

MAYO  
2020



## PROPUESTA

**El modelo de atención a la dependencia tras la crisis sanitaria derivada de la COVID19**

#DependenciaAl100x100



**Edita:** Confederación Sindical de CCOO

**Elaboración:** Secretaría Confederal de Política Social y Movimientos Sociales de CCOO

Fotos: Freepik

Madrid. Mayo de 2020

## Índice

<b>Introducción.....</b>	<b>5</b>
<b>1. La crisis sanitaria por COVID19 ha evidenciado la fragilidad con la que se ha implantado el modelo original de atención a la dependencia.....</b>	<b>7</b>
<b>2. Es necesario un Plan de Choque que restituya la calidad y la suficiencia de las prestaciones del Sistema de Dependencia.....</b>	<b>11</b>
● <b>Líneas generales de actuación.....</b>	<b>12</b>

**DEPENDENCIA**  
**100%**

*al*

## INTRODUCCIÓN

La crisis sanitaria provocada por la Covid19 ha puesto de manifiesto la importancia de los trabajos de cuidados en la sociedad actual y la precariedad con la que se han estado prestando estos trabajos en muchas ocasiones. Se trata, además, de un sector altamente feminizado y al que históricamente no se le ha reconocido el valor suficiente, como ha sucedido a la mayor parte de trabajos realizados mayoritariamente por mujeres.

Por eso, una puesta al día del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia conlleva no sólo una adecuación de la atención que reciben las personas en situación de dependencia, sino también una revalorización del trabajo de cuidados realizado esencialmente por mujeres.

“ La necesidad de una atención social y sanitaria global, interdisciplinar, integral y continuada que CCOO ha venido reclamando históricamente ahora se ha hecho, si cabe, más patente que nunca”



✓ **100%**  
**COBERTURA**

✓ **100%**  
**CALIDAD**

✓ **100%**  
**GARANTIA**



## La crisis sanitaria por COVID19 ha evidenciado la fragilidad con la que se ha implantado el modelo original de atención a la dependencia

La crisis sanitaria, además, ha puesto en evidencia la fragilidad del sistema de atención a las personas mayores con carácter general y el de las personas en situación de dependencia en particular. La necesidad de una atención social y sanitaria global, interdisciplinar, integral y continuada que CCOO ha venido reclamando históricamente ahora se ha hecho, si cabe, más patente que nunca.

Los cambios sociales producidos progresivamente desde 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, el justo aunque todavía lento cambio de rol de la mujer en la economía y los cuidados, etc.), conllevan 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 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.

El nuevo modelo de atención que se instauró en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) respondía así a un nivel de acuerdo político y social con escasos precedentes en nuestra historia reciente. Participaron del mismo desde las organizaciones sindicales y empresariales más representativas hasta la práctica totalidad de grupos parlamentarios (con la excepción de tan sólo 16 abstenciones) que abarcaban todos los ejes ideológicos. Y ha contado, además, con la participación activa y mantenida en el tiempo del conjunto de administraciones (central y autonómica

“

Los recortes impuestos en 2012 implicaron la reducción de la financiación del sistema y una minoración generalizada de la intensidad de las prestaciones reconocidas a las personas beneficiarias, 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.)**”

principalmente, pero también con presencia de la local), en el marco de los acuerdos del Consejo Territorial y el Comité Consultivo en los que se ha venido vertebrando, de forma permanente en el tiempo, el desarrollo normativo del Sistema de Dependencia desde su puesta en marcha en 2006 hasta hoy.

El modelo de atención nacido de este marco de concertación social y político tan amplio responde, así, a los elementos de equilibrio que necesariamente debe cumplir una política pública que, por su importancia social y económica, debe garantizar un marco de estabilidad que le es imprescindible.

El modelo original supo encontrar en la calidad de la atención el eje vertebrador sobre el que descansar y al que se debía supeditar el resto de elementos. De ahí que esta fuese la primera Ley que ha establecido una relación directa, jurídica y expresa, entre la calidad del empleo de quienes prestan los servicios y la calidad de la atención a la que acceden las personas beneficiarias de los mismos; y, además, ha sido capaz de concretar dicha relación en contenidos materiales concretos a través de los correspondientes desarrollos reglamentarios de obligado cumplimiento (ratios mínimos de plantilla, cualificación del personal, instalaciones adecuadas, etc.).

En el modelo original de atención instaurado en el SAAD, sin duda mejorable, no radica el problema de fragilidad que se ha evidenciado en la crisis sanitaria, sino precisamente en las carencias con las que se ha llevado a efecto su implantación.

Especial responsabilidad en este sentido han tenido los recortes presupuestarios impuestos en 2012, que aún hoy se mantienen en el ámbito estatal, y la renuncia del Estado central desde entonces a liderar el proceso de implantación para garantizar la calidad de la atención. Destacan también el ínfimo papel jugado por los servicios de inspección y unas ratios de plantilla insuficientes para garantizar la calidad de los servicios.



“

El resultado ha sido la consolidación de un modelo de atención de fragilidad creciente, marcado por la precarización de las condiciones laborales y la insuficiencia de recursos, que durante la crisis económica ha podido mantener su estándar de atención sólo a expensas del sobre-esfuerzo que los y las profesionales de estos servicios de atención han realizado”

Los recortes impuestos en 2012 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.).

Sólo el procedimiento abierto para el reconocimiento de la cualificación profesional de las trabajadoras y trabajadores del sector, culminado en 2018 tras varias prórrogas, se salvó de lo que desde entonces se consolidó como una segunda etapa en la implantación del sistema, en la que la preocupación por la calidad de la atención quedó relegada en la práctica a un objetivo secundario, cuando no directamente prescindible.

El resultado de esta forma de implantar el Sistema de Dependencia ha sido la consolidación de un modelo de atención de fragilidad creciente, marcado por la precarización de las condiciones laborales y la insuficiencia de recursos, que durante la crisis económica ha podido mantener su estándar de atención sólo a expensas del sobre-esfuerzo que los y las profesionales de estos servicios de atención han realizado. Pero que ante la magnitud de la crisis sanitaria derivada del Covid se ha visto ya totalmente desbordado.

Muestra de ello han sido, por ejemplo, la ausencia de protocolos claros de intervención en los servicios de atención domiciliaria de dependencia, así como la falta de un marco de coordinación sociosanitaria con el Servicio Público de Salud, que debían haber sido previstos tanto por parte de la administración central como autonómicas, y a la que hay que sumar la incapacidad mostrada por las propias empresas privadas para posibilitar un marco seguro y garantista de atención.

Y otro tanto cabría decir del caso de los servicios de atención residencial, donde el efecto de esta incapacidad operativa se ha visto incluso agravado por las caracterís-

“ En todos los servicios profesionales de atención a la dependencia, las personas trabajadoras del sector se han visto tan expuestas como las beneficiarias y, pese a la profesionalidad y compromiso que han demostrado, se han visto desbordadas como consecuencia de la ausencia de recursos efectivos para enfrentar la crisis sanitaria”



ticas de concentración de usuarios propias de estos servicios, y que tristemente ha concluido con la incapacidad para actuar ante los miles de fallecidos que se han registrado en estas instalaciones.

En todos los servicios profesionales de atención a la dependencia, las personas trabajadoras del sector se han visto tan expuestas como las beneficiarias y, pese a la profesionalidad y compromiso que han demostrado, se han visto desbordadas como consecuencia de la ausencia de recursos efectivos para enfrentar la crisis sanitaria.

En cualquier caso, la clave para resolver la situación actual que presenta el Sistema de Dependencia radica en volver a establecer la calidad de la atención como objetivo prioritario al que deben acomodarse el resto de elementos, tal y como se concibió en su diseño original.



# 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 presenta desde 2012, y en los últimos años de forma singularmente intensa, una fragilidad creciente. El Sistema ya presentaba signos evidentes de agotamiento antes de la crisis sanitaria, que exigían ya entonces intervenir. Por ejemplo, en 2019, por primera vez desde el año 2015, se ha registrado un incremento de la lista de espera y del volumen de personas pendientes de valoración, que crecen más que las nuevas personas atendidas.

El crecimiento de la cobertura se ha producido, fundamentalmente, sobre la base de la prestación económica de cuidado familiar, la prestación vinculada a un servicio y la teleasistencia, todas ellas prestaciones de intensidad de atención singularmente bajas.

También supone un elemento de especial alerta el que dos Comunidades Autónomas hayan registrado directamente una reducción del número de personas atendidas, cuatro atienden mayoritariamente (+50%) con prestaciones económicas de cuidado familiar, que la Ley establecía como excepcional, o que una 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.

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 hacen imprescindible y urgente.

# DEPENDENCIA al 100%

✓ 100%  
COBERTURA

✓ 100%  
CALIDAD

✓ 100%  
GARANTIA

## ■ Las líneas generales de actuación que deben vertebrar este plan de choque son:

- 1 Volver a establecer como eje articulador y **objetivo prioritario del Sistema de Dependencia la calidad de la atención de las personas beneficiarias**, revitalizando el contrato social con la ciudadanía que asegure una financiación adecuada y suficiente vinculada a tal objetivo y los medios establecidos en la Ley para alcanzarlos (suficiencia de las prestaciones, calidad del empleo, etc.)
- 2 Para conseguir lo anterior, resulta imprescindible que el **Gobierno central vuelva a ejercer un papel de liderazgo político en la implantación del SAAD**, marcando la agenda de trabajo con el resto de Administraciones y actores implicados, garantizando la aplicación efectiva de los acuerdos alcanzados en este sentido, su seguimiento y evaluación de manera sostenida; así como también que esta actuación venga acompañada de la **recuperación del nivel de financiación estatal** vinculándola al cumplimiento de la mencionada agenda.
- 3 Partir de un proceso de evaluación de la implantación del SAAD, participado por el conjunto de administraciones y actores implicados, en el que debe incluirse una **auditoría del impacto de la crisis sanitaria derivada del Covid19 en el SAAD** y de la respuesta que se ha dado desde los distintos centros y servicios que conforman el Sistema, de manera que puedan extraerse conclusiones que ayuden a corregir las deficiencias detectadas.
- 4 Dentro de la agenda de trabajo para la evaluación del SAAD, debe **priorizarse la reversión de los recortes impuestos desde 2012:**
  - **Recuperando la intensidad de todas las prestaciones recortadas** entonces y estableciendo en su caso aquellas definidas con posterioridad hasta garantizar de nuevo el nivel de suficiencia de las mismas.
  - **Revirtiendo el incremento de los copagos.**
  - Garantizando la **atención efectiva de la totalidad de personas en situación de dependencia** que actualmente aún se encuentran pendientes de atención, preferentemente a través de servicios profesionales.
  - Realizando la **supervisión del cumplimiento efectivo de los requisitos exigidos en el Acuerdo de acreditación de centros y servicios de 2008** (ratios de plantilla, condiciones materiales de los centros, etc.) y su actualización en 2017 (referida a la acreditación de las cualificaciones profesionales), así como la recuperación del marco de diálogo social interrumpido en 2012 que tenía el objetivo de ahondar en los requisitos de calidad vinculados a la acreditación de la totalidad de servicios contenidos en el catálogo de prestaciones del SAAD.

- Garantizando la **plena transparencia del SAAD**, priorizando la publicación de una nueva estadística de gestión de prestaciones, así como información sobre la financiación estatal y autonómica que realmente sostienen el sistema, con lo que, además, se posibilite la realización de una evaluación certera de la situación que presenta tras la crisis sanitaria por Covid19.

Somos conscientes de que **la reversión de los recortes de 2012 resulta un paso imprescindible pero insuficiente** para garantizar la suficiencia de las prestaciones. Por ello, una vez revertidos dichos recortes se debe **seguir revisando tanto el catálogo de prestaciones como los requisitos de acreditación** hasta lograr garantizar la calidad de la atención en los términos en los que plantea en la Ley de Dependencia.

- 5 Revisión de los instrumentos de **garantía del control público de la calidad de los servicios de atención a la dependencia**. Para ello, en el marco de la agenda de evaluación del SAAD, el Gobierno central y las CCAA, deben promover mecanismos efectivos de intervención, entre los que debería priorizarse:

- El **reequilibrio de la oferta de servicios de gestión pública directa**, actualmente minoritarios, orientados a garantizar la plena cobertura de la creciente demanda que se producirá en las próximas décadas, y a la que debe asociarse al **correspondiente financiación** para la provisión de estas nuevas infraestructuras de gestión pública directa.
- **Revisión de los instrumentos jurídicos que actualmente se utilizan para establecer la colaboración público-privada**, de manera que se limiten exclusivamente a aquellos que, como en el caso de conciertos, ofrecen un nivel de garantía más elevado, tanto en lo relativo al control público de las condiciones en las que se ofrecen los servicios, como respecto de la garantía de la adecuada financiación pública de los mismos. En este marco los centros y servicios deben cumplir los mismos requisitos que los gestionados directamente por las Administraciones Públicas, tanto en condiciones materiales y funcionales, como de personal. Se les debe exigir el mismo grado de transparencia y rendición de cuentas que a las Administraciones Públicas.
- Establecimiento de **protocolos de control para garantizar que los pliegos de licitaciones públicas no se devalúen y se garantice siempre el cumplimiento de los convenios colectivos** sectoriales (por ejemplo, impulsando instrumentos de contratación pública con participación social, establecimiento obligatorio de cláusulas sociales en los pliegos de licitación, exclusión de empresas que realicen oferta temeraria, incremento de sanciones administrativas por incumplimiento de cláusulas concretas, etc.).
- **Refuerzo de la inspección de Servicios Sociales**, estableciendo compromisos concretos de actuación por parte de las Administraciones Públicas competentes para ello.
- Elaboración de un **registro de profesionales**.

- 6** Establecimiento de un **modelo de coordinación sociosanitaria** bajo la coordinación y supervisión de los servicios de salud. Desde su puesta en marcha en 2006, ya se previó el hecho de que la atención a las situaciones protegidas por el SAAD requiere un **componente sanitario y otro de servicios sociales** que, a nuestro entender, deberían coordinarse.

Con pleno respeto a los ámbitos de actuación que le son propios a cada uno de ellos, se debe priorizar la puesta en marcha de **estrategias de atención centradas en la persona** que, de forma integrada, incluyan recursos de servicios sociales y servicios de salud de atención primaria y especializada que trabajen de forma protocolarizada y estable en el tiempo. En este marco, la **atención geriátrica y gerontológica** debe jugar un papel destacado.

De este modo se podrá garantizar una atención integral, aumentar la capacidad de autonomía personal al prevenir situaciones ligadas a la fragilidad, y anticiparnos en la respuesta que nos permita evitar situaciones como las que hemos vivido con ocasión de la crisis sanitaria.

- 7** **Reorganización de los centros de atención de personas dependientes**, adecuando sus **recursos y espacios medicalizados** en función del grado de dependencia y bajo la dirección e inspección de los servicios públicos de salud.

- 8** **Garantizar el ejercicio del derecho a la atención.** Pese a que la atención a la dependencia se configuró en la Ley como un derecho subjetivo pleno, su ejercicio se ha visto limitado en la práctica como consecuencia de haber establecido la jurisdicción contencioso-administrativa como la competente en casos de incumplimiento por parte de la administración.

De este modo, una dimensión esencial de la calidad del derecho reconocido en la Ley de Dependencia radica en la necesidad de **reforzar la garantía jurídica de su ejercicio**, de manera que se reconozca la jurisdicción de lo social como la competente en los posibles conflictos que puedan derivarse de esta materia, en los mismos términos en los que está establecido para el resto de derechos sociales (pensiones, desempleo, etc.).

En este sentido cabe reclamar el **cumplimiento efectivo de la Disposición final séptima de la Ley 36/2011**, de 10 de octubre, reguladora de la jurisdicción social, en orden a garantizar la entrada en vigor del art. 2.o) de la misma norma, posibilitando así que los litigios en materia de dependencia sean vistos por la jurisdicción social.

- 9** **Restablecer el diálogo social.** Todas estas medidas se deben consensuar en un espacio formal y permanente de diálogo social. De forma inmediata, con una agenda establecida y con la decisión de **encontrar soluciones y decisiones** en el menor tiempo posible.

Este espacio de **diálogo social** debe convocarse de manera inmediata para **abordar en primer lugar el proceso de desescalada de la crisis sanitaria del Covid19, realizar una primera evaluación de la situación y proponer una agenda de trabajo con compromisos temporales claramente definidos para abordarla.**

En el ámbito de la **atención sociosanitaria** se tendrá que adecuar el **calendario de desescalada a la situación de cada uno de los centros:** existencia o no de contagios, realización de test fiables a la plantilla y a las personas usuarias, aplicación de las medidas de protección requeridas y existencia de equipos de protección suficientes para que las plantillas desempeñen su labor profesional con garantías de seguridad. La propuesta de desescalada se tendrá que **plantear en los centros con la participación de la Representación Legal de los Trabajadores,** atendiendo a los criterios establecidos por los servicios de salud y al amparo de su supervisión.



#DependenciaAl100x100

CCOO