

Propuesta en relación a la necesidad de evaluación del modelo de atención del SAAD tras la crisis sanitaria derivada del Covid-19.

INDICE

0. Introducción.....	Pág. 1
1. La crisis sanitaria por COVID.....	Pág. 1
2. Es necesario un plan de choque.....	Pág. 2
3. Es necesario promover un acuerdo político y social amplio.....	Pág. 5
4. Perfil de las personas beneficiarias.....	Pág. 5
5. Mapa de recursos sociosanitarios.....	Pág. 6
6. Unidades de coordinación sociosanitaria.....	Pág. 7
7. Constitución de un modelo de coordinación sociosanitaria.....	Pág. 8
8. Refuerzo de los instrumentos de información, transparencia y evaluación....	Pág. 9
9. Perfiles profesionales.....	Pág. 9
10. Medidas en el Servicio de Ayuda a Domicilio.....	Pág. 10
11. Medidas en el Servicio de Residencias.....	Pág. 14
12. Diálogo Social.....	Pág. 14
13. Anexo.....	Pág. 15

0. Introducción

La actual crisis provocada por el Covid-19 ha puesto de manifiesto la importancia de cuidar a las personas en situación de dependencia, así como la profesionalización de dicha actividad en la sociedad actual. También ha puesto de manifiesto la precariedad en la que se ha estado desempeñando dicha actividad laboral en muchas ocasiones. Se trata, además, de un sector altamente feminizado y a cuya actividad, históricamente, no se le ha reconocido el valor suficiente, como [le](#) ha sucedido a la mayor parte de trabajos feminizados.

Por eso, una puesta al día del SAAD conlleva no solo una adecuación de la atención que debe tener la ciudadanía en situación de Dependencia, sino también valorar adecuadamente la actividad de cuidar, realizada esencialmente por mujeres.

La crisis del COVID-19 ha puesto de manifiesto las limitaciones y falta de medios en muchas áreas, pero especialmente en la sanitaria y en el ámbito de la dependencia. Quienes han sufrido las peores consecuencias han sido las personas más vulnerables. El tramo de edad donde la Covid-19 ha sido más letal, está ampliamente representado entre las personas alojadas en los centros residenciales. Siendo además lugares donde la concentración de personas es muy elevada, lo que es un factor importante en la diseminación de la enfermedad.

El objetivo que se presenta es doble. De un lado, de modo inmediato, dar herramientas a los poderes públicos para garantizar una respuesta eficaz frente a un posible rebrote de la pandemia de Covid, en colaboración con los agentes sociales.

Del mismo modo, en el medio plazo se ha hecho ya inaplazable abordar de manera efectiva el modelo de coordinación socio-sanitaria previsto en la Ley de Dependencia, y que llega ya con más de una década de retraso.

El objetivo de este documento pretende dar herramientas a los poderes públicos para garantizar una respuesta eficaz, a corto plazo, frente a un posible rebrote de la pandemia del Covid-19, y hacerlo en colaboración con los agentes sociales. Además a medio plazo resulta ineludible abordar de forma efectiva el modelo de coordinación socio-sanitaria, y que llega con más de una década de retraso.

1. La crisis sanitaria por Covid ha sido un acontecimiento extraordinario, que hace necesaria una evaluación tanto de la aplicación como del desarrollo de la Ley 39/2006, al menos en cuanto a la atención a los mayores se refiere, la crisis ha evidenciado la fragilidad con la que se ha implantado el modelo original de atención a la dependencia.

La crisis sanitaria durante la epidemia por coronavirus, ha golpeado especialmente al grupo de población de mayores de 70, señalando la necesidad de evaluar tanto el desarrollo como la aplicación de la Ley 39/2006 que pretende dar respuesta a las necesidades de las personas en situación de dependencia, dentro de los cuales los mayores de 65 son un grupo muy numeroso, en torno al 74%.

Los cambios sociales que se han sucedido progresivamente durante las últimas décadas y que tienden a acentuarse en el tiempo (evolución demográfica marcada por la llegada de la generación del baby-boom a las edades avanzadas, una mayor longevidad, una mayor cronicidad y un acentuado envejecimiento de la población, la despoblación de determinadas zonas, el justo aunque todavía lento cambio de rol de la mujer en la economía y los cuidados,), llevan obligatoriamente la necesidad de abordar una revisión integral del modelo tradicional de atención de las personas mayores y las personas en situación de dependencia.

La respuesta política y social más sólida que se ha dado hasta el momento a este reto, se produjo en el acuerdo de Diálogo Social de diciembre de 2005 que, a su vez, dio origen al acuerdo parlamentario con el que se aprobó la *Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia* y sus correspondientes desarrollos normativos.

En el modelo original de atención instaurado en el SAAD, sin duda mejorable, no radica el problema de lo sucedido durante la pandemia del Covid-19, sino en el desarrollo y aplicación de Ley 39/2006 en los diferentes niveles de la Administración, precisamente en las carencias con las que se ha llevado a efecto su implantación.

Especial responsabilidad en este sentido han tenido los recortes presupuestarios derivados de anteriores crisis financieras, **una de cuyas consecuencias ha sido la infrafinanciación**, sobre todo por parte del Estado, en la aplicación y desarrollo de la Ley 39/2006, además de una disminución de la proporción de PIB invertido en la protección social.

La gestión del SAAD está transferida a las CCAA, entre otras cuestiones la coordinación con el SNS, la vigilancia de la calidad del servicio que se presta, el establecimiento de ratios adecuadas para prestar un servicio de calidad. Si bien es cierto que se ha echado en falta mayor liderazgo y seguimiento por parte del Estado central, tanto en el desarrollo como en la aplicación de esta ley, en tanto en cuanto reconoce un derecho universal a recibir una prestación de cuidados.

Los recortes sufridos implicaron la reducción de la financiación del sistema y, como consecuencia de ello, una minoración generalizada de la intensidad de las prestaciones reconocidas a las personas beneficiarias (recortes que, por ejemplo, alcanzaron hasta el 60% de las horas de atención de Ayuda a domicilio originalmente previstas; o el establecimiento de una intensidad de atención que no alcanza ni 1 hora diaria en el caso de los servicios de prevención;...), la

congelación de los precios de concierto y con ello la relajación extrema de los mecanismos de inspección y supervisión pública de los estándares de calidad (cumplimiento de ratios de plantilla, etc.).

2. Es necesario un Plan de Choque que restituya la calidad y la suficiencia de las prestaciones del Sistema de Dependencia.

Como se ha señalado, el SAAD precisa una evaluación del desarrollo y de la aplicación de la Ley 39/2006, especialmente en lo que a la Atención a los mayores se refiere, que permita restituir la calidad del servicio con arreglo al espíritu original de la Ley, garantizando la prestación del servicio a la población, además de aumentar y mejorar la calidad en el empleo del sector. En los últimos años ha presentado de forma singularmente intensa una situación de deficiencia en el desarrollo y la aplicación de la Ley 39/2006 que regula el SAAD antes de la crisis sanitaria por Covid ofreciendo signos evidentes que exigían ya entonces intervenir: por ejemplo, en 2019, por primera vez desde el año 2015, se había registrado un incremento de la lista de espera y los pendientes de valoración que crecen más que las nuevas personas atendidas; el crecimiento de la cobertura que se ha producido se ha basado prioritariamente en prestación económica de cuidado familiar, prestación vinculada a un servicio y teleasistencia, prestaciones de intensidad de atención singularmente bajas. También supone un elemento de especial alerta el que 2 CCAA hayan registrado directamente una reducción del número de personas atendidas, 4 CCAA atienden mayoritariamente (+50%) con prestaciones económicas de cuidado familiar, que la Ley establecía como excepcional, o que 1 CCAA registre un peso desproporcionado (+40%) de la prestación vinculada al servicio, que implica un sobre- copago familiar y que la Ley también establecía como excepcional. A todo esto hay que añadir el estancamiento en la negociación del Convenio colectivo marco estatal de servicios de atención a las personas dependientes y desarrollo de la promoción de la autonomía personal (residencias privadas de personas mayores y servicio de ayuda a domicilio.), lo que repercute en un empeoramiento en la calidad del empleo, lo que se asocia con una infrafinanciación, algo que sin duda, puede suponer un problema que se puede agravar en el futuro de encontrar profesionales que trabajen en el sector, problema que ya existe entre determinadas categorías profesionales y en algunas CCAA.

Sólo los datos de cierre del ejercicio de 2019 justificaban, por sí mismos, la necesidad de adoptar medidas intensas que reorientaran la deriva en la que se encontraba el proceso de implantación del SAAD. Los efectos que la crisis sanitaria ha provocado en el Sistema de Dependencia lo hace imprescindible y urgente.

Así como un acuerdo para la coordinación en la prestación de la asistencia sanitaria en los centros residenciales, en los centros de día/noche, por parte del SNS. La Ley 39/2006 recoge en su artículo 11 la obligación de establecer procedimientos de coordinación y en su caso creación de órganos para establecer una atención sanitaria adecuada en los centros residenciales. A la vista de las situaciones sobrevenidas por el hecho extraordinario de la pandemia del Covid-19, un problema de salud pública, de salud comunitaria, que sufren las personas de modo individual, pero en el que no se pueden obviar ni la perspectiva de salud pública, ni la de salud comunitaria; es notorio el déficit de coordinación que nosotros entendemos que debe ser subsanado para evitar situaciones como las que se han vivido

Las líneas generales de actuación que deben vertebrar este plan de choque son las siguientes:

1º) Recuperar la calidad de la atención como eje articulador y objetivo prioritario del Sistema de Dependencia, así como la mejora de la calidad en el empleo, imprescindible para prestar una atención de calidad.

- 2º) Liderar y hacer un seguimiento desde el gobierno central del proceso, que marcará la agenda de trabajo con el resto de administraciones y actores implicados, garantizando su cumplimiento y recuperando el nivel de financiación vinculado a los compromisos de dicha agenda
- 3º) Evaluación del proceso de implantación del SAAD con la participación del conjunto de administraciones y actores implicados y realizar una auditoría para conocer los efectos de la crisis sanitaria en el sistema y la respuesta que se ha dado desde los distintos centros y servicios que lo conforman.
- 4º) Revertir los recortes impuestos durante la crisis anterior y revisar el catálogo de prestaciones, así como los requisitos de acreditación. Entre los cuales está adecuar las ratios profesionales, desglosadas por categorías profesionales.
- 5º) Agilizar la modificación de los grados de dependencia que contribuirá a garantizar la calidad de la atención en los términos planteados por la Ley de Dependencia.
- 6º) Revisar los instrumentos que garantizan el control público de la calidad en los servicios, y articular los mecanismos efectivos de intervención, entre ellos la inspección, es uno de los mecanismos a implementar porque permite garantizar la calidad en las prestaciones .
- 7º) Establecimiento de un modelo de coordinación socio-sanitaria bajo la coordinación y supervisión de los servicios públicos de salud.
- 8º) Reorganización de los centros de atención de personas dependientes, en función de los grados de dependencia de los usuarios y del volumen de usuarios de los diferentes grados, y teniendo en cuenta determinados perfiles de atención sanitaria de las personas dependientes, sobre todo los relacionados con el deterioro cognitivo y patologías y secuelas neurológicas.
- 9º) Atribución a la jurisdicción social de los litigios en materia de Dependencia.
- 10º) Restablecimiento del Diálogo Social, fundamental para abordar y consensuar las soluciones y decisiones, que deben ser tomadas en el menor tiempo posible.

Este espacio de Diálogo Social es el que en este documento se aborda, realizando una primera evaluación de la situación y proponiendo una agenda de trabajo con compromisos claramente definidos para abordarla.

CRONOGRAMA DE ACTUACIONES:

Objetivo urgente: plan de acción frente al posible rebrote de Covid19.

Aunque se han logrado paliar algunas carencias temporalmente, aún nos encontramos bajo la amenaza de un nuevo rebrote de la enfermedad, lo que es un importante riesgo para la salud de los mayores, tal y como ha quedado demostrado. Planteamos conocer en un plazo urgente el escenario actual, los medios con los que contamos y las nuevas estrategias para paliar, en lo posible, las nefastas consecuencias de una segunda ola de la epidemia. En definitiva materializar lo que recoge el artículo 21 de la Ley 39/2006, cuando señala que....."el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordará criterios, recomendaciones y condiciones mínimas que deberían cumplir los Planes de Prevención de las situaciones de Dependencia que elaboren las Comunidades Autónomas, con especial consideración de los riesgos y actuaciones para las personas mayores". Tal es el caso de una posible oleada del Covid-19.

Las medidas a tomar deben ir siempre dirigidas a la persona en situación de dependencia, que es el núcleo desde donde nos tendremos que mover y la principal protagonista de la situación, evitando la infección, su propagación y el control de la enfermedad, intentando evitar la hospitalización, si es posible, y la salida de los pacientes de sus lugares de residencia. Siempre con las recomendaciones del Informe del Ministerio de Sanidad sobre los aspectos éticos en situaciones de pandemia: el SARS-CoV-2. No se puede ni debe relegar a los mayores en la asistencia sanitaria sólo por el criterio de la edad, como lamentablemente se ha producido en algunos casos ante la insuficiencia de recursos y la ausencia de planificación previa.

Debe recordarse en este sentido que el escenario más habitual en el que viven las personas en situación de dependencia, es el domicilio, y en menor medida el centro residencial, aunque este se convierta en los momentos actuales en el ámbito de mayor preocupación y riesgo en el curso de la epidemia. Por ello se debe incidir en ambos escenarios de manera específica. La salida a esta crisis no puede ser la apuesta por algunas Administraciones por la figura del Asistente Personal.

Objetivo a corto y medio plazo: establecer un modelo permanente de coordinación socio-sanitaria.

La Ley 39/2006 para la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia recogía (art. 11.1.c) la necesidad de que establecer los procedimientos de coordinación socio-sanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una atención efectiva. Este mandato genérico se establece así en el marco del reconocimiento de un nuevo derecho subjetivo, el derecho a recibir los cuidados necesarios cuando una persona tiene un grado de dependencia que le impide llevarlos a cabo por si misma. Este derecho se añade al derecho a la protección de salud, ambos son derechos universales, que descansa en la idea de un modelo de atención integral al ciudadano, regido por los principios de universalidad, igualdad, equidad y accesibilidad.

Sin embargo, pese a que ha transcurrido ya más de una década desde la aprobación de la Ley 39/2006, el modelo de coordinación socio-sanitaria sigue sin haberse concretado, aunque han sido varias las iniciativas iniciadas por diferentes administraciones.

Es el momento, por tanto, de realizar una valoración actualizada de las características de atención a las personas mayores y en situación de dependencia y de los medios que se pueden utilizar de forma inmediata para establecer un modelo permanente de coordinación socio-sanitaria.

Cabe así, proponer las siguientes actuaciones:

3. Es necesario promover un acuerdo político y social amplio.

Es necesario que la Administración Central y las administraciones autonómicas, en aplicación de sus respectivos marcos competenciales, y en colaboración con el conjunto de actores sociales y políticos implicados en esta situación, promuevan un acuerdo de condiciones básicas comunes en todo el Estado. El resultado debe ser un marco de coordinación social y sanitaria estable que, con la máxima seguridad jurídica, sea capaz de garantizar con eficacia la calidad de la atención a las personas en situación de dependencia, la calidad del empleo en el sector y la continuidad de la actividad económica y de las inversiones públicas.

Para garantizar este marco de estabilidad es necesario, asimismo, contar con estructuras administrativas estables y comunes en todo el Estado, nacidas necesariamente del acuerdo y la cooperación entre las Administración Central y las administraciones autonómicas (catálogo común de prestaciones básicas, protocolos, órganos de gestión y participación, etc.).

Del mismo modo, es fundamental que los debates, que necesariamente han de producirse, respeten un orden de prioridades que anteponga la calidad de la atención, tanto en el ámbito social, como en la prestación sanitaria del SNS, a las personas dependientes.

A este objetivo prioritario han de acomodarse el resto de elementos, sin que en ningún caso puedan determinar el modelo de colaboración, de modo que se debata en el siguiente orden:

- 1º. Qué debemos hacer (estrategias de atención)
- 2º. Cómo debemos hacerlo (modelo de gestión)
- 3º. Cuánto cuesta (determinación de costes).
- 4º. Cómo se financia (financiación del modelo).

4. Perfil de las personas beneficiarias de prestaciones de atención a la dependencia.

Dentro de los elementos que resultan imprescindibles a la hora de establecer un modelo de coordinación socio-sanitaria, destaca la determinación de los distintos perfiles de personas en situación de dependencia con el mayor detalle posible. De manera que podamos determinar con exactitud qué necesidades tiene el colectivo de personas que deben ser atendidas.

La elaboración de este perfil debe superar la información que actualmente ofrece el SISAAD respecto de las personas beneficiarias de prestación, y que apenas se limita a la presentación del **perfil demográfico básico** (edad, sexo y comunidad autónoma de residencia).

La información en cuestión, además de incluir los detalles demográficos básicos señalados, debe presentarse **cruzada por las variables de gestión de prestaciones más relevantes**, que ya deberían constar en las bases de datos de gestión del propio SISAAD:

- Grado de dependencia reconocido, que tiene en cuenta tal y como señala la Ley 39/2006 en su artículo 27 la Clasificación Internacional del Funcionamiento, la Discapacidad y la Salud (CIF)
- Prestación/prestaciones que tiene reconocidas
- Nivel de copago asignado
- Identificación de la provincia y municipio en el que reside la persona beneficiaria, con especial referencia a la identificación de las zonas rural/urbana.
- Adicionalmente, los datos de gestión con los que cuenta el SAAD deberían ser completados por la administración sanitaria correspondiente con el establecimiento de perfiles de atención sanitaria de la población dependiente, en especial las relativas a deterioro cognitivo y patologías y secuelas neurológicas, para que la coordinación de ambos sistemas sea más eficiente.

5. Mapa de recursos socio-sanitarios.

De la misma forma, resulta necesaria la elaboración de un mapa de los recursos con los que cuenta el Sistema para afrontar un modelo de atención integral, donde el Sistema Sanitario

Público debe garantizar la asistencia sanitaria a todas las personas dependientes. Cabe incluir en el mismo la siguiente información:

Centros residenciales

- Número de residencias
- Carácter de su gestión
- Tipo de residencias
 - o Número de residentes
 - o Ratios y personal contratado
 - o Ratios de personal, desagregado por categorías profesionales, y acorde al grado de dependencia y los perfiles de atención sanitaria relacionadas con el deterioro cognitivo y patologías y secuelas neurológicas de los residentes, de forma que se garantice la calidad de la prestación de los cuidados.
- Relación geográfica y de competencias asistenciales de las residencias de mayores con los centros de salud y servicios de geriatría.

Servicios de atención domiciliaria y no residencial.

- Servicio de ayuda a domicilio
 - o Cobertura del servicio (ubicación geográfica)
 - o Trabajadoras y trabajadores en plantilla y capacidad laboral utilizada (porcentaje de jornada)
 - o Horas de atención
- Servicios de Centro de día
 - o Ubicación de los Centros y capacidad de atención utilizada
 - o Trabajadoras y trabajadores en plantilla y capacidad laboral utilizada (porcentaje de jornada)
 - o Horas de atención
 - o Servicios prestados
 - Servicios de prevención
 - o Centros y capacidad de atención utilizada
 - o Trabajadoras y trabajadores en plantilla (porcentaje de jornada)
 - o Horas de atención
 - o Servicios prestados
- Evaluación de la prestación de asistente personal
 - o Ubicación territorial de las personas beneficiarias de este servicio
 - o Cualificación profesional del asistente personal
 - o Horas de atención
 - o Encuadramiento profesional del asistente personal
- Evaluación de prestaciones familiares
 - o Ubicación territorial de las personas beneficiarias de esta prestación
 - o Perfil de la persona cuidadora en el ámbito familiar

Otros servicios sociales de atención a la dependencia.

- Servicios de corporaciones locales
- Otros servicios de Dependencia previstos por las CCAA

Centros sanitarios.

- Centros de atención primaria
- Centros de atención especializada
- Centros hospitalarios
 - o Servicios de especialidad (atención médica, enfermería, posibilidad de atención ambulatoria, trabajo social hospitalario y extrahospitalario, etc.)
 - o Recursos disponibles
 - o Especial atención a los servicios de Geriatría. Servicio de Geriatría hospitalario y/o extrahospitalario
 - o Existencia de protocolos de comunicación y derivación de pacientes con Covid19.

6. Objetivo prioritario inmediato: unidades de coordinación socio-sanitaria para enfrentar un posible rebrote de Covid19 en el marco del SAAD.

Estas unidades de coordinación deben estar conformadas por:

- Las personas responsables de los centros de atención primaria, salud mental, atención especializada y atención hospitalaria del Sistema Público de Salud (SPS), y las personas responsables de la provisión de servicios de atención a personas en situación de dependencia (SAAD), estando la coordinación a cargo de las responsables del SPS.
- Igualmente, se habilitarán procedimientos concretos que permitan a las empresas que proveen los servicios de la red pública del SAAD (empresas públicas, concertadas, etc.) contar con un marco de comunicación efectiva con la unidad de coordinación.

Entre las funciones de estas unidades deben incluirse las siguientes:

- Supervisión de aplicación de protocolos de atención establecidos por la autoridad sanitaria para la atención de personas en situación de dependencia en los centros y servicios del SAAD.
- Auditoría de los recursos sanitarios y sociales con los que cuenta cada unidad de referencia en la que se constituye la unidad de coordinación socio-sanitaria (municipio, comarca, provincia, ...)
- Protocolos específicos de identificación y comunicación de casos Covid19 desde los centros y servicios del SAAD al SPS.
- Protocolos de atención específica de casos Covid19 por el SPS en centros y servicios del SAAD (priorización de casos, establecimiento de medidas atención adaptadas al perfil de los centros y servicios, etc.).
- Protocolos de derivación de personas beneficiarias del SAAD a centros sanitarios del SPS.

7. Objetivo a corto plazo: Acuerdo para la constitución de un modelo de coordinación socio-sanitaria permanente entre el SAAD y el SPS.

Una vez concluidos los trabajos de evaluación relativos al perfil de necesidades socio-sanitarias que presentan las personas beneficiarias de prestaciones del SAAD, como así también el mapa de recursos sociales y sanitarios, y realizada la auditoría del impacto y la respuesta a la crisis sanitaria, el gobierno central impulsará un proceso de negociación con las Comunidades Autónomas para establecer un modelo de coordinación socio-sanitario permanente entre el SAAD y el SPS.

En dicho proceso continuarán interviniendo de forma activa los actores sociales y políticos que intervienen en esta materia, de manera que ello contribuya a reforzar tanto la legitimación social del modelo acordado como su estabilidad en el tiempo.

Dicho modelo, con riguroso respeto de las competencias que tiene atribuidas cada administración, debe establecer un cuerpo de condiciones básicas comunes que garanticen la atención integral de las personas en situación de dependencia, y que posteriormente pueda ser implementado de acuerdo a las condiciones concretas en las que dicha atención deba desplegarse en cada territorio.

En todo caso, entre las condiciones básicas comunes que deben definirse han de encontrarse, al menos, las siguientes:

- El objetivo del modelo de coordinación socio-sanitaria es garantizar la atención integral de las personas en situación de dependencia mediante la continuidad de los diferentes niveles de atención y cuidado que cada ámbito ofrece, siguiendo los principios de integralidad e interdisciplinariedad.
- Establecimiento de un catálogo de prestaciones socio-sanitarias que conecte los catálogos de prestaciones que ofrecen tanto el SAAD como el SPS.
- Evitar las duplicidades e inequidades en la atención, estableciendo meridianamente claro de quien es la responsabilidad, garantizando la máxima eficiencia en la atención.
- Garantizar la suficiencia de los recursos de atención. En este sentido es necesario advertir que la coordinación socio-sanitaria no puede suplir las insuficiencias de recursos que puedan presentar ambas redes de protección.
- **Es indispensable un marco de acreditación que contemple ratios de plantilla sensiblemente superiores a los contemplados en las normativas autonómicas, y que las ratios estén desglosadas por categorías profesionales, siendo acordes al grado de dependencia de los residentes.**
- **En el mismo sentido que el punto anterior, es necesario huir de la idea de la coordinación socio-sanitaria como fórmula de ahorro de costes.** Tal ahorro sólo es posible si se reduce la atención o la calidad de la misma y ese no debe ser, en ningún caso, el objetivo de la coordinación. En este sentido, parece obvio, **el incremento en la financiación por parte del Estado**, que a día de hoy, dista mucho de la aportación que vienen realizando las CCAA, a tal efecto.

8. Refuerzo de los instrumentos de información, transparencia y evaluación. Entre otras iniciativas, cabría destacar la puesta en marcha de las siguientes:

- Proceder a la incorporación de la información social y de dependencia en la tarjeta sanitaria, con acceso desde los servicios de SAAD y de Servicio sociales. Podría establecerse esta medida como urgente y previa a una integración en una Tarjeta Socio-Sanitaria.
- Evaluación de proyectos piloto y puesta en marcha de nuevas proyectos. Existen en diferentes comunidades y municipios proyectos de coordinación socio sanitario, con diferentes condiciones y resultados, que ofrecen experiencia y datos para alcanzar el objetivo a medio plazo de un modelo común. Así mismo, se deben impulsar a modo de innovación e implicación de los equipos de profesionales, proyectos pilotos que adelanten ventajas e inconvenientes, así como experiencias extrapolables.

9. Perfiles profesionales, equipos multidisciplinares y revisión de las condiciones de calidad en las que se presta la atención.

Resulta igualmente necesario la adopción de una serie de medidas, en gran medida transversales al conjunto del Sistema de Dependencia y que afectan no sólo al marco de coordinación socio-sanitaria:

- Es imprescindible la implicación de los profesionales, tanto del ámbito sanitario como en el ámbito social, para abordar una coordinación socio sanitaria adecuada. Se ha avanzado en esta dirección dentro de cada sistema, sanitario y de atención a la dependencia, donde existe un trabajo coordinado entre los profesionales médicos, de enfermería, de rehabilitación y de trabajo Social en el tratamiento de los casos, pero es necesario ampliar esta línea de trabajo también entre los profesionales de ambos sistemas.
- Es indispensable la revisión del marco de acreditación que extienda el requisito de ratios de plantilla, especialmente en lo referido a la atención directa, al conjunto de prestaciones del catálogo de servicios del SAAD (actualmente no se contempla para el servicio de ayuda a domicilio, teleasistencia y los servicios de prevención), y la revisión al alza de los ya regulados (centros residenciales y centros de día).
- El incremento de la financiación estatal debe estar orientado al cumplimiento efectivo de los estándares de calidad señalados.

10. Medidas a corto plazo en el Servicio de Atención Domiciliaria (SAD)

a. Contratación responsable en el servicio de ayuda a domicilio.

El objetivo es conseguir una contratación responsable en cuanto a los SAD y evitar la posible entrada en el mercado de Empresas “piratas”, que puedan generar incidencias tanto de índole laboral como de asistencia a los usuarios, haciendo especial referencia e hincapié a los CRITERIOS DE VALORACIÓN que puedan ser recomendables desde los órganos de contratación que lanzan las licitaciones.

1. Suficiente financiación para cubrir los costes del servicio, los cuales son al 90% mano de obra. Y acompañarlo de un adecuado desglose de los costes del servicio que permita a los licitadores partir de una base adecuada en sus estudios sin que se produzcan errores de cálculo.
2. Asignar suficiente peso a los **Criterios de Valoración** que requieren para su ponderación de un **juicio de valor**, de manera que se garantice que la adjudicataria acredita los conocimientos técnicos necesarios para prestar el servicio con garantías. Esto está directamente relacionado con **Evitar las Subastas**, es decir, que las licitaciones se diriman por el precio de manera mayoritaria (sólo criterios automáticos).
3. Primar la calidad del servicio frente a la oferta económica, reduciendo el peso relativo de ésta última en la valoración total, dentro de los Criterios de Valoración. Esto puede conseguirse fácilmente **utilizando una fórmula para la valoración de la oferta económica** que otorgue puntuaciones proporcionales, pero **de manera que no se generen grandes diferencias** que pueden anular los criterios de **juicio de valor** que son los que miden la calidad del servicio.
4. Definir en los Pliegos **Criterios responsables para definir las ofertas anormales o desproporcionadas**, en función del porcentaje de baja económica de las ofertas presentadas, basándose preferentemente en los estudios de costes desglosados que hay que incluir en los Pliegos. Se trata, en cualquier caso, de **NO aceptar ofertas por debajo de los costes detallados en los pliegos**, con independencia del porcentaje efectivo que eso suponga respecto al precio de licitación.
5. Establecer una nota de corte en la valoración del proyecto técnico (Juicio de Valor), eliminando a las empresas cuya valoración no supere unos estándares mínimos de calidad pero que puedan acceder a la adjudicación, además, con una bajada de precio que pone en peligro la viabilidad técnica de la prestación. **Evitar la situación PRECIO BAJO + DESCONOCIMIENTO TÉCNICO.**

b. Implementar un Código sectorial de buenas prácticas.

El código tiene por finalidad proporcionar a los órganos de contratación de SAD un catálogo de orientaciones y de pautas a seguir en la tramitación de los expedientes de contratación, y dar a conocer este catálogo a los operadores económicos y las entidades que participen en las licitaciones públicas.

El catálogo tiene la voluntad de convertirse en un modelo de contratación pública para los SAD dirigido a los siguientes objetivos:

- Contribuir al logro de los niveles de calidad deseable y viable.
- Asegurar la prestación con la profesionalidad y en las condiciones laborales que requieren los servicios, velando especialmente por un óptimo cumplimiento de las normas fundamentales vinculadas al trabajo y de prevención de riesgos laborales, (la valoración de los riesgos del domicilio) para el fomento de la igualdad de género y la no discriminación, la formación profesional, la promoción laboral y la conciliación de la vida laboral y familiar, entre otros.
- Impulsar la estabilidad en el empleo y la inserción social de determinados colectivos especialmente desfavorecidos siempre que el objeto del contrato lo recomiende y las características del servicio lo permitan.
- Garantizar el uso eficiente de los fondos públicos para alcanzar los mejores resultados para la Administración y para las empresas y entidades.

- Preservar este sector de actividad especialmente sensible a través de un modelo de contratación pública que vele por la calidad de los servicios y considere, bajo criterios de eficiencia social, que la oferta más ventajosa no necesariamente se determinará atendiendo exclusivamente al precio.

El código es un instrumento, una herramienta operativa puesta al alcance de los sujetos destinatarios, que no genera derechos y obligaciones jurídicamente exigibles.

c. Estandarización del servicio de ayuda a domicilio.

El SAD, a diferencia del resto de servicios y prestaciones del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia, presenta la particularidad que es un servicio gestionado por las Corporaciones Locales, o diputaciones, sin perjuicio de la labor de planificación, evaluación y coordinación que se desarrolla desde el ámbito autonómico, así como la financiación del 100% del servicio, pero la intervención directa y la gestión y seguimiento de la misma se lleva a cabo desde las diputaciones o Corporaciones Locales.

Por ello se hace necesario estandarizar, homogeneizar y establecer las redes de comunicación que debemos de tener entre Administraciones con la finalidad de ofrecer la mejor atención posible a la persona.

El SAD debe de caminar hacia una visión más homogénea en la gestión empresarial, por lo que se debe tender a unificar el modelo de los pliegos de prescripciones técnicas del servicio.

También se hace necesario unificar los protocolos de acceso al servicio, establecer los mínimos en cuanto a los protocolos de atención necesarios a estandarizar.

Todo ello debe de ir unido al desarrollo de un sistema de información que permita tener un conocimiento en tiempo real del desarrollo del servicio por parte de todas las partes implicadas, cada una en su ámbito competencial. La idea es conocer la situación del SAD en tiempo real, a fin de poder introducir mejoras en el desarrollo de este servicio.

Para ello se debería crear un equipo de carácter técnico y ampliar la participación de otros agentes como, , organizaciones sindicales representativas y organizaciones patronales, etc.

d. Propuestas de mejora en las condiciones operativas del servicio.

- Reducir la precariedad provocada por la parcialidad de los contratos laborales.
- Mejoras en el proceso de asignación de usuarios.

Traemos como ejemplo el SAD de un municipio andaluz donde el 70% de la plantilla trabaja más de 31 horas a la semana frente a otros servicios donde sólo lo hace el 40% en el mejor de los casos. Asimismo, la jornada media de las auxiliares en la provincia está en 29 horas a la semana, es decir, 2 horas por encima de la media.

Esto es gracias al apoyo del equipo Técnico de Servicios Sociales. La diferencia en el porcentaje viene dada por la influencia que tiene el usuario en la organización del horario. En gran medida los usuarios vienen queriendo ser atendidos de 10 a 12 h sin basarse en una necesidad. Es un hábito de limpiar la casa en esa franja horaria.

En dicho municipio el servicio se basa en intentar distribuir el horario para potenciar una organización óptima que consiga un equilibrio entre la calidad del empleo y la cobertura de las necesidades de los usuarios.

- Actuaciones de carácter personal: Los aseos personales en cama se realizan de 8 a 11 h. Los usuarios que no se asean en cama pueden atenderse en cualquier franja horaria posterior.
 - Actuaciones de carácter doméstico: Las tareas domésticas se realizan a partir de las 11 h y hasta la tarde.
 - Se planifican domingos en un número muy reducido de casos. No es una necesidad real limpiar la casa sí o sí un domingo a las 10 h. Esas horas se realizan de lunes a viernes, esto genera un aumento de horas que conlleva un aumento en la jornada.
 - Prima la estabilidad laboral, ya que eso sí impacta directamente en el usuario y en la calidad del servicio. Cuando una trabajadora tiene poca jornada busca otro empleo, por lo que a ese domicilio habrá que asignar otra auxiliar distinta. Esto supondría un ir y venir constante de personas diferentes a los domicilios si no se generara un empleo de jornada digna, con el impacto que ello tendría en los usuarios.
 - En base a todo lo anterior el usuario nunca elige el horario, se valora de modo equilibrado como cubrir sus necesidades reales con la disponibilidad de la plantilla. El no limpiar un domicilio un lunes a las 10 h no supone una merma en la calidad del servicio.
 - Introducción de nuevas tecnologías.
 - Introducción de nuevos sistemas de trabajo.

e. Escandallo de costes del servicio.

Análisis precios SAD's

1.755 horas efectivas "de partida"

Descomposición del Precio				Conceptos		Euros / hora		Euros / hora		Euros / hora						
Costes del Trabajador	Salarios auxiliares (titulares y sustituciones)	Titulares del servicio	salarios	Salario Auxiliar		7,85	8,08	7,85	8,15	7,85	8,45					
				Antigüedad		0,22		0,30		0,60						
		Sustitución por ausencia de titulares	salarios	Suma derechos sociales convenio (descansos, desayunos, DyF, kms, c. vac., mermias, etc)		0,18	0,18	0,99	0,99	1,79	1,79					
				Seguridad Social		2,64	2,64	2,91	2,91	3,24	3,24					
				por Absentismo		0,24		0,32		0,56						
	Salarios Coordinación	Titulares del servicio	salarios	por Asuntos Propios		0,01		0,08		0,17						
				por Formación		0,00		0,02		0,04						
		de las Auxiliares de SAD	salarios	por Licencias		0,05		0,11		0,24						
				por Horas Sindicales		0,31	0,31	0,55	0,55	1,11	1,11					
				Suma sustituciones por ausencia (absentismo, AAPP, formación, licencias, HHSS, etc)		0,10	0,10	0,18	0,18	0,36	0,36					
Otros costes	Otros costes (no m.o.)	Titulares del servicio	Coordinadoras			0,25		11,75		0,50						
			Ayudantes de coordinación			0,00	0,25		0,00	0,52						
		de las Auxiliares de SAD	Seguridad Social	Antigüedad		0,00			0,01	0,02						
			Vestuario, etc			0,08	0,08		0,11	0,11						
			EPIS			0,02			0,02	0,02						
	GG y BI	Titulares del servicio	Reconoc. Médicos			0,02			0,03	0,03						
			Control presencia			0,01	0,05		0,02	0,03						
		de Coordinación	Oficina			0,00			0,01	0,03						
			Vehículos			0,01			0,04	0,06						
			Equipos Informáticos			0,01	0,05		0,01	0,02						
Entorno empresarial	Impuestos	Titulares del servicio	Telefonía			0,01			0,01	0,02						
			PRL			0,00			0,01	0,02						
		de las Auxiliares de SAD	Gastos Gles. y Financieros			0,35	0,72	1,31	0,54	0,80						
			Beneficio Industrial			0,36	0,72		0,56	0,84						
			Impuesto sociedades			0,09	0,59		0,14	0,21						
1. TOTAL PRECIO BÁSICO AÑO 2019				IVA		13,06	13,06	13,06	15,23	15,23	15,23					
2. OTRAS PRESTACIONES (IMP. ADICIONAL PARA MEJORAS EXIGIDAS EN PLIEGOS)																
3. TOTAL PRECIO DEL SERVICIO						13,06	13,06	13,06	15,23	15,23	15,23					
Pagos a Trabajadores Directo																
Costes del servicio (vestuario, EPIS, RRMM, telefonía, G.G)																
Impuestos y Seguridad Social																
Beneficio Industrial																
1. TOTAL PRECIO BÁSICO AÑO 2019				IVA		8,10	8,10	8,10	8,96	8,96	8,96					
2. OTRAS PRESTACIONES (IMP. ADICIONAL PARA MEJORAS EXIGIDAS EN PLIEGOS)						0,45	0,45	0,45	0,72	0,72	0,72					
3. TOTAL PRECIO DEL SERVICIO						8,10	8,10	8,10	9,49	9,49	9,49					
PRECIO TOTAL AÑO 2020																
2,0%																
PRECIO TOTAL AÑO 2021																
2,0%																
PRECIO TOTAL AÑO 2022																
2,0%																
PRECIO TOTAL AÑO 2023																
Hipótesis concurso a 4 años con inicio 1-1-20:																
Elipsis de un mismo precio para los 4 años, como consecuencia de la aplicación de la Ley de Descendencia.																
13,28				15,48												
13,50				15,74												
13,73				16,01												
13,96				16,28												
13,62				15,88												
13,62				15,88												
13,62				19,33												

- f. Continuar el proceso de profesionalización de las personas trabajadoras en el SAD.
 - g. Intensificar la coordinación de las administraciones ante casos excepcionales.

- h. Coordinación de actividades preventivas.
- i. Mejorar las condiciones laborales y retributivas de las profesionales que trabajan en el sector.

11. Medidas a corto plazo en el Servicio de Residencias

- 11.1. Definición cartera de servicios nacional y estándares de calidad
- 11.2. Análisis de costes y fórmulas financiación de los servicios
- 11.3. Acreditación de centros por niveles. Ámbito sociosanitario y su implementación en función del tipo de centro.
- 11.4. Portal de transparencia
- 11.5. Inspecciones y auditorías permanentes de calidad
- 11.6. Profesionalización del Sistema. Análisis necesidades de profesionales para los próximos años, y formación de los mismos. Registro de profesionales con titulaciones.

12. Diálogo social en el sector de la dependencia:

- 12.1. Mesa de Trabajo del Sector para garantizar la continua evaluación y mejora del mismo. Informes semestrales de evolución.

ANEXO

A MODO ORIENTATIVO

MODELO DE ORGANISMO DE CONTROL DE CALIDAD



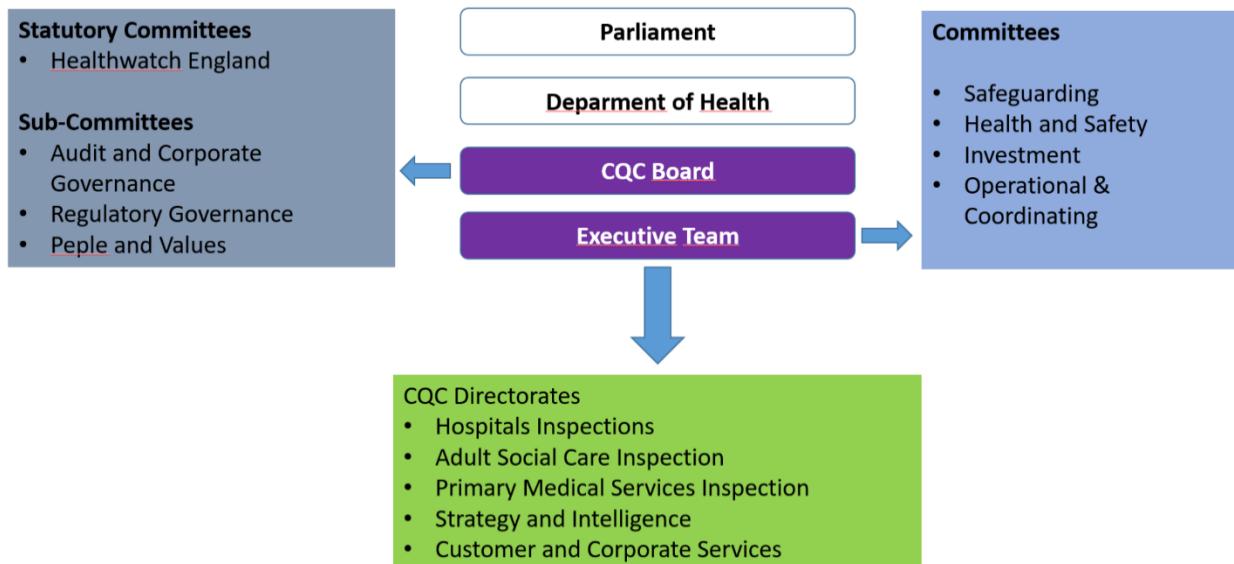
ORGANISMO PARA LA SUPERVISIÓN Y EVALUACIÓN DE SERVICIOS SOCIALES Y SANITARIOS EN
REINO UNIDO

Índice

1. *Resumen: Care Quality Commission*
2. *Registro de Proveedores*
3. *Inspección, valoración y supervisión de servicios*

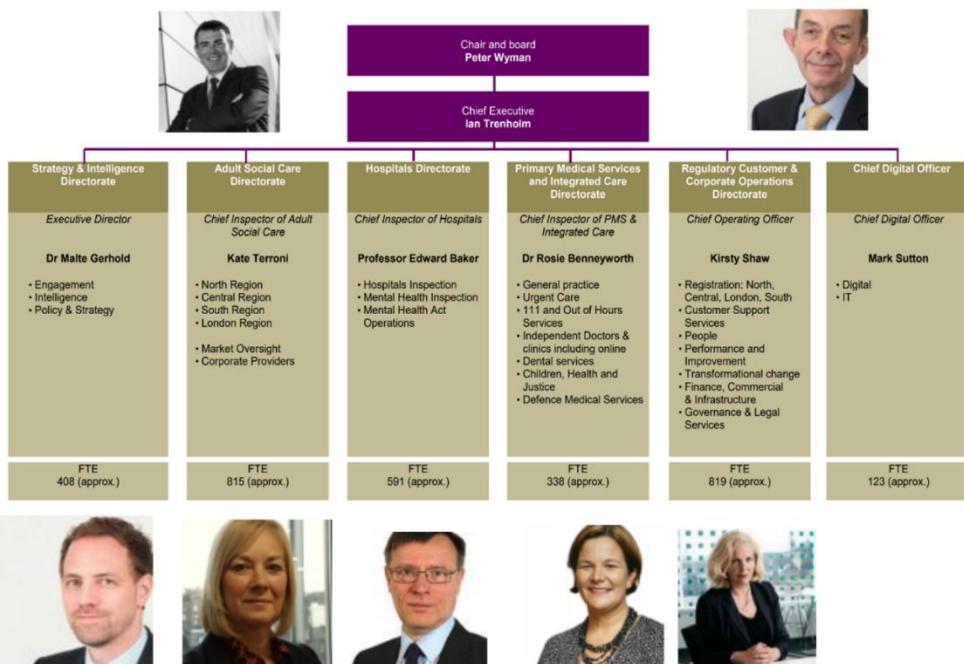
1. Resumen: Care Quality Commission

Organismo público independiente con capacidad ejecutiva, dependiente del Ministerio de Sanidad que evalúa la prestación de servicios sociales y sanitarios en Inglaterra y Gales. En Escocia e Irlanda del Norte hay dos organizaciones paralelas denominadas Care Inspectorate y RQIA.



SERVICIOS

Estructura organizativa:

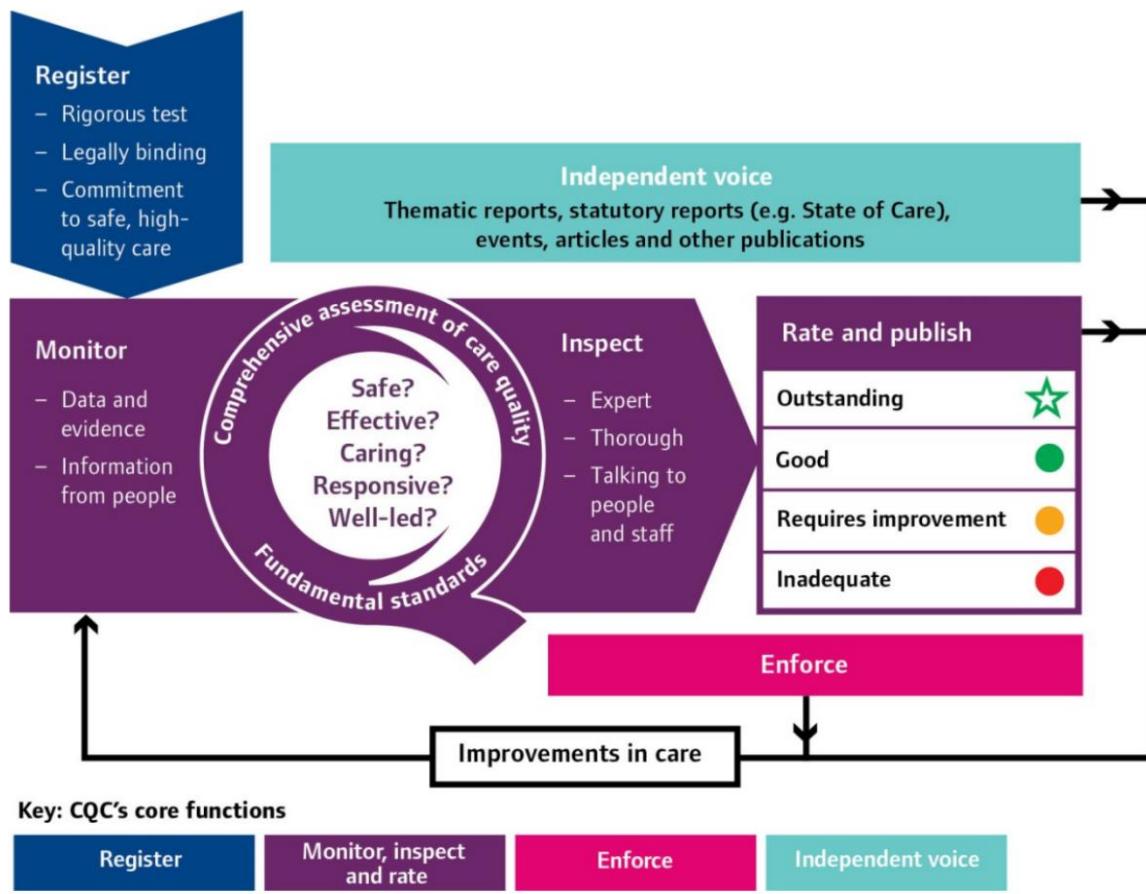


Funciones

1. Registro de proveedores
2. Supervisar, Inspeccionar y valorar los servicios

3. Actuar para proteger a usuarios de los servicios
4. Informar a la sociedad de manera independiente sobre la situación de los servicios

Es un sistema de **evaluación continua** que **controla y actúa** para garantizar una adecuada calidad de los servicios.



Requisito **obligatorio** para todas las empresas prestando servicios regulados según el Health and Social Care Act 2008 / 2014. Hay que realizar 3 registros diferentes:

(I) Registro de Empresa y oficina - REGISTERED PROVIDER/LOCATION

Requisitos básicos: plan de negocio y viabilidad financiera, políticas y procedimientos, sistema de calidad, objetivos y cumplimiento de normativa.

(II) Registro de Representante de la Empresa - NOMINATED INDIVIDUAL

Requisitos básicos: capacidad de gestión (“buen carácter”), DBS (certificado de penales) y demostrar conocimiento del Health and Social Care Act.

Responsabilidades: supervisar la gestión del servicio y dar apoyo a los Responsables de los servicios. Debe involucrarse activamente si se está dando un servicio de baja calidad.

(III) Registro de Responsable del servicio - REGISTERED MANAGER

Requisitos básicos: capacidad de gestión (“buen carácter”), DBS (certificado de penales), demostrar conocimiento del Health and Social Care Act, experiencia previa, referencias.

Responsabilidad: tienen responsabilidad personal sobre lo que ocurre en el servicio.

Tiempo medio para registrar completamente un servicio oscila entre 3 y 6 meses. Además de la revisión de la documentación, el CQC realiza entrevistas personales a las personas que van a ser registradas.

3. Inspección, Valoración y Supervisión

3.1 Inspección

La inspección de servicios por parte del CQC se divide en 3 fases principales.



El tiempo de cada una de las fases depende de la situación del servicio.

Además, el CQC está en comunicación constante con ayuntamientos y proveedores para saber estado del servicio.

FASE PREVIA

El inspector envía un cuestionario (PIR) para conocer situación del servicio. Suelen dar 30 días para completarlo y si no hay nada preocupante, la inspección tiene lugar al cabo de los 3-6 meses.

INSPECCIÓN

Suelen preavisar con 48 horas de antelación, aunque se pueden presentar sin preaviso en caso de servicios con problemas. La duración de la inspección varía entre 1 y 5 días, dependiendo del volumen. A medida que aumenta el volumen del servicio, incrementan el número de inspectores y el tiempo para realizar la inspección.

De forma general, el proceso de inspección consta principalmente de 3 partes:

- Visita a oficina: evaluación de la evolución del servicio (quejas, visitas no realizadas, visitas fuera de hora, errores en medicación, ...), procesos, procedimientos y políticas en la oficina
- Entrevistas con trabajadores del servicio
- Entrevistas con usuarios del servicio

Las 5 áreas de inspección son:

1. ¿Es el servicio SEGURO?

Usuarios y trabajadores están protegidos adecuadamente ante posibles daños y abusos físicos, psicológicos y económicos.

- 6 áreas de revisión:
- Protección de usuarios frente abuso
 - Gestión de Riesgos
 - Personal formado y servicios correctamente dimensionados
 - Gestión de medicamentos
 - Control de infecciones
 - Capacidad para aprender de los errores

Ejemplos de Buenas Prácticas:

Fecha de informe: 13/02/2019

“Los usuarios nos comunicaron que se sienten seguros con el personal que les atiende”

“Procesos de protección de usuarios implantados”

“El personal conoce sus responsabilidades”

“Análisis de riesgos realizados y actualizados”

Ejemplos de Malas Prácticas:

Fecha de informe: 08/05/2018

“Falta de análisis de riesgos de los usuarios”

“No seguir las indicaciones y plan de acción de inspección previa”

2. ¿Es el servicio EFICAZ?

Asegurar que cuidados realizados obtienen los resultados esperados, buscando mantener la calidad de vida de los usuarios.

- 7 áreas de revisión:
- Correcta identificación de necesidades
 - Formación del personal
 - Nutrición e hidratación
 - Coordinación de personal, trabajadores sociales, doctores, ...
 - Ayuda al usuario a mantener vida saludable
 - Ayuda a desarrollar un entorno saludable
 - Autorización de tratamientos

Ejemplos de Buenas Prácticas:

Fecha de informe: 15/03/2019

“Las necesidades de las personas fueron correctamente identificadas”

“Los planes de apoyo han sido desarrollados para asegurar las necesidades”

“El proveedor dispone de una adecuada política de evaluación de cuidados”

Ejemplos de Malas Prácticas:

Fecha de informe: 08/05/2018

“No se han seguido recomendaciones de la inspección anterior”

“No se han seguido los requerimientos del Mental Capacity Act”

3. ¿Es el servicio ATENTO y CUIDADOSO?

Los usuarios son tratados con cariño, dignidad y respeto.

3 áreas de revisión: Cuidado, respeto y compasión
 Involucran a los usuarios y familias sobre el cuidado recibido
 Respeto de la privacidad y dignidad

Ejemplos de Buenas Prácticas:

Fecha de informe: 08/02/2019

“Los comentarios de los usuarios y familiar fueron muy positivos”

“Los planes incluyen información sobre cómo dar apoyo a las personas, en momentos de ansiedad”

Ejemplos de Malas Prácticas:

Fecha de informe: 31/04/2016

“Los usuarios no tienen la oportunidad de dar su opinión”

“No hay planes de Cuidado”

“El proveedor no ha hecho todo lo razonablemente posible para asegurar que los usuarios reciben el servicio de acuerdo a sus necesidades”

4. ¿Tiene el servicio CAPACIDAD DE RESPUESTA?

La organización del servicio cumple con las necesidades

- 3 áreas de revisión:
- Servicio centrado en las necesidades de la persona
 - Quejas
 - Servicio a personas en situación terminal

Ejemplo de Buenas Prácticas:

Fecha de informe: 08/02/2019

“El personal se aseguró de que las necesidades del usuario fueron sobradamente cubiertas”

“El personal se involucró en ayudar a persona sin recursos que no tenía dinero para comprar comida”

Ejemplos de Malas Prácticas:

Fecha de informe: 31/04/2016

“Los cuidadores dijeron que estaban haciendo servicios que en realidad no hacían”

“Falta de planificación y control”

5. ¿Está el servicio DIRIGIDO CORRECTAMENTE?

Los responsables del servicio deben demostrar su buena gestión y capacidad de liderazgo.

- 5 áreas de revisión:
- Visión y estrategia
 - Dirección
 - Compromiso
 - Aprendizaje, mejora e innovación
 - Trabajo colaborativo

Ejemplo de Buenas Prácticas:

Fecha de informe: 22/03/2019

“La cultura promueve la prestación de servicios de calidad y centrados en la persona”

“El personal entiende la importancia de conocer a los usuarios”

“Los archivos demostraron que el proveedor busca prestar servicios centrados en la persona”

Ejemplos de Malas Prácticas:

Fecha de informe: 08/05/2018

"Falta de procesos que aseguren la calidad"

"Falta de gestión para asegurar que los usuarios recibían servicios de buena calidad"

"El Registered Manager no ha realizado una correcta auditoria de las hojas de medicamentos"

3.2 Valoración

El mismo día que finaliza la inspección, el inspector emite un informe preliminar. Posteriormente, se recibe un primer borrador del informe definitivo al cual se le pueden hacer alegaciones relacionadas con errores materiales en la observación. Aproximadamente, un mes más tarde, emite informe definitivo con la puntuación del servicio. Este informe es publicado en su página web y el proveedor del servicio está obligado a publicarlo en la suya.

Cada una de las 5 áreas de inspección es puntuada de acuerdo a la siguiente escala:

- EXCELENTE	 Outstanding The service is performing exceptionally well.
- BUENO	 Good The service is performing well and meeting our expectations.
- NECESITA MEJORAR	 Requires improvement The service is not performing as well as it should and we have told the service how it must improve.
- NO ADECUADO	 Inadequate The service is performing badly and we've taken action against the person or organisation that runs it.

El resultado de la inspección condiciona la futura evolución del proveedor desde un punto de vista legal:

OUTSTANDING	No requiere acción Nueva inspección en 24 meses
GOOD	No requiere acción específica Nueva inspección en 24 meses
REQUIRES IMPROVEMENT	Plan de Acción para corregir faltas leves de cumplimiento (Tiempo: 1-2 meses) Reporte a CQC de avance de plan de acción Posible embargo temporal para incorporar nuevos usuarios

	Nueva inspección en 6-12 meses
INADEQUATE	<p>Plan de Acción para corregir faltas leves de cumplimiento (Tiempo: inmediato)</p> <p>Possible obligación de reducir volumen de usuarios gestionados</p> <p>Si no se cumple con el plan, posible cierre de negocio</p> <p>Nueva inspección en 1-3 meses</p>

3.3 Supervisión

El CQC establece una serie de obligaciones de reporte a los proveedores cuando ocurren sucesos significativos en los servicios lo que le permite tener información constante sobre la calidad de los servicios. Los sucesos que es obligatorio notificar son:

- Fallecimiento de una persona utilizando el servicio
- Restricción de libertad del usuario
- Abuso
- Daños serios
- Incidentes reportados a la policía