



MARCO COMÚN Y CRITERIOS DE CALIDAD
PARA EL **SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS MAYORES**
DEL SISTEMA VASCO DE SERVICIOS SOCIALES

#EUSKADIBERRIA

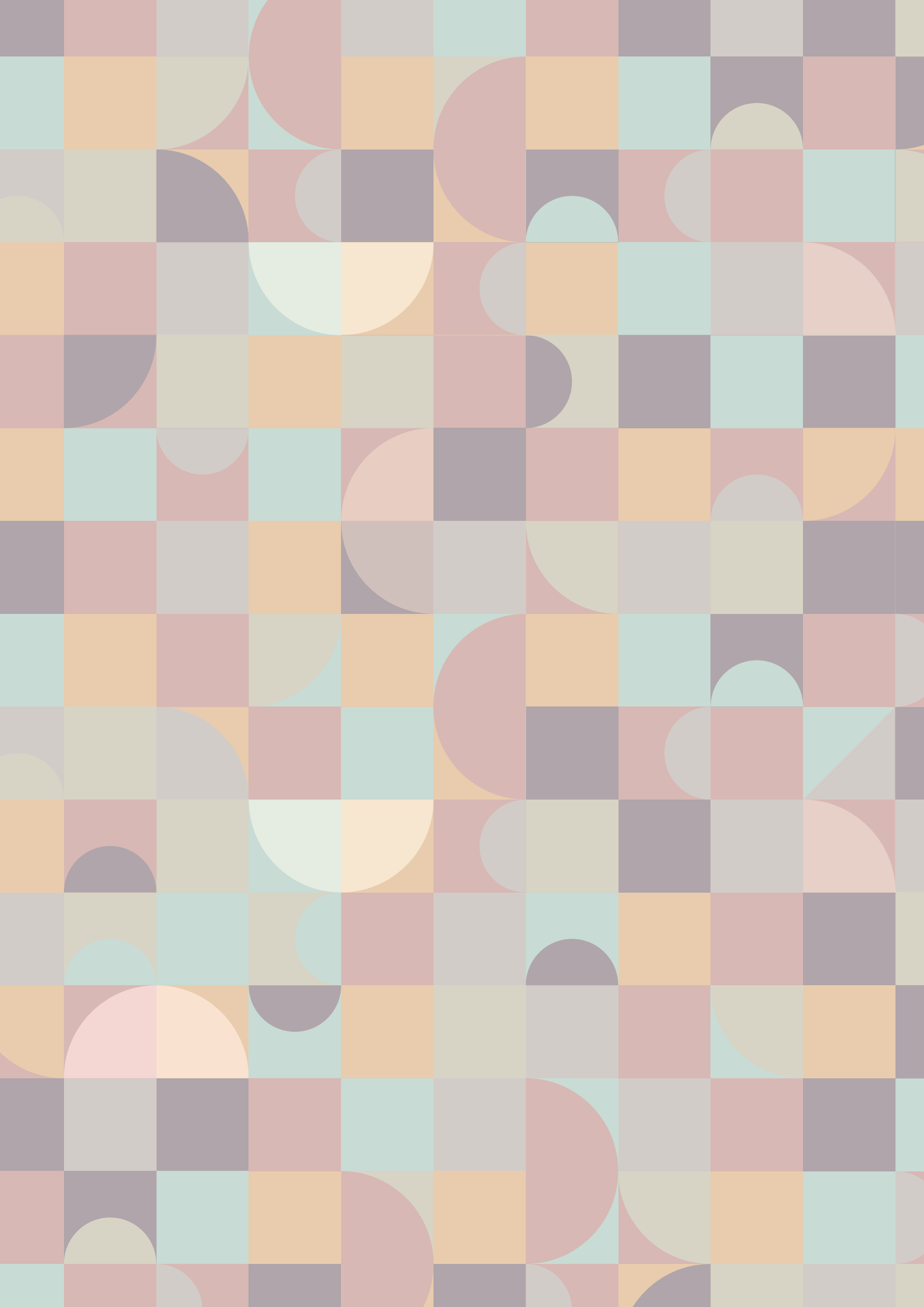
EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ONGIZATE, GAZTERIA ETA
ERRONKA DEMOGRAFIKOAREN SAILA

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR,
JUVENTUD Y RETO DEMOGRÁFICO



MARCO COMÚN Y CRITERIOS DE CALIDAD
PARA EL **SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA** PARA **PERSONAS MAYORES**
DEL SISTEMA VASCO DE SERVICIOS SOCIALES

#EUSKADIBERRIA

EUSKO JAURLARITZA

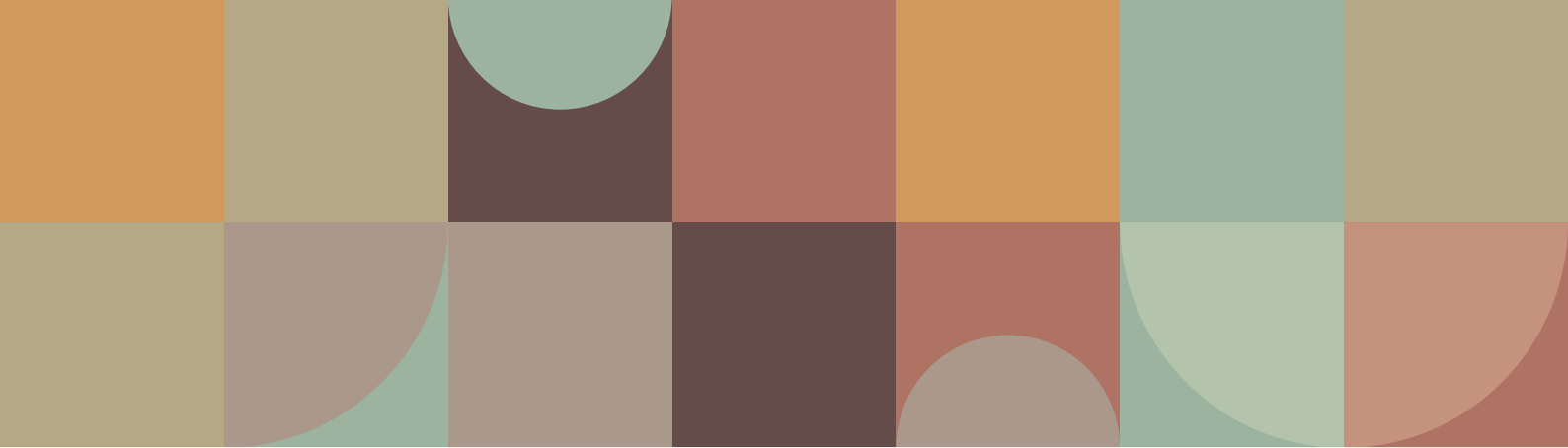


GOBIERNO VASCO

ONGIZATE, GAZTERIA ETA
ERRONKA DEMOGRAFIKOAREN SAILA

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR,
JUVENTUD Y RETO DEMOGRÁFICO

Vitoria-Gasteiz, 2026





1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

5

2. EL SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS MAYORES EN LA CAPV

7

2.1. LOS ELEMENTOS REGULATORIOS BÁSICOS DEL SERVICIO

7

2.2. EL ALCANCE TERRITORIAL DEL SERVICIO Y SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

9

3. POR QUÉ Y PARA QUÉ PROMOVER SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS MAYORES

15

4. EL MARCO COMÚN DE ATENCIÓN DEL SERVICIO

19

4.1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

19

4.2. PERSONAS DESTINATARIAS

20

4.3. ACCESO AL SERVICIO

22

4.4. PRINCIPIOS Y ENFOQUES DE ACTUACIÓN

23

4.5. RASGOS DIFERENCIADORES

25

5. ORIENTACIONES Y CRITERIOS DE CALIDAD

29

5.1. PRESTACIONES, FUNCIONAMIENTO Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

30

5.2. EQUIPAMIENTO, EQUIPO TÉCNICO Y ORGANIZACIÓN INTERNA

41

5.3. ARTICULACIÓN EXTERNA, CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y VÍNCULO COMUNITARIO

46

5.4. DERECHOS, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA

48

6. INDICADORES PARA MEDIR LA CALIDAD

51

7. ANEXO

59

7.1 PROCESO METODOLÓGICO

59

7.2 PARTICIPANTES EN EL PROCESO

60





1. INTRODUCCIÓN Y OBJETIVOS

El Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales tiene por objeto regular la Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, así como los requisitos, criterios y procedimientos de acceso a sus prestaciones y servicios. De esta forma, da contenido y delimita el derecho subjetivo proclamado por la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales y, a la vez, las obligaciones de las administraciones públicas vascas en relación con la provisión de las prestaciones y servicios de la citada Cartera.

Dentro de los servicios y prestaciones de competencia municipal que quedan recogidos en este decreto, el servicio de atención diurna para personas mayores se encuentra incluido dentro de la ficha correspondiente a los servicios de atención diurna (1.7) como uno de sus tipos.

A través de este documento el Órgano de Alta Inspección de Servicios Sociales del Departamento de Bienestar, Juventud y Reto Demográfico de Gobierno Vasco quiere poner a disposición del conjunto de entidades locales de la CAPV un **marco común para el servicio de atención diurna para personas mayores que sirva de orientación**

no solo para el diseño y desarrollo de éste sino, también, para la aplicación de diversos criterios y estándares de calidad que deberían considerarse en su prestación y evaluación. De manera específica, los objetivos que se pretenden con este documento son los siguientes:

- Definir el servicio y describir de manera detallada sus principales características, tomando como referencia la ficha 1.7.1 del Decreto de Cartera, pero ahondando en algunos elementos de esta e introduciendo otros que se considera pueden ser de utilidad en el diseño de este servicio (definición, objetivos, personas destinatarias, acceso, principios y enfoques y señas diferenciales del servicio).
- Orientar prácticas de calidad en el servicio, estableciendo una serie de criterios y estándares de calidad asociados con distintas dimensiones (prestaciones, funcionamiento y metodología; equipamiento, equipo técnico y organización interna; articulación externa, continuidad de la atención y vínculo comunitario; y derechos, evaluación y mejora continua), a los que acompañan una propuesta de indicadores para facilitar su medición.



Para la elaboración de este documento se ha llevado a cabo un proceso de reflexión¹ colectiva en el que han participado un total de 10 profesionales con un amplio conocimiento en el ámbito de los servicios sociales y, de manera específica, en el funcionamiento de este servicio. Esto ha posibilitado obtener un documento orientado a práctica que deriva de un amplio consenso entre profesionales.

Asimismo, a partir del carácter relativamente novedoso de este servicio y de la constatación de la diversidad de experiencias que caracterizan su práctica en la actualidad, se ha optado por adoptar un enfoque que permita la flexibilidad y la adecuación de este marco común a la realidad y contexto local, sin perder de vista, por otra parte, la identificación de aquellos elementos comunes definitorios del servicio.

El marco común que ofrece este documento pretende ser un complemento a la actual normativa vigente, y con ello busca promover que los ayuntamientos que aún no han desarrollado suficientemente este servicio encuentren un apoyo efectivo para hacerlo, ayudándoles a interpretar y aterrizar adecuadamente los elementos regulatorios básicos.

1. En el anexo puede consultarse mayor detalle las características del proceso seguido y las personas participantes.



2. EL SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS MAYORES EN LA CAPV

2.1. LOS ELEMENTOS REGULATORIOS BÁSICOS DEL SERVICIO

La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales establece unos principios generales que deben regir el Sistema Vasco de Servicios Sociales: universalidad (derecho subjetivo), proximidad (cercanía al domicilio), equilibrio (distribución equitativa en el territorio), homogeneidad (estándares similares) y enfoque comunitario (priorización de la atención de las personas usuarias en su entorno habitual). Así mismo, establece que debe garantizarse igualdad y equidad en el acceso a los servicios y prestaciones.

El Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, por su parte, recoge la relación de prestaciones y servicios que deben ser garantizados y establece de forma general ciertos requisitos, criterios, y procedimientos de acceso.

En el marco de este decreto, la ficha 1.7.1 se corresponde con el servicio de atención diurna para personas mayores, donde este servicio se define de la siguiente manera:

- Este servicio “pone a disposición de las personas un dispositivo al que acudir durante el día en el que se les ofrece un apoyo de baja intensidad ligado a sus necesidades específicas de atención”.
- “Es un servicio de uso temporal o permanente, que ofrece atención a personas mayores en riesgo o situación de dependencia (Grado I, que hayan obtenido una puntuación en el BVD de entre 25 y 39)”.

En lo tocante a sus objetivos, la citada ficha señala que el servicio busca “contribuir al mantenimiento de la autonomía de las personas



mayores en riesgo² o situación de dependencia (...), a su permanencia en su entorno de vida habitual y su socialización, compensando en su caso situaciones de aislamiento”.

El Decreto de Cartera contempla también como alternativa a este servicio “una variante de servicio de respiro, mediante el acceso temporal de la persona en situación de dependencia (Grado I) al servicio de atención diurna para personas mayores o refuerzo temporal de la intensidad ya ofrecida en él”.

La población destinataria a la que el Decreto de Cartera delimita el derecho subjetivo son las personas de 65 o más años en situación de riesgo (23 o 24 puntos en el BVD) o dependencia de Grado I, que hayan obtenido una puntuación en el BVD de entre 25 y 39 puntos.

Entre las prestaciones de servicios sociales que ha de incluir el servicio se citan las siguientes:

- a) Información.
- b) Valoración de seguimiento.
- c) Intervención socioeducativa y psicosocial:
 - Estimulativa o rehabilitadora (desarrollo de habilidades; actividades y ejercicios sencillos de estimulación de capacidades para realizar actividades básicas de la vida diaria)
 - Educativa (ocio, actividades educativo-culturales).
- d) Acompañamiento social.
- e) Transporte adaptado, en su caso.

A su vez, entre las prestaciones complementarias que ha de incluir el servicio se citan la manutención y la higiene personal.

En lo tocante a los requisitos de acceso, esta ficha no contempla ningún requisito administrativo adicional a los recogidos en el artículo 10 del Decreto de Cartera, si bien, dentro de los

requisitos de necesidad menciona los siguientes:

- a) Requerir un apoyo de baja intensidad para la cobertura de las necesidades atendidas por la modalidad de servicio que se trate en cada caso.
- b) No rechazar el tratamiento que corresponda, en caso de padecer una enfermedad infecto-contagiosa y/o enfermedad mental.
- c) No padecer trastornos de conducta y/o presentar comportamientos que puedan perturbar gravemente el funcionamiento del servicio o la normal convivencia en el mismo o que supongan riesgo para la propia persona, para otras personas usuarias o para las y los profesionales.
- d) No precisar una asistencia sanitaria especializada y/o permanente fuera del alcance y posibilidades de las dotaciones propias del servicio.

La ficha recoge por último un apartado final en el que establece que se trata de un servicio sujeto a copago.

La competencia de este servicio de atención primaria corresponde a los ayuntamientos, quienes han de encargarse de su provisión, asegurando la existencia y accesibilidad de este servicio dentro de su territorio.

Más allá del Decreto de Cartera, no existe un decreto regulador de este servicio a nivel autonómico, si bien buena parte de los municipios que lo han desarrollado han aprobado reglamentos municipales para regular los aspectos fundamentales de este servicio.

2. El Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de cartera de prestaciones y servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales establece en el artículo 11.4 que las situaciones de riesgo de dependencia son aquellas que obtengan una puntuación de 23 o 24 puntos en el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD).



2.2. EL ALCANCE TERRITORIAL DEL SERVICIO Y SUS PRINCIPALES CARACTERÍSTICAS

El servicio de atención diurna para personas mayores es un servicio relativamente reciente que en la última década ha experimentado un importante despliegue en el conjunto de la CAPV. Aunque la Ley 12/2008 de Servicios Sociales ya incluía, si bien de forma genérica, los servicios de atención diurna en el ámbito de la atención primaria dentro de su catálogo, no fue hasta la aprobación del Decreto 185/2015, de cartera de prestaciones y servicios, cuando este servicio quedó regulado de manera específica por primera vez.

Según la información aportada por la evaluación final del primer Mapa de Servicios Sociales de la CAPV y la evaluación intermedia del segundo, entre 2012 y 2023, este servicio habría aumentado su dotación de plazas de 200 a 1.200, de tal forma que, si durante la primera mitad de la pasada década el servicio de atención diurna para personas mayores era un servicio escasamente desarrollado y con una implantación territorial muy desigual, en el momento actual puede considerarse un servicio relativamente consolidado en el conjunto de la CAPV.

Según los últimos datos que proporciona el Informe de seguimiento del despliegue del Mapa de Servicios Sociales de la CAPV, entre 2019 y 2023, el número de plazas de este servicio ha aumentado en un 41%, pasando de 849 a 1.200 plazas, convirtiéndose de esta forma en uno de los servicios sociales municipales que más ha crecido. Este importante despliegue muestra, sin embargo, diferencias territoriales que dibujan un panorama de provisión un tanto desigual tanto entre los tres Territorios Históricos, como entre sus municipios, reflejando ritmos de implantación diversos y niveles de cobertura desiguales.

**EVOLUCIÓN DEL NÚMERO DE PLAZAS Y COBERTURA
(POR CADA 100 PERSONAS DE 65 Y MÁS AÑOS)
DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA
PARA PERSONAS MAYORES.
2019-2023**

	Número de plazas		Cobertura	
	2019	2023	2019	2023
Araba	205	345	0,295%	0,452%
Bizkaia	147	285	0,056%	0,102%
Gipuzkoa	497	570	0,308%	0,331%
CAPV	849	1.200	0,172%	0,227%

Fuente: Informe de seguimiento del despliegue del Mapa de Servicios Sociales de la CAPV a 31 de diciembre de 2023.

De los tres territorios, el que cuenta con una mayor cobertura y alcance territorial del servicio es Araba. Además de la capital, que contaba en 2023 con 5³ centros ubicados en distintos barrios de la ciudad, el resto del territorio dispone de una red de 16 centros que presta atención a toda la zona rural alavesa.

En **Vitoria-Gasteiz**, el servicio de atención diurna para personas mayores tiene su origen en la adaptación, como consecuencia de la aprobación del Decreto de Cartera, de los servicios de atención diurna con los que comenzó a contar este ayuntamiento desde principios de la década de 1990. Este cambio normativo supuso una redefinición servicio, ya que inicialmente estos servicios se dirigían a personas de 65 años sin dependencia. En 2026 este servicio, conocido también como **LAR** (acrónimo formado por Laguntza y Argia) está formado por una red de seis centros ubicados en distintos barrios de la ciudad que cuentan en total con 233 plazas. Uno de los rasgos característicos de esta red es su carácter heterogéneo, ya que no todos los centros presentan las mismas características.

3. En 2026 el ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz ha abierto un nuevo servicio de 60 plazas en el barrio de Zaramaga.



En cuanto al perfil de su población destinataria, hay tres centros dirigidos a personas con dependencia física, uno a personas con dependencia cognitiva y otros dos a personas con cualquier tipo de dependencia. En cuanto a la organización del servicio, todos los centros abren de lunes a viernes, si bien cuatro de ellos amplían su atención durante los fines de semana. Desde la perspectiva horaria, tres centros ofrecen atención en jornada de mañana y tarde (de 11:00 a 20:00), mientras que dos funcionan mediante turnos diferenciados de mañana o tarde. Adicionalmente el servicio cuenta también con 30 plazas de fin de semana, dando así la posibilidad de utilizarlo en la modalidad de respiro y como recurso de apoyo a familias cuidadoras.

En Vitoria-Gasteiz el servicio de atención diurna para personas mayores se configura como un servicio de intensidad moderada, ya que si bien atiende también a personas en riesgo de dependencia, su perfil mayoritario se corresponde con el de una persona dependiente. Según se desprende de los datos de la memoria 2024 del Departamento de Políticas Sociales del ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, del total de personas atendidas a finales de 2024 por este servicio, casi el 100% eran personas con un grado de dependencia reconocido. El equipo profesional de los LAR es multidisciplinar, de tal manera que entre las figuras profesionales de atención directa con las que cuentan estos centros se encuentran animadoras/es socioculturales, auxiliares de enfermería o atención a la dependencia, enfermeras/os y terapeutas ocupacionales. Todos ellos cuentan además con una trabajadora social, que actúa como responsable del centro. Asimismo, y desde el punto de vista de las prestaciones que ofrecen estos centros, entre ellas están, además de las propias del decreto de Cartera (incluidas las de transporte adaptado, manutención e higiene personal), otras, como son la atención personal, atención sanitaria y terapia ocupacional.

En el **resto de Araba**, el servicio de atención diurna para personas mayores se presta, como

se ha mencionado, a través de la red de Centros Rurales de Atención Diurna (CRAD), servicios de competencia municipal que prestan diferentes servicios de apoyo en las actividades de la vida diaria y de ocio y tiempo libre a personas mayores con un grado de autonomía moderada. Aunque los CRAD son de titularidad municipal, la gestión administrativa del servicio corresponde a la Diputación Foral de Araba, que la ejerce mediante convenios de delegación de competencias con los ayuntamientos que disponen de estos centros. Desde el punto de vista de su financiación, la Diputación Foral de Álava asume el 80% del coste total del mismo y los ayuntamientos el 20%, restante, mientras que los gastos del transporte son asumidos enteramente por la Diputación Foral de Álava, en este último caso, mediante una encomienda de gestión.

En el momento actual la zona rural alavesa dispone de 16 centros, creados entre 1999 y 2012, con entre 8 y 20 plazas cada uno, localizados en los municipios de Alegría/Dulantzi, Amurrio, Aramaio, Arraia-Maeztu, Artziniega, Asparrena, Ayala, Elvillar, Iruña de Oca, Lagran, Ribera Baja, Salvatierra, Valdegovía, Valle de Arana, Zigoitia y Zuia. Estos centros prestan atención tanto a la población del municipio donde están ubicados como a la de los municipios colindantes, teniendo que asumir cada ayuntamiento un cierto gasto por parte de cada persona usuaria. Aunque los CRAD disponen en total de 214 plazas, se estima que algo más del 80% de estas plazas están ocupadas por personas con perfil de atención primaria. El resto, se trataría de personas cuyo grado de dependencia ha evolucionado y se valora que continúen siendo atendidas en el servicio al considerarse la opción más adecuada.

Estos servicios abren de lunes a viernes, entre 6 y 6 horas y media al día, siendo los horarios de entrada y salida variables en función del centro. Además de las prestaciones propias de servicios sociales que se recogen en el Decreto de Cartera, estos centros ofrecen las prestaciones complementarias de manutención (comida),



higiene personal (baño geriátrico con personal de apoyo) así como servicio de lavandería. Asimismo, y dada la situación de elevada dispersión municipal, en este caso también los centros cuentan con la prestación de transporte adaptado. En los CRAD la intensidad del servicio es flexible y se establece en función de la evaluación profesional individualizada y de la propia demanda de la persona usuaria, pudiendo solicitar esta la jornada y servicios que mejor se adecuen a sus necesidades. Dependiendo de su tamaño, cada uno de estos centros dispone de dos o tres personas profesionales de atención directa (trabajadoras/es sociales familiares) y una persona responsable, que es la trabajadora social referente del servicio social de base del municipio en el que se ubican.

Por lo que respecta a la implantación del servicio en **Gipuzkoa**, este está presente en 36 de los 88 municipios con los que cuenta este territorio y ofrece un total de 578 plazas, según la información más actual con la que cuenta la Diputación Foral de Gipuzkoa para el año 2024. En términos poblacionales, los municipios que prestan este servicio representan el 80% de la población total residente en Gipuzkoa y, entre ellos, se encuentran no solo municipios de mediano o gran tamaño (Donostia, Irun, Errenteria o Zarautz) sino, también, otros más pequeños. De hecho, de los 36 municipios que prestan este servicio, la mitad tiene menos de 10.000 habitantes. La mayoría de los municipios que cuentan con este servicio ofrecen atención entre 3 y 5 días a la semana. Entre ellos hay 14 municipios que abren de lunes a viernes, 7 que abren únicamente 3 días y, el resto, entre 1 y 2 días. En lo que respecta a la intensidad del servicio, aunque también existen pequeñas diferencias, en la mayoría de los municipios la intensidad media del servicio es de 3 horas al día.

Dentro de Gipuzkoa, el ayuntamiento de **Donostia** fue uno de los primeros en desarrollar este

servicio que surge como resultado de un amplio proceso colaborativo impulsado por el grupo motor de Donostia Lagunkoia para mejorar la atención en el municipio a personas mayores vulnerables y en riesgo de aislamiento. A partir de estos antecedentes, y de las obligaciones que fija el Decreto de Cartera, el ayuntamiento de Donostia diseñó y puso en marcha en 2015 este servicio bajo el nombre de **Goizaldiak**.

Actualmente el ayuntamiento dispone de 8 centros en diferentes barrios de la ciudad, con un total de 64 plazas, que se emplazan, en su mayoría, dentro de los locales que la Dirección de Acción Social del ayuntamiento tiene cedidos a las asociaciones de personas mayores jubiladas. Aunque en cada local los días de apertura son diferentes, el servicio se presta en cada uno de ellos 3 días a la semana (entre el lunes y el viernes) con una intensidad de 3 horas al día (de 10:00 a 13:00). En cada centro los grupos están conformados por entre 8 y 10 personas aproximadamente y todos ellos cuentan con una persona responsable de atención directa (monitor/a de tiempo libre). Asimismo, la red de centros cuenta también con una persona encargada de la coordinación entre los centros y entre las personas profesionales de la Dirección de Acción Social. En Donostia, el servicio de atención a personas mayores ofrece todas las prestaciones técnicas de servicios sociales que se recogen en el Decreto de Cartera. No proporciona, sin embargo, transporte adaptado, ni cuenta con las prestaciones complementarias de manutención e higiene personal.⁴

De los tres territorios, **Bizkaia** es, por último, el que cuenta con una cobertura e implantación territorial más limitada. Según se desprende de la información *ad-hoc* recogida para el seguimiento del Mapa de Servicios Sociales de la CAPV, a finales de 2023 este servicio lo prestaban 12 municipios y 4 mancomunidades, lo que, considerando la población residente de

4. En Gipuzkoa, parte de la atención a personas con dependencia de grado I se canaliza a través de los centros de día forales, especialmente cuando el perfil de la persona requiere una mayor intensidad de apoyos —por ejemplo, ante situaciones de deterioro cognitivo o mayores necesidades de apoyo para actividades de la vida diaria— que la que habitualmente ofrecen los servicios municipales de atención diurna.



cada uno de ellos, equivaldría a un 66% del territorio vizcaíno.

Dentro de los municipios o mancomunidades que prestan este servicio hay cierta diversidad. Entre ellos están los municipios que cuentan con servicios claramente diferenciados de otros centros: se trata de Bilbao (80 plazas), Portugalete (30 plazas), Santurtzi (15 plazas), Amorebieta-Etxano (15 plazas), Getxo (12 plazas) o Arrigorriaga (5 plazas). Junto a estos, están también los servicios que prestan algunos municipios vizcaínos dentro de equipamientos de su titularidad como pueden ser centros residenciales y/o centros de día para personas mayores, pero gestionados por la Diputación Foral de Bizkaia al tratarse de servicios de atención secundaria. Este es, por ejemplo, el caso del servicio de atención diurna para personas mayores que prestan Sestao (4 plazas) o Bermeo (5 plazas) dentro de las instalaciones de sus residencias municipales o de los que prestan los ayuntamientos de Trapagaran (5 plazas) o Muskiz (5 plazas) dentro del recinto de sus centros de día. Por último, es preciso mencionar también aquellos municipios que, a pesar de carecer del servicio, proporcionan a las personas que lo requieren una prestación económica vinculada a este. En esta situación se encuentran, entre otros, el ayuntamiento de Leioa y las Mancomunidades de Busturialdea, Encartaciones, Lea Artibai y Txorierri.

Dentro de Bizkaia, el servicio que cuenta con un mayor número de plazas es el que presta el ayuntamiento de **Bilbao**. Bajo el nombre de **Aukeragune**, el servicio se inauguró en el año 2022 como un proyecto piloto. En este caso, y a diferencia de las otras dos capitales, se trata de un centro único ubicado en el barrio de Otxarkoaga, que presta atención directa a personas mayores de los barrios de Otxarkoaga, Txurdinaga, Santutxu, Begoña, Bolueta, Uribarri y Zurbaran, y que, al igual que Donostia, no cuenta con servicio de transporte adaptado. Además de los perfiles contemplados en el Decreto de Cartera, dentro de la población destinataria a la que

se dirige el servicio, se encuentran de manera específica las personas que se encuentran en una situación de fragilidad social, situaciones que son evaluadas mediante la herramienta de diagnóstico social Fragitek.

El centro cuenta con 80 plazas y ofrece un espacio al que poder acudir durante el día para atender las necesidades de las personas usuarias, intervenir sobre ellas y mejorar así su calidad de vida. La participación en este servicio se configura de manera muy flexible a diferencia de otros servicios, donde las personas usuarias cuentan, por lo general, con un horario fijo. En este caso, como resultado de la valoración inicial, en la que se establecen tres niveles (alta, media y baja) de fragilidad funcional, fragilidad relacional y soledad detectados, se contemplan 7 niveles de intensidad del servicio, que se plasman en una propuesta concreta de número de días y horas semanales de participación a las personas usuarias. Por esta razón, aunque el horario de apertura del servicio es de lunes a viernes, de 9:00 a 18:00 horas, la frecuencia e intensidad del servicio varía ampliamente entre las personas usuarias. Es preciso señalar también que, aunque el centro cuente con 80 plazas, las actividades se llevan a cabo en grupos reducidos, ya que es frecuente que existan actividades programadas de manera simultánea. Además de las actividades ordinarias, que se organizan en torno a cuatro áreas de intervención (funcional, cognitiva, emocional y relacional), el servicio cuenta con un enfoque orientado a la comunidad, de forma que también organiza actividades en colaboración con entidades del barrio. En el servicio trabajan tres personas a dedicación completa (una psicóloga experta en gerontología, una trabajadora social y un profesional de apoyo técnico), además de una directora que dedica aproximadamente el 10 % de su jornada al servicio.

Además de Aukeragune, el ayuntamiento de Bilbao cuenta también con un programa para el acceso a la atención diurna a personas en riesgo de dependencia o dependencia de Grado

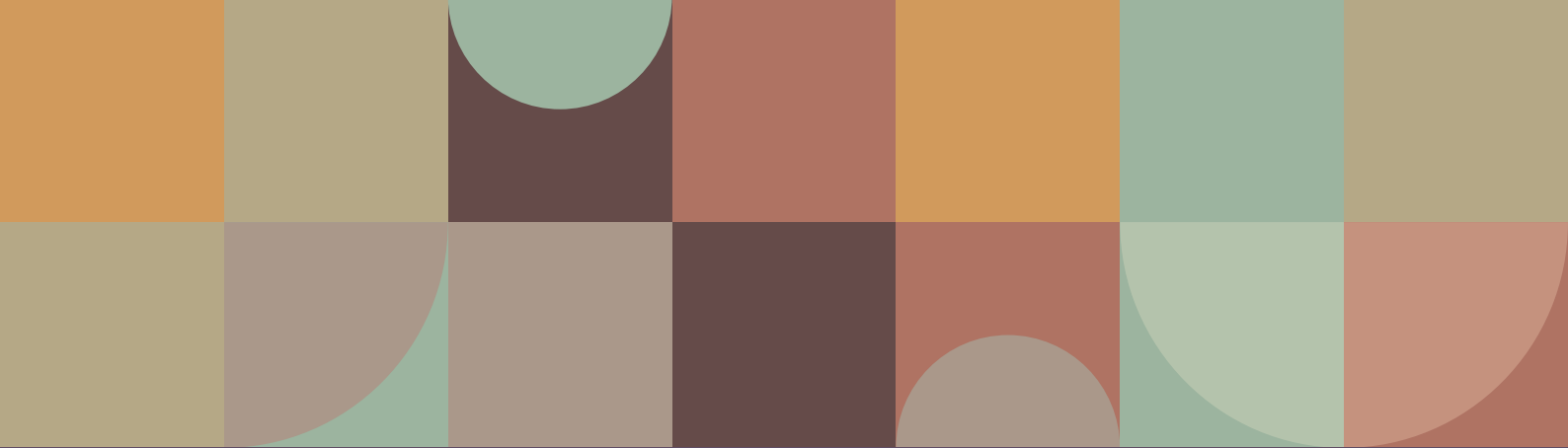


I (25-39 puntos) mediante ayudas económicas, de las que en 2025 se beneficiaron un total de 30 personas.

Portugalete es, tras Bilbao, el municipio que dispone de un servicio con mayor capacidad de atención, con un total de 30 plazas disponibles, y destaca así mismo por tener uno de los servicios de trayectoria más dilatada. El servicio, denominado inicialmente como centro de día, se creó en 1990 para dar una respuesta asistencial a personas mayores de 60 años con pequeñas dificultades para realizar las actividades cotidianas por causas físicas o cognitivas. Desde 2007, bajo el nombre de Centro de Promoción de la Autonomía, este es un servicio que se presta dentro del Centro Social San Roque, un equipamiento municipal de servicios sociales destinado a varios usos ubicado en el centro del municipio. Desde su creación hasta el momento actual, este centro ha prestado de manera continuada atención, inicialmente, a personas mayores no dependientes y en situación de fragilidad social y, como consecuencia de la aprobación del Decreto de Cartera, a personas en riesgo o situación de dependencia (grado I, con una puntuación de entre 25 y 39 puntos en el BVD).

El Centro de Promoción de la Autonomía de Portugalete permanece abierto de lunes a viernes, 9 horas al día, de 9 de la mañana a 7 de la tarde. Además de las prestaciones propias de servicios sociales que se recogen en el Decreto de Cartera (transporte adaptado, incluido), este centro ofrece las prestaciones complementarias de manutención (desayuno y comida o comida y merienda, aunque sin supervisión por el personal del centro) e higiene personal (baños geriátricos con personal de apoyo). Asimismo, dentro del propio centro las personas usuarias pueden acceder también a servicios de lavandería, peluquería y cuidado de pies. El servicio está formado por un equipo multidisciplinar de profesionales de atención directa compuesto de 3 personas: una coordinadora-animadora y una animadora (ambas a jornada completa) y una persona auxiliar (a media jornada). A este equipo

hay que añadir además la dedicación de una trabajadora social, que es quien ejerce de referente del servicio, y la jornada completa de un conductor, dentro del servicio de transporte adaptado que ofrece el centro.





3. POR QUÉ Y PARA QUÉ PROMOVER SERVICIOS DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS MAYORES

La dependencia en las personas mayores surge habitualmente de forma lenta y progresiva.

En muchos casos comienza con la aparición de pequeñas dificultades en las actividades de la vida diaria, con la pérdida de hábitos de autocuidado, con pequeños problemas de movilidad o con los primeros signos de deterioro cognitivo o emocional. El modo en que cada persona afronta este proceso, así como los recursos personales, familiares y comunitarios con los que cuenta, pueden condicionar enormemente su evolución.

Cuando no se actúa en las fases iniciales de los procesos de dependencia suelen desencadenarse dos fenómenos estrechamente vinculados. Por un lado, se produce un deterioro físico y cognitivo progresivo como consecuencia de la falta de actividad, estimulación y acompañamiento adecuados, lo que conlleva una pérdida gradual de autonomía para la realización de actividades que anteriormente se desempeñaban de manera independiente. Por otro lado, puede producirse también un deterioro del bienestar emocional y relacional, caracterizado por un abandono paulatino de la vida activa, la reducción de actividades significativas o la disminución de la participación comunitaria, factores que, a su vez, contribuirían a acelerar el deterioro funcional.

Asimismo, estos procesos de pérdida de autonomía pueden verse especialmente agravados cuando se producen situaciones de aislamiento social o soledad no deseada. En el primer caso, estas situaciones hacen referencia a la escasez objetiva de contactos y relaciones sociales, mientras que la soledad no deseada alude a una experiencia personal negativa por no disponer de la cantidad o calidad de relaciones sociales. Este tipo de situaciones, cuya tendencia creciente es clara, no solo, aunque especialmente, entre las personas de avanzada edad, se encuentran reconocidas como un factor de riesgo sociosanitario –equiparable, por ejemplo, a factores de riesgo clásicos como el sedentarismo–, y tienen un impacto directo en la salud mental, la funcionalidad y la esperanza de vida.

Según el último estudio de las condiciones de vida de las personas mayores de 55 años en Euzkadi de 2020, aproximadamente el 42% de las personas de 80 y más años viven en hogares unipersonales, casi un 8% experimentan situaciones de soledad objetiva familiar y un 20% no familiar vinculada a la ausencia de amistades, y alrededor de un 11% declaran sentirse solas con frecuencia. Asimismo, del estudio también se desprende que todas las situaciones anteriormente descritas,



salvo las vinculadas a la soledad no familiar, afectan en mayor medida a las mujeres⁵.

En este contexto, el servicio de atención diurna para personas mayores adquiere un papel estratégico dentro de la red de servicios sociales de proximidad por su capacidad para contribuir de manera significativa a la prevención de situaciones de dependencia, al refuerzo de la autonomía personal y al mantenimiento de la vida activa y relacional de las personas mayores del municipio.

¿QUÉ BENEFICIOS REPORTA ACTUAR DE MANERA TEMPRANA?

Las intervenciones de carácter preventivo y comunitario, como las que se desarrollan en los servicios de atención diurna para personas mayores municipales, permiten ralentizar o detener la evolución del deterioro y mejorar la calidad de vida incluso antes de que aparezca una dependencia oficialmente reconocida.

En la medida en que los apoyos que se ofrecen se diseñan de forma personalizada, este servicio es un recurso idóneo para actuar tanto en las fases iniciales del deterioro como en situaciones moderadas en las que aún es posible recuperar o mantener capacidades. La contribución de este servicio a la calidad de vida de las personas mayores puede concretarse en dos ámbitos complementarios:

1. En las **personas en situación de fragilidad social**:

- Favorece la recuperación y mantenimiento de hábitos saludables y rutinas diarias de vida activa.
- Ayuda a reforzar el bienestar emocional mediante actividades significativas.
- Promueve la socialización, la creación de vínculos sociales y de pertenencia a la comunidad.

- Puede contribuir a reducir el aislamiento y a mejorar el estado de ánimo.
- Posibilita la detección temprana de dificultades emergentes y de señales de deterioro funcional o cognitivo.

2. En las **personas en situación de riesgo de dependencia o con dependencia moderada** (Grado I – hasta 39 puntos):

- Entrena y mantiene capacidades físicas, cognitivas y relacionales.
- Contribuye a la recuperación y mantenimiento de actividades de la vida diaria.
- Puede reducir la aceleración del deterioro y evita la progresión hacia grados de dependencia más elevados.
- Contribuye al mantenimiento en el entorno habitual, favoreciendo la autonomía y la dignidad personal.

En ambos casos, el servicio puede actuar como un elemento clave de prevención, promoción de la autonomía y acompañamiento, permitiendo que las personas sigan desarrollando su proyecto de vida de manera significativa.

El impacto positivo del servicio no se limita a la persona usuaria:

- Promueve la **desinstitucionalización** de los cuidados, favoreciendo la permanencia de las personas mayores en su entorno habitual contribuyendo a retrasar la transición hacia recursos de mayor intensidad o residenciales.
- Proporciona a las familias y redes cuidadoras un **espacio de respiro** y apoyo.
- Contribuye a **reducir el gasto sociosanitario** mediante la prevención de situaciones de dependencia y el retraso en la necesidad de recursos residenciales o de atención de mayor coste.

5. Del Barrio, E. (coord.) (2022): **Estudio sobre las condiciones de vida de las personas de 55 y más años en Euskadi 2020: tejido social y soledades**, Vitoria-Gasteiz, Gobierno Vasco.



- Puede reforzar la **cohesión social** y el papel de los municipios en la protección y cuidado de su ciudadanía.

El servicio de atención diurna para personas mayores se presenta, por tanto, como un recurso esencial para avanzar hacia un modelo de atención preventivo, comunitario y centrado en la persona, coherente con las estrategias vigentes en la CAPV y con las necesidades reales de un envejecimiento cada vez más diverso y complejo. Por otra parte, su implementación no solo responde a un deber de protección hacia las personas con derecho reconocido, sino también a una visión estratégica que persigue prevenir deterioros evitables, fortalecer la vida en comunidad y promover la autonomía personal como eje central del bienestar en la vejez.

Esta orientación está plenamente alineada con las estrategias y políticas públicas vigentes en nuestra comunidad, que insisten en la necesidad de un modelo de atención anticipatoria, comunitaria y centrada en la persona. Entre ellas cabe destacar:

- *La Estrategia Vasca con las Personas Mayores 2026-2029* que busca poner a las personas en el centro, fomentando la participación, corresponsabilidad, las comunidades inclusivas y la solidaridad intergeneracional para mejorar el bienestar integral de las personas mayores desde el enfoque de vida plena.
- *La Estrategia Vasca de Envejecimiento Activo* y el enfoque de “Envejecimiento Saludable” promovido por la OMS, que impulsan intervenciones preventivas, comunitarias y adaptadas a los ritmos y necesidades de cada persona.
- *La Estrategia Vasca frente a la Soledad no Deseada*, que llama a los municipios a desarrollar servicios capaces de detectar y actuar ante situaciones de aislamiento relacional antes de que deriven en problemas de salud o dependencia.

- *El Modelo de Atención Comunitaria y de Atención Centrada en la Persona* del Sistema Vasco de Servicios Sociales, que subraya la importancia de los recursos de cercanía para favorecer la permanencia en el hogar y en la comunidad.

- Los principios de prevención, promoción de la autonomía personal, proximidad y atención comunitaria recogidos en la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales, y en el Decreto 185/2015, de 6 de octubre, de Cartera de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales, que sitúan la intervención anticipatoria y el ajuste de los apoyos a la evolución de las necesidades de las personas como elementos prioritarios.





4. EL MARCO COMÚN DE ATENCIÓN DEL SERVICIO

En este apartado se describen los **principales elementos que caracterizan** el servicio de atención diurna para personas mayores. En él se describen el servicio y sus objetivos, se especifica a quién va dirigido y la forma de acceso, se presentan los principios y enfoques de actuación del servicio y se incluye, por último, una relación de elementos específicos que diferencian a este servicio de otros existentes.

Este marco de características comunes implica la apuesta por un servicio:

- Complementario, que no duplique funciones ya existentes atribuidas a otros servicios del sistema, especialmente los centros de día de atención secundaria para personas con dependencia.
- Coherente con el reparto competencial entre las distintas administraciones, según el cual el papel de los ayuntamientos se ha de centrar en la atención social primaria y la proximidad a la ciudadanía.
- Sensible a la realidad y tendencias sociales de envejecimiento que muestran un incremento de la fragilidad, la soledad no deseada y las situaciones de riesgo leve que presentan realidades en las que, de no intervenir a tiempo, pueden implicar una alta probabilidad de deterioro.
- De amplio alcance, en cuanto que no limite la posibilidad de que las administraciones locales desarrollen un servicio de mayor alcance al recogido en el Decreto de Cartera adaptado a su realidad y a las necesidades emergentes.
- Inclusivo, capaz de ajustarse a situaciones diversas desde una mirada interseccional.

4.1. DEFINICIÓN Y OBJETIVOS

El servicio de atención diurna es un recurso de carácter comunitario y preventivo, dirigido a personas mayores que se encuentran en situación de riesgo o leve dependencia o bien en una situación de fragilidad social que ofrece un apoyo de baja intensidad durante el día, ajustado a las necesidades de cada persona.

Los principales objetivos de este servicio son:

- Conseguir que las personas mayores en riesgo o situación de dependencia moderada en su expresión más leve optimicen y potencien sus capacidades para amortiguar o ralentizar el deterioro (en términos psicológicos, biológicos y sociales), facilitándoles recursos para desenvolverse con autonomía y proporcionando apoyos de baja intensidad adaptados a sus necesidades.



- Mejorar el bienestar de las personas en situación de fragilidad, riesgo de aislamiento social o soledad, ofreciendo espacios de encuentro y conexión con otras personas y el entorno comunitario donde desarrollar relaciones significativas y actividades sociales.
- Mantener a las personas en su entorno habitual, en su contexto y el de su familia, con calidad de vida, promoviendo hábitos saludables y el desarrollo de una vida activa.

Complementariamente, el servicio también puede contribuir a:

- Detectar precozmente situaciones de deterioro sobre las que comenzar a intervenir y favorecer la continuidad de cuidados cuando las necesidades evolucionan y se requieren otros apoyos.
- En el caso de que la persona esté atendida por su familia, proporcionar un respiro o apoyo a las personas cuidadoras.

4.2. PERSONAS DESTINATARIAS

Aunque la flexibilidad debería ser una de las principales características de este tipo de recursos, en términos generales el servicio de atención diurna para personas mayores está dirigido a personas mayores de 65 años que se encuentran en alguna de estas situaciones:

- Presentan una situación de riesgo o tienen afectado levemente su grado de autonomía para las actividades básicas de la vida diaria.
- Se encuentran en una situación de fragilidad desde el punto de vista relacional, que puede estar causada por diversos factores como el aislamiento social o la soledad.

En el primer caso, el instrumento técnico de valoración de esas situaciones es el Baremo de Valoración de la Dependencia (BVD), estando en el momento actual reconocida la situación de

riesgo a personas con 23 o 24 puntos y la situación de dependencia de Grado I a personas con entre 25 y 39 puntos.

En el segundo caso, en cambio, no existe un instrumento de valoración común que reconozca las situaciones de fragilidad, si bien en los últimos años se han ido desarrollando diferentes herramientas de valoración (vulnerabilidad, riesgo de desprotección, malos tratos, aislamiento social y/o soledad) que podrían ser de gran utilidad en este ámbito⁶.

En todo caso, será necesario que la prescripción técnica (valoración social) indique que el servicio de atención diurna para personas mayores es el recurso idóneo para su situación y responde a las necesidades de la persona.

En este sentido, pese a formar parte del perfil anteriormente descrito, el servicio puede no ser idóneo en determinados casos, como, por ejemplo, cuando las personas requieran de apoyos de alta intensidad, presenten un comportamiento que pueda perturbar gravemente el funcionamiento del servicio o suponga un riesgo para ellas u otras personas, o bien en aquellos casos en los que se requiera de una asistencia sanitaria especializada y/o permanente.

Igualmente, aunque en sentido contrario, este servicio podría ser idóneo con carácter excepcional para determinadas personas que aun no habiendo alcanzado los 65 años se encuentren en alguna de las situaciones anteriormente descritas.

Aunque en el momento actual, el Decreto de cartera vigente limita el derecho subjetivo a este servicio a las personas que tienen disminuida de manera relativamente leve su autonomía y presentan una situación de riesgo o dependencia Grado I hasta 39 puntos, en un contexto social y demográfico como el actual, esta restricción podría implicar la pérdida de un espacio preventivo de alto impacto. En este sentido, es recomendable que los ayuntamientos que no cuenten con otros servicios complementarios

6. En los últimos años se han ido conociendo diferentes desarrollos de herramientas para medir la fragilidad que podría ser interesante considerar (por ejemplo, Hurkoa-Hauskor, Zabaldiz, Fragitek de SSI, Transilab de Bogan y SSI...).



(centros sociales, clubs de personas jubiladas...) consideren ampliar la atención en estos servicios a personas que, pese a no tener su nivel de autonomía limitado, se encuentren en situación de fragilidad social.

Resulta coherente y oportuno que el servicio incorpore a todas estas personas como potenciales destinatarias, dado que la fragilidad, la soledad no deseada y las primeras pérdidas funcionales constituyen condiciones de riesgo que, sin intervención temprana, pueden evolucionar hacia situaciones de dependencia más graves y de mayor coste personal, familiar y comunitario.

¿QUÉ CARACTERÍSTICAS TIENEN ESTAS PERSONAS?

Las personas a las que se dirige este servicio conforman un grupo heterogéneo. La diversidad en sus trayectorias vitales, situación funcional y cognitiva, condiciones sociales y necesidades de apoyo es amplia, lo que exige diseñar un servicio inclusivo y flexible, capaz de ajustarse a distintas situaciones desde una perspectiva de género e interseccional.

Necesidad de apoyos de baja intensidad

Aunque las personas destinatarias de este servicio pueden presentar dificultades funcionales, cognitivas, emocionales o sociales de distinta naturaleza, todas comparten un rasgo común: mantienen un cierto grado de autonomía. Pueden necesitar apoyo ocasional en algunas actividades básicas o instrumentales de la vida diaria, pero no requieren aún cuidados de alta intensidad.

Esto sitúa al servicio como un recurso idóneo para acompañar a estas personas en fases tempranas del deterioro, prevenir su agravamiento y favorecer su participación en la vida cotidiana.

Trayectorias vitales y dimensiones de vulnerabilidad diversas

La realidad de todas las personas está marcada por múltiples factores que se entrelazan entre

sí y pueden cambiar a lo largo del tiempo. El género, la edad, el nivel socioeconómico, el origen, la orientación sexual o el estado de salud solo son algunos de estos factores, a los que cabría añadir la posibilidad de haber sufrido eventos adversos como situaciones de discriminación o violencia. Estos factores no solo influyen en la forma en que se experimenta el envejecimiento, sino también en la capacidad de participación, en la autonomía y en la relación con los servicios.

Desde esta perspectiva, el servicio de atención diurna para personas mayores debe ser capaz de adaptarse de forma continua, ofreciendo un abordaje integral que contemple la complejidad de las trayectorias vitales y del entorno de cada persona. Este enfoque permite garantizar una atención personalizada, sensible a la diversidad y coherente con la realidad social en la que se desarrolla la intervención.

Riesgo de aislamiento social y de reducción de las relaciones sociales significativas

A partir de cierta edad, aunque muchas personas siguen manteniendo relaciones sociales, presentan un riesgo elevado de ver reducido su contacto con el entorno y su vida social, especialmente con sus amistades. La pérdida de espacios de sociabilidad o la menor participación en actividades comunitarias pueden generar aislamiento social (falta objetiva de contactos) y soledad (vivencia subjetiva de desconexión emocional).

Este fenómeno presenta, además, una marcada dimensión de género. Muchas mujeres mayores, con trayectorias vitales ligadas al trabajo doméstico y de cuidados, con vínculos sociales más restringidos y habitualmente marcadas por la viudedad, pueden normalizar el aislamiento, especialmente cuando desaparecen las responsabilidades de cuidado que han estructurado buena parte de su vida. En estos casos, la soledad se percibe como “lo esperable”, dificultando la búsqueda de apoyos o la participación en la comunidad.

Estos factores son especialmente relevantes, porque aceleran el deterioro funcional, físico



y emocional y pueden conducir a situaciones más graves de pérdida de autonomía. Por ello, muchas de estas personas necesitan referentes, acompañamiento y apoyos que les ayuden a comprender, aceptar y gestionar su situación de manera saludable, evitando el retraimiento y facilitando oportunidades de conexión social significativa.

Dificultades para mantener actividades que antes realizaban con normalidad

Una característica frecuente entre las personas de edad avanzada es la progresiva disminución de actividades (sociales, culturales, de ocio...) que antes les resultaban motivadoras, significativas y enriquecedoras y contribuían a su bienestar. A medio plazo, esta reducción del nivel de actividad puede generar efectos negativos en el estado de ánimo, la salud física, la capacidad cognitiva o la percepción de bienestar.

Puede ocurrir que personas que antes participaban en las actividades de los centros sociales o asociaciones de mayores comiencen a no hacerlo, ya sea por dificultades de movilidad, deterioro cognitivo leve o inseguridad al tener la sensación de no encajar. Estos espacios, pensados en general para personas con mayor autonomía, no siempre pueden ofrecer los apoyos que estas personas requieren para participar en condiciones de seguridad y satisfacción.

La aparición de limitaciones o experiencias negativas en el ejercicio de su autonomía puede generar miedo, ansiedad o inseguridad, llevando a las personas a replegarse y abandonar actividades. En otros casos, aun sin experiencias negativas, pueden tender a autolimitarse en exceso, renunciando preventivamente a actividades que podrían seguir realizando. Sin un acompañamiento adecuado, estas dinámicas pueden reforzar una autoimagen de dependencia que termina consolidándose y acelerando el deterioro.

4.3. ACCESO AL SERVICIO

El acceso al servicio de atención diurna para personas mayores se realizará a través del Servicio Social de Base, previa valoración inicial de necesidades por parte de una o un trabajador social u otra persona profesional, que será quien asuma la función de profesional de referencia que garantice la coherencia del proceso, el seguimiento adecuado y la correcta integración del servicio en el itinerario de atención individual de cada persona.

Excepcionalmente, siempre que no haya lista de espera, podrá contemplarse el acceso directo al servicio. Esta posibilidad puede resultar útil para facilitar el acercamiento de ciertas personas mayores que, de otro modo, no se acercarían a los Servicios Sociales, especialmente en casos de aislamiento, desconocimiento del sistema o reticencias iniciales a solicitar ayuda. En estos supuestos, el acceso será provisional y conllevará en todo caso una derivación preceptiva posterior a los Servicios Sociales de Base.

Asimismo, podría resultar conveniente valorar la posibilidad de establecer determinadas excepciones al requisito administrativo de empadronamiento en el municipio en el que se presta el servicio, como por ejemplo en aquellos casos en los que la persona mayor se encuentra en una situación de rotación familiar y no está empadronada en el municipio en el que se presta el servicio.

Por otra parte, aunque no sea un requisito de acceso indispensable, sería deseable también promover que todas las personas usuarias del servicio accedieran a la valoración de la dependencia. Contar con ella puede ayudar a detectar dificultades incipientes antes de que se agraven, orientar a la familia y profesionales sobre el tipo de apoyos o adaptaciones que pueden ser más útiles y facilitar un acceso más rápido (acelerando la tramitación del reconocimiento de la dependencia) a prestaciones futuras en caso de que la persona empeore más adelante.



En previsión de que en algunos momentos las plazas disponibles no sean suficientes para atender el total de las solicitudes, los servicios sociales municipales deberían disponer de un procedimiento claro y transparente para gestionar la lista de espera a partir del establecimiento y, en su caso, priorización de una serie de criterios. Entre otros podrían tenerse en cuenta criterios tales como: si la persona vive sola en casa; si dispone o no de apoyo familiar; el tiempo de espera para acceder al servicio; la carga de la persona cuidadora; las ayudas formales e informales que tiene en el domicilio; la situación socioeconómica; etc.

En cualquier caso, conviene establecer mecanismos para evitar que, como consecuencia de la gestión de la lista de espera (en aquellos casos en los que tener un Grado I suponga un acceso prioritario), las personas en riesgo de dependencia con necesidades de apoyo de menor intensidad acaben siendo excluidas en la práctica, a fin de no desvirtuar la finalidad preventiva última del servicio.

Excepcionalmente y con carácter temporal, podría activarse la Prestación Económica Vinculada al Servicio (PEVS) para facilitar el acceso a un servicio de características similares fuera del Sistema Vasco de Servicios Sociales.

4.4. PRINCIPIOS Y ENFOQUES DE ACTUACIÓN

La actuación del servicio de atención diurna para personas mayores se sustenta en un conjunto de principios y enfoques que, por un lado, derivan del marco general del Sistema Vasco de Servicios Sociales y, por otro, constituyen las señas de identidad propias de este recurso. Esta doble dimensión es esencial para comprender el modelo de intervención del servicio: combina la coherencia con los principios del sistema con un enfoque específico adaptado a su función preventiva, comunitaria y personalizada.

A) PRINCIPIOS DEL SISTEMA VASCO DE SERVICIOS SOCIALES QUE TIENEN UNA ESPECIAL CONEXIÓN CON LA IDENTIDAD ESPECÍFICA DE ESTE SERVICIO:

Responsabilidad pública y universalidad

Los poderes públicos deben asegurar la existencia, disponibilidad y calidad de los servicios sociales y toda persona que resida en Euskadi tiene derecho a acceder a los servicios sociales, sin discriminación y en igualdad de condiciones.

Igualdad y equidad

Este principio garantiza que todas las personas tengan las mismas oportunidades de acceso a los servicios sociales con independencia de su situación personal, económica o territorial. Al mismo tiempo, reconoce que las necesidades no son iguales y, por tanto, los apoyos deben adaptarse a cada circunstancia, ofreciendo más intensidad o diversidad de recursos a quienes se encuentran en mayor vulnerabilidad, contribuyendo a reducir desigualdades.

Proximidad

El principio de proximidad implica que los servicios sociales se organicen y presten lo más cerca posible de la vida cotidiana de las personas, facilitando un acceso directo, sencillo y rápido. Supone apostar por recursos comunitarios y de cercanía, reforzar el papel de la atención social primaria y garantizar que la ciudadanía encuentre respuestas adecuadas en su entorno habitual, evitando desplazamientos innecesarios y promoviendo la vinculación con su comunidad.

Prevención

El principio de prevención orienta el sistema hacia la anticipación y reducción de situaciones de vulnerabilidad, exclusión o dependencia antes de que se agraven. Implica promover actuaciones tempranas, programas de sensibilización y apoyos preventivos que fortalezcan capacidades personales y comunitarias, evitando la aparición de problemas o mitigando su impacto.



Atención personalizada e integral y continuidad de la atención

El principio implica adaptar los apoyos a la singularidad de cada persona mayor, atendiendo a su historia, preferencias, capacidades y proyecto de vida, y ofreciendo respuestas coordinadas que aborden de manera conjunta sus necesidades sociales, relacionales, funcionales, de salud o de participación. Supone evitar intervenciones fragmentadas y asegurar un acompañamiento estable a lo largo del tiempo, con transiciones fluidas entre profesionales y servicios. En los servicios de atención diurna, este enfoque exige situar el recurso dentro de un recorrido coherente entre los distintos niveles del sistema, apoyo domiciliario, centros sociales, servicios de día forales, recursos residenciales, entre otros, garantizando continuidad, buena comunicación y ausencia de rupturas o pérdidas de información.

Carácter interdisciplinar de las intervenciones

El carácter interdisciplinar de las intervenciones implica que la atención social se base en el trabajo coordinado de profesionales de distintas disciplinas, integrando miradas, conocimientos y metodologías complementarias para abordar de forma conjunta las dimensiones física, psicológica, social y relacional de cada persona. Este enfoque permite comprender mejor sus necesidades, diseñar respuestas más completas y coherentes y evitar duplicidades o intervenciones parciales, garantizando así una atención más global y de mayor calidad.

Coordinación y cooperación

El principio de coordinación y cooperación exige que administraciones, servicios y profesionales actúen de forma articulada y coherente, compartiendo información relevante, alineando procedimientos y asegurando la complementariedad entre los distintos sistemas de protección. Hacer efectivo este enfoque implica una comunicación fluida entre equipos, la toma de decisiones compartida y la corresponsabilidad en los procesos de apoyo, evitando solapamientos y facilitando itinerarios continuos. La

cooperación interinstitucional e interdisciplinar mejora la calidad de la atención y optimiza el uso de los recursos públicos, garantizando respuestas más integrales y eficientes.

Participación

El principio de participación reconoce el derecho de las personas mayores, sus familias y la ciudadanía a implicarse activamente en las decisiones que afectan a su atención, promoviendo espacios y mecanismos que faciliten su voz desde la intervención individual hasta los ámbitos comunitarios y de planificación. Supone reconocer su protagonismo en el proceso de envejecimiento, respetar sus preferencias, ritmos e intereses, e incorporar su historia y proyecto de vida al diseño de su plan de atención. De este modo, sus opiniones y experiencias influyen realmente en el diseño, gestión y evaluación de los servicios, favoreciendo una atención más ajustada, transparente y democrática, y fortaleciendo su autonomía, capacidad de elección y corresponsabilidad.

Calidad

El principio de calidad implica que los servicios sociales deben prestarse con altos estándares técnicos, éticos y organizativos, garantizando intervenciones eficaces, seguras y centradas en las personas. Supone incorporar mejoras continuas, basarse en la evidencia y en buenas prácticas, evaluar de forma sistemática los procesos y resultados, y asegurar la formación continua de profesionales. La calidad también se refleja en la transparencia, la calidez en el trato, el respeto a los derechos y la capacidad del sistema para responder de forma fiable y consistente a las necesidades de la ciudadanía.

B) ENFOQUES QUE VERTEBRAN EL MODELO DE INTERVENCIÓN DE ESTE SERVICIO:

Modelo de atención centrada en la persona

El Modelo de Atención Centrada en la Persona en los servicios de atención diurna sitúa a cada persona mayor en el centro de la intervención,



reconociendo su dignidad, su historia de vida, sus preferencias y su autonomía como guía de todas las decisiones y apoyos. Este enfoque promueve relaciones de cuidado basadas en el respeto y la escucha, favorece su participación activa en la planificación del día a día y adapta las actividades, ritmos y apoyos a lo que cada persona necesita y desea. Supone también transformar prácticas y organización del servicio para que sean más flexibles, humanizadas y orientadas a generar bienestar, significado y oportunidades de participación en la vida cotidiana.

Paradigma de la atención centrada en las relaciones

El enfoque relacional adquiere en este servicio un peso específico. El servicio no solo trabaja capacidades funcionales o cognitivas, sino también la calidad de los vínculos, la interacción cotidiana, el acompañamiento emocional y la construcción de redes de apoyo. Esto lo diferencia de otros recursos más orientados a tareas o cuidados directos.

Promoción de la autonomía

El servicio actúa en fases tempranas del proceso de envejecimiento, antes de que aparezca un deterioro significativo, o cuando este es aún inicial, poniendo el foco en las capacidades y potencialidades de las personas y no en sus limitaciones. Promover hábitos de vida saludables, estimular la participación en actividades significativas y ajustar los apoyos de forma progresiva son elementos esenciales de este enfoque, que se aleja de modelos asistencialistas y busca mantener la autonomía el mayor tiempo posible.

Enfoque comunitario

El vínculo con la comunidad es otra señal de identidad del servicio. Su actividad debe estar conectada con el entorno municipal, integrando recursos y espacios comunitarios en su funcionamiento y favoreciendo que las personas mayores mantengan o recuperen relaciones sociales significativas. Esta conexión con el territorio es clave para prevenir el aislamiento y la soledad, así como para promover la permanencia en el entorno habitual.

Perspectiva de género y enfoque interseccional

La perspectiva de género y la interseccionalidad permiten reconocer cómo las desigualdades acumuladas a lo largo de la vida afectan de manera distinta a mujeres y hombres, y cómo interactúan factores como la edad, el origen, la clase social, la diversidad funcional o la orientación sexual para generar experiencias diversas de vulnerabilidad o fortaleza. Su incorporación contribuye a garantizar una atención más justa, inclusiva y ajustada a la singularidad de cada persona.

Orientación a la innovación

La innovación desempeña un papel relevante. El servicio debe estar abierto a evolucionar y a incorporar nuevas ideas, metodologías y formatos de intervención, adaptándose a un envejecimiento cada vez más diverso y heterogéneo. Esto implica revisar constantemente las concepciones tradicionales sobre las personas mayores y ajustarlas a nuevas realidades sociales, culturales y económicas.

4.5. RASGOS DIFERENCIADORES

Partiendo de los principios y enfoques descritos anteriormente, que ofrecen una visión general de las señas de identidad de este servicio, este apartado concreta los rasgos propios del servicio que lo diferencian de otros.

El servicio de atención diurna para personas mayores se distingue de otros recursos de la red de servicios sociales por su función preventiva, su enfoque comunitario y su capacidad de intervenir en las fases más tempranas del deterioro funcional, cognitivo o relacional. Aunque comparte con otros servicios ciertas características, la combinación de su carácter preventivo, el perfil de las personas usuarias y un modelo de intervención centrado en promover relaciones sociales significativas en el ámbito comunitario lo diferencian de forma clara de otros.



UN SERVICIO PREVENTIVO Y DE PROXIMIDAD, NO UN RECURSO DE ATENCIÓN INTENSIVA

Este recurso se orienta a personas que presentan un nivel inicial o moderado de dependencia, es decir:

- **Nivel inicial de dependencia:** situación en la que la persona realiza la mayoría de las actividades básicas de la vida diaria, pero presenta dificultades incipientes en algunas de ellas (orientación, movilidad, organización doméstica, gestión cotidiana...) que pueden agravarse si no se interviene a tiempo.
- **Nivel moderado de dependencia:** situación en la que, aun manteniendo buena parte de su autonomía, la persona requiere apoyos ocasionales o intermitentes para mantener su funcionalidad, especialmente en tareas instrumentales o en actividades que requieren esfuerzo físico, memoria, planificación o acompañamiento social.

Estos niveles difieren claramente de los que presentan las personas usuarias de los centros de día de atención secundaria y competencia foral para personas con dependencia severa o gran dependencia, donde la pérdida de autonomía es mayor y las intervenciones requieren un carácter más intensivo y estructurado. El servicio de atención diurna para personas mayores se sitúa en una fase previa a estos recursos, opera en un nivel preventivo, con apoyos de baja intensidad, adaptados y flexibles, y su objetivo no es sustituir capacidades perdidas, sino mantenerlas, reforzarlas o recuperarlas, acompañando a las personas en una fase temprana del proceso de envejecimiento.

Este servicio incorpora también a personas mayores que, aun no encontrándose en una situación de dependencia, presentan una situación de fragilidad social. Atender la fragilidad es clave porque constituye la antesala de la dependencia, y la intervención temprana puede revertir o estabilizar su evolución. Entendemos por:

- **Fragilidad:** un estado intermedio entre la autonomía plena y la dependencia, caracterizado por una vulnerabilidad aumentada ante factores de estrés como enfermedades, caídas, pérdidas afectivas, hospitalizaciones o cambios en el entorno. La persona presenta una reserva física, cognitiva o social reducida, que la hace especialmente propensa a perder autonomía de manera rápida ante pequeñas alteraciones.

El servicio se diferencia también por su capacidad de detectar y actuar ante factores relacionales que otros recursos suelen abordar de manera más tangencial. Para ello trabaja sobre dos fenómenos distintos pero relacionados:

- **Aislamiento social:** situación objetiva en la que la persona cuenta con pocas relaciones sociales significativas, contactos limitados, escaso apoyo de redes formales o informales, y baja participación comunitaria. Puede deberse a limitaciones físicas, pérdidas recientes, barreras de accesibilidad, cambios vitales o pobreza relacional.
- **Soledad no deseada:** experiencia subjetiva de desconexión emocional con los demás, sensación de tener relaciones insuficientes, poco satisfactorias o no significativas. Una persona puede experimentar soledad incluso estando en contacto con otras, y viceversa.

A diferencia de los centros sociales o los programas de envejecimiento activo, este servicio actúa sobre estas realidades desde una intervención profesional planificada, monitorizando la evolución de la persona y ajustando apoyos para prevenir los efectos negativos del retraimiento social.



UN SERVICIO ORIENTADO A PRESERVAR LA VIDA EN LA COMUNIDAD Y LAS REDES DE RELACIÓN

Este servicio se diferencia también de otros por su énfasis en la interacción social, la vinculación comunitaria y el fortalecimiento de las redes familiares y vecinales. Su lógica de funcionamiento parte de la idea de que el bienestar y la autonomía no dependen solo de la situación física o cognitiva de la persona, sino también de su capacidad para participar en la vida cotidiana de su entorno.

Su finalidad es, por tanto, proteger y potenciar las relaciones primarias y apoyar a la persona para que continúe viviendo donde desea, en su entorno habitual, con sentido de pertenencia y seguridad. Esto lo convierte en un recurso típicamente comunitario, más cercano y menos institucionalizado que otros servicios del sistema. Frente a otros recursos, este servicio tiene la misión de fortalecer la vida cotidiana en comunidad, promoviendo la participación y evitando que la persona se desconecte de su entorno. En este sentido, el servicio puede actuar de conector con otras iniciativas sociales de corte comunitario (voluntariado, asociaciones...).

UN SERVICIO DIFERENCIADO DE LOS CENTROS SOCIALES: INTERVENCIÓN INDIVIDUALIZADA E ITINERARIOS PERSONALIZADOS

Otro elemento distintivo respecto a los centros sociales de personas mayores, orientados a actividades socioculturales, ocio, aprendizaje y participación, es que este servicio incorpora una intervención planificada e individualizada, previamente valorada con cada persona. No se trata únicamente de ofrecer actividades, sino de diseñar un plan de atención personalizado orientado a la prevención del deterioro, con seguimiento y reajuste continuo en función de la evolución de la persona. En este sentido, se observa además que muchas de las personas con mayor autonomía tienden a demandar actualmente una

menor dedicación horaria, pero con propuestas de mayor significado y calidad en cuanto a contenidos, lo que refuerza la importancia de diseñar intervenciones ajustadas a sus intereses, ritmos y objetivos personales.

Además, en lugar de proponer actividades abiertas sin acompañamiento específico, este servicio garantiza que la persona reciba los apoyos necesarios para participar en ellas (orientación funcional, apoyo emocional, acompañamiento en la adaptación de actividades, coordinación con otros recursos...).

Donde los centros sociales proponen “ofertas comunitarias” abiertas, este servicio propone itinerarios personalizados de prevención, lo que refuerza su carácter profesionalizado y su papel de soporte ante situaciones de vulnerabilidad leve.

UN SERVICIO QUE ATIENDE A UN PERFIL NO CUBIERTO POR OTROS RECURSOS

Este recurso cubre un vacío de atención entre las personas completamente autónomas y las personas con un grado de dependencia que requiere servicios de mayor intensidad. Se dirige a un segmento creciente de la población compuesto por personas que:

- Presentan deterioros incipientes en lo cognitivo, físico o emocional,
- Perciben inseguridad o dificultades para mantener rutinas diarias,
- Están experimentando soledad o retraimiento social,
- No cumplen el perfil de acceso a otros recursos (como los centros de día forales para dependencia moderada o severa);
- Pero sí presentan necesidades de acompañamiento en su proceso de envejecimiento que, si no se atienden, pueden acelerar la evolución hacia situaciones de mayor dependencia.



Si los servicios de atención diurna para personas mayores no existieran habría un vacío de atención entre los recursos de envejecimiento activo y los servicios de atención más intensiva. Permite dar respuesta a un perfil cada vez más presente en los municipios y que, de no intervenir, suele progresar rápidamente hacia necesidades más complejas.

UN SERVICIO “BISAGRA”: PUENTE Y FAMILIARIZACIÓN CON EL SISTEMA DE SERVICIOS SOCIALES

Cabe destacar su función como recurso puente entre la autonomía y los servicios de mayor intensidad del sistema. Su carácter comunitario, flexible y no institucionalizado facilita que las personas mayores tomen contacto con los servicios sociales de manera gradual, naturalizada y poco estigmatizante.

Este rol “bisagra” permite:

- reducir resistencias a futuros apoyos.
- facilitar y cuidar las transiciones cuando sean necesarias, garantizando continuidad y coherencia de apoyos.
- detectar precozmente situaciones de riesgo.
- y acompañar a la persona en su propia trayectoria de envejecimiento, asegurando que se garanticen sus preferencias en relación con cómo quiere que le cuiden.

En este sentido, se convierte en un primer eslabón accesible y amigable dentro del sistema, favoreciendo la continuidad asistencial y la coordinación con otros recursos municipales y forales.

UN SERVICIO ATRACTIVO, NO ESTIGMATIZANTE Y FLEXIBLE

Es clave que el servicio sea percibido como un recurso atractivo, estimulante y no asistencial. Para muchas personas, este es su primer contacto con el Sistema Vasco de Servicios Sociales, por lo que resulta fundamental que esa experiencia inicial sea positiva, amable y no estigmatizante. En este sentido, otro rasgo distintivo de este servicio es que representa una invitación a la vida activa, capaz de contrarrestar los imaginarios negativos o estereotipados que a menudo se asocian a los recursos dirigidos a personas mayores.

Así mismo, la flexibilidad constituye otro pilar fundamental, dado que el servicio se dirige a personas con necesidades diversas y cambiantes. La flexibilidad no es solo un criterio organizativo, sino una condición necesaria para asegurar que cada persona encuentre un espacio adecuado y estimulante, que acompañe sus ritmos y respete sus preferencias.



5. ORIENTACIONES Y CRITERIOS DE CALIDAD

En este apartado se presenta un conjunto de orientaciones prácticas para el diseño, la organización, la prestación y la evaluación del servicio de atención diurna de personas mayores, así como distintos criterios de calidad que tienen por finalidad concretar las buenas prácticas en coherencia con unos estándares de calidad deseables.

Dicho de otro modo, las orientaciones son recomendaciones que buscan ayudar a interpretar y concretar adecuadamente los elementos regulatorios básicos del servicio, que podrán irse concretando y adaptando en función de las necesidades, intereses y posibilidades que la administración local determine. Por su parte, los criterios de calidad son las condiciones que debe cumplir la actuación del servicio para ser considerada de calidad.

Para contextualizar adecuadamente el contenido del apartado es importante considerar una serie de premisas que implican una apuesta por un servicio:

- Flexible, que puede ser adaptado a diferentes realidades y contextos locales, así como a perfiles de personas con trayectorias y necesidades diversas.

- Modular, que distingue entre prestaciones nucleares o esenciales del servicio (mínimo común a promover en los servicios de todos los ayuntamientos) y otras prestaciones adicionales que pueden desplegarse o no en función, entre otros factores, del perfil socio-demográfico mayoritario de las personas usuarias, del despliegue de otros recursos en el entorno, etc.
- Realista, construido desde el reconocimiento de la diversidad municipal vasca en recursos, tamaños y capacidades de gestión.
- De calidad, basado en criterios sólidos a nivel profesional, ético y de gestión, asegurando apoyos eficaces, seguros y verdaderamente orientados a las personas⁷.

Las orientaciones y criterios de este apartado se han estructurado en torno a las siguientes dimensiones:

- Prestaciones, funcionamiento y metodología de la intervención: se describe qué ofrece el servicio, con qué lógica, cómo funciona y se organiza el día a día y cuál debería ser la metodología de la intervención.

7. Los criterios de calidad identificados se inspiran y son coherentes con los estándares referidos en el Marco Europeo de Calidad de los Servicios Sociales: https://www.esn-eu.org/sites/default/files/2025-12/20251216_WG_Quality_Report_Final_0.pdf



- Equipamiento, equipo técnico y organización interna: se refiere a las condiciones internas que hacen posible la prestación del servicio.
- Articulación externa, continuidad de la atención y vínculo comunitario: se refiere a cómo se conecta el servicio con otros recursos del sistema y el territorio.
- Derechos, evaluación y mejora continua: se describe el mecanismo que garantiza la ética, el aprendizaje y la evolución del servicio.

5.1. PRESTACIONES, FUNCIONAMIENTO Y METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

La calidad del servicio se garantiza mediante un modelo de atención centrado en la persona, que organiza las prestaciones y el día a día de forma flexible, segura y significativa. Esta dimensión asegura que los apoyos se adaptan a las necesidades, preferencias y ritmos de cada persona, promueven su autonomía y participación y se ofrecen con coherencia técnica, continuidad y sentido preventivo en todas las intervenciones.

SUBDIMENSIÓN: PRESTACIONES DEL SERVICIO

De acuerdo con la normativa vigente, y en coherencia con la clasificación establecida en la Ley de Servicios Sociales, el servicio de atención diurna para personas mayores puede incluir diferentes tipos de prestaciones. En este sentido, cabe distinguir entre prestaciones técnicas⁸ —orientadas al logro de los objetivos esenciales del Sistema Vasco de Servicios Sociales u otros sistemas de atención— y prestaciones complementarias⁹, que constituyen apoyos adicionales que facilitan o completan la intervención principal.

Por otro lado, atendiendo a las señas de identidad de este servicio, se propone una segunda clasificación de las prestaciones en función de su carácter dentro del modelo. De este modo, por una parte, estarían las prestaciones nucleares, que constituyen el núcleo básico del servicio y deben garantizarse en todos los casos y, por otro, las prestaciones adicionales, que pueden incorporarse para ampliar o adaptar la respuesta en función de las necesidades del entorno, el perfil de las personas usuarias y los recursos disponibles.

Estas dos clasificaciones —técnica/complementaria y nuclear/adicional— son complementarias entre sí y permiten organizar el conjunto de prestaciones del servicio desde una doble perspectiva: su naturaleza y su función dentro del modelo.

Las prestaciones nucleares garantizan la existencia de un conjunto mínimo de intervenciones que dan coherencia al servicio y aseguran que cualquier persona usuaria, con independencia del municipio en el que resida, recibe una atención adecuada en sus elementos fundamentales. Estas prestaciones incluyen tanto intervenciones técnicas como, en su caso, apoyos complementarios necesarios para la participación en el servicio.

Por su parte, las prestaciones adicionales permiten ampliar o reforzar la intervención cuando las necesidades lo requieren. Estas pueden ser tanto de carácter técnico como complementario, y su incorporación debe basarse en un análisis de necesidades y en el conocimiento de los recursos disponibles en el entorno, evitando duplicidades y favoreciendo la complementariedad con otros servicios.

A continuación, se presenta una tabla que combina ambas clasificaciones, permitiendo identificar las prestaciones del servicio según su naturaleza y su función dentro del modelo.

A partir de esta tabla conceptual, se presenta a continuación una relación más concreta de las prestaciones que puede integrar el servicio, organizada según ambas clasificaciones y adaptada a su aplicación práctica.

8. El artículo 15 de la Ley de Servicios Sociales define las prestaciones técnicas de la siguiente manera: “Se considerarán prestaciones técnicas las actividades realizadas por equipos profesionales, orientadas al logro de uno o varios de los objetivos esenciales del Sistema Vasco de Servicios Sociales definidos en el artículo 6 de acuerdo con las necesidades de las personas, familias y grupos.”

9. El artículo 14.5 de la Ley de Servicios Sociales establece una clasificación de prestaciones, reservando el término de ‘complementarias’ a aquellas que no son en sentido estricto prestaciones técnicas propias de un sistema de atención, sino más bien un ‘apoyo’ o complemento.



PRESTACIONES	TÉCNICAS	COMPLEMENTARIAS
Nucleares	Intervenciones profesionales que constituyen el núcleo del servicio y que deben garantizarse en todos los recursos. Incluyen actuaciones de valoración, planificación de la intervención, acompañamiento, apoyo socioeducativo o relacional orientadas a la prevención del deterioro y la promoción de la autonomía.	Apoyos básicos necesarios para que las personas puedan participar en el servicio y beneficiarse de la intervención (por ejemplo, apoyos a la participación, adaptación de actividades o elementos que facilitan la interacción y la convivencia).
	- Información - Valoración de seguimiento - Intervención socioeducativa y psicosocial: ■ Estimulativa o rehabilitadora: desarrollo de habilidades; actividades y ejercicios sencillos de estimulación de capacidades para realizar actividades básicas de la vida diaria ■ Educativa: ocio, actividades educativo-culturales. - Acompañamiento social - Transporte adaptado, en su caso¹⁰	- Manutención, en su caso - Higiene personal, en su caso
Adicionales¹¹	Intervenciones profesionales que pueden incorporarse para ampliar la respuesta del servicio según las necesidades detectadas en el entorno o la disponibilidad de recursos (por ejemplo, intervenciones especializadas o actividades específicas).	Apoyos o servicios complementarios que enriquecen la oferta del servicio o facilitan su uso por parte de las personas usuarias (por ejemplo, colaboraciones con recursos comunitarios, actividades específicas o apoyos instrumentales).
	- Atención personal - Terapia ocupacional - Fisioterapia - Atención de enfermería - Facilitación de productos de apoyo o ayudas técnicas - Acompañamiento social a personas cuidadoras	- Consigna - Lavandería - Otras relacionadas con el cuidado personal

10. El artículo 14.5 de la Ley de Servicios Sociales dice que “el transporte adaptado destinado a facilitar el acceso a los centros de servicios sociales tendrá la consideración de prestación propia del Sistema Vasco de Servicios Sociales.”

11. El artículo 14.5 de la Ley de Servicios Sociales dice que “Los servicios incluidos en el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales podrán articular, (1) junto con las prestaciones propias del sistema, (2) prestaciones propias de otros sistemas o de otras políticas públicas de atención”. En este apartado se incluyen algunas prestaciones que no son propias de servicios sociales.



La combinación de prestaciones nucleares y adicionales permite concebir el servicio de atención diurna para personas mayores como un dispositivo modular, es decir, un recurso que puede ampliarse, reconfigurarse o evolucionar a lo largo del tiempo. Este carácter modular es clave para: ajustarse a cambios que puedan producirse en el perfil de las personas usuarias; responder a nuevas situaciones de fragilidad, dependencia o soledad; incorporar aprendizajes del propio servicio; adaptarse a transformaciones sociodemográficas (envejecimiento, ruralidad, dispersión geográfica, etc.); atender a la complejidad de las trayectorias vitales de las personas mayores; y o complementar o suplir carencias en el marco de la red de recursos existentes en el municipio.

Antes de determinar qué prestaciones adicionales y/o complementarias incorporar y cómo organizar el servicio, es recomendable identificar con precisión las particularidades del territorio: la presencia o ausencia de otros recursos comunitarios, el grado de dispersión geográfica, las dinámicas de soledad o aislamiento que se dan, los niveles de fragilidad detectados, o la existencia de grupos específicos con necesidades diferenciadas. Solo a partir de este diagnóstico es posible diseñar un servicio ajustado, coherente y eficaz, que no duplique intervenciones, que se integre en el ecosistema comunitario y que garantice que las prestaciones, tanto nucleares como adicionales, responden de forma realista y directa a las necesidades de la población.

En definitiva, aunque existe un núcleo común que garantiza la coherencia del servicio, cada entidad local diseñará su servicio en función de su propia realidad. Así:

- Municipios con mayor dispersión geográfica podrán priorizar el acompañamiento y actividades en el entorno.
- Municipios con una red comunitaria sólida podrán potenciar la conexión con recursos existentes.
- Contextos donde las situaciones de soledad no deseada sean frecuentes podrán activar más programas relacionales.
- Municipios con perfiles de deterioro cognitivo incipiente podrán reforzar actividades de estimulación y apoyo funcional.

A continuación, se ofrece una descripción de las prestaciones que incluye una relación de sus principales beneficios, así como, cuando procede, algunas observaciones adicionales en relación con determinados aspectos de especial relevancia que deberían ser tomados en consideración:



PRESTACIONES NUCLEARES TÉCNICAS	DESCRIPCIÓN, PRINCIPALES BENEFICIOS Y OTRAS OBSERVACIONES
 Información y orientación	Consiste en ofrecer información y proporcionar orientación a las personas usuarias en relación con las prestaciones del servicio y también sobre la oferta de otros servicios y recursos dirigidos a persona mayores y las vías para acceder a ellos.  Facilita la adaptación al servicio, fomenta autonomía informativa y promueve la participación activa.
 Valoración del seguimiento	Se establecen objetivos individuales en respuesta a las necesidades y se diseña un Plan de Atención Individualizada (PAI), teniendo en cuenta las indicaciones de la profesional de referencia de los Servicios Sociales de Base, así como la información recogida a través de entrevistas con la persona usuaria.  Permite tener una visión de la persona a lo largo del tiempo que facilita una orientación hacia recursos más adecuados, si así se requiere, según necesidades y objetivos personales. Permite anticipar cambios y ajustar la intervención para mantener autonomía y bienestar asegurando la intervención más ajustada a cada persona.  Puede resultar útil realizar un diagnóstico y seguimiento de la evolución de cada persona usuaria en relación con dimensiones cognitivas, físicas y relacionales mediante indicadores. También puede considerarse realizar una evaluación cualitativa del impacto de la intervención en la percepción de mejora de la calidad de vida de las personas usuarias.
 Intervención socioeducativa y psicosocial	Se ofrece evaluación, seguimiento y apoyo de las necesidades psicosociales que pueden experimentar las personas usuarias, en relación con lo establecido en su Plan de Atención Individualizada (PAI). La intervención incluirá también ejercicios de activación física y actividades de psicoestimulación de capacidades para realizar actividades de la vida diaria (por ejemplo, en función de las necesidades que presenten las personas usuarias se podrá trabajar la memoria, la atención, las gnosias, las praxias, el lenguaje, el cálculo y las funciones ejecutivas, la psicomotricidad, entre otras). Además, la intervención incluirá actividades educativas y de animación sociocultural a través de actividades muy diversas, cuya base pedagógica sea principalmente la relación con el grupo (por ejemplo, cabe organizar talleres de destreza manual, de ocio, de salud, culturales, entre otros).  Es especialmente beneficiosa para preservar las funciones cognitivas y psicoafectivas. Además, puede facilitar la adquisición de hábitos de ocio, saludables, culturales, etc. y contribuir a la participación social de las personas usuarias desde la perspectiva del envejecimiento activo, así como también prevenir situaciones de aislamiento y soledad.
 Acompañamiento social	El acompañamiento es un proceso profesional continuado, de apoyo, orientación y relación, que va más allá de la atención básica o asistencial y se presta a las personas mayores con el fin de favorecer su autonomía, bienestar, participación social y permanencia en el entorno, desde una lógica preventiva (que busca anticipar situaciones de deterioro), personalizada (que tiene en cuenta preferencias, ritmos y capacidades) y comunitaria (el acompañamiento no se agota en el centro y puede extenderse a la familia, el barrio y otros servicios). El acompañamiento puede expresarse en: acogida, definición compartida de objetivos, seguimiento continuado, puentes con el entorno para fortalecer los vínculos de la vida cotidiana, etc.  Genera relaciones de confianza con profesionales de referencia, aumenta la percepción de apoyo y seguridad y facilita la expresión de necesidades, miedos y deseos. Así mismo, mejora la detección precoz de riesgos sociales y relacionales y contribuye a la continuidad en la atención.



Y EN SU CASO



Transporte adaptado



Se facilita transporte desde y hacia el centro para personas con movilidad reducida o que lo requieran, garantizando su acceso al servicio.

Facilita el acceso seguro y regular al centro para personas con movilidad limitada, especialmente en zonas rurales, reduciendo el aislamiento, aliviando también el trabajo de las familias.



La disponibilidad y el tipo de transporte se verá condicionada por el volumen de personas usuarias que presenten esta necesidad y las características del territorio donde se ubique el servicio (disponibilidad de transporte público accesible, dispersión geográfica, etc.).



Manutención



Se ofrece un servicio de comedor para las personas usuarias que así lo tengan establecido en su Plan de Atención Individualizada (PAI).



Garantiza las necesidades básicas de alimentación de algunas personas usuarias. También puede favorecer la interrelación con otras personas en el momento de la comida.

Un planteamiento flexible del servicio de comedor sería coherente con la promoción de la autonomía de las personas usuarias y la preservación de sus capacidades el mayor tiempo posible, así como con el principio de personalización.

Puede plantearse la posibilidad de que otras personas usuarias, aunque no lo tengan establecido en su Plan de Atención Individualizada (PAI) puedan optar algunos días por quedarse a comer, previa comunicación.

También es posible plantearse la posibilidad de que en aquellos casos en los que la propia persona decida traer su comida, pueda comer junto con el resto de las personas usuarias en la zona de comedor habilitada para ello.

Si el contexto así lo requiere y posibilita, también es posible plantearse dar respuesta a estas necesidades activando complementariamente el SAD de manutención o similar servicio de comida a domicilio.



Higiene personal



Mantiene la higiene y el bienestar, preservando la autonomía, la permanencia en su entorno habitual y la dignidad de las personas usuarias.



Requiere de una organización que establezca momentos específicos para ello y contar con baños adaptados y medios personales adecuados.



PRESTACIONES NUCLEARES TÉCNICAS	DESCRIPCIÓN, PRINCIPALES BENEFICIOS Y OTRAS OBSERVACIONES
 Atención personal	Se ofrecen apoyos profesionales directos a las personas mayores dirigidos a facilitar o complementar la realización de actividades básicas de la vida diaria. Incluye apoyos físicos concretos tales como: apoyo en higiene personal, movilidad, alimentación, uso de ayudas técnicas, vestido y cuidado personal, etc., pero se presta desde la relación, el respeto y el reconocimiento de la persona.  Refuerza el bienestar físico y emocional durante la estancia en el servicio, evitando situaciones de malestar o incomodidad.
 Terapia ocupacional	Se ofrece servicio de terapia ocupacional a las personas que puedan necesitarlo y así lo tengan indicado en su Plan de Atención Individualizada (PAI). Este servicio incluye actividades físicas y psíquicas encaminadas a mejorar la recuperación de trastornos físicos y/o psíquicos que puedan presentar las personas usuarias o como medio constructivo de ocupación del tiempo libre. Por ejemplo, se podrán desarrollar actividades atendiendo a la recuperación de la movilidad articular, la fuerza muscular, la coordinación y la resistencia locomotriz.  Puede mejorar el estado psicofísico de la persona usuaria y sus capacidades.
 Fisioterapia	Se ofrece servicio de fisioterapia a las personas que puedan necesitarlo y así lo tengan indicado en su Plan de Atención Individualizada (PAI). Consiste en intervenciones preventivas y de mantenimiento destinadas a conservar la movilidad, la autonomía y el bienestar físico de las personas mayores. Puede incluir la valoración funcional, ejercicios individuales o grupales de fuerza, equilibrio y movilidad, apoyo puntual en transferencias y marcha, y educación a la persona y al equipo para reducir riesgos y fomentar hábitos saludables.  Contribuye a mantener la movilidad y la autonomía, reduce el riesgo de caídas y el impacto del sedentarismo, y ayuda a disminuir el dolor y la rigidez, mejorando el bienestar físico. Además, favorece una mayor participación en las actividades del centro y sostiene trayectorias de envejecimiento más estables y saludables.
 Atención de enfermería	 Se ofrece apoyo para el seguimiento de la salud y control de medicación a las personas que puedan necesitarlo y así lo tengan indicado en su Plan de Atención Individualizada (PAI). Permite detectar y prevenir problemas de salud. Asegura la adherencia a la medicación, reduciendo riesgos y facilitando la permanencia segura en el domicilio y centro.  Es recomendable que la valoración a la hora de indicar este apoyo tenga en cuenta los posibles beneficios y costes que puede tener para las personas usuarias acudir a su ambulatorio, en términos de oportunidades para la promoción de su autonomía y su integración en la comunidad.



PRESTACIONES NUCLEARES TÉCNICAS

DESCRIPCIÓN, PRINCIPALES BENEFICIOS Y OTRAS OBSERVACIONES



Facilitación de productos de apoyo o ayudas técnicas



Permite que no tengan que transportarlas desde su domicilio, evitando dificultades de movilidad y limitaciones de espacio en el transporte adaptado.

Reduciendo la dependencia de terceras personas, se favorece la autonomía y seguridad de las personas usuarias (sensación de competencia y autoeficacia), se reduce la carga física de transporte y facilita el acceso a las actividades del centro sin barreras ni limitaciones logísticas. Facilita también el aprendizaje sobre el uso adecuado de ayudas técnicas. Con todo, se disminuyen caídas, lesiones y accidentes.



Acopañamiento social a familias y personas cuidadoras



Alivia la carga de cuidado de las personas cuidadoras, favoreciendo la conciliación familiar. Facilita el acceso a recursos y apoyo profesional, mejora la gestión de la atención y contribuye a la calidad de vida tanto de la persona usuaria como de su entorno familiar.



Acompañar a las familias y al entorno forma parte del proceso de atención. Es importante adoptar una perspectiva de género y ahondar en el impacto que el cuidado tiene sobre hijas y otras mujeres de la familia. También actuar desde el respeto a las dinámicas familiares diversas.



Consigna



Mejora la comodidad y seguridad, simplificando la logística diaria de las personas usuarias.



Lavandería



Garantiza la higiene y el cuidado personal, reduce la carga doméstica sobre las personas usuarias y sus familias, y contribuye a la autonomía y bienestar diario, evitando situaciones de dependencia o descuido relacionadas con el autocuidado.



Otras relacionadas con el cuidado personal



Promueve el bienestar físico y psicoafectivo de las personas usuarias y facilita el mantenimiento de hábitos de cuidado personal. Puede incentivar también la socialización y la participación en actividades de ocio y culturales y fortalecer la conexión con el entorno comunitario.



Cada servicio local deberá realizar un análisis del contexto y de la cartera municipal de recursos para identificar cuáles son las prestaciones más adecuadas, evitando duplicidades y potenciando la complementariedad con otros servicios (centros sociales de personas mayores, SAD, asociaciones comunitarias, recursos de salud, etc.).

Conviene tener en cuenta que no todas las prestaciones complementarias y adicionales deben desarrollarse desde dentro del propio servicio. En algunos casos puede ser preferible analizar previamente las posibilidades de complementar la intervención del servicio mediante la coordinación con otros agentes o recursos, aprovechando las fortalezas existentes en el entorno cercano.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 1. Prestaciones nucleares garantizadas: El servicio asegura un mínimo común de apoyos y actividades preventivas (cognitivas, funcionales, emocionales y relacionales).

Criterio 2. Prestaciones adicionales basadas en el conocimiento de necesidades del entorno local¹². Las prestaciones adicionales del servicio responden a un análisis de las necesidades y recursos existentes en el municipio y/o en su entorno, evitando duplicidades y procurando complementar la oferta existente.

SUBDIMENSIÓN: DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO DEL SERVICIO Y MODALIDADES DE ATENCIÓN



¿Cuándo se presta el servicio?

El servicio podrá prestarse todos los días del año, de lunes a domingo, si así se considera oportuno. Se recomienda, no obstante, que esté disponible, al menos, tres días a la semana, garantizando así una oferta mínima de apoyos preventivos.

El horario de apertura será flexible y podrá adaptarse a la realidad local. Podrá desarrollarse en horario de mañana y/o de tarde, siendo deseable que, como mínimo, el servicio esté operativo 4 horas diarias.

Dentro del horario de apertura del servicio, cada actividad podrá contar con un calendario y horario específico en función de su naturaleza y de las preferencias detectadas en los grupos de personas usuarias.



¿En qué se concreta la oferta del servicio?

La oferta de apoyos del servicio estará directamente relacionada con las prestaciones nucleares y adicionales definidas previamente y se articulará principalmente a través de un programa de actividades con propósito claro de fortalecer distintas áreas: la cognitiva, la funcional, la emocional y la relacional.

La perspectiva preventiva y comunitaria del servicio debe tener una traducción en las actividades que se programen, siendo recomendable que la mayoría de actividades tengan una finalidad preventiva clara y que las actividades comunitarias se programen periódicamente.

12. Este análisis puede basarse en diferentes fuentes de información disponibles tales como diagnósticos o planes locales, datos de servicios sociales, información procedente de otros sistemas (salud, comunidad, asociaciones), o la experiencia acumulada de los equipos profesionales. La frecuencia y el grado de formalización de este análisis pueden variar según la realidad de cada servicio.



Se recomienda estructurar la programación de forma que facilite la realización de actividades diversas y complementarias, ajustadas a los perfiles de las personas usuarias. Esto implica diseñar una programación flexible, dinámica y revisable, construida contando con la participación de las personas usuarias y orientada a responder a sus necesidades individuales y preferencias. Dado que las personas usuarias pueden presentar situaciones, capacidades y ritmos muy distintos, la gestión de la diversidad debería ser un elemento central del funcionamiento diario del recurso.

Además, el servicio puede disponer de espacios de convivencia y comedor que funcionen como ámbitos de relación significativa, intercambio cotidiano y apoyo emocional. Estos espacios comunes están llamados a favorecer que cualquier persona usuaria pueda acercarse libremente durante el horario de apertura, participando en actividades no programadas o compartiendo tiempo con otras personas.

También puede valorarse la posibilidad de que familias y personas allegadas participen en determinados momentos o espacios, sobre todo en aquellos orientados a la convivencia comunitaria, reforzando el carácter abierto del recurso. Hacerlo, puede reportar beneficios en relación con el refuerzo de vínculos afectivos significativos, el mantenimiento de roles familiares y sociales activos, una percepción positiva del recurso, la vivencia del servicio como un espacio integrado en la vida cotidiana o el refuerzo de la corresponsabilidad en el cuidado.



¿Qué modalidades de atención pueden contemplarse?

Las modalidades de atención del servicio de atención diurna para personas mayores deben diseñarse en coherencia con su naturaleza preventiva y con la diversidad de perfiles que atiende. Asimismo, el servicio debe diseñarse con un enfoque flexible y dinámico, que permita

la incorporación progresiva de nuevas actividades, apoyos o programas en función de la detección de necesidades no cubiertas o cambios en los perfiles de las personas usuarias.

Si bien este servicio se caracteriza por ofrecer apoyos de baja intensidad, es preciso considerar que dentro de los apoyos de baja intensidad pueden distinguirse diferentes niveles. El nivel de la intensidad de los apoyos tiene que ver con la cantidad, frecuencia y alcance de la intervención y se establecerá a partir de la valoración individual, respetando el principio de prevención, promoción de la autonomía y progresividad.

El grado de compromiso se refiere a lo que el servicio pide o demanda a la persona usuaria para poder participar, mantenerse o beneficiarse del servicio y tiene que ver con los requisitos, las responsabilidades y el grado de implicación esperado. En este sentido, es deseable ofrecer alternativas flexibles que permitan un uso más o menos regular o más o menos puntual, dentro de unos mínimos de participación que garanticen el buen funcionamiento del servicio. Esta flexibilidad puede incluir variaciones en el número de días de asistencia, el de horas de uso diario, en el tipo o número de actividades a realizar, etc.

Se recomienda que el servicio se despliegue en una horquilla que abarque desde un mínimo garantizado hasta modalidades más amplias o intensivas, permitiendo ajustar las intervenciones de forma adecuada y evitando tanto la sobreatención como la infraatención.

A modo orientativo, en la siguiente tabla se presenta una horquilla de tres modalidades de atención que abarca desde un acompañamiento básico de supervisión ligera y compromiso bajo de la persona usuaria, hasta un uso más intensivo o extendido con apoyos especializados dentro de la baja intensidad, incluyendo una modalidad intermedia de apoyos estructurados y frecuentes y nivel de participación medio.



MODALIDAD DE ATENCIÓN	INTENSIDAD DE APOYOS	COMPROMISO DE USUARIAS Y TIEMPO DE USO ESTIMADO	PERFIL DE PERSONAS USUARIAS
1 Acompañamiento básico-supervisión ligera	- Presencia no intrusiva. - Facilitar orientación temporal y espacial. - Recordatorios muy puntuales. - Refuerzo positivo y apoyo motivacional. - Participación en actividades sin necesidad de apoyo funcional.	Bajo. 6–8 h/semana; 2–3 mañanas o tardes	Personas mayores autónomas o en riesgo de dependencia moderada en su expresión más leve; necesidad de estimulación y socialización (inferior a Grado I hasta 39 puntos o sin valoración).
2 Apoyos estructurados y frecuentes	- Recordatorios continuados para tareas y rutinas. - Andamiaje en actividades (iniciar, orientar, cerrar). - Asistencia ligera en AVD instrumentales durante el tiempo de estancia. - Intervenciones preventivas (ejercicio suave, estimulación cognitiva básica). - Acompañamiento emocional moderado.	Medio. 2–4 h/día, 3–5 días/semana	Personas mayores con fragilidad o dependencia incipiente (inferior a Grado I hasta 39 puntos) y personas con dependencia moderada en su expresión más leve o necesidad de apoyos continuados de baja intensidad (Grado I hasta 39 puntos)
3 Apoyos especializados dentro de la baja intensidad	- Intervenciones cortas de profesionales especializados (fisioterapia ligera, logopedia preventiva, trabajo social). - Apoyo en movilidad o transferencias sencillas. - Supervisión más cercana en actividades grupales si existen riesgos leves. - Intervenciones individualizadas de estimulación o activación.	Alto. 3–6 h/día, 5–7 días/semana	Personas con dependencia moderada en su expresión más leve, con necesidades de apoyo en actividades básicas para la vida y socialización diaria (Grado I hasta 39 puntos) y familiares cuidadores que precisan respiro.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 3. Flexibilidad organizativa y modalidades diversas: El servicio dispone de horarios, actividades y niveles de intensidad adaptados a necesidades diversas, evitando rigideces.

Criterio 4. Coherencia con la finalidad preventiva y comunitaria: Las actividades del servicio tienen un propósito claro y responden a prevenir el deterioro, promover la autonomía y fortalecer la vida en comunidad.



SUBDIMENSIÓN: METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN

En coherencia con el principio de personalización, la intervención que se ofrece en el marco de este servicio se basa en la valoración integral e individualizada de cada persona usuaria. Esta valoración se realiza al inicio y se revisa periódicamente. A partir de ella, se elabora un Plan de Atención Individualizada (PAI)¹³ que traduce en acciones concretas las medidas y apoyos que se acuerda desplegar con la persona usuaria para dar respuesta a sus deseos y necesidades de atención y cuidado. El PAI es el documento donde se recoge por escrito el proyecto personalizado de atención que desde el servicio se va a desarrollar con cada persona usuaria.

Para la elaboración PAI las personas profesionales del servicio tienen en cuenta las indicaciones de la profesional de referencia del Servicio Social de Base y el Plan de Atención Personalizada (PAP) que ésta haya elaborado previamente **(en este plan se establece la finalidad de la intervención y los objetivos generales, así como los recursos o servicios desde los que se va a desarrollar la intervención)**. En todo caso, es clave garantizar en este proceso la participación efectiva de la persona usuaria en la elaboración de su PAI, facilitándole la información necesaria para implicarla en la toma de decisiones sobre su itinerario de intervención.

Cada PAI podrá establecer las actividades, prestaciones y horarios previsibles, lo que permitirá organizar el servicio y optimizar los recursos disponibles. Así mismo, es fundamental integrar un enfoque de seguimiento continuo de la intervención para poder ir adaptándola a los cambios que progresivamente se vayan dando en las necesidades y capacidades de la persona.

El enfoque de trabajo requiere la puesta en marcha de dinámicas interdisciplinarias y de coordinación, entre ellas: reuniones periódicas del equipo técnico del servicio; coordinación con el Servicio Social de Base; relación con recursos comunitarios (centros sociales, asociaciones, voluntariado, etc.).

En cuanto a la intervención, el servicio debe combinar la atención individual y grupal, actividades dentro del centro, intervenciones en la comunidad y acompañamiento cotidiano. Se recomienda priorizar las actividades grupales, la estimulación cognitiva, el ejercicio físico, así como las actividades expresivas, creativas o de socialización, alternándolas con tiempos de descanso y fomentando grupos de personas con situaciones similares, lo que favorece la comprensión mutua y la cohesión.

En coherencia con los principios citados, el servicio debería aplicar metodologías participativas que aseguren que las personas usuarias y sus familias participan en la planificación, desarrollo y evaluación de las actividades. Hacerlo revertirá en un mayor sentido de pertenencia y reconocimiento, reducirá conductas pasivas, permitirá ajustar las actividades a los intereses, ritmos y capacidades reales de las personas usuarias y en última instancia en un aumento de su satisfacción y la continuidad en el servicio. Conseguirlo pasa por facilitar información comprensible, organizar reuniones periódicas, activar canales de comunicación estables, reconocer y devolver lo aportado, etc.

Asimismo, el enfoque preventivo y comunitario exige incorporar dinámicas de colaboración con agentes del entorno, redes vecinales, comercios, centros escolares, recursos municipales, para promover actividades abiertas a la comunidad, tales como talleres intergeneracionales, encuentros culturales o sesiones informativas de salud.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 5. Personalización y Atención Centrada en la Persona: La intervención desde el servicio se adapta a la biografía, preferencias, ritmos y capacidades de cada persona, integrando su voz en las decisiones.

Criterio 6. Actividades significativas y metodologías participativas: Las actividades del servicio favorecen la implicación de las personas usuarias y sus familias.

13. Existen diversos términos para hacer alusión a este instrumento (PAI, PIA...) que recoge la programación individual que garantiza la mejor adecuación de la intervención a las necesidades individuales y se elabora a partir del documento que realizan los Servicios Sociales de Base, el Plan de Atención Personalizada (PAP), y que pasa así a ser ampliado y personalizado por el personal del servicio.



5.2. EQUIPAMIENTO, EQUIPO TÉCNICO Y ORGANIZACIÓN INTERNA

La calidad del servicio se garantiza mediante una organización interna sólida y un equipo profesional competente, estable y bien coordinado, apoyado por espacios y recursos adecuados. Esta dimensión asegura que las condiciones materiales, la planificación del trabajo, la comunicación interna y la capacitación profesional favorezcan una atención segura, consistente y respetuosa, reduciendo riesgos y favoreciendo prácticas de calidad.

SUBDIMENSIÓN: EMPLAZAMIENTO Y EQUIPAMIENTO

Se considera recomendable que el servicio cuente con un emplazamiento de referencia que funcione como base estable para la prestación de este. No obstante, ello no implica que todas las actividades que se desarrollen en él se circunscriban a ese único emplazamiento o que dicho dispositivo deba tener un uso exclusivo para este servicio.

En este sentido, los espacios pueden estar exclusivamente habilitados para el servicio o ser compartidos con otros. Asimismo, el servicio puede ubicarse bien dentro de equipamientos municipales de uso polivalente, bien en espacios físicos diferenciados. En cualquier caso, resulta fundamental, que estos servicios estén emplazados en entornos céntricos y adecuadamente conectados mediante transporte público, garantizando además una accesibilidad universal.

En el caso de los municipios grandes contar con centros en distintos barrios puede facilitar la conexión comunitaria, la proximidad o la adaptación a zonas con características sociodemográficas específicas.

En municipios pequeños puede ser especialmente interesante compartir instalaciones con otros servicios (centros sociales, asociaciones, salud, cultura), siempre que se asegure la accesibilidad y la privacidad de las personas usuarias. Cuando el servicio se ubique en un centro comunitario compartido, se deberá garantizar el uso preferente y

estable de los espacios básicos y la disponibilidad de zonas reservadas.

Así mismo, cuando el servicio se ubique en espacios específicos, dado su carácter comunitario podría ser recomendable favorecer el uso de los espacios de este servicio fuera del horario de atención diurna para otras actividades intergeneracionales o comunitarias.

La dotación de espacios y los equipamientos del servicio son un elemento clave de la intervención. Por tanto, deberá garantizarse un entorno seguro, accesible, acogedor y funcional que facilite la autonomía personal, la participación activa, el bienestar emocional de las personas usuarias y las relaciones sociales.

En cualquiera de las opciones, se buscará:

- Flexibilidad en el uso del espacio, con áreas que puedan adaptarse a actividades diversas (sociales, rehabilitadoras, de descanso, de atención individual), favoreciendo el ajuste de horarios y espacios en función del perfil y número de personas usuarias.
- Escalabilidad: para que el servicio pueda crecer o reducir su capacidad según la demanda local (posibilidad de funcionar a media jornada o con grupos reducidos, según la demanda local).
- Proximidad y accesibilidad: localización en entornos urbanos o rurales que faciliten el acceso peatonal, el transporte público o comunitario, y la conexión con la vida del barrio o del municipio y la integración con la red comunitaria existente.

Si bien el modelo de dotación deberá ajustarse a la escala municipal y su configuración podrá variar según el tamaño del municipio, las prestaciones del servicio o el número y el perfil de personas usuarias, se recomienda disponer al menos de los espacios físicos y equipamientos que se señalan en color gris en la siguiente tabla. En ella se recogen también algunos espacios y equipamientos adicionales recomendados para mejorar la autonomía, seguridad y bienestar de las personas usuarias y, especialmente de aquellas con dependencia moderada.



ESPACIOS Y EQUIPAMIENTO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA PARA PERSONAS MAYORES:					
TIPO DE ESPACIO	FUNCIÓN-USO PRINCIPAL	OBSERVACIONES	EQUIPAMIENTO MÍNIMO	EQUIPAMIENTO ADICIONAL	
Espacios asociados a prestaciones nucleares técnicas	Zona de acogida y recepción	Atención, control de accesos, información a personas usuarias y familiares.	Puede integrarse con zona de estar.	Mostrador, sillas, armario, teléfono	Señalética accesible
	Sala polivalente o de actividades	Actividades grupales, talleres, estimulación cognitiva, reuniones, etc.	Mobiliario móvil y adaptable; buena iluminación natural.	Mesas y sillas móviles, pizarras, material lúdico	Proyector, tablets, instrumentos musicales, material deportivo
	Zona de descanso y convivencia	Espacio de socialización y relación informal.	Con asientos ergonómicos, ambiente doméstico y cálido.	Sofás, sillones, mesas bajas	Alfombras, iluminación cálida, plantas
	Baños adaptados	Higiene y confort.	Deben cumplir con la normativa de accesibilidad universal	Lavabo, inodoro, barras, ducha accesible.	Sillas de ducha, grúas portátiles
	Despacho técnico/ coordinación	Gestión y coordinación del servicio	Puede compartirse con otros programas municipales o servir también como espacio de atención individual	Mesa, silla, archivador, ordenador	Pantalla adicional, material planificación
	Almacén y zona de limpieza	Gestión de materiales y equipos.	Espacios diferenciados para limpieza y almacenamiento.	Estanterías, armarios, carro limpieza	Separación de material limpio y sucio
Espacios asociados a prestaciones complementarias y adicionales	Espacio de atención individual	Entrevistas, seguimiento social o sanitario, cuidados personales.	Puede no ser necesario si la sala polivalente o el despacho permite garantizar este uso con intimidad en determinados horarios.	Silla, mesa, armario	Pantalla para teleasistencia, material de seguimiento
	Comedor o zona de comidas	Servicio de alimentación o catering.	Puede compartir uso con otros programas municipales. Puede no ser necesario dependiendo de las necesidades de las personas usuarias.	Mesas y sillas adaptadas, menaje	Calentadores, utensilios adaptados para movilidad reducida
	Enfermería ligera		Recomendada cuando se atienden usuarios con dependencia moderada.	Camilla, silla reclinable, material primeros auxilios.	Grúas portátiles, monitorización básica



Nota: Los equipamientos responden a tres niveles de uso:

- a) Equipamiento básico común** (mobiliario; equipos de climatización y ventilación; sistemas de iluminación; material fungible; medios tecnológicos);
- b) Equipamiento para apoyo a la autonomía y la seguridad** (elementos de apoyo funcional como asideros, sillas con reposabrazos, andadores disponibles, rampas; dispositivos de teleasistencia o comunicación en caso de emergencias; señalética);
- c) Equipamiento específico de atención y cuidado**, especialmente para servicios en los que el peso de personas usuarias con dependencia moderada sea significativo (camillas o sillones reclinables para descanso o atención básica; grúas móviles o ayudas técnicas ligeras; material para ejercicios de mantenimiento físico o fisioterapia preventiva...).

Todo el equipamiento y mobiliario deberá cumplir la normativa vasca y estatal de accesibilidad universal (física, sensorial y cognitiva), garantizando: circulaciones sin barreras arquitectónicas; espacios adecuados para sillas de ruedas o andadores; pasamanos, apoyos y señalización visible y comprensible; y control del ruido ambiental, temperatura y luz para favorecer el bienestar.

Asimismo, los materiales y recursos técnicos han de ser suficientes, estar en buen estado, adaptarse a las necesidades del servicio en equilibrio con la sostenibilidad ambiental.

En relación con la seguridad, el centro deberá cumplir con la normativa vigente en relación, entre otros, con sistemas de detección y prevención de emergencias; planes de evaluación adaptados a las personas con movilidad reducida; y sistemas de protección de datos.

Así mismo, el diseño debe promover entornos seguros y ambientes amables u hogareños. Debe garantizarse la seguridad sin generar entornos excesivamente restrictivos, institucionalizados o despersonalizados. En este sentido,

es recomendable integrar colores cálidos, elementos naturales y señalética amable.

También conviene que el servicio esté preparado para integrar recursos tecnológicos que favorezcan la comunicación, el aprendizaje y la conexión con el entorno: dispositivos digitales de uso sencillo para actividades cognitivas o contacto con familiares; equipos para teleasistencia avanzada o programas de estimulación digital; conectividad Wifi accesible y segura.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 7. Espacios accesibles, seguros y adaptados: El entorno físico y organizativo del servicio garantiza accesibilidad universal, seguridad y diseño orientado a la autonomía y la convivencia.

Criterio 8. Equipamiento adecuado y funcional: Los materiales y recursos técnicos son suficientes, están en buen estado, se adaptan a las necesidades del servicio y son sostenibles medioambientalmente.

SUBDIMENSIÓN: EQUIPO PROFESIONAL Y ORGANIZACIÓN INTERNA

El servicio de atención diurna para personas mayores se sustenta en un modelo de atención centrado en la persona, orientado a promover la autonomía, la participación social y la calidad de vida, por tanto, el equipo profesional y su organización interna deberán garantizar una atención integral, coordinada y flexible, que se adapte a los diferentes perfiles de personas usuarias y a la realidad de cada municipio.

La dotación profesional podrá variar en función del tamaño del servicio, número de plazas, modalidad de atención y características del municipio, pero en todos los casos deberá incluir perfiles profesionales que cubran las funciones que se señalan en la siguiente tabla, si bien la mayor parte de las funciones no corresponden en exclusiva a una única figura profesional.



ÁREA FUNCIONAL	FUNCIONES PRINCIPALES	OBSERVACIONES Y POSIBLES PERFILES PROFESIONALES DE REFERENCIA
Áreas asociadas a prestaciones nucleares	Coordinación / dirección técnica del servicio	- Trabajador/a social - Educador/a social - Psicólogo/a psicólogo. En algunos servicios la dirección técnica puede recaer en la trabajadora social del Servicio Social de Base. En otros, en cambio, la dirección puede ser asumida por parte de personal propio de la entidad proveedora del servicio, en cuyo caso tendrá que asegurar una relación fluida con el Servicio Social de Base.
	Intervención socioeducativa	- Planificación y dinamización de actividades grupales. - Promoción de la autonomía y participación. - Acompañamiento social. - Seguimiento individual de evolución funcional y social. - Relación con recursos comunitarios. - Supervisión del bienestar físico y emocional. - Colaboración en actividades preventivas y de estimulación. - Coordinación con profesionales de otros servicios. - Educador o educadora social. - Animadores/as socioculturales. - Integradores/as sociales.
Áreas asociadas a prestaciones complementarias	Atención personal	- Gerocultor o gerocultora - Auxiliar de geriatría - Auxiliar sociosanitario
	Personal de comedor y mantenimiento	- Personal auxiliar de servicios o cocina
	Apoyo sanitario o de fisioterapia (según necesidad)	- Personal de enfermería - Fisioterapeuta - Terapeuta ocupacional

En municipios pequeños o servicios con una modalidad de atención menos intensiva, algunos perfiles profesionales podrán ser compartidos con otros programas municipales o asumir funciones polivalentes, siempre garantizando la calidad de la atención y la supervisión técnica.

Para atender las prestaciones generales de mantenimiento y limpieza, para ofrecer determinadas prestaciones complementarias y para enriquecer algunas de las actividades incluidas entre las prestaciones nucleares se podrá contar con entidades proveedoras externas. Por otra parte,



sería recomendable que el servicio estableciera acuerdos de colaboración con otros recursos o entidades del municipio o del barrio, como peluquerías, servicios de podología, taxis o transporte adaptado, y otros servicios dirigidos a personas mayores, optimizando los recursos disponibles en el territorio. Así mismo, se recomienda priorizar los acuerdos con entidades de inserción laboral del municipio que pudieran prestar dichos servicios.

Este trabajo en red no solo amplía las posibilidades de apoyo sin necesidad de que el servicio asuma internamente todas las funciones, sino que favorece la socialización y la construcción de comunidad, genera oportunidades para que las personas mayores compartan experiencias y saberes, y multiplica los espacios de participación más allá de los que tienen lugar en el propio equipamiento.

En cuanto a la organización interna del servicio, debería priorizarse un funcionamiento interdisciplinar, colaborativo y de proximidad, donde el equipo profesional actúe como referente tanto para la persona usuaria como para su entorno familiar y comunitario. El enfoque de trabajo requiere la puesta en marcha de una dinámica de coordinación interna que asegure: una distribución clara de roles y responsabilidades en el equipo; reuniones periódicas del equipo técnico del servicio (interdisciplinares); protocolos de actuación claros y actualizados conocidos por el conjunto de profesionales; documentación actualizada; etc.

El personal adscrito al servicio deberá contar con formación específica en atención centrada en la persona, prevención de la dependencia y envejecimiento activo. Se deberá promover la formación continua y la supervisión técnica periódica, así como la promoción de espacios de autocuidado y apoyo profesional para garantizar la calidad y la sostenibilidad del servicio.

En la medida en que el trabajo interdisciplinar es la base del funcionamiento de este servicio conviene que el conjunto de personas profesionales

adscritas al mismo tenga, entre otras, las siguientes competencias transversales:

- Capacidad para trabajar desde un rol definido, respetando y complementando otros perfiles.
- Capacidad de construir criterios comunes de intervención
- Capacidad de escucha activa.
- Capacidad para establecer **relaciones de confianza**, seguras y respetuosas.
- Manejo adecuado de situaciones emocionales complejas
- Gestión de expectativas, conflictos y procesos de corresponsabilidad.
- Capacidad para registrar, actualizar y compartir información relevante.
- Capacidad de análisis conjunto y toma de decisiones compartidas.
- Identificación y gestión de dilemas éticos.
- Capacidad de revisión crítica de la práctica profesional.
- Apertura a la innovación y a la mejora del servicio.
- Sensibilidad hacia los derechos, la diversidad, la autonomía y el bienestar emocional de las personas mayores.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 9. Equipo interdisciplinar y competencias profesionales: El equipo del servicio cuenta con perfiles adecuados, formación continua y trabajo interdisciplinar documentado.

Criterio 10. Coordinación interna: Están sistematizadas reuniones periódicas, hay una distribución clara de funciones, la documentación está actualizada y los protocolos operativos activos.



5.3. ARTICULACIÓN EXTERNA, CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y VÍNCULO COMUNITARIO

La calidad del servicio se garantiza mediante una adecuada coordinación con otros recursos sociales, sanitarios y comunitarios, facilitando transiciones fluidas y apoyos coherentes en todo el itinerario de atención. Esta dimensión asegura que el servicio no funciona de manera aislada, sino como un nodo activo del territorio, fortaleciendo la red de apoyos de la persona, promoviendo su participación y vinculación comunitaria y evitando rupturas en la atención.

SUBDIMENSIÓN: CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y COORDINACIÓN DENTRO DEL SISTEMA VASCO DE SERVICIOS SOCIALES

El servicio de atención diurna para personas mayores debe integrarse dentro de una red de apoyos de cuidados complementarios, articulándose como un dispositivo más dentro de un conjunto diversificado de recursos, permitiendo **evitar duplicidades, optimizar** la cobertura de necesidades diversas y generar un sistema más eficaz y eficiente.

En un contexto de **envejecimiento de la población**, en el que muchas personas mayores pueden presentar problemáticas adicionales a la de la dependencia, como **dificultades en salud mental, violencia machista, exclusión social, etc.**, que a menudo se interrelacionan, ofrecer un **abordaje integral** que considere todas las dimensiones y dar respuesta a la diversidad de necesidades que implica pasa por establecer conexiones de complementariedad entre recursos.

Además, las necesidades de una misma persona pueden cambiar y diversificarse con el tiempo, lo que requiere ir ajustando la intensidad y tipo de apoyos en función de la evolución de las necesidades de las personas usuarias.

Es deseable, por tanto, que, desde el inicio, de forma periódica, y siempre que se produzcan

cambios relevantes en la situación de las personas usuarias, el servicio de atención diurna intercambie información con la profesional de referencia de los Servicios Sociales de Base. Este intercambio de información relevante permitirá valorar la necesidad de articular apoyos de cuidados complementarios, así como revisar si el recurso sigue siendo el más adecuado o si, por el contrario, es necesario promover la derivación a otros servicios del sistema en función de la evolución personal, médica o psicosocial de la persona usuaria.

De forma específica, el Decreto de Cartera establece que este servicio puede ser compatible con otros servicios de atención a la dependencia y con determinadas prestaciones económicas, garantizando una atención integral y adaptada a las necesidades de cada persona. Entre los recursos y prestaciones del Sistema Vasco de Servicios Sociales con los que puede articularse se incluyen:

- Servicio de Ayuda a Domicilio (SAD): apoyo en el hogar para cubrir necesidades básicas y facilitar la autonomía.
- Servicio de Teleasistencia: sistema de apoyo tecnológico que asegura seguimiento, seguridad y atención inmediata.
- Prestación Económica para cuidados en el Entorno Familiar (PECEF): destinada a apoyar a familias cuidadoras.
- Prestación Económica de Asistencia Personal (PEAP): destinada a favorecer la autonomía mediante la contratación de apoyos especializados.

La coordinación interinstitucional con estos y otros servicios del sistema (entre otros, el centro de día o los centros residenciales para personas mayores de competencia foral) se vuelve crucial también para garantizar la continuidad de la atención. Es importante cuidar de los procesos de entrada y salida del servicio, así como activar protocolos que faciliten las transiciones entre unos y otros servicios, asegurando un adecuado intercambio de información y sistemas de revisión que alerten ante cambios en la situación de la persona.



CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 11. Coordinación con el Servicio Social de Base, en su caso¹⁴: Desde el servicio se asegura un intercambio periódico de información, coherencia en el itinerario y revisión del ajuste del recurso.

Criterio 12. Continuidad y transiciones fluidas: Desde el servicio se facilita que no haya rupturas en la atención y que las personas transiten entre servicios sin pérdida de información.

SUBDIMENSIÓN: COORDINACIÓN CON OTROS SISTEMAS

La coordinación no debe limitarse únicamente a los servicios sociales, sino que puede desplegarse de manera más amplia, articulándose con otros sistemas, en especial con el sistema de salud.

Las personas mayores atendidas en este servicio a menudo requieren apoyos sociales y sanitarios simultáneamente. La coordinación entre los dos sistemas permite detectar cambios en la situación de las personas atendidas y facilita intervenciones tempranas.

La identificación de profesionales de referencia en los servicios de salud de atención comunitaria y el establecimiento de canales directos de contacto puede facilitar esta coordinación y el seguimiento conjunto cuando se identifican riesgos o necesidades asistenciales. También es clave contar con protocolos de coordinación sociosanitaria que contemplen las pautas a seguir a la hora de realizar derivaciones e intercambios de información respetuosos con la confidencialidad y la protección de datos.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 13. Coordinación sociosanitaria: El servicio tiene articuladas las derivaciones, los intercambios y el seguimiento conjunto regular de casos complejos con los agentes del sistema de salud.

SUBDIMENSIÓN: INTEGRACIÓN COMUNITARIA

Uno de los principales objetivos de este servicio es el de prevenir el aislamiento social, manteniendo la autonomía de las personas y su permanencia en el hogar. Integrar la dimensión comunitaria y la interacción con otros agentes locales puede facilitar que las personas usuarias accedan a un mayor número de prestaciones complementarias y se amplíen sus oportunidades de participación en actividades tanto dentro como fuera del equipamiento. La vinculación con otros servicios de la comunidad potencia la eficacia, flexibilidad y escalabilidad de este servicio.

Por un lado, se trata de tejer redes de colaboración con asociaciones de personas mayores, organizaciones de voluntariado o entidades del tercer sector social que pueden ofrecer servicios especializados en los ámbitos de la promoción de la autonomía, la salud mental o el apoyo a personas cuidadoras, pero también de establecer conexiones con otros recursos comunitarios como comercios locales, gimnasios, centros culturales o asociaciones vecinales, lo que permite enriquecer la oferta de actividades, intervenciones y recursos del servicio de atención diurna para personas mayores.

Estas alianzas pueden facilitar también que las personas usuarias no solo se relacionen entre ellas, sino que se sientan parte y participen en la vida comunitaria, desarrollen su autonomía en su entorno natural y amplíen sus vínculos sociales significativos. En coherencia con el modelo comunitario de atención previsto en la Ley de Servicios Sociales del País Vasco, las personas que acudan al servicio de atención diurna para personas mayores podrán participar en actividades que funcionen como un primer escalón para la integración comunitaria, y a partir de ahí vincularse con otros grupos, movimientos o recursos que sean de su interés. Esta dinámica facilita que los apoyos iniciales se traduzcan en participación autónoma y sostenida que genere relaciones significativas.

14. Téngase en cuenta que en algunos casos el servicio de atención diurna para personas mayores puede estar integrado en los propios Servicios Sociales de atención primaria. Del mismo modo, existen modelos en los que el propio servicio cuenta con profesionales de trabajo social adscritas al recurso o al servicio especializado de personas mayores, asumiendo directamente la atención social y el seguimiento de las personas usuarias, sin que la coordinación con los Servicios Sociales de Base resulte necesaria en todos los casos.



En este sentido, el servicio puede articularse también con el servicio de promoción de la participación y la inclusión social (ficha 1.5. del Decreto de Cartera), fomentando la construcción y fortalecimiento de la comunidad desde un mismo equipamiento o centro físico. La combinación de ambos servicios permite que las personas usuarias participen en encuentros y actividades, incluso organizadas por otros agentes comunitarios, tanto dentro como fuera del servicio generando una red de relaciones flexible, escalable y de calidad que va más allá del centro físico y favorece la integración social.

En suma, se propone un modelo de coordinación múltiple y flexible, en el que el servicio de atención diurna para personas mayores actúa como nodo central que articula apoyos formales, comunitarios y generales, garantizando una intervención integral, personalizada y adaptada a la complejidad de las trayectorias de las personas mayores.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 14. Vínculo comunitario: El servicio está integrado en la vida del barrio, cuenta con actividades abiertas al entorno y la participación de agentes comunitarios.

Criterio 15. Aprovechamiento de recursos locales: El servicio tiene desplegadas colaboraciones con agentes del municipio (peluquerías, podólogos, transporte, comercios, centros escolares...) para enriquecer la oferta de actividades e intervenciones.

5.4. DERECHOS, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA

La calidad del servicio se garantiza mediante un proceso sistemático de evaluación, seguimiento, protección de derechos y aprendizaje continuo. Esta dimensión asegura que el servicio se adapta a la evolución de las personas usuarias y del entorno, identifica mejoras y mide el impacto real de las intervenciones preventivas.

SUBDIMENSIÓN: DERECHOS

Es importante asegurar que el servicio no solo “funciona bien”, sino que funciona de forma justa, respetuosa y segura, situando los derechos como base de la calidad. La protección de derechos no debe concebirse como un proceso administrativo aislado, sino como un elemento integrado en la práctica cotidiana del servicio, en la cultura profesional del equipo y en la relación con las personas usuarias y sus familias.

En este sentido, debe asegurarse que el servicio protege activamente la dignidad, intimidad, autonomía y seguridad de las personas usuarias mediante un enfoque ético de la intervención y la aplicación de un protocolo de buen trato, que prevengan situaciones de negligencia, abuso, trato inadecuado o vulneración de derechos y actúen como marco vertebrador de otros protocolos específicos que pudieran desplegarse vinculados con la prevención y actuación ante situaciones de violencia machista, con la igualdad de trato y no discriminación, con la atención a personas LGTBI, con el consentimiento informado, etc.

En la práctica esto implica que se disponga de un marco ético explícito del servicio que se traduzca en protocolos de buen trato y gestión ética de situaciones complejas. Así mismo, es necesario que el equipo profesional cuente con formación en derechos de las personas mayores, trato digno y detección de situaciones de riesgo, interseccionalidad, etc. Es recomendable



también que se activen mecanismos de supervisión y revisión de prácticas y que se favorezca la promoción de espacios de deliberación ética ante dilemas cotidianos.

Por otro lado, el servicio ha de disponer de mecanismos accesibles, comprensibles y transparentes para la recogida, tramitación y respuesta a quejas y sugerencias de las personas usuarias y sus familias, garantizando la escucha activa, la no represalia y el uso de la información para la mejora del servicio.

Para ello, es crucial habilitar canales diversos y adaptados, así como realizar un registro sistemático y análisis periódico de las quejas y sugerencias, que se acompañe de una devolución de resultados y mejoras implementadas. Es clave que este mecanismo de reclamación se entienda como una herramienta de mejora continua.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 16. Derechos, ética y buen trato:

El servicio protege la dignidad, intimidad y seguridad de las personas usuarias mediante protocolos de buen trato y un enfoque ético de la intervención.

Criterio 17. Quejas y sugerencias: El servicio dispone de mecanismos transparentes y accesibles para gestionar quejas o sugerencias.

SUBDIMENSIÓN: EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA

La evaluación es clave para aprender, mejorar la toma de decisiones y demostrar el valor preventivo del servicio. Por eso es fundamental que el servicio esté preparado para recoger, analizar y utilizar de forma sistemática información relevante sobre la realidad de su contexto, su funcionamiento, procesos y resultados, con el fin de garantizar la calidad, orientar la toma de decisiones y realizar ajustes continuos en la

intervención y en la organización del servicio. Hacerlo permitirá identificar factores organizativos, metodológicos y comunitarios que favorezcan el éxito, así como priorizar intervenciones estratégicas y focalizar esfuerzos.

En la práctica, es esencial que se contemple desde la fase de diseño del servicio la articulación de un sistema de evaluación continuo y sistemático que defina claramente qué se va a analizar o medir, cuándo y con qué herramientas y cuáles van a ser los mecanismos que permitan que los resultados van a incorporarse a la planificación del servicio. Es recomendable que las herramientas sean sencillas y estables y que la revisión sea periódica.

Además, conviene contemplar la participación activa de diferentes actores en la evaluación—profesionales, personas usuarias, familias y otros agentes implicados—para obtener una visión completa y enriquecida de los resultados. Esta participación permitirá identificar fortalezas y áreas de mejora basadas en la experiencia directa de todos los agentes relacionados con el servicio.

Asimismo, resulta fundamental que el servicio evalúe periódicamente la satisfacción de las personas usuarias y de sus familias respecto a la atención recibida, el trato, las actividades y la organización del servicio, utilizando los resultados para introducir mejoras concretas. Para ello, deberán diseñarse instrumentos adaptados a capacidades cognitivas y comunicativas diferenciados para personas usuarias y familias y preverse mecanismos de devolución de resultados y, en su caso, de los cambios realizados.

Por último, el servicio ha de medir el impacto de su intervención y en especial su carácter preventivo en la vida de las personas usuarias, valorando su evolución funcional, emocional, cognitiva y relacional, con el fin de comprobar la efectividad de intervención y orientar la mejora del servicio. Hacerlo contribuirá a reforzar socialmente la atención diurna como servicio preventivo, no solo ocupacional.



Será necesario realizar un seguimiento evolutivo, no solo la valoración inicial, haciendo uso de indicadores cualitativos y cuantitativos orientados a ajustar planes individuales y reforzar el modelo preventivo. Es recomendable que los mecanismos permitan medir los efectos deseados y no deseados que se consiguen a corto plazo sobre la vida cotidiana de las personas usuarias. Asimismo, la evaluación debería posibilitar también medir los resultados a largo plazo en términos de impacto en la calidad de vida de las personas usuarias, promoción de la autonomía, prevención del aislamiento, retraso de situaciones de dependencia, etc.

CRITERIOS DE CALIDAD:

Criterio 18. Evaluación sistemática: El servicio recoge, analiza y utiliza información sistemáticamente sobre su funcionamiento y resultados para garantizar la calidad, orientar decisiones y realizar ajustes.

Criterio 19. Satisfacción de personas usuarias y familias: El servicio evalúa periódicamente la satisfacción de personas usuarias y familias y utiliza los resultados para mejorar.

Criterio 20. Impacto de las intervenciones: El servicio mide el impacto preventivo de su intervención en la vida de las personas usuarias, valorando su evolución funcional, emocional, cognitiva y relacional.



6. INDICADORES PARA MEDIR LA CALIDAD

En el apartado anterior se han establecido 20 criterios de calidad que concretan las condiciones que definen un conjunto de buenas prácticas en la actuación del servicio de atención diurna para personas mayores. Con este apartado se da un paso más al operativizar en indicadores¹⁵, cuantitativos y cualitativos, esos criterios.

Los criterios de calidad asociados con cada dimensión y subdimensión se traducen en un marco de indicadores orientativo, que podrá ser ampliado o ajustado, y que permite identificar qué tipo de información podría resumir de forma más adecuada la aplicación de los criterios de calidad en cada servicio.

En el marco de indicadores propuesto se combinan indicadores cuantitativos y cualitativos de estructura, proceso y resultados. Asimismo, a partir de las recomendaciones del Marco Europeo de Calidad de los Servicios Sociales, los indicadores incorporan una doble perspectiva. Por un lado, hacen referencia a los estándares

de calidad formulados desde la perspectiva de las personas que utilizan los servicios y describen los resultados y experiencias que pueden esperar de unos servicios de calidad. Por otro lado, y desde la perspectiva de quienes organizan o prestan los servicios, estos estándares expresan los compromisos y aspiraciones necesarias para alcanzar esos resultados. Además, se incluyen referencias a procesos (disposiciones organizativas, prácticas y mecanismos) que un proveedor de servicios puede poner en marcha para cumplir sus compromisos y satisfacer las aspiraciones de las personas en la práctica.

En este sentido, el sistema de criterios e indicadores propuesto conecta con los principios del Marco Europeo de Calidad de los Servicios Sociales —formulados en términos más narrativos y aspiracionales— a un marco más operativo, orientado a facilitar su utilización como herramienta de autoevaluación, mejora continua y orientación de la práctica profesional en el servicio de atención diurna para personas mayores.

15. Un indicador es una magnitud asociada a una característica (del resultado, del proceso, de las actividades, de la estructura, etc.) que permite, a través de su medición en periodos sucesivos y por comparación, evaluar periódicamente dicha característica y verificar el cumplimiento de los objetivos establecidos. En el marco de los Servicios Sociales, los indicadores se definen como “instrumentos de medida que permiten expresar cuantitativamente aspectos de la atención y del apoyo ofrecido a la persona y los resultados obtenidos, aspectos relacionados con la organización y la gestión del centro o servicio y que sirven de guía para evaluar la calidad o la adecuación de la acción desarrollada.



De forma coherente con dicho marco, los criterios definidos en este modelo se alinean con principios como la atención centrada en la persona, la participación, la seguridad, la integración comunitaria y la buena gestión de los servicios.

La siguiente tabla¹⁶ muestra de manera orientativa la correspondencia entre los principios del Marco Europeo de Calidad de los Servicios Sociales y los criterios incluidos en este modelo.

PRINCIPIOS DEL MARCO EUROPEO DE CALIDAD	CRITERIOS DEL MODELO DEL SERVICIO DE ATENCIÓN DIURNA
Atención centrada en la persona	Criterio 4. Coherencia con la finalidad preventiva y comunitaria Criterio 5. Personalización y Atención Centrada en la Persona Criterio 6. Metodologías participativas
Participación y empoderamiento de las personas usuarias	Criterio 6. Metodologías participativas Criterio 14. Vínculo comunitario y relaciones significativas Criterio 16. Derechos, ética y buen trato
Accesibilidad y proximidad de los servicios	Criterio 3. Flexibilidad organizativa y modalidades diversas Criterio 7. Espacios accesibles, seguros y adaptados Criterio 11. Coordinación con el Servicio Social de Base
Seguridad y protección de las personas usuarias	Criterio 7. Espacios accesibles, seguros y adaptados Criterio 12. Continuidad y transiciones fluidas Criterio 16. Derechos, ética y buen trato
Integración en la comunidad y enfoque relacional	Criterio 14. Vínculo comunitario y relaciones significativas Criterio 15. Aprovechamiento de recursos locales
Continuidad e integración de la atención	Criterio 11. Coordinación con Servicios Sociales de Base Criterio 12. Continuidad y transiciones fluidas Criterio 13. Coordinación sociosanitaria
Servicios bien gestionados y mejora continua	Criterio 9. Equipo interdisciplinar y competencias profesionales Criterio 10. Coordinación interna Criterio 18. Evaluación sistemática Criterio 19. Mejora continua Criterio 20. Innovación y aprendizaje

A continuación, se presenta la relación de dimensiones, subdimensiones, criterios e indicadores propuestos para medir la calidad del servicio:

16. Los principios recogidos constituyen una adaptación operativa del Marco Europeo de Calidad para los Servicios Sociales, integrando sus principales dimensiones (incluidas disponibilidades, asequibilidad, orientación a resultados y buena gobernanza) en coherencia con el modelo del servicio y evitando duplicidades.



DIMENSIÓN: PRESTACIONES, FUNCIONAMIENTO Y METODOLOGÍA		
SUBDIMENSIÓN	CRITERIOS	INDICADORES
PRESTACIONES DEL SERVICIO	Criterio 1. Prestaciones nucleares garantizadas: El servicio asegura un mínimo común de apoyos y actividades preventivas (cognitivas, funcionales, emocionales y relacionales).	- El servicio garantiza la disponibilidad de todas las prestaciones nucleares definidas en el modelo de calidad del servicio. - El servicio dispone de una programación que incorpora actividades en las áreas cognitiva, funcional, emocional y relacional. - El servicio dispone de un manual de prestaciones que es conocido por las personas usuarias y el equipo de profesionales. - Porcentaje de personas usuarias que reciben las diferentes prestaciones nucleares del servicio sobre el total de personas usuarias.
	Criterio 2. Prestaciones adicionales basadas en el conocimiento de necesidades del entorno local¹⁷. Las prestaciones adicionales del servicio responden a un análisis de las necesidades y recursos existentes en el municipio y/o en su entorno, evitando duplicidades y procurando complementar la oferta existente.	- El servicio actualiza periódicamente el análisis de necesidades, considerando el mapa de recursos del entorno y el perfil de las personas usuarias¹⁸. - El servicio define las prestaciones adicionales a partir de un diagnóstico previo, garantizando la alineación entre las intervenciones y las necesidades detectadas en los perfiles atendidos. - El servicio coordina la provisión de algunas prestaciones adicionales con recursos disponibles en el entorno. - Porcentaje de personas usuarias que participan en prestaciones adicionales del servicio sobre el total.
DINÁMICA DE FUNCIONAMIENTO Y MODALIDAD DE ATENCIÓN	Criterio 3. Flexibilidad organizativa y modalidades diversas: El servicio dispone de horarios, actividades y niveles de intensidad adaptados a necesidades diversas, evitando rigideces.	- El servicio garantiza una apertura mínima de 3 días por semana y 4 o más horas al día. - El servicio ofrece diferentes modalidades de atención o uso, con diferentes niveles de intensidad. - Porcentaje de personas usuarias que participan o son atendidas en cada una de las diferentes modalidades o niveles de intensidad de uso sobre el total.
	Criterio 4. Coherencia con la finalidad preventiva y comunitaria: Las actividades del servicio tienen propósito claro y responden a prevenir el deterioro, promover la autonomía y fortalecer la vida en comunidad.	- El servicio cuenta con un programa estructurado de actividades con sentido preventivo explícito y objetivos definidos y evaluables. - El servicio desarrolla actividades comunitarias, incluyendo tanto su participación en iniciativas del entorno como la organización de actividades propias abiertas a la comunidad. - Porcentaje de personas usuarias que mantienen relaciones significativas dentro o fuera del servicio sobre el total. - Al menos el 75 % de las personas usuarias participa en las actividades comunitarias que desarrolla el servicio.

17. Este análisis puede basarse en diferentes fuentes de información disponibles tales como diagnósticos o planes locales, datos de servicios sociales, información procedente de otros sistemas (salud, comunidad, asociaciones), o la experiencia acumulada de los equipos profesionales. La frecuencia y el grado de formalización de este análisis pueden variar según la realidad de cada servicio.

18. A modo orientativo, se recomienda que esta actualización se realice con una periodicidad aproximada de entre 3 y 4 años, en coherencia con los ciclos de planificación y licitación de los servicios, de forma que pueda servir de base para la definición de pliegos y la adecuación del servicio a las necesidades detectadas.



DIMENSIÓN: PRESTACIONES, FUNCIONAMIENTO Y METODOLOGÍA		
SUBDIMENSIÓN	CRITERIOS	INDICADORES
METODOLOGÍA DE LA INTERVENCIÓN	Criterio 5. Personalización y Atención Centrada en la Persona: La intervención se adapta a la biografía, preferencias, ritmos y capacidades de cada persona, integrando su voz en las decisiones.	- El 100 % de las personas usuarias cuenta con un PAI o historia de vida documentada, en un plazo máximo de 6 meses desde su llegada al servicio, con adaptaciones personalizadas para la intervención pactadas con ellas (por ejemplo, ritmos de participación, apoyos necesarios, formas de comunicación o adecuación de actividades). - El servicio facilita que las personas usuarias puedan elegir participar o no en determinadas actividades, así como adaptar su nivel de participación o, en su caso, los apoyos requeridos según sus preferencias y situación personal. - El servicio revisa y actualiza periódicamente el programa de actividades. - Al menos el 75% de las personas usuarias percibe que las actividades en las que participa y apoyos que recibe responden en buena medida a sus necesidades, intereses y preferencias. - El servicio dispone de espacios y tiempos de escucha individual. - El servicio aplica una herramienta de consentimiento informado para la toma de decisiones relevantes sobre la persona. - El servicio aplica enfoques de gestión positiva del riesgo, equilibrando seguridad y autonomía en la toma de decisiones sobre la vida cotidiana de las personas usuarias.
	Criterio 6. Metodologías participativas: las actividades favorecen la implicación de las personas usuarias y sus familias.	- El servicio dispone de espacios o canales de participación de las personas usuarias para la toma de decisiones relacionadas con el funcionamiento del servicio (por ejemplo, organización de actividades, programación, normas de convivencia u otros aspectos de la vida cotidiana). - El servicio aplica herramientas y dinámicas adaptadas que favorecen la participación de todas las personas usuarias, teniendo en cuenta la diversidad de perfiles y capacidades. - Al menos el 75% de las personas usuarias percibe que puede participar en la toma de decisiones relacionadas con el funcionamiento del servicio. - El servicio incorpora propuestas de actividades formuladas por las personas usuarias en la programación. - Al menos el 75 % de las familias participa en las actividades comunitarias que desarrolla el servicio. - El servicio dispone de canales de comunicación estables con las personas usuarias y sus familias. - El servicio analiza periódicamente la participación en las actividades, teniendo en cuenta variables como el sexo, la edad u otras características relevantes de las personas usuarias. - El servicio aplica mecanismos de evaluación participada que recogen la opinión de las personas usuarias sobre el funcionamiento del servicio (por ejemplo, encuestas, grupos de valoración, consejos de participación u otros espacios de consulta).



DIMENSIÓN: EQUIPAMIENTO, EQUIPO TÉCNICO Y ORGANIZACIÓN INTERNA		
SUBDIMENSIÓN	CRITERIOS	INDICADORES
EMPLAZAMIENTO Y EQUIPAMIENTO	Criterio 7. Espacios accesibles, seguros y adaptados: El entorno físico y organizativo del servicio garantiza accesibilidad universal, seguridad y diseño orientado a la autonomía y la convivencia.	- El servicio garantiza condiciones de accesibilidad física, sensorial y cognitiva en sus espacios. - El servicio dispone de señalización comprensible (tipografías adecuadas, contraste visual, pictogramas u otros sistemas de apoyo). - El servicio realiza una evaluación anual de la seguridad de las instalaciones, incluyendo simulacros al menos una vez al año. - El servicio dispone de un plan de formación en materia de seguridad dirigido al personal del servicio. - El servicio dispone de protocolos o procedimientos para la gestión de emergencias relacionadas con interrupciones de suministros básicos (por ejemplo, energía o comunicaciones). - El servicio dispone de protocolos vigentes de protección de datos. - Los espacios del servicio son amigables, cálidos y están personalizados para favorecer el bienestar y la convivencia de las personas usuarias. - El servicio aplica medidas que favorecen la autonomía en el uso de los espacios, evitando dinámicas de sobreprotección innecesaria.
	Criterio 8. Equipamiento adecuado y funcional: Los materiales y recursos técnicos son suficientes, están en buen estado, se adaptan a las necesidades del servicio y son sostenibles medioambientalmente.	- El servicio dispone de un inventario de su equipamiento actualizado. - El equipamiento se mantiene operativo al menos el 95 % del tiempo. - El servicio realiza la renovación o reposición de su equipamiento de forma periódica, dejando evidencia documentada de ello. - El servicio incorpora de forma periódica prácticas orientadas a la sostenibilidad ambiental en la gestión cotidiana.
EQUIPO PROFESIONAL Y ORGANIZACIÓN INTERNA	Criterio 9. Equipo interdisciplinar y competencias profesionales: El equipo del servicio cuenta con perfiles adecuados, formación continua y trabajo interdisciplinar documentado.	- El servicio cuenta con un equipo de profesionales con perfiles diferentes y la organización de su trabajo favorece aprovechar sinergias interdisciplinarias. - El servicio dispone de un plan anual de formación para el equipo profesional. - Porcentaje de profesionales que han recibido formación en el último año sobre el total. - El servicio dispone de un registro documentado de ratios profesionales/personas usuarias según modalidades. - El servicio aplica medidas orientadas al bienestar laboral y a la prevención de riesgos psicosociales del equipo profesional.
	Criterio 10. Coordinación interna: Están sistematizadas reuniones periódicas, hay una distribución clara de funciones, la documentación está actualizada y los protocolos operativos activos.	- El servicio dispone de protocolos de intervención revisados periódicamente y coherentes con los principios definidos en el modelo de calidad del servicio, que garantizan una intervención homogénea y no dependiente de iniciativas individuales. - El servicio dispone de protocolos de actuación ante situaciones de urgencia social y otras necesidades sobrevenidas. - En el servicio están sistematizadas reuniones periódicas de coordinación del equipo y previstos espacios para el seguimiento de los casos y la planificación o revisión del servicio, dejándose registro escrito de estas actuaciones. - El servicio dispone de un organigrama claro, con una distribución definida de funciones, roles y responsabilidades. - El servicio cuenta con una declaración explícita de valores y principios que orientan la intervención y que es conocida por las personas usuarias y el equipo de profesionales.



DIMENSIÓN : ARTICULACIÓN EXTERNA, CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y VÍNCULO COMUNITARIO

SUBDIMENSIÓN	CRITERIOS	INDICADORES
CONTINUIDAD DE LA ATENCIÓN Y COORDINACIÓN DENTRO DEL SVSS	Criterio 11. Coordinación con el Servicio Social de Base, en su caso¹⁹: Desde el servicio se asegura un intercambio periódico de información, coherencia en el itinerario y revisión del ajuste del recurso.	- El servicio mantiene al menos una reunión formal al año con la profesional de referencia del Servicio Social de Base. - El servicio dispone de un protocolo de coordinación con los Servicios Sociales de Base. - El servicio envía a los Servicios Sociales de Base informes periódicos conforme a lo establecido en el protocolo de coordinación.
	Criterio 12. Continuidad y transiciones fluidas: Desde el servicio se facilita que no haya rupturas en la atención y que las personas transiten entre servicios sin pérdida de información.	- El servicio aplica revisiones protocolizadas ante cambios en la situación de la persona (por ejemplo, alta hospitalaria o cambios funcionales). - El servicio dispone de un protocolo para la primera acogida de la persona usuaria en su llegada al centro. - El servicio dispone de protocolos de transición y acompañamiento entre servicios que facilitan la continuidad del itinerario de atención de la persona. - El servicio dispone de herramientas digitales compartidas o de interoperabilidad (por ejemplo, intranet o extranet) que posibilitan el intercambio de información entre la administración responsable del servicio y la entidad proveedora, en su caso, así como con otras instituciones con quien se coordina la intervención.
COORDINACIÓN CON OTROS SISTEMAS	Criterio 13. Coordinación sociosanitaria: El servicio tiene articuladas las derivaciones, los intercambios y el seguimiento conjunto regular de casos complejos con los agentes del sistema de salud.	- El servicio dispone de mecanismos o pautas de derivación y coordinación con el sistema de salud. - El servicio dispone de espacios de coordinación con el sistema de salud para el seguimiento de casos complejos y de situaciones que requieren un abordaje conjunto a lo largo del itinerario de atención de la persona.
INTEGRACIÓN COMUNITARIA	Criterio 14. Vínculo comunitario y relaciones significativas: El servicio está integrado en la vida del barrio, cuenta con actividades abiertas al entorno y la participación de agentes comunitarios.	- El servicio desarrolla actividades comunitarias en colaboración con entidades o recursos del entorno. - Número de actividades en colaboración con entidades o recursos del entorno comunitario en el último año.
	Criterio 15. Aprovechamiento de recursos locales: El servicio tiene desplegadas colaboraciones con agentes del municipio (peluquerías, podólogos, transporte, comercios, centros escolares...) para enriquecer la oferta de actividades e intervenciones.	- El servicio realiza un mapeo de recursos y entidades del entorno comunitario con los que podría desarrollar colaboraciones y lo actualiza periódicamente. - Número de entidades o recursos del entorno comunitario con los que el servicio ha tejido relaciones de colaboración en el último año para el desarrollo de actividades o la prestación de apoyos complementarios. - Número de organizaciones y agentes del entorno con los que se colabora para la organización de actividades o iniciativas conjuntas.

19. Téngase en cuenta que en algunos casos el servicio puede estar integrado en los propios Servicios Sociales de Base.



DIMENSIÓN: DERECHOS, EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA		
SUBDIMENSIÓN	CRITERIOS	INDICADORES
DERECHOS	Criterio 16. Derechos, ética y buen trato: El servicio protege la dignidad, intimidad y seguridad de las personas usuarias mediante protocolos de buen trato y un enfoque ético de la intervención.	- El servicio aplica mecanismos de promoción del buen trato y de detección y abordaje de situaciones de maltrato o trato inadecuado. - El servicio promueve una cultura organizativa preventiva de reporte seguro de incidencias o señales de alerta, tanto para personas usuarias como para profesionales. - El 100% de personas usuarias son informadas sobre sus derechos. - El servicio dispone de espacios de reflexión ética para el análisis de dilemas o decisiones sensibles.
	Criterio 17. Quejas y sugerencias: El servicio dispone de mecanismos transparentes y accesibles para gestionar quejas o sugerencias.	- El servicio dispone de un mecanismo de quejas y sugerencias accesible para las personas usuarias y sus familias. - El 100 % de las quejas y sugerencias reciben respuesta en un plazo ≤ 30 días.
EVALUACIÓN Y MEJORA CONTINUA	Criterio 18. Evaluación sistemática: El servicio recoge, analiza y utiliza información sistemáticamente sobre su funcionamiento y resultados para garantizar la calidad, orientar decisiones y realizar ajustes.	- El servicio dispone de un plan anual de evaluación para orientar la toma de decisiones y el reajuste de las intervenciones planificadas que ofrece información sobre el funcionamiento del servicio y los resultados de la intervención. - El servicio incorpora la opinión de las personas usuarias, familias y profesionales en el proceso de evaluación. - El servicio difunde anualmente los resultados de la evaluación sobre el funcionamiento del servicio y los resultados de la intervención. - El servicio dispone de un plan de mejora anual vinculado a los resultados de la evaluación. - Número de acciones de mejora implementadas anualmente.
	Criterio 19. Satisfacción de personas usuarias y familias: El servicio evalúa periódicamente la satisfacción de personas usuarias y familias y utiliza los resultados para mejorar.	- El servicio dispone de herramientas cuantitativas y cualitativas para la valoración de la satisfacción de las personas usuarias y la recogida de propuestas de mejora adaptadas a los perfiles de estas. - El servicio realiza consultas o encuestas de satisfacción de forma periódica. - Al menos el 75 % de personas usuarias muestran un nivel de satisfacción global positivo. - Al menos el 75 % de las familias muestran un nivel de satisfacción global positivo.
	Criterio 20. Impacto de las intervenciones: El servicio mide el impacto preventivo de su intervención en la vida de las personas usuarias, valorando su evolución funcional, emocional, cognitiva y relacional.	- La evaluación del servicio incluye indicadores de impacto a medio y largo plazo y está prevista la recogida de información sistemática que se requiere. - Porcentaje de las personas usuarias que muestran un mantenimiento o mejora en cada una de las áreas de evaluación (funcional, emocional, cognitiva o relacional).





7. ANEXO

7.1 PROCESO METODOLÓGICO

Este marco común orientador se ha desarrollado a través de un proceso participativo de reflexión y cocreación que pone en valor el conocimiento que deriva de la experiencia práctica acumulada en el desarrollo del Servicio de Atención Diurna para personas mayores en la CAPV.

Un proceso de construcción colectiva que ha incorporado la mirada de distintas personas con trayectoria en la puesta en marcha, gestión y

desarrollo técnico de este servicio. Personas que han sido seleccionadas atendiendo principalmente a su experiencia en el marco de realidades territoriales distintas, con el objetivo de reunir perspectivas diversas y complementarias.

Para conseguirlo, se han combinado diferentes estrategias metodológicas con las que explorar, recopilar información, contrastar dudas y consensuar criterios:





7.2 PARTICIPANTES EN EL PROCESO

Asistencia técnica del proceso a cargo de:
EDE Fundazioa y Fundación Eguía-Careaga-SIIS.

Personas, instituciones y entidades participantes en el proceso de trabajo:

Mirian Arenaza

(Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz)

Irene Marchena

(Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz)

Almudena Esteberena

(Ayuntamiento de Donostia-San Sebastián)

Itziar Azpeitia

(Ayuntamiento de Bilbao)

Iratxe Elorza

(IFBS Araba)

Ana Belén Villa

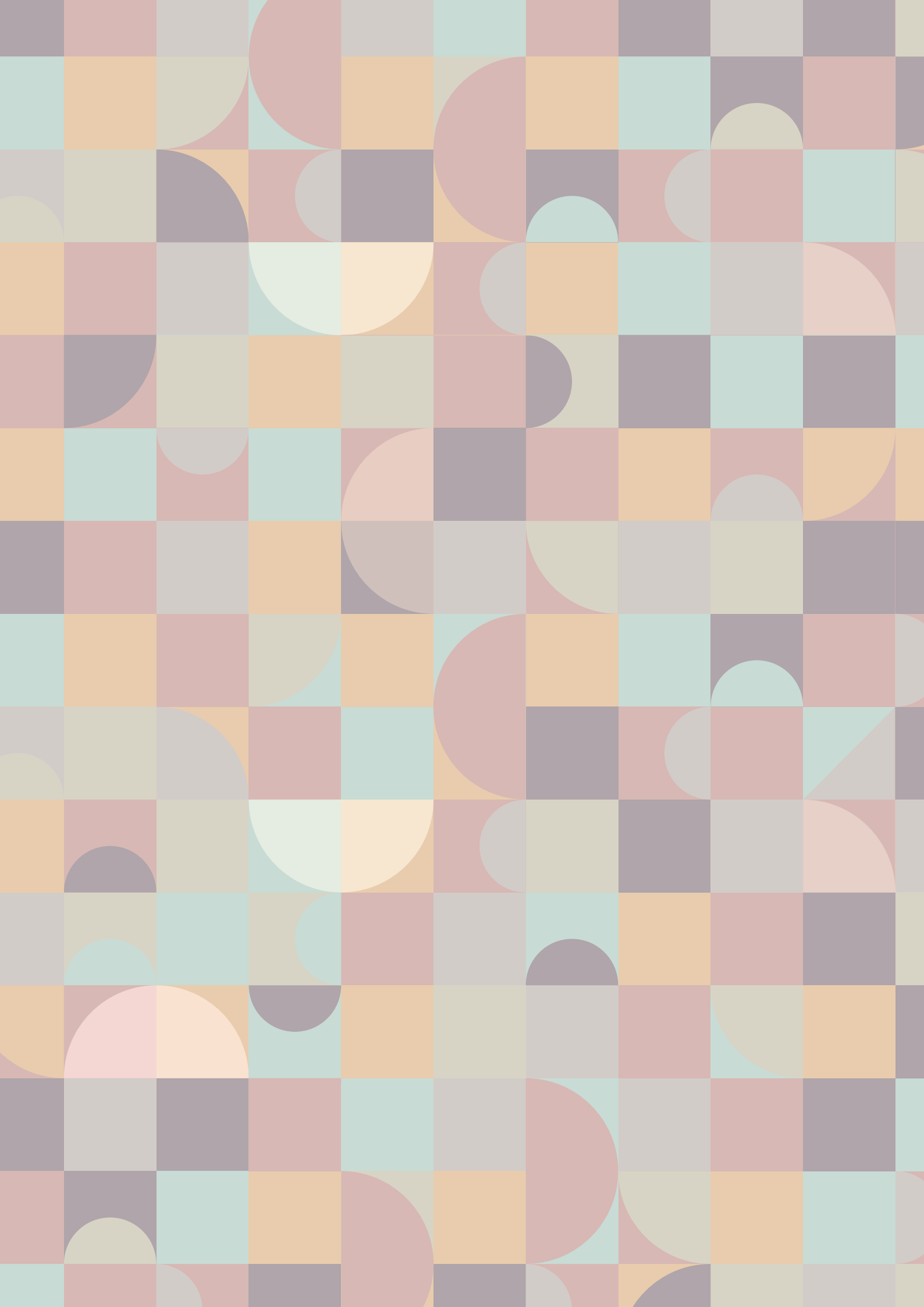
(Ayuntamiento de Portugalete)

Virginia Francisco

(Ayuntamiento de Portugalete)

Karmele Acedo

(Grupo SSI)



#EUSKADIBERRIA

EUSKO JAURLARITZA



GOBIERNO VASCO

ONGIZATE, GAZTERIA ETA
ERRONKA DEMOGRAFIKOAREN SAILA

DEPARTAMENTO DE BIENESTAR,
JUVENTUD Y RETO DEMOGRÁFICO