

CCOO APUESTA POR UN NUEVO MODELO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA



QUE PONGA EN VALOR A LAS PROFESIONALES QUE TRABAJAN EN EL SECTOR

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. 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.





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.

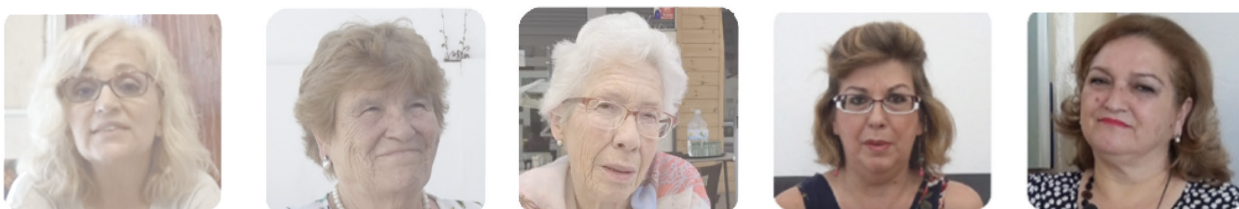
El objetivo que se presenta es doble. De un lado, de modo inmediato, dar herramientas a los poderes públicos para garantizar una respuesta eficaz frente a un posible rebrote de la pandemia de Covid, en colaboración con los agentes sociales. Del mismo modo, en el medio plazo se ha hecho ya inaplazable abordar de manera efectiva el modelo de coordinación sociosanitaria previsto en la Ley de Dependencia, y que llega ya con más de una década de retraso.

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.

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, **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 para 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.



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

1) FINANCIACIÓN, revertir los recortes impuestos durante la crisis anterior, desde el año 2012 el recorte acumulado ha sido de 5864 millones de euros, para, por un lado, recuperar la **calidad de la atención** como eje articulador y objetivo prioritario del Sistema de Dependencia y por otro, mejorar las condiciones laborales y retributivas del sector:

1.1. Incrementar en esta legislatura la provisión de servicios mediante financiación, gestión y provisión públicas, al menos para garantizar que el 50% de los servicios sean gestionados directamente por el sector público.

1.2. Culminar la Negociación del VIII 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 del servicio de ayuda a domicilio). La duración del Convenio se marca en 4 años, coincidiendo con la legislatura.

1.3. EMPLEO

1.3.1. Aprobar una norma estatal para adecuar las ratios profesionales, desglosadas por categorías profesionales, con un mínimo de 3 gerocultoras por cada 10 residentes y un incremento de las ratios de personal asistencial, que se deben adecuar al nivel de dependencia y patologías de las personas residentes.

1.3.2. En caso de jornada partida no se podrá fraccionar en más de dos periodos.

1.3.3. Los contratos a tiempo parcial, sobre todo en el sector de Ayuda a domicilio no podrá ser inferior al 60% de la jornada.

1.3.4. Jornada de 37,5 horas semanales, y una jornada máxima anual de 1696 horas.

1.4. RETRIBUCIONES

1.4.1. Garantizar un salario mínimo de convenio de 14.000 euros anuales.

1.4.2. Tender a la equiparación progresiva con las retribuciones del sector público que trabajan en el mismo sector.

1.5. PREVENCIÓN RIESGOS LABORALES

1.5.1. Formación e información continua frente a los riesgos de exposición adecuando las plantillas.

1.5.2. Actualización de las evaluaciones de riesgo específicas de agentes biológicos

1.5.3. Implantación de medidas colectivas adecuadas, la prevención de riesgos se ha demostrado como un eje central en los centros de trabajo demostrando la escasa cultura preventiva en los centros de trabajo.

1.5.4. Asegurar un stock suficiente de EPIs para hacer frente a situaciones de crisis que puedan exponer a los y las trabajadoras de nuevo a un agente biológico nuevo y realización de pruebas PCR al personal en caso de contagio o posible contagio.

1.5.5. Reconocimiento como enfermedad profesional al personal que se hayan contagiado por Covid19.

1.5.6. Reconocer como tiempo de trabajo los 10 minutos para la higiene personal del personal expuesto a riesgos biológicos como reconoce el RD 664/1997 y sentencias del TSJ de Euskadi.

1.5.7. Inversión en ayudas mecánicas en tareas de movilización para eliminar el elevado riesgo de lesiones musculoesqueléticas.

1.5.8. Evaluaciones de riesgo psicosocial para intervenir en el origen y evitar el daño.

1.5.9. Actuación preventiva en el ámbito de las drogodependencias, actuando sobre el origen del problema y no tratando los síntomas con fármacos sino con más acción preventiva.

1.6. CUALIFICACIONES

1.6.1. Profesionalización del Sistema. Análisis necesidades de profesionales para los próximos años, y formación de los mismos.

1.6.2. Registro de profesionales con titulaciones.

2) CALIDAD DE LA ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES

2.1. 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.

2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. Establecimiento de un modelo de coordinación sociosanitaria bajo la coordinación y supervisión de los servicios públicos de salud.

2.5. 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.

2.6. Atribución a la jurisdicción social de los litigios en materia de Dependencia.

3) VIGILANCIA Y TRANSPARENCIA EN LA SUBCONTRATACIÓN DE SERVICIOS

3.1. 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.

3.2. Definir en los Pliegos de los servicios subcontratados **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.

3.3. Definición **cartera de servicios nacional y estándares de calidad.**

3.4. Análisis de costes y fórmulas financiación de los servicios.

3.5. Acreditación de centros por niveles. Ámbito sociosanitario y su implementación en función del tipo de centro.

3.6. Portal de transparencia.

3.7. Inspecciones y auditorías permanentes de calidad.

4) RESTABLECIMIENTO DEL DIÁLOGO SOCIAL, fundamental para abordar y consensuar las soluciones y decisiones, que deben ser tomadas en el menor tiempo posible.



Edición y maquetación: Áreas de Negociación Colectiva y Comunicación de la Federación de Sanidad y Sectores Sociosanitarios de CCOO. C/ Ramírez de Arellano, 19, pta. 4ª, 28043, Madrid.

www.sanidad.ccoo.es