familiar, aprendizaje de hábitos de vida saludables, hábitos convivenciales, observación de relaciones familiares y sociales, apoyo a funciones parentales, organización económica y familiar e integración comunitaria. Aquí se ve con claridad que el SAD no es solo asistencial, sino también educativo y preventivo.

Las **actuaciones de carácter doméstico** abarcan compra, preparación o ayuda en la alimentación, lavado de ropa, planchado, costura, orden, limpieza cotidiana de la vivienda y apoyo en la organización doméstica. Ahora bien, conviene subrayar que estas tareas domésticas no convierten al personal del SAD en empleado del hogar. El propio Reglamento de Vinaròs establece expresamente que quienes prestan el servicio no pueden ser considerados empleados del hogar ni trabajadores por cuenta propia en el domicilio de la persona beneficiaria.

4. La figura del auxiliar de ayuda a domicilio

El **auxiliar de ayuda a domicilio** es el profesional de atención directa que ejecuta en el domicilio las tareas definidas técnicamente. Su papel es esencial, porque representa el contacto cotidiano entre la administración y la persona usuaria. No actúa de forma autónoma al margen del sistema, sino integrado en una intervención planificada, bajo directrices técnicas y con funciones delimitadas.

Entre sus funciones habituales destacan el apoyo en higiene y cuidados personales, la ayuda en alimentación, movilización y acompañamiento, la realización de tareas domésticas básicas vinculadas al bienestar de la persona usuaria, el refuerzo de hábitos saludables y convivenciales, y la observación de incidencias relevantes para trasladarlas al equipo técnico. Por ello, además de habilidades prácticas, necesita competencias relacionales: empatía, discreción, respeto, paciencia, capacidad de observación y trato digno.

Desde el punto de vista profesional, debe quedar claro que **no** es el auxiliar: no sustituye al personal sanitario, no realiza funciones clínicas, no decide por sí mismo cambios en el programa de intervención, no asume tareas ajenas al servicio ni mantiene una relación privada o doméstica con la persona usuaria. Su actuación está enmarcada por el plan de trabajo, la supervisión técnica y las normas del servicio. Esa delimitación protege tanto a la persona usuaria como al propio profesional. El Decreto 27/2023 insiste en que todo el personal debe contar con titulación adecuada al puesto o categoría profesional desempeñada.

5. El Reglamento del SAD del Ayuntamiento de Vinaròs: capítulos I, II y IV

a) Capítulo I: disposiciones generales

El capítulo I fija la base jurídica del servicio en Vinaròs. El objeto del Reglamento es regular la prestación del SAD de acceso ordinario y de urgencia. Define el servicio conforme a la Ley 3/2019 y destaca su finalidad de atención en el propio medio, promoción de la autonomía y evitar del desarraigo e institucionalización. También determina las personas destinatarias: personas o unidades familiares empadronadas o con residencia efectiva en Vinaròs que necesiten apoyo para su autonomía y requieran asistencia para continuar en su entorno habitual, especialmente personas con dificultades para actividades básicas de la vida diaria no reconocidas como dependientes y personas o familias con necesidad de apoyo socio familiar. Además, precisa que la residencia relevante es el domicilio habitual dentro del término municipal.

b) Capítulo II: modalidades de acceso, compatibilidades y contenido

Este capítulo es central para estudiar el funcionamiento real del servicio. Exige, como regla general, empadronamiento y residencia efectiva en Vinaròs. Distingue dos modalidades de acceso: el **acceso ordinario o SAD municipal**, para personas no dependientes cuando el recurso sea técnicamente adecuado, y el **acceso de urgencia**, para situaciones extremas y sobrevenidas justificadas. El procedimiento ordinario puede iniciarse de oficio o a instancia de parte.

La necesidad se valora mediante baremo e informe social. La prestación puede incluir servicios personales, psicosociales, educativos y domésticos. Su extensión, intensidad y tipología quedan condicionadas por los créditos disponibles, lo que recuerda que estamos ante una prestación pública sujeta a organización y disponibilidad presupuestaria. En el SAD ordinario, el orden de prelación atiende primero a la mayor puntuación del baremo, después a menores ingresos económicos y, en tercer lugar, a la fecha de entrada de la solicitud. Puede existir lista de espera.

El Reglamento prevé también la **aportación económica** de las personas beneficiarias, remitiéndose a la ordenanza municipal, y regula causas de extinción: cumplimiento del tiempo reconocido, fallecimiento, renuncia, traslado, desaparición de la necesidad, falsedad de datos, impago o causas graves que imposibiliten la prestación. Finalmente, declara la incompatibilidad del SAD municipal y de urgencia con el SAD de dependencia reconocido en PIA, con la prestación económica para cuidados en el entorno familiar y con otras prestaciones análogas, salvo supuestos excepcionales justificados por informe social.

c) Capítulo IV: prestación efectiva del servicio

El capítulo IV se centra en la fase de ejecución. Antes del inicio debe formalizarse un **documento contractual** con las condiciones de la prestación: período, horario, tareas, frecuencia y colaboración exigible. Sin aceptación expresa no puede comenzar el servicio. Después, los servicios sociales realizan **seguimiento técnico-profesional** mediante supervisión periódica, contacto con la persona beneficiaria y coordinación con otros profesionales. Ese seguimiento puede justificar modificaciones del servicio, siempre por escrito, motivadas y acordadas. Por tanto, el SAD no es una ayuda cerrada e inmutable, sino una prestación revisable según evolución del caso.

Tema 2. **Ámbito de actuación de la ayuda a domicilio. Personas mayores, demencias y Alzheimer, enfermedades mentales, discapacidad física, psíquica y sensorial, familia y menores, las adicciones**

El **Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD)** es un recurso de atención personal, doméstica, educativa y social que se presta en el entorno habitual de la persona usuaria con la finalidad de favorecer su permanencia en el domicilio, mantener o mejorar su autonomía, prevenir situaciones de deterioro o exclusión y apoyar a la familia en sus funciones de cuidado. Su ámbito de actuación es amplio, porque atiende realidades muy

diversas: personas mayores, personas con demencia, personas con enfermedad mental, personas con discapacidad, familias con dificultades de funcionamiento, menores en situación de vulnerabilidad y personas con problemas de adicción.

Por ello, una idea fundamental para el estudio de este tema es que la ayuda a domicilio **no se aplica de igual forma en todos los casos**. Aunque el servicio tenga una estructura común, su contenido concreto varía según las necesidades físicas, cognitivas, emocionales, relacionales y sociales de cada persona o unidad familiar. El auxiliar de ayuda a domicilio no interviene solo “haciendo tareas”, sino adaptando su actuación a cada situación, dentro de las directrices técnicas marcadas por los servicios sociales.

1. **Ámbito general de actuación de la ayuda a domicilio**

La ayuda a domicilio actúa principalmente en el **espacio doméstico y comunitario**. Esto significa que la intervención se desarrolla en la vivienda de la persona usuaria, pero también en su entorno próximo: barrio, comercio cercano, centro de salud, red vecinal o familiar, recursos sociales y comunitarios. No se trata únicamente de una asistencia material, sino de una intervención orientada a sostener la vida cotidiana.

Su ámbito de actuación puede resumirse en cuatro grandes planos.

En primer lugar, el **ámbito personal**, que comprende apoyo en higiene, vestido, alimentación, movilización, supervisión de medicación prescrita, compañía y acompañamiento.

En segundo lugar, el **ámbito doméstico**, que incluye limpieza básica y funcional del domicilio, lavado y planchado de ropa, preparación de alimentos, compra y organización del hogar.

En tercer lugar, el **ámbito educativo y relacional**, que consiste en fomentar hábitos saludables, orden doméstico, convivencia adecuada, habilidades parentales, rutinas y autonomía personal.

Y, en cuarto lugar, el **ámbito preventivo y social**, dirigido a detectar riesgos, evitar aislamiento, retrasar institucionalizaciones, descargar a la familia cuidadora y coordinarse con otros profesionales cuando sea necesario.

Por tanto, el SAD tiene un carácter **polivalente**. Puede actuar en situaciones de dependencia física, deterioro cognitivo, conflicto familiar, exclusión social, desorganización doméstica o falta de apoyos. Esa amplitud explica que sus destinatarios sean muy variados.

2. **Personas mayores**

Uno de los ámbitos clásicos de la ayuda a domicilio es la atención a **personas mayores**. El envejecimiento suele ir acompañado, en muchos casos, de pérdida progresiva de fuerza, movilidad, resistencia, visión, audición o capacidad para organizar la vida diaria. También pueden aparecer soledad, duelo, aislamiento social o sobrecarga del cuidador familiar.

En este grupo, el objetivo principal del SAD es **favorecer la permanencia en el domicilio en condiciones dignas y seguras**. Se trata de mantener la autonomía el mayor tiempo posible, evitando deterioros añadidos por abandono, desnutrición, inmovilidad o falta de higiene.

Las actuaciones más habituales son el apoyo en el aseo, el vestido, la movilización, la preparación de comidas, la supervisión de rutinas, el acompañamiento y la observación de cambios relevantes. También resulta muy importante detectar señales de alarma: caídas frecuentes, olvidos, desorientación, tristeza intensa, descuido del hogar, pérdida de apetito o empeoramiento repentino del estado general.

Con las personas mayores debe actuarse con respeto a su ritmo, evitando infantilizarlas. El auxiliar debe fomentar que hagan por sí mismas todo aquello que todavía pueden realizar. La intervención correcta no consiste en sustituir innecesariamente, sino en **apoyar sin anular la autonomía residual**.

3. Demencias y enfermedad de Alzheimer

Dentro de las personas mayores, aunque no exclusivamente, destacan las personas con **demencias**, entre ellas la enfermedad de **Alzheimer**, que es una de las más frecuentes. En estos casos, el problema principal no es solo físico, sino también cognitivo y conductual. Puede haber pérdida de memoria, desorientación temporal o espacial, dificultad para reconocer personas, alteración del lenguaje, cambios de carácter, agitación, apatía o pérdida de juicio para las actividades cotidianas.

La ayuda a domicilio, en estos supuestos, tiene una doble finalidad. Por un lado, atender a la persona afectada, garantizando su seguridad, higiene, alimentación y rutina. Por otro, apoyar a la familia cuidadora, que muchas veces soporta una carga física y emocional muy elevada.

La intervención debe basarse en varios principios. El primero es la **estructura y estabilidad**: conviene mantener horarios, rutinas y formas de hacer previsible. El segundo es la **comunicación sencilla**, con frases claras, tono calmado y una sola indicación cada vez. El tercero es la **seguridad**, evitando riesgos domésticos, fugas, caídas o uso inadecuado de objetos peligrosos. El cuarto es la **paciencia profesional**, ya que las repeticiones, olvidos o resistencias no deben interpretarse como mala voluntad.

El auxiliar no puede discutir continuamente con la persona para “convencerla” de la realidad, porque eso suele aumentar su ansiedad. Debe reconducir, tranquilizar y acompañar. Además, tiene que observar cambios importantes: empeoramiento brusco, agresividad nueva, alteraciones del sueño, rechazo de la comida o mayor desorientación. Esas incidencias deben comunicarse al equipo técnico y, en su caso, a la familia.

4. Enfermedades mentales

Otro ámbito de actuación del SAD es el de las personas con **enfermedad mental**. Aquí pueden incluirse trastornos graves o persistentes que afectan al funcionamiento diario, a la convivencia, al autocuidado o a la capacidad para sostener rutinas. No todas las personas con enfermedad mental necesitan ayuda a domicilio, pero en algunos casos el recurso resulta muy útil para mantener estabilidad en el entorno.

La actuación del SAD en salud mental no tiene naturaleza clínica ni terapéutica especializada. El auxiliar no diagnostica, no medica ni realiza intervenciones sanitarias. Su papel consiste en apoyar en la organización de la vida diaria, reforzar hábitos básicos, favorecer la adherencia a rutinas, observar signos de deterioro y contribuir a una convivencia más ordenada y segura.

En estos casos son especialmente relevantes aspectos como el aseo personal, la alimentación regular, el orden del domicilio, la estructuración del tiempo, la vinculación con recursos comunitarios y la reducción del aislamiento. Algunas personas pueden presentar apatía extrema, abandono del autocuidado, acumulación de objetos, insomnio, retraimiento, ideas desorganizadas o dificultades de relación. El auxiliar debe actuar con serenidad, sin confrontación innecesaria y sin invadir, pero marcando pautas claras.

Aquí es esencial evitar dos errores: tratar a la persona con miedo o rechazo, o bien excederse en la confianza y perder la distancia profesional. La intervención exige respeto, estabilidad emocional, observación y coordinación con el equipo técnico.

5. Discapacidad física, psíquica y sensorial

La ayuda a domicilio también actúa con personas con **discapacidad física, psíquica y sensorial**, sean menores, adultas o mayores.

En la **discapacidad física**, las limitaciones principales suelen referirse a movilidad, equilibrio, fuerza, destreza manual o capacidad de desplazamiento. El SAD presta apoyo en transferencias, aseo, vestido, alimentación, preparación del entorno, tareas domésticas y acompañamiento. Aquí resulta fundamental fomentar la accesibilidad del domicilio, prevenir caídas y usar adecuadamente ayudas técnicas si las hubiera. El objetivo no es hacer depender más a la persona, sino posibilitar que mantenga el mayor control posible sobre su vida cotidiana.

En la **discapacidad psíquica o intelectual**, las dificultades pueden afectar a la comprensión, planificación, resolución de problemas, autonomía doméstica o habilidades sociales. La intervención del SAD se dirige mucho al aprendizaje o mantenimiento de rutinas: higiene, uso correcto de ropa, preparación simple de comidas, orden, gestión básica del tiempo y normas de convivencia. Es una intervención con fuerte componente educativo. Deben darse instrucciones simples, repetidas y adaptadas al nivel de comprensión de la persona.

En la **discapacidad sensorial**, especialmente visual o auditiva, el trabajo del SAD debe adaptarse al modo de comunicación y percepción de la persona usuaria. En personas con discapacidad visual será importante el orden estable de la vivienda, la eliminación de obstáculos y la descripción clara del entorno. En personas con discapacidad auditiva, la comunicación debe adecuarse a sus capacidades, asegurando comprensión real de las indicaciones. En todos los casos, la clave es no centrarse solo en la limitación, sino en las posibilidades funcionales de la persona.

6. Familia y menores

El SAD no se dirige únicamente a personas individuales; también actúa sobre **familias y menores** cuando existe desorganización doméstica, dificultades de cuidado, carencias educativas, falta de habilidades parentales o situaciones de vulnerabilidad social.

En estos casos, el objetivo no es sustituir permanentemente a la familia en sus responsabilidades, sino **apoyarla, reordenarla y fortalecerla**. La intervención puede incluir educación en hábitos de higiene, alimentación, limpieza de la vivienda, organización de horarios, cuidados infantiles básicos, seguimiento de rutinas escolares y mejora de la convivencia. A menudo se trata de familias con múltiples dificultades acumuladas: precariedad económica, aislamiento, conflictos de pareja, maternidad o paternidad en solitario, escasas competencias parentales o problemas de salud.

Cuando hay menores, el interés superior del niño debe presidir toda intervención. El auxiliar puede observar indicadores de riesgo: falta de higiene reiterada, absentismo, desnutrición, falta de supervisión, ambiente muy caótico o negligencia cotidiana. Sin embargo, no corresponde al auxiliar investigar ni adoptar medidas por sí mismo, sino comunicar al profesional de referencia las incidencias relevantes.

En este ámbito, la ayuda a domicilio tiene una dimensión muy educativa. Enseña con la práctica diaria: cómo organizar una casa, cómo atender a un menor, cómo establecer rutinas, cómo repartir tareas, cómo mantener unas condiciones mínimas de salubridad. Es un trabajo de acompañamiento cercano, pero también de exigencia y responsabilidad.

7. Las adicciones

Las **adicciones** constituyen otro ámbito de actuación especialmente complejo. Pueden referirse al alcohol, drogas ilegales, medicamentos u otras conductas adictivas que deterioran la autonomía, la convivencia, la economía familiar y el cuidado del hogar o de los menores.

La ayuda a domicilio no “cura” la adicción, pero puede intervenir sobre sus consecuencias cotidianas y sociales. En muchos casos el SAD sirve para sostener mínimos de funcionamiento: higiene, alimentación, orden, protección de menores, acompañamiento básico y conexión con recursos especializados. También puede ayudar a detectar situaciones de riesgo grave, abandono, deterioro extremo del domicilio o incapacidad para ejercer funciones parentales.

La intervención en adicciones exige especial prudencia profesional. El auxiliar no debe entrar en discusiones morales, amenazas o enfrentamientos directos. Tampoco debe facilitar conductas de consumo ni encubrir situaciones graves. Su actuación debe ser clara, profesional, respetuosa y coordinada con el equipo técnico.

En hogares donde existan adicciones pueden aparecer incumplimientos, manipulación, agresividad verbal, desorden severo o cambios bruscos de conducta. Por ello es especialmente importante mantener límites profesionales, registrar incidencias y seguir estrictamente las pautas del servicio. Si además hay menores convivientes, la observación y comunicación al equipo social es todavía más relevante.

8. Principios comunes de actuación en todos los ámbitos

Aunque cada colectivo presenta necesidades distintas, existen varios principios comunes que deben presidir la ayuda a domicilio.

El primero es el **respeto a la dignidad de la persona**. Toda actuación debe evitar humillaciones, infantilización o invasión innecesaria.

El segundo es la **individualización**. No hay dos casos iguales, aunque compartan diagnóstico o situación social.

El tercero es la **promoción de la autonomía**, ayudando solo en lo necesario y potenciando capacidades conservadas.

El cuarto es la **prevención**, detectando de forma temprana señales de riesgo.

El quinto es la **coordinación profesional**, porque el auxiliar forma parte de un equipo y no trabaja aisladamente.

Y el sexto es la **confidencialidad**, imprescindible en un servicio que entra en el espacio más íntimo de las personas: su domicilio.

Tema 3. Los cuidados del hogar. Funciones del auxiliar de ayuda a domicilio. Limpieza, cuidado y desinfección del hogar. Los productos de limpieza: tipos y almacenamiento. Gestión y administración del hogar. Nutrición

El trabajo de ayuda a domicilio no se limita al apoyo personal directo a la persona usuaria, sino que comprende también una parte muy importante de **atención al hogar**. El domicilio es el espacio donde la persona vive, descansa, se alimenta, se relaciona y desarrolla su vida cotidiana. Por ello, el estado de la vivienda influye directamente en la salud, la seguridad, la autonomía y la calidad de vida. Un hogar desordenado, sucio, mal ventilado o mal gestionado puede aumentar el riesgo de caídas, infecciones, desnutrición, aislamiento o deterioro general.

Dentro de este marco, el auxiliar de ayuda a domicilio desempeña un papel esencial. No actúa como simple limpiador o empleado doméstico, sino como profesional de apoyo que contribuye a mantener unas condiciones adecuadas de habitabilidad, higiene, organización y alimentación, siempre en función del plan de intervención y de las necesidades concretas de la persona o familia usuaria. Por ello, los cuidados del hogar deben entenderse como una parte integrada de la atención domiciliaria, con finalidad **preventiva, asistencial, educativa y de promoción de la autonomía**.

1. Los cuidados del hogar en la ayuda a domicilio

Los **cuidados del hogar** comprenden todas aquellas actuaciones dirigidas a que la vivienda reúna condiciones adecuadas de limpieza, orden, seguridad, confort e higiene. No se trata de realizar limpiezas profundas o extraordinarias propias de otros servicios, sino de mantener el domicilio en condiciones funcionales que permitan una vida diaria digna y saludable.

En el contexto del SAD, estos cuidados suelen incluir la limpieza básica de las estancias de uso habitual, el mantenimiento del orden doméstico, el lavado y cuidado de la ropa, la preparación de alimentos, la compra de productos de primera necesidad, la organización de los utensilios y la prevención de riesgos dentro del domicilio. Todo ello debe orientarse a facilitar que la persona usuaria pueda desenvolverse en un entorno seguro y adecuado.

Además, los cuidados del hogar tienen una importante dimensión preventiva. Una vivienda con suelos mojados, cables sueltos, productos tóxicos mal guardados, cocina en mal estado o alimentos mal

conservados puede convertirse en una fuente de peligro, especialmente si la persona usuaria es mayor, tiene movilidad reducida, deterioro cognitivo o conviven menores.

Por tanto, el auxiliar no solo limpia o ordena: **observa, previene, organiza y favorece hábitos domésticos adecuados.**

2. Funciones del auxiliar de ayuda a domicilio en el cuidado del hogar

El auxiliar de ayuda a domicilio realiza funciones de apoyo doméstico dentro de los límites fijados por el servicio y por la planificación técnica. Su intervención debe responder siempre a la necesidad de la persona usuaria, no a peticiones arbitrarias o ajenas al contenido del SAD.

Entre sus funciones más habituales en relación con el hogar destacan las siguientes.

En primer lugar, la **limpieza básica y funcional** de la vivienda, especialmente de las zonas de uso diario como cocina, baño, dormitorio y sala de estar. Esta limpieza persigue mantener unas condiciones higiénicas suficientes, no ejecutar tareas extraordinarias o reformas del hogar.

En segundo lugar, el **orden doméstico**, que incluye recoger, colocar objetos de uso frecuente, facilitar la accesibilidad dentro de la vivienda y evitar acumulaciones peligrosas.

En tercer lugar, el **cuidado de la ropa**, mediante lavado, tendido, doblado, planchado sencillo o colocación en armarios, siempre que ello forme parte del contenido del servicio.

En cuarto lugar, el **apoyo en la alimentación**, que comprende la compra de alimentos, la preparación de comidas simples o adaptadas, la conservación correcta de los alimentos y, en su caso, la ayuda para seguir pautas dietéticas básicas indicadas.

En quinto lugar, la **observación de incidencias domésticas**, como falta de alimentos, mal estado de la vivienda, acumulación de suciedad, averías relevantes, riesgos de incendio, presencia de plagas o deterioro importante de las condiciones de salubridad.

Y, en sexto lugar, una función muy importante: la **educación en hábitos domésticos**. En algunas familias o personas, el auxiliar no solo ejecuta tareas, sino que enseña a organizar la limpieza, la cocina, la compra o el cuidado general del hogar.

Es fundamental recordar que el auxiliar no actúa como criado ni como sustituto total de la persona usuaria cuando esta conserva capacidades. Debe fomentar que la persona participe en la medida de lo posible. La finalidad es **apoyar sin generar dependencia innecesaria.**

3. Limpieza del hogar

La **limpieza** es el conjunto de operaciones destinadas a eliminar suciedad visible, polvo, residuos orgánicos y restos que alteran la higiene o el orden del domicilio. Es una tarea básica para conservar un entorno saludable.

En ayuda a domicilio, la limpieza debe realizarse con criterios de racionalidad, seguridad y organización. No se trata de limpiar sin método, sino de seguir un orden que ahorre tiempo, evite contaminación cruzada y garantice resultados adecuados.

Como regla general, conviene comenzar por las zonas menos sucias y terminar por las más sucias; limpiar de arriba hacia abajo, para que el polvo no vuelva a ensuciar superficies ya tratadas; y ventilar adecuadamente antes y después de la tarea. También debe evitarse mezclar utensilios de zonas diferentes, especialmente entre cocina y baño.

Las tareas habituales de limpieza incluyen barrer o aspirar, fregar suelos, quitar polvo, limpiar superficies de contacto frecuente, higienizar baños, limpiar encimeras y utensilios de cocina, retirar basura y mantener condiciones adecuadas en la ropa de cama y toallas. En personas vulnerables, estas tareas tienen gran importancia porque previenen infecciones, malos olores, caídas y sensación de abandono.

La limpieza debe adaptarse al tipo de vivienda, al número de convivientes, al estado funcional de la persona usuaria y a la frecuencia establecida por el servicio. Además, siempre debe respetarse la intimidad y la organización del domicilio, evitando cambios innecesarios que puedan desorientar, por ejemplo, a personas mayores o con demencia.

4. Cuidado y desinfección del hogar

La **desinfección** no es lo mismo que la limpieza. Limpiar significa eliminar suciedad y restos visibles; desinfectar significa reducir o destruir microorganismos en determinadas superficies o elementos. En un domicilio, ambas actuaciones son complementarias, pero no idénticas.

La regla básica es que **antes de desinfectar, hay que limpiar**. Si una superficie está sucia, la materia orgánica puede reducir la eficacia del producto desinfectante. Por ello, primero se limpia y después, cuando proceda, se desinfecta.

La desinfección es especialmente importante en baños, inodoros, lavabos, superficies de cocina, cubos de basura, utensilios de uso compartido y zonas de contacto frecuente si existe riesgo especial. También puede ser relevante cuando hay personas encamadas, con infecciones, inmunodeprimidas o con problemas de continencia.

No debe abusarse de la desinfección indiscriminada. Un domicilio no es un quirófano. El uso excesivo de productos fuertes puede provocar irritaciones, toxicidad, malos olores o deterioro de materiales. Lo correcto es aplicar criterios de necesidad, seguridad y sentido común.

El auxiliar debe prestar especial atención a la **higiene del baño y de la cocina**, porque son los espacios con mayor riesgo sanitario. También debe controlar el manejo de paños, bayetas, fregonas y esponjas, que pueden convertirse en focos de suciedad si no se limpian, secan o sustituyen adecuadamente.

5. Los productos de limpieza: tipos

Los productos de limpieza deben conocerse bien para usarlos de forma correcta y segura. No basta con "limpiar"; hay que saber qué producto sirve para cada finalidad.

De forma general, pueden distinguirse varios tipos.

Los **detergentes** se utilizan para eliminar grasa, suciedad y restos de superficies, ropa o utensilios. Son muy habituales en cocina, lavado de ropa y limpieza general.

Los **desinfectantes** sirven para reducir microorganismos en determinadas superficies. Deben usarse en las condiciones indicadas por el fabricante y respetando tiempos de contacto cuando proceda.

Los **desengrasantes** están pensados para suciedad grasa, especialmente en cocina.

Los **desincrustantes** se usan para cal, restos minerales o suciedad adherida, por ejemplo en sanitarios o grifería.

Los **limpiacristales** y productos específicos para suelos, madera o baños están formulados para materiales concretos.

Los **jabones neutros o productos suaves** son preferibles en algunas superficies o cuando se quiere evitar irritación o deterioro.

Desde el punto de vista profesional, es importante no improvisar. Debe usarse el producto adecuado para cada superficie y seguir siempre las instrucciones. Un mal uso puede estropear materiales, dejar residuos tóxicos o poner en riesgo a la persona usuaria.

6. Almacenamiento de productos de limpieza

El **almacenamiento** correcto es una materia muy importante, especialmente en domicilios donde viven personas mayores con deterioro cognitivo, personas con discapacidad o menores.

Los productos de limpieza deben guardarse en lugares seguros, separados de los alimentos, fuera del alcance de niños y personas vulnerables, preferentemente en armarios altos o cerrados. Nunca deben trasvasarse a botellas de agua o envases de bebidas, porque eso puede provocar intoxicaciones por confusión.

También deben mantenerse en su envase original, con etiqueta visible, bien cerrados y protegidos de fuentes de calor o de luz intensa si así lo requiere el producto. El auxiliar debe comprobar que no existan mezclas peligrosas, derrames o productos caducados o en mal estado.

Hay una regla esencial que conviene memorizar: **no mezclar productos**. Especialmente peligrosa es la mezcla de lejía con amoníaco, ácidos u otros limpiadores incompatibles, porque puede generar gases tóxicos.

El almacenamiento correcto también implica mantener separados los útiles de limpieza de baño y cocina, lavar o aclarar adecuadamente bayetas y fregonas, y dejar que se sequen para evitar malos olores y proliferación de microorganismos.

7. Gestión y administración del hogar

La ayuda a domicilio no solo atiende la limpieza; también puede intervenir en la **gestión y administración básica del hogar**, especialmente cuando la persona tiene dificultades para organizar su vida cotidiana.

Esta gestión comprende la planificación de compras, la organización de alimentos y productos básicos, el control sencillo del gasto diario, la conservación adecuada de ropa y enseres, el mantenimiento del orden y la previsión de necesidades. En algunos casos, también implica enseñar a distribuir tareas, establecer rutinas y racionalizar recursos.

La buena administración del hogar busca varios objetivos: evitar carencias, prevenir gastos innecesarios, garantizar alimentación suficiente, mantener la vivienda en condiciones adecuadas y reducir el caos doméstico. En familias vulnerables o personas con deterioro funcional, esta tarea resulta esencial.

El auxiliar puede ayudar a elaborar listas de compra, revisar qué productos faltan, colocar alimentos por fecha o utilidad, vigilar que no haya comida en mal estado, organizar ropa limpia y sucia, y ayudar a mantener una rutina doméstica estable. Todo ello tiene una dimensión educativa, no solo material.

Ahora bien, deben respetarse los límites del puesto. El auxiliar no sustituye a la persona usuaria en decisiones económicas complejas, ni asume funciones patrimoniales, bancarias o de administración avanzada salvo pautas muy concretas autorizadas en el marco del servicio. Su función es de apoyo básico y doméstico, no de gestión financiera integral.

8. Nutrición en la ayuda a domicilio

La **nutrición** es una parte esencial del bienestar en el domicilio. Una alimentación inadecuada puede agravar enfermedades, debilitar a la persona, favorecer caídas, empeorar el estado de ánimo, aumentar infecciones o acelerar el deterioro funcional. Por ello, el auxiliar de ayuda a domicilio debe tener nociones básicas de nutrición aplicadas a la vida diaria.

Nutrirse no es solo comer mucho, sino comer de forma suficiente, equilibrada, segura y adaptada a la situación de la persona. En el ámbito domiciliario son especialmente frecuentes algunos problemas: falta de apetito, monotonía alimentaria, dificultad para cocinar, mala dentición, problemas de masticación o deglución, desorganización de horarios, consumo excesivo de alimentos poco saludables o escasa hidratación.

Una alimentación adecuada debe ser variada y contener, de manera equilibrada, hidratos de carbono, proteínas, grasas saludables, vitaminas, minerales, fibra y agua. El auxiliar no diseña dietas clínicas, pero sí puede contribuir a que exista una alimentación más ordenada y correcta: preparar comidas sencillas y equilibradas, asegurar que haya productos básicos en casa, respetar horarios y fomentar una hidratación suficiente.

Con personas mayores conviene prestar mucha atención a la **deshidratación**, la pérdida de peso, la inapetencia y la dificultad para comer. En personas con determinadas patologías puede haber pautas específicas indicadas por profesionales sanitarios o por el equipo técnico: dietas blandas, texturas modificadas, reducción de sal, control de azúcares o adaptación a dificultades de masticación. El auxiliar debe respetar esas pautas, pero no inventarlas por su cuenta.

También es importante la **seguridad alimentaria**: lavarse las manos antes de manipular alimentos, conservarlos correctamente, vigilar caducidades, evitar contaminación cruzada entre crudos y cocinados, cocinar adecuadamente ciertos productos y mantener la nevera en condiciones higiénicas.

Tema 4. Integración social de la persona dependiente. La necesidad de integración social. La integración en la propia familia. Papel del auxiliar en la integración del dependiente. Recursos sociales, ocio y tiempo libre

La atención a las personas en situación de dependencia no puede limitarse a cubrir sus necesidades físicas más básicas, como la higiene, la alimentación o la movilidad. Junto a estas atenciones, existe otra dimensión igualmente importante: la **integración social**. Toda persona necesita sentirse vinculada a su entorno, mantener relaciones significativas, participar en la vida familiar y comunitaria y desarrollar actividades que le aporten utilidad, bienestar y sentido. Cuando esto no ocurre, aparecen con frecuencia el aislamiento, la pasividad, la tristeza, la pérdida de autoestima y un deterioro más rápido de la autonomía.

Por ello, en la ayuda a domicilio no basta con “asistir” a la persona dependiente. También es necesario favorecer su inclusión en la familia, en el barrio y en la comunidad. La integración social forma parte de una atención integral, centrada en la persona, que busca no solo prolongar la permanencia en el domicilio, sino hacerlo en condiciones de dignidad, participación y calidad de vida.

En este marco, el auxiliar de ayuda a domicilio ocupa una posición muy importante. Su presencia cotidiana en el hogar le permite observar, acompañar, estimular y apoyar procesos de relación social que, en muchos casos, son tan necesarios como la ayuda material.

1. La integración social de la persona dependiente

La **integración social** puede definirse como la participación real de una persona en su entorno familiar, vecinal y comunitario, manteniendo vínculos, derechos, relaciones y actividades acordes con su situación personal. No significa que la persona dependiente tenga que llevar una vida idéntica a la que tenía antes de aparecer sus limitaciones, sino que debe seguir formando parte activa, en la medida de lo posible, de la vida social que la rodea.

La dependencia, ya sea por edad, enfermedad, discapacidad o deterioro cognitivo, puede reducir mucho las oportunidades de relación. A veces la persona deja de salir de casa, pierde contacto con amistades, se desvincula de actividades habituales o se siente una carga para la familia. Otras veces es el propio entorno quien, con buena intención pero de forma equivocada, la sobreprotege y la aparta de decisiones, conversaciones o actividades. Así, la dependencia física puede acabar generando también una **dependencia social y emocional**.

La integración social pretende evitar precisamente ese proceso. Busca que la persona siga siendo miembro visible y reconocido de su comunidad, mantenga su papel dentro de la familia, conserve rutinas

significativas, participe en actividades adecuadas y mantenga relaciones que le den apoyo afectivo y sensación de pertenencia.

Por tanto, la integración social no es un complemento secundario del cuidado, sino una necesidad básica de la persona dependiente.

2. La necesidad de integración social

La necesidad de integración social se explica por varias razones.

En primer lugar, porque el ser humano es un ser social. La identidad personal se construye a través del vínculo con otras personas. Cuando una persona dependiente pierde relaciones, conversación, reconocimiento o participación, suele empeorar su bienestar psicológico y emocional.

En segundo lugar, porque la integración social tiene un claro **efecto preventivo**. La soledad y el aislamiento agravan el deterioro funcional, favorecen la depresión, aumentan la apatía y pueden empeorar problemas cognitivos, especialmente en personas mayores. Una persona que no participa, no conversa y no se siente útil tiende a abandonarse con mayor facilidad.

En tercer lugar, porque la integración refuerza la **autonomía residual**. Aunque exista dependencia, la persona puede seguir tomando pequeñas decisiones, realizando actividades adaptadas, manteniendo preferencias y participando en su entorno. Esto fortalece su autoestima y reduce la sensación de inutilidad.

En cuarto lugar, porque la integración mejora también a la familia y al entorno. Una relación más participativa y menos pasiva entre la persona dependiente y sus cuidadores favorece la convivencia, reduce tensiones y hace el cuidado más humano.

Desde la práctica de la ayuda a domicilio, esto significa que hay que mirar a la persona no solo como alguien que necesita asistencia, sino como alguien que necesita **seguir perteneciendo**. Pertenecer a una familia, a una red vecinal, a unas costumbres, a una historia personal y a una comunidad.

3. Factores que dificultan la integración social

Para comprender la importancia de este tema conviene señalar algunos factores que dificultan la integración de la persona dependiente.

Uno de los más frecuentes es la **limitación física**, que puede impedir salir del domicilio, desplazarse o participar en actividades comunitarias.

Otro factor es el **deterioro cognitivo**, que provoca desorientación, dificultades de comunicación o alteraciones de conducta que reducen la participación social.

También influye la **pérdida de relaciones** por fallecimiento de amistades, viudedad, alejamiento familiar o cambios de domicilio.

A ello se añade la **sobreprotección** del entorno. A veces la familia, por miedo o por costumbre, deja de contar con la persona para decisiones simples, le impide participar o habla por ella constantemente.

Otro obstáculo es la **falta de recursos sociales o de accesibilidad**, especialmente en personas con escaso apoyo comunitario.

Y, por último, aparecen factores emocionales como la vergüenza, el sentimiento de carga, la apatía, la ansiedad o la depresión, que pueden llevar a la persona a encerrarse en sí misma.

Todos estos elementos hacen que la integración social deba trabajarse de forma consciente. No surge siempre de manera espontánea; muchas veces hay que estimularla, facilitarla y sostenerla.

4. La integración en la propia familia

La primera y más cercana forma de integración social de la persona dependiente se produce en su **propia familia**. Antes de pensar en recursos externos o actividades comunitarias, es esencial que la persona mantenga un lugar digno y real dentro de su núcleo familiar.

Integrarse en la familia significa seguir siendo tenida en cuenta, participar en conversaciones, expresar opiniones, conservar hábitos y roles en la medida de lo posible y sentirse querida y respetada. Una persona dependiente no debe convertirse en alguien “aparcado” en una habitación o reducido solo a receptor de cuidados. Aunque necesite ayuda, sigue siendo miembro de la familia, con historia, afectos, preferencias y capacidad de relación.

Esta integración familiar exige evitar varias conductas negativas. La primera es la **infantilización**, muy frecuente en personas mayores o con discapacidad. Hablarles como si fueran niños, decidir todo por ellas o no respetar sus tiempos deteriora su dignidad. La segunda es la **anulación de su participación**, por ejemplo no preguntarles qué quieren ponerse, qué desean comer o si quieren estar presentes en una reunión familiar. La tercera es la **sobrecarga emocional del cuidado**, que puede llevar a relaciones tensas o mecánicas si no existe apoyo suficiente.

Favorecer la integración familiar implica permitir que la persona conserve funciones adaptadas: opinar, colaborar en pequeñas tareas, recibir visitas, participar en celebraciones, conversar, ver la televisión en compañía, recordar experiencias familiares o decidir sobre aspectos cotidianos. Incluso cuando existe deterioro importante, pueden mantenerse formas de presencia afectiva y vinculación que resultan muy valiosas.

5. Papel del auxiliar en la integración del dependiente

El auxiliar de ayuda a domicilio tiene un papel clave en la integración social del dependiente, aunque siempre dentro de sus competencias y en coordinación con el equipo técnico. Su trabajo no consiste solo en atender necesidades materiales, sino también en **estimular la relación, evitar el aislamiento y apoyar la participación**.

En primer lugar, el auxiliar cumple una función de **acompañamiento humano**. La conversación, la escucha activa, el trato respetuoso y la atención cercana ya son, por sí mismos, una forma de integración. Para algunas personas, especialmente si viven solas, la presencia del auxiliar es uno de los pocos contactos significativos del día.

En segundo lugar, desempeña una función de **observación**. Puede detectar signos de aislamiento, tristeza, abandono, apatía, conflictos familiares, falta de visitas o pérdida de interés por actividades habituales. Esta información es muy valiosa para trasladarla al profesional de referencia.

En tercer lugar, el auxiliar realiza una función de **estimulación**. Puede animar a la persona a participar en pequeñas rutinas, conversar sobre temas de interés, mantener contacto con familiares, ordenar fotos, escuchar música, pasear si es posible o retomar actividades sencillas adaptadas a su situación.

En cuarto lugar, puede actuar como apoyo para la **integración familiar**, favoreciendo una relación más participativa entre la persona dependiente y su entorno. Por ejemplo, evitando sustituir siempre a la persona en la conversación, dando tiempo para que responda o reforzando que la familia cuente con ella en situaciones cotidianas.

En quinto lugar, el auxiliar puede colaborar en la **conexión con recursos comunitarios**, siempre siguiendo las indicaciones del servicio: acompañamientos, recordatorio de actividades, apoyo para salir al centro social o facilitar el contacto con recursos del barrio.

Ahora bien, su papel tiene límites claros. No debe imponer relaciones, invadir la intimidad, sustituir al profesional técnico en decisiones de intervención ni mantener una vinculación personal inadecuada fuera del marco del servicio. Su actuación debe ser cercana, pero profesional.

6. Estrategias para favorecer la integración social

Desde la práctica del SAD pueden utilizarse distintas estrategias para favorecer la integración de la persona dependiente.

Una de las más importantes es **mantener y reforzar rutinas significativas**. Comer con alguien, sentarse en una zona común de la casa, hablar con vecinos, seguir una actividad semanal o recibir llamadas regulares ayuda a sostener la vida social.

También es útil **estimular la comunicación**, adaptándola a las capacidades de la persona. En algunos casos bastará con conversar; en otros habrá que usar frases más sencillas, gestos, apoyos visuales o tiempos más largos de respuesta.

Otra estrategia consiste en **favorecer la participación en decisiones cotidianas**. Elegir ropa, comida, horario de una actividad o pequeño orden del hogar refuerza el sentimiento de control y pertenencia.

Es importante además **evitar la pasividad total**. Siempre que la situación lo permita, la persona debe conservar alguna actividad adaptada: colaborar en tareas simples, ordenar objetos, regar plantas, doblar ropa, comentar noticias, escuchar música o participar en celebraciones familiares.

Por último, debe procurarse la **apertura al exterior**, facilitando el contacto con recursos, vecinos, amistades, familiares o actividades comunitarias cuando sea viable.

Estas estrategias no exigen grandes medios; muchas veces dependen más de la actitud profesional y del enfoque del cuidado que de recursos materiales complejos.

7. Recursos sociales para la integración

Los **recursos sociales** son instrumentos o servicios que ayudan a prevenir el aislamiento y a promover la participación de la persona dependiente. Su conocimiento es importante para el auxiliar, aunque no le corresponda gestionarlos directamente en todos los casos.

Entre estos recursos pueden encontrarse los centros sociales, centros de día, hogares de personas mayores, asociaciones, programas municipales de convivencia, talleres de estimulación, grupos de apoyo, teleasistencia, programas de voluntariado, actividades culturales adaptadas, transporte accesible y servicios de respiro familiar.

La utilidad de estos recursos es doble. Por una parte, proporcionan atención, acompañamiento y actividades. Por otra, rompen el aislamiento del domicilio y amplían la red social de la persona.

El auxiliar debe conocer, al menos de forma general, qué recursos existen en su entorno, porque esa información facilita la derivación o la coordinación por parte del equipo técnico. También puede colaborar en que la persona usuaria los aproveche, animándola, acompañándola o reforzando su participación.

8. Ocio y tiempo libre

El **ocio y el tiempo libre** son aspectos fundamentales de la integración social. No deben entenderse como algo accesorio o de lujo, sino como una necesidad humana relacionada con el bienestar emocional, la autoestima y la calidad de vida.

En personas dependientes, el ocio puede verse muy reducido por limitaciones físicas, falta de apoyos, desmotivación o costumbre de centrar toda la atención en el cuidado básico. Sin embargo, incluso en situaciones de gran limitación, suele ser posible mantener actividades gratificantes adaptadas.

El ocio puede ser muy variado: pasear, escuchar música, ver fotografías, participar en fiestas familiares, hablar con otras personas, hacer manualidades, ver programas de interés, leer o escuchar lecturas, asistir a talleres, participar en actividades religiosas si forman parte de sus costumbres, juegos sencillos, ejercicios de estimulación o contacto con el entorno vecinal.

Lo importante es que el ocio tenga sentido para la persona. No se trata de imponer actividades “porque convienen”, sino de conectar con su historia, gustos, capacidades y preferencias. Una actividad adecuada puede mejorar mucho el estado de ánimo, la orientación, la movilidad y la vinculación social.

El auxiliar puede desempeñar aquí una función muy valiosa, proponiendo actividades sencillas, acompañando, adaptando tiempos y observando qué despierta interés o rechazo. Muchas veces, pequeñas acciones cotidianas tienen gran efecto: comentar una noticia, escuchar canciones conocidas o sentarse al sol en compañía.

9. Beneficios de la integración social

La integración social bien trabajada aporta beneficios claros a la persona dependiente.

Mejora el estado de ánimo y reduce la sensación de soledad. Favorece la autoestima y el sentimiento de utilidad. Estimula funciones cognitivas y comunicativas. Refuerza la autonomía residual. Mejora la convivencia familiar. Previene el aislamiento y el abandono. Y, en muchos casos, retrasa el deterioro funcional o emocional.

Además, la integración social humaniza la atención. Hace que la persona no sea vista solo desde su dependencia, sino desde su condición plena de persona, con dignidad, relaciones, gustos, historia y capacidad de participar.

Tema 5. Prevención de Riesgos Laborales. Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales: derechos y obligaciones en materia de prevención de riesgos (artículos 14 a 29). Riesgos específicos y medidas preventivas del personal auxiliar de ayuda a domicilio de los Ayuntamientos. Movilización de personas con movilidad reducida

La **prevención de riesgos laborales** es una materia esencial en el trabajo del auxiliar de ayuda a domicilio. El SAD se presta en un entorno muy particular: el domicilio de la persona usuaria. A diferencia de otros puestos, aquí el trabajo se desarrolla fuera de dependencias municipales, en viviendas muy diversas, con condiciones materiales distintas, presencia de barreras arquitectónicas, personas con movilidad reducida, productos químicos domésticos, riesgos biológicos, animales, situaciones de estrés y, en ocasiones, trabajo en solitario. Por ello, la prevención no puede verse como algo accesorio, sino como parte inseparable de la correcta prestación del servicio.

La **Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales**, establece el marco básico de protección. Su capítulo III regula los **derechos y obligaciones** en materia preventiva. Dentro de ese bloque, el precepto central es el **artículo 14**, que reconoce el derecho del trabajador a una protección eficaz y el correlativo deber del empleador de garantizarla; y, en el otro extremo, el **artículo 29**, que concreta las obligaciones del trabajador en prevención. El auxiliar debe cumplir las medidas preventivas, usar correctamente los medios y comunicar los riesgos detectados.

1. El artículo 14 LPRL: derecho a una protección eficaz

El **artículo 14** es la base de todo el sistema. Reconoce que los trabajadores tienen derecho a una **protección eficaz en materia de seguridad y salud en el trabajo**. Ese derecho implica un deber correlativo del empresario, y la propia ley añade expresamente que ese deber existe también respecto del personal al servicio de las **Administraciones públicas**. Además, forman parte de ese derecho la información, la consulta y participación, la formación preventiva, la paralización de la actividad en caso de riesgo grave e inminente y la vigilancia de la salud.

Llevado al **SAD municipal**, el art. 14 tiene un contenido muy concreto. El Ayuntamiento debe evaluar los riesgos del puesto de auxiliar de ayuda a domicilio, no de forma abstracta, sino atendiendo a la realidad del

trabajo. También debe facilitar formación específica, equipos de protección cuando procedan, instrucciones claras sobre movilización, protocolos de actuación en incidencias y un sistema real de comunicación de riesgos.

2. El bloque de los artículos 15 a 28: contenido básico de los derechos preventivos

En el **SAD**, estos artículos tienen una lectura muy práctica. El plan preventivo no puede ser genérico; la evaluación debe considerar tanto el puesto como las particularidades de los domicilios y de las personas usuarias. La información y formación deben incluir, entre otras materias, higiene postural, movilización de personas, uso de productos de limpieza, prevención de caídas, manejo de situaciones conflictivas y actuación ante riesgo biológico. La vigilancia de la salud es especialmente relevante cuando hay exposición a sobreesfuerzos, agentes biológicos o factores psicosociales.

3. El artículo 29 LPRL: obligaciones del trabajador

El otro gran eje del tema es el **artículo 29**. Este precepto establece que cada trabajador debe velar, según sus posibilidades y mediante el cumplimiento de las medidas preventivas adoptadas, por su propia seguridad y salud y por la de otras personas a quienes pueda afectar su actividad, de acuerdo con su formación y las instrucciones del empleador. Después concreta varias obligaciones: usar adecuadamente máquinas, herramientas, sustancias y demás medios de trabajo; utilizar correctamente los equipos de protección facilitados; no inutilizar dispositivos de seguridad; informar de inmediato de cualquier situación que entrañe un riesgo razonable; contribuir al cumplimiento de las obligaciones impuestas por la autoridad competente; y cooperar con el empresario para que existan condiciones de trabajo seguras. El incumplimiento de estas obligaciones puede constituir incumplimiento laboral o falta disciplinaria en el ámbito de las Administraciones públicas.

En el **SAD**, esto significa que el auxiliar no puede actuar de forma improvisada o temeraria. Debe usar correctamente guantes, calzado adecuado u otros medios facilitados; seguir las pautas de movilización enseñadas; no manipular productos químicos de manera peligrosa; comunicar inmediatamente un domicilio inseguro o una movilización imposible; no realizar tareas para las que no esté formado; y cooperar con el servicio de prevención y con sus superiores. También implica no “normalizar” riesgos por costumbre. Que una transferencia cama-silla se haya hecho muchas veces sin accidente no la convierte en segura si exige un sobreesfuerzo manifiesto o si debería realizarse con ayuda técnica o con dos personas. En SAD, cumplir el art. 29 es una forma de protegerse y de proteger también a la persona usuaria.

4. Riesgos específicos del personal auxiliar de ayuda a domicilio en Ayuntamientos

El auxiliar de ayuda a domicilio está expuesto a una combinación de riesgos especialmente característica.

El primero es el **riesgo ergonómico**. La manipulación manual de personas dependientes, los cambios posturales, las transferencias cama-silla, el aseo en espacios reducidos, hacer camas, agacharse repetidamente, empujar sillas o mover pesos generan un alto riesgo de sobrecarga dorso-lumbar, lesiones musculares y trastornos musculoesqueléticos. La documentación técnica del entorno valenciano sobre ergonomía y movilización de pacientes insiste precisamente en la relevancia de la manipulación manual y de la evaluación del riesgo ergonómico.

El segundo es el **riesgo de caídas y accidentes**. Pueden producirse por suelos mojados, alfombras sueltas, baños estrechos, escaleras, mala iluminación, calzado inadecuado o tropiezos durante una movilización. En trabajo domiciliario, además, el auxiliar no controla completamente el entorno físico. Por eso el riesgo locativo es muy relevante. La obligación empresarial de analizar y planificar medidas preventivas y la del trabajador de comunicar riesgos resultan aquí decisivas.

El tercero es el **riesgo químico** derivado del uso de lejía, amoníaco, desengrasantes u otros productos de limpieza. La evaluación debe considerar las sustancias empleadas y el acondicionamiento del lugar de trabajo, y el trabajador está obligado a usar correctamente sustancias peligrosas y medios de protección.

El cuarto es el **riesgo biológico**, por contacto con fluidos, residuos, ropa sucia, personas con infecciones o material potencialmente contaminado. La vigilancia de la salud y las medidas de protección adecuadas forman parte del marco del art. 14 y del art. 22.

El quinto es el **riesgo psicosocial**: carga emocional, trato con deterioro cognitivo, duelo, enfermedad mental, agresividad verbal, exigencias contradictorias de la familia, trabajo aislado y presión temporal. La integración de la prevención y la evaluación de riesgos del art. 16 también cubren estos factores. La documentación ergonómica y psicosocial del INVASSAT recuerda expresamente que la evaluación preventiva debe abarcar tanto riesgos ergonómicos como psicosociales.

El sexto es el **riesgo vial y de desplazamiento**, muy presente en auxiliares municipales que se desplazan entre domicilios. Y puede añadirse el riesgo por **animales domésticos**, por **contactos eléctricos** en viviendas deterioradas, por **temperaturas extremas** y por situaciones de **violencia o amenaza** en determinados entornos domiciliarios.

5. Medidas preventivas adaptadas al SAD

Las medidas preventivas en SAD deben ser muy concretas.

La primera es una **evaluación real del puesto**.

La segunda es la **formación práctica**. La LPRL exige formación suficiente y adecuada, y la propia documentación valenciana muestra la importancia de la movilización de pacientes y de la manipulación manual de cargas como materia formativa específica.

La tercera es la **información clara y operativa**: qué riesgos tiene el puesto, qué hacer ante situaciones de riesgo. El art. 18 exige informar sobre riesgos, medidas preventivas y emergencias.

La cuarta es dotar de **equipos y medios adecuados**, incluidos EPI cuando proceda y, sobre todo, ayudas técnicas o reorganización del trabajo cuando la movilización manual sea insegura. El art. 17 obliga a facilitar equipos adecuados y EPI cuando los riesgos no puedan evitarse suficientemente por otras medidas.

La quinta es establecer **protocolos de incidencia y emergencia**: cómo actuar ante caída de la persona usuaria, agresión, sospecha de infección, domicilio inseguro, riesgo grave e inminente o necesidad de abandonar la actividad. La LPRL obliga a prever emergencias y reconoce al trabajador el derecho a interrumpir la actividad ante riesgo grave e inminente.

6. Movilización de personas con movilidad reducida

La **movilización de personas con movilidad reducida** es uno de los puntos más importantes del tema, porque concentra gran parte del riesgo ergonómico del SAD. La movilización incluye cambios posturales en cama, incorporación, giros, transferencias cama-silla, ayuda para levantarse, acompañamiento al baño y recolocaciones. La documentación valenciana sobre ergonomía y movilización de pacientes subraya la necesidad de métodos seguros de manipulación y de formación específica.

Las reglas básicas son claras. Primero, **valorar la situación antes de actuar**: grado de colaboración de la persona, peso, espacio disponible, existencia de dolor, riesgo de caída y necesidad de ayuda técnica o de segunda persona. Segundo, **preparar el entorno**: retirar obstáculos, bloquear sillas o camas si procede, usar calzado estable y buscar una postura de trabajo correcta. Tercero, **explicar la maniobra a la persona usuaria** y pedir su colaboración en lo que pueda hacer. Cuarto, **acercar la carga al cuerpo**, ampliar la base de sustentación, flexionar piernas, evitar torsiones del tronco y no hacer giros bruscos con peso. Quinto, **no realizar en solitario movilizaciones que excedan lo razonable** o que ya se perciban inseguras; en esos casos debe pedirse ayuda, reprogramar la tarea o utilizar ayudas técnicas si existen. Estas pautas son coherentes con la obligación empresarial de evaluar y planificar, y con la del trabajador de usar correctamente medios y comunicar riesgos.

Debemos destacar que el auxiliar **no debe levantar a pulso** a una persona dependiente si la maniobra compromete su espalda o la seguridad del usuario. Tampoco debe tirar de los brazos, hacer giros forzados o

improvisar técnicas no aprendidas. Si la persona se ha caído al suelo y la incorporación no es segura, la actuación correcta no es “hacer fuerza”, sino activar el protocolo, valorar el estado de la persona y pedir apoyo. La prevención en movilización no busca solo evitar lesiones del trabajador; también evita caídas, luxaciones, dolor o accidentes de la propia persona dependiente.

Consultar también los documentos adjuntos de movilización de personas con movilidad reducida y riesgos específicos y medidas preventivas del auxiliar de ayuda a domicilio.