

# Suficiencia, adecuación y gestión de la calidad en el marco del sistema español de atención a la dependencia<sup>1</sup>

**Joseba Zalakain**

SIIS Servicio de Información e Investigación Social

jzalakain@siis.net

**Autonomiaren aldeko eta Mendetasunari Arreta eskaintzeko Sistema (AMAS) erabili duten pertsonen jasotako dirulaguntzak eta haien premiei eskaintako zerbitzuak behar adinakoak eta egokiak diren aztertzea da artikulu honen helburua, bai eta sistema horrek eskaintzen dituen iraupen luzeko zaintzen kalitatea bermatzeko baliabideak aztertzea ere.**

## **Gako-hitzak:**

**Mendetasuna, iraupen luzeko zaintzak, pertsona nagusiak, dirulaguntzak, gizarte-prestazioak, kalitatea, ebaluazioa.**

**El objetivo de este artículo es analizar la suficiencia y la adecuación de las prestaciones económicas y los servicios a las necesidades de las personas que han accedido al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), así como examinar las herramientas desarrolladas para garantizar la calidad de los cuidados de larga duración prestados en el marco de dicho sistema.**

## **Palabras clave:**

**Dependencia, cuidados de larga duración, personas mayores, prestaciones económicas, prestaciones sociales, calidad, evaluación.**

---

<sup>1</sup> Este texto recoge, adaptado al formato de artículo científico, el capítulo escrito por el autor bajo el título "La suficiencia, adecuación de las prestaciones económicas y servicios a las necesidades de las personas y el logro de la calidad", en Rodríguez Cabrero, G. y Marbán, V. (coords.), *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, 2022, pp. 208-250, <[https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio\\_evaluacion\\_saad\\_completo.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf)>.

## 1. Introducción

El objetivo de este artículo es analizar la suficiencia y la adecuación de las prestaciones económicas y los servicios a las necesidades de las personas que han accedido al Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), así como examinar las herramientas desarrolladas para garantizar la calidad de los servicios prestados en el marco de dicho sistema. El artículo se estructura en torno a dos partes claramente diferenciadas:

- En la primera se aborda la cuestión de la suficiencia y la adecuación de las prestaciones económicas y los servicios a las necesidades de las personas atendidas, así como la adecuación del catálogo de servicios y prestaciones contemplado en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Se analiza la adecuación del catálogo de servicios de la ley a las necesidades de las personas en situación de dependencia y la combinación de servicios y prestaciones que efectivamente reciben quienes han accedido al sistema al objeto de valorar si la atención recibida es de suficiente calidad o intensidad.
- La segunda parte se centra en el logro de la calidad y en ella se analiza el desarrollo en España de las principales herramientas para la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración. En ese sentido, se ha buscado identificar las carencias y fortalezas que el SAAD tiene, tanto a nivel estatal como autonómico, para impulsar mecanismos que puedan garantizar unos niveles de calidad suficientes.

La información referente a la suficiencia y la adecuación de los servicios se ha extraído de la explotación de los microdatos de gestión del SAAD, por una parte, y de la explotación de los datos de la encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia (EDAD 2020), por otra. En ambos casos, la atención se centra en las personas que, teniendo una valoración de dependencia, han accedido al sistema. Ese análisis se ha completado con el de los informes e investigaciones que analizan esta cuestión. También se ha tenido en cuenta la información recogida en el cuestionario que se pasó a las comunidades autónomas y las entrevistas realizadas en el marco de la evaluación del SAAD (véase la nota 1).

La información referente a los mecanismos para la gestión de la calidad se ha obtenido a partir de un análisis de la normativa promulgada a nivel autonómico y estatal, y a partir del análisis de los informes e investigaciones que analizan esta cuestión. Como en el caso anterior, también se ha tenido en cuenta la información recogida en el cuestionario que se pasó a las comunidades autónomas y las entrevistas realizadas en el marco de la citada evaluación (*cf.* Rodríguez Cabrero y Marbán, 2022: 4-11).

## 2. Contenido, adecuación y suficiencia de los servicios de atención a la dependencia

### 2.1. El uso de servicios por parte de las personas atendidas en el SAAD

Como se acaba de señalar, la primera aproximación a la calidad, intensidad y adecuación de los servicios puede obtenerse de las fuentes estadísticas y los registros administrativos disponibles.

En lo que se refiere a las fuentes estadísticas, la encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia 2020 (EDAD 2020) del Instituto Nacional de Estadística (INE) ofrece algunos datos sobre el uso de servicios sociales, prestaciones económicas, cuidados formales y cuidados informales en el domicilio por parte de las personas que, además de tener una discapacidad, señalan tener una valoración de dependencia y una asignación de grado. Se tiene únicamente en cuenta para este análisis a las personas que residen en hogares familiares y no, por tanto, a las personas en situación de dependencia que residen en centros residenciales. Debe tenerse en cuenta, por otra parte, la dificultad de algunas de las personas encuestadas a la hora de identificar correctamente los servicios que reciben.

En todo caso, de acuerdo con los datos de la tabla 1:

- La prestación social más utilizada es la ayuda a domicilio, a la que accede el 29,5 % de las personas valoradas y con asignación de grado. La sigue la teleasistencia, con un 27,2 %. El 52,4 % de las personas valoradas y con asignación de grado señala recibir algún tipo de servicio social (cabe pensar que, en su mayoría, en el marco del SAAD), mientras que el 47,6 % no lo recibe.
- El 19,5 % de estas personas señala recibir una prestación económica. Si bien la encuesta no las diferencia, cabe pensar que se refiere mayoritariamente a la prestación económica para cuidados en el entorno familiar (PECEF).
- El 80,4 % de estas personas recibe, además, cuidados personales en su domicilio. El 51,5 % recibe únicamente cuidados familiares; el 6,4 %, únicamente cuidados contratados, y el 22,5 %, ambos, por lo que la cobertura de los cuidados contratados de forma particular en este grupo alcanza el 28,9 %.

La tabla 2 recoge, a partir de los datos anteriores, el porcentaje de las personas valoradas y con grado residentes en hogares particulares que acceden a las dieciséis combinaciones de cuidados posibles. Las celdas sombreadas indican que la persona accede a ese tipo de cuidados, mientras que las sombreadas indicarían que no se recibe esa forma de cuidado.

Llama la atención que el 11,8 % de las personas encuestadas señale no recibir servicios de ningún tipo (ni cuidados contratados, ni familiares, ni

Tabla 1. Personas de seis años y más con discapacidad y dependencia reconocida según el tipo de servicios y prestaciones recibidos (2020)

Tipo de prestación	Prestación	Recibe (%)
Prestaciones sociales	Ayuda a domicilio	29,5
	Teleasistencia	27,2
	Servicio de centro de día / centro de noche	7,1
	Centros ocupacionales	3,5
	Atención psicosocial a familiares / apoyo familiar	3,1
	Otros servicios sociales	3,1
	Servicios de vivienda o residenciales	1,6
	Servicios de respiro	1,0
	Algún servicio social	52,4
	Ningún servicio social	47,6
Prestaciones económicas	Prestaciones económicas de dependencia	19,5
Cuidados personales	Cuidados informales (familiares)*	74,1
	Cuidados contratados	28,9
	Algún cuidado personal (de cualquier tipo)	80,4
	Solo cuidados informales (familiares)	51,5
	Solo cuidados contratados	6,4
	Ambos tipos de cuidados (informales y contratados)	22,5
	Ningún cuidado personal	19,6

\* Esta categoría incluye también los cuidados provenientes de personas no familiares, convivientes o no en el hogar de las personas con dependencia, no contratadas.

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EDAD 2020 (INE)

prestaciones, ni servicios sociales). Un 1,3 % adicional solo recibe cuidados contratados de forma particular y un 21,1 %, solo cuidados informales, por lo que más de un tercio de estas personas —con valoración de dependencia— no estarían recibiendo (o no serían al menos capaces de identificar) ningún servicio social o prestación económica en el marco del SAAD. Los datos de la encuesta indican además que:

- El 3,1 % de estas personas recibe las cuatro formas de atención.
- El 5 % combina una prestación, algún servicio social y cuidados informales.
- El 15,9 % combina algún servicio social con cuidados familiares y cuidados contratados.
- El 17,3 % combina cuidados informales y algún servicio social.
- El 4,2 % combina algún servicio social con la contratación particular de cuidados.
- El 8,1 % combina la prestación económica y los cuidados familiares.
- El 1,1 % recibe únicamente una prestación económica.

Tabla 2. Distribución de las personas de seis años y más con discapacidad y dependencia reconocida según la combinación de servicios y prestaciones recibidos (2020)

Algún servicio social	Prestación económica de dependencia	Cuidados informales (familiares)	Cuidados contratados	Recibe (%)
				3,1
				5,0
				0,6
				0,5
				15,9
				17,3
				4,2
				5,9
				1,0
				8,1
				0,2
				1,1
				2,9
				21,1
				1,3
				11,8

Nota: Las celdas no sombreadas indican que la persona accede a ese tipo de cuidados, mientras que las sí sombreadas indican que no se recibe esa forma de cuidado.

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EDAD 2020 (INE)

En cuanto al número de horas de atención que se reciben mediante los cuidados formales e informales, en el 78 % de los casos supera las cinco horas diarias (tabla 3), si bien las diferencias son muy importantes en función del tipo de cuidados personales: si hablamos del cuidado por parte de miembros del hogar, supera las cinco horas casi

en el 78 % de los casos; el porcentaje se reduce al 28,6 % en el caso de los cuidados profesionales y al 45,7 % en el caso del cuidado prestado por otras personas. Si se tiene en cuenta que el 80 % de las personas analizadas recibe este tipo de cuidados, se observa con claridad en qué medida los servicios y prestaciones del SAAD han de complementarse con cuidados formales e informales de mucha mayor intensidad.

**Tabla 3. Distribución de las horas diarias de cuidados personales recibidos por las personas de seis años y más con discapacidad y dependencia reconocida (2020)**

	Cuidados de miembros del hogar	Cuidados de profesionales	Cuidados de otras personas	Total
1 o 2 horas	11,0	54,8	33,9	9,9
3 o 4 horas	11,1	16,6	20,5	11,4
5 o más horas	77,9	28,6	45,7	78,7
Total	100,0	100,0	100,0	100,0

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos de la EDAD 2020 (INE)

Además de los datos obtenidos vía encuesta, los datos de gestión del Sistema de Información del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SISAAD) también permiten analizar la combinación de servicios y prestaciones que perciben las personas que han accedido al sistema, incluyendo en este caso, a diferencia de las tablas anteriores, la población dependiente que vive en centros residenciales.

Al objeto de analizar los “paquetes de atención” que reciben las personas usuarias en el conjunto del Estado y en cada comunidad autónoma, la población beneficiaria se ha distribuido en cinco grandes grupos: las personas que perciben únicamente la PECEF, las que perciben una prestación residencial (incluyendo una prestación económica vinculada al servicio de atención residencial) y las que reciben un servicio domiciliario<sup>2</sup>. También se distinguen las personas que combinan servicios domiciliarios y PECEF, y las que combinan servicios domiciliarios y residenciales.

De acuerdo con los datos de la tabla 4, el 40,6 % de las personas usuarias recibe únicamente servicios domiciliarios, mientras que el 31,6 % percibe únicamente la prestación de cuidados en el entorno familiar. El 17,5 % percibe un servicio de asistencia residencial; cerca del 90 % de las personas usuarias, por tanto, recibe servicios de un solo tipo (si bien en el caso de los servicios domiciliarios puede percibirse más de una prestación, por ejemplo, teleasistencia y servicio de ayuda domiciliaria). El 8 % de las personas

usuarias combina la PECEF con otros servicios domiciliarios.

Esta distribución difiere notablemente en función de las comunidades autónomas. Al margen del caso de Cantabria, donde, según los registros del SISAAD, un 28 % de las personas usuarias combina servicios residenciales y domiciliarios, destacan los casos de Galicia, Extremadura y Andalucía, donde casi el 60 % de las personas usuarias recibe solo servicios domiciliarios, o el caso de Baleares, Navarra y el País Vasco, donde un porcentaje significativo —el 42,2 % en Baleares— combina servicios domiciliarios y PECEF. También destaca el elevado porcentaje de personas que perciben servicios residenciales en Cataluña y Castilla-La Mancha, y el elevado porcentaje de quienes únicamente perciben una prestación de cuidados en el entorno familiar en Aragón, Cantabria, la Comunidad Valenciana y Murcia.

Por grados de dependencia (ver tabla 5), las personas con grado I reciben en mayor medida un paquete de atención formado solo por servicios comunitarios y las personas con grado III, únicamente servicios residenciales.

Finalmente, es necesario señalar la escasa intensidad horaria del servicio de ayuda domiciliaria (SAD), ampliamente puesta de manifiesto tanto en la literatura consultada como en las entrevistas realizadas, y la escasa cuantía media de la PECEF, que difícilmente cubre los costes que realmente supone la atención en el hogar a las personas en situación de dependencia. Del mismo modo, la prestación económica vinculada a un servicio (PEVS) resulta a todas luces insuficiente para cubrir una parte sustancial del coste de los servicios residenciales.

En lo que se refiere a la intensidad, si se tienen en cuenta tanto el SAD contratado por los Ayuntamientos como el SAD provisto mediante una PEVS, se observa que, para el conjunto de las personas usuarias, en torno al 55 % recibe 30 horas o menos de atención al mes. Apenas el 12 % recibe más de 66 horas mensuales, es decir, en torno a 2 horas diarias de media.

Más concretamente, como se observa en la tabla 6, en el caso de las personas con grado III, la intensidad es inferior a las 40 horas mensuales en Baleares, Cataluña, Navarra, el País Vasco y La Rioja, mientras que supera las 70, en general, en Extremadura y por muy poco en Asturias y Ceuta y Melilla<sup>3</sup>. La media para el conjunto del país es de 15,2 horas mensuales en el caso del grado I, 37 horas mensuales en el caso del grado II y 57,5 horas mensuales en el caso del grado III. Ha de tenerse en cuenta, en cualquier caso, que las intensidades se asignan teniendo en

<sup>2</sup> Teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día, servicio de centro de noche, servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal y prestación económica vinculada a alguno de los servicios anteriormente mencionados.

<sup>3</sup> Una de las razones que explican estas diferencias podría ser el modelo de copago establecido en cada comunidad autónoma, ya que, en algunos casos, al incrementarse el copago a medida que se incrementa la intensidad, las propias personas usuarias optan por intensidades más reducidas.

Tabla 4. Personas beneficiarias a 30 de noviembre de 2021 según prestaciones recibidas por comunidades autónomas

	Solo DOM	Solo PECEF	Solo SAR	DOM y PECEF	DOM y SAR	Otras	Total	Ratio
Andalucía	57,8 %	24,4 %	11,9 %	5,9 %	0,1 %	0,0 %	252 626	1,41
Aragón	22,9 %	49,4 %	19,0 %	3,2 %	5,5 %	0,1 %	34 789	1,17
Asturias	41,2 %	37,7 %	8,1 %	1,4 %	11,7 %	0,0 %	27 380	1,27
Baleares	14,1 %	30,3 %	11,0 %	42,2 %	1,3 %	1,1 %	24 286	1,62
Canarias	44,7 %	34,5 %	17,5 %	2,7 %	0,6 %	0,0 %	26 403	1,07
Cantabria	18,9 %	42,9 %	0,3 %	9,9 %	28,0 %	0,0 %	17 104	1,55
Castilla-La Mancha	50,4 %	15,4 %	26,5 %	7,4 %	0,3 %	0,0 %	62 853	1,28
Castilla y León	48,7 %	19,7 %	16,1 %	7,6 %	8,0 %	0,0 %	110 745	1,37
Cataluña	22,8 %	40,8 %	24,5 %	10,8 %	1,1 %	0,0 %	180 518	1,21
C. Valenciana	15,3 %	61,0 %	16,3 %	6,7 %	0,8 %	0,0 %	117 467	1,09
Extremadura	59,0 %	19,1 %	20,3 %	1,6 %	0,0 %	0,0 %	31 241	1,09
Galicia	58,3 %	22,1 %	18,8 %	0,8 %	0,0 %	0,0 %	65 454	1,18
Madrid	52,7 %	20,0 %	20,8 %	5,3 %	1,2 %	0,0 %	153 766	1,26
Murcia	23,2 %	53,1 %	13,8 %	9,8 %	0,0 %	0,0 %	37 171	1,30
Navarra	18,0 %	41,4 %	21,1 %	19,5 %	0,0 %	0,1 %	13 909	1,31
País Vasco	26,5 %	32,8 %	17,3 %	19,5 %	3,4 %	0,4 %	65 784	1,37
Rioja, La	56,1 %	7,4 %	22,8 %	9,8 %	3,7 %	0,3 %	8234	1,66
Ceuta	40,1 %	52,7 %	5,0 %	2,1 %	0,0 %	0,0 %	1313	1,10
Melilla	42,4 %	46,5 %	6,3 %	3,2 %	1,6 %	0,0 %	1687	1,52
España	40,6 %	31,6 %	17,5 %	8,0 %	2,2 %	0,1 %	1 232 730	1,28

DOM. Incluye alguna de las siguientes prestaciones: teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día, servicio de centro de noche, servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal y prestación económica vinculada a alguno de los servicios anteriormente mencionados.

PECEF. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar.

SAR. Incluye el servicio de atención residencial o la prestación económica vinculada a este servicio.

Otras combinaciones. Incluye a las personas que reciben servicios de los tres tipos (DOM, PECEF y SAR) y de los tipos SAR y PECEF.

Ratio. Número medio de prestaciones por persona beneficiaria.

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos del SISAAD. Los datos de esta tabla no coinciden con exactitud con los publicados por el Imsero para esta fecha debido a que se trata de una base administrativa viva en constante actualización.

Tabla 5. Personas beneficiarias a 30 de noviembre de 2021 según prestaciones recibidas por grado de dependencia reconocido

	Solo DOM	Solo PECEF	Solo SAR	DOM y PECEF	DOM y AR	Otras	Total	Ratio
Grado I	56,9 %	32,7 %	3,0 %	6,9 %	0,4 %	0,0 %	387 442	1,28
Grado II	36,8 %	32,1 %	19,7 %	8,9 %	2,4 %	0,0 %	477 458	1,31
Grado III	28,3 %	29,9 %	30,0 %	8,0 %	3,7 %	0,1 %	367 830	1,26
Total	40,6 %	31,6 %	17,5 %	8,0 %	2,2 %	0,1 %	1 232 730	1,28

DOM. Incluye alguna de las siguientes prestaciones: teleasistencia, servicio de ayuda a domicilio, servicio de centro de día, servicio de centro de noche, servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía personal y prestación económica vinculada a alguno de los servicios anteriormente mencionados.

PECEF. Prestación económica de cuidados en el entorno familiar.

SAR. Incluye el servicio de atención residencial o la prestación económica vinculada a este servicio.

Otras combinaciones. Incluye a las personas que reciben servicios de los tres tipos (DOM, PECEF y SAR) y de los tipos SAR y PECEF.

Ratio. Número medio de prestaciones por persona beneficiaria.

Fuente: elaboración propia a partir de los microdatos del SISAAD. Los datos de esta tabla no coinciden con exactitud con los publicados por el Imsero para esta fecha debido a que se trata de una base administrativa viva en constante actualización.

cuenta diferentes variables, como la concesión de otras prestaciones complementarias. Por ello, en los territorios en los que las personas con resolución de PIA tienen asignada más de una prestación, pueden tener intensidades inferiores a la media.

**Tabla 6. Intensidad media del SAD por grados y comunidades autónomas (2022) por horas mensuales (situación a 28 de febrero de 2022)**

	Grado I	Grado II	Grado III
Andalucía	10,1	39,9	61,8
Aragón	9,6	22,9	46,9
Asturias	20,2	44,5	70,3
Baleares	18,1	27,7	34,7
Canarias	20,4	44,1	70,2
Cantabria	21,5	34,6	43,5
Castilla y León	20,3	41,8	70,1
Castilla-La Mancha	17,8	31,2	42,2
Cataluña	16,5	25,5	35,3
Comunidad Valenciana	20,1	30,9	55,4
Extremadura	19,9	43,7	69,0
Galicia	20,0	44,3	69,1
Madrid	19,9	35,2	54,0
Murcia	17,9	33,8	58,3
Navarra	59,3	102,3	109,2
País Vasco	21,3	28,8	36,4
Rioja, La	17,7	27,3	37,2
Ceuta y Melilla	20,5	45,0	70,5
Total	16,4	37,9	59,3

**Fuente:** Imsero (2022). Incluye tanto el SAD prestado directamente como el SAD prestado mediante la PEVS.

En lo que se refiere a la adecuación y la suficiencia de las prestaciones económicas, la tabla 7 recoge, en primer lugar, la cuantía media de la PECEF por grados y comunidades autónomas. Como se puede observar, en el caso del grado III, la cuantía se sitúa por debajo de los 250 euros en Cantabria, Castilla y León y Galicia, y por encima de los 350 en Andalucía, Cataluña, la Comunidad Valenciana y el País Vasco. La cuantía media, en el conjunto del país, asciende a 138,90 euros mensuales en el caso del grado I, 240,90 euros mensuales en el caso del grado II y 334,30 euros mensuales en el caso del grado III. Debe nuevamente recordarse, en cualquier caso, que las cuantías se asignan teniendo en cuenta diferentes variables, como la concesión de otras prestaciones complementarias o la capacidad económica de la persona beneficiaria. Por ello, en los territorios en los que las personas con resolución de PIA tienen asignada más de una prestación, pueden tener cuantías inferiores a la media.

**Tabla 7. Cuantía media de la PECEF por grados y comunidades autónomas (2022) por euros mensuales**

	Grado I	Grado II	Grado III
Andalucía	147,70	270,30	396,80
Aragón	110,80	201,60	308,20
Asturias	101,30	181,50	254,10
Baleares	142,10	241,50	335,80
Canarias	149,50	239,80	337,70
Cantabria	108,90	181,30	241,60
Castilla y León	89,90	156,10	213,90
Castilla-La Mancha	133,50	236,80	331,10
Cataluña	151,20	255,80	350,50
Comunidad Valenciana	152,10	262,30	376,90
Extremadura	127,10	226,70	317,80
Galicia	96,10	162,50	208,40
Madrid	155,20	234,60	323,50
Murcia	112,70	188,70	267,10
Navarra	99,10	239,90	284,30
País Vasco	163,80	280,60	367,90
Rioja, La	155,20	184,40	250,70
Ceuta y Melilla	148,20	218,10	326,50
Total	138,90	240,90	334,30

**Fuente:** Imsero (2022)

Resulta también conveniente, para valorar la adecuación del sistema, comparar la cuantía de la PEVS y, más específicamente, de la prestación económica vinculada a los servicios residenciales por ser el tipo de PEVS más extendida. Nuevamente, en el caso del grado III, con una media de 540 euros mensuales —que equivale, *grosso modo*, al 33 % del precio medio del servicio—, la cuantía es inferior a los 450 euros en Asturias y Galicia, y superior a los 650 en la Comunidad Valenciana, Murcia, el País Vasco y La Rioja (tabla 8).

**Tabla 8. Cuantía media de la PEVS para servicios residenciales por grados y comunidades autónomas (2022) por euros mensuales**

	Grado I	Grado II	Grado III
Andalucía	388,60	360,70	585,90
Aragón	212,70	297,10	452,00
Asturias	219,80	274,80	414,80
Baleares	403,00	335,00	524,50
Canarias	320,60	357,10	586,30
Cantabria	344,70	402,70	627,40
Castilla y León	247,00	324,40	459,00
Castilla-La Mancha	221,70	360,20	450,40
Cataluña	439,30	611,90	621,90
Comunidad Valenciana	1425,70	836,70	879,90

	Grado I	Grado II	Grado III
Extremadura	460,80	345,20	507,00
Galicia	-	334,30	389,70
Madrid	364,50	376,60	558,40
Murcia	-	416,20	697,10
Navarra	1222,80	524,00	562,50
País Vasco	312,10	636,30	703,80
Rioja, La	535,60	407,10	676,50
Ceuta y Melilla	-	243,70	531,60
Total	462,00	432,10	540,70

Fuente: Imsero (2022)

## 2.2. La suficiencia del catálogo de servicios y prestaciones de la ley de dependencia y la calidad de la atención prestada

¿Hasta qué punto son suficientes y adecuados los servicios y prestaciones que se ofrecen en el marco del SAAD? Existe, a partir de las fuentes consultadas, una percepción generalizada respecto a la insuficiente adecuación del catálogo de servicios y prestaciones contemplado en la ley de dependencia a las necesidades de la población atendida. En ese sentido, la práctica totalidad de las comunidades autónomas que han respondido al cuestionario señalan expresamente que el catálogo de servicios no es suficiente o adecuado para dar respuesta a las necesidades de las personas usuarias.

¿Cuáles son los servicios que requieren un mayor desarrollo? Entre los servicios cuya existencia se considera más deficitaria, se señalan fundamentalmente el servicio de asistencia personal y las viviendas tuteladas / apartamentos comunitarios, así como los servicios de promoción de la autonomía personal y la provisión de ayudas técnicas y productos de apoyo.

En lo que se refiere al servicio o la prestación para la asistencia personal, se ha puesto de manifiesto en numerosas ocasiones su escaso e insuficiente desarrollo más allá de algunas comunidades autónomas, especialmente en el caso de las personas con discapacidad, que son, teóricamente, sus principales destinatarias: "La asistencia personal para personas con discapacidad en España está claramente infradesarrollada, desigualmente regulada, lo que genera inequidad en el acceso a la prestación según la comunidad autónoma de residencia, y es prácticamente inexistente entre el colectivo de personas con discapacidad intelectual u otras discapacidades del desarrollo" (Muñoz Bravo y Sánchez Ratés, 2020: 34).

El debate sobre la definición del modelo de asistencia personal ha surgido en numerosas de las entrevistas realizadas, valorándose en general positivamente su potencial en cuanto a la flexibilización de la atención.

Algunas de las personas consultadas plantean, sin embargo, reservas frente a la extensión de la prestación económica de asistencia personal (PEAP) en la medida en que consideran que no garantiza ni la calidad de la atención ni unas adecuadas condiciones laborales para quienes trabajan en ese ámbito. También se han puesto de manifiesto reservas importantes en cuanto a la formación que deben acreditar estos profesionales o en cuanto a sus funciones, no siempre adecuadamente delimitadas.

La asistencia personal es absolutamente imprescindible y, si no la desarrollamos, la estrategia de desinstitucionalización se va a quedar en buenas palabras simplemente (E2).

¿Qué ventajas tiene la asistencia personal? La primera, la flexibilidad, que esto es fundamental; la segunda, las horas. Claro, con una jornada de trabajo de ocho horas, pues no tiene nada que ver con las dos horas del servicio de ayuda a domicilio (E18).

Otro de los problemas que también nos preocupa de la figura del asistente personal es el de los derechos laborales de esos futuros profesionales. ¿Cómo van a estar regularizados si no entra un inspector de trabajo en el domicilio, no entra un técnico o técnica de prevención en el domicilio? ¿Quién vela por los derechos de esa persona? ¿Volvemos a tener los problemas de las trabajadoras del hogar y nuestros, algo que queda en un espacio reducido que nadie ve? El acoso laboral en un domicilio, el acoso sexual, las agresiones por parte de enfermos mentales, por parte de enfermos de todo tipo de patologías psicológicas, quedan en ese espacio: nadie los ve, nadie los evalúa y nadie hace informe de ellos. Y, además, nos preocupa porque la formación del asistente personal es de cincuenta horas (E6).

En lo que se refiere a las viviendas y los apartamentos, su escasa dotación en España —de acuerdo con los datos del Imsero, las plazas para personas mayores en viviendas no llegan a las 10 000, frente a las casi 390 000 plazas de atención residencial— contrasta con el protagonismo que estas fórmulas residenciales, a medio camino entre el domicilio y la residencia convencional, han adquirido en diversos países de Europa<sup>4</sup>. Esta carencia también se ha puesto de manifiesto en las entrevistas:

<sup>4</sup> "Uno de los principales cambios estratégicos que requiere el sistema de atención a la dependencia pasa por el desarrollo de un espacio intermedio entre el domicilio y el centro residencial convencional. Más allá de la necesaria potenciación y reorientación del servicio de atención a domicilio, es imprescindible impulsar un continuo de opciones de alojamiento alternativo para las personas mayores que refuerce específicamente los apartamentos tutelados, las viviendas comunitarias y el resto de las opciones de vivienda asistida o con cuidados, ya ampliamente desarrolladas en otros países. En la línea del *extracare housing* británico, las viviendas seguras suecas, las viviendas compartidas o de grupo alemanas o las *résidence autonomie* francesas, estas opciones se caracterizan por separar con claridad la provisión de la vivienda o el alojamiento

Yo creo que aquí estamos perdiendo oportunidades importantes de entrar en el campo de las viviendas adaptadas o viviendas con servicios, que es un modelo que se está desarrollando en muchos países y que, además, es un modelo que se adapta muy bien a las personas antes de que lleguen a situaciones de extrema gravedad desde el punto de vista de la dependencia. Y yo creo que estamos también poniendo mucho énfasis en el modelo residencial, que es el modelo último, y no tanto en modelos de atención domiciliaria. Lo que nos falta es un enorme catálogo de viviendas donde la gente pueda vivir con menos grados de dependencia, que son viviendas con servicios, y nos falta construir esas viviendas (E15).

No necesariamente todo ha de ser pasar por tu casa o por la residencia, hay muchas fórmulas intermedias de, yo qué sé, pues apartamentos con servicios o los *cohousings* o nuevas formas que se están expandiendo en muchos países, que aquí están muy minorizadas y a las que seguramente se tendría que atender (E11).

En lo que se refiere a los servicios de promoción de la autonomía personal, se plantea en las entrevistas tanto su potencial como su escaso desarrollo:

A nuestro juicio, nos parece un servicio muy necesario porque no todas las personas con discapacidad son personas en situación de dependencia, pero incluso aquellas que tienen dependencia con arreglo a nuestro sistema y a nuestra normativa no tienen por qué tener un asistente personal, o sea, que hay discapacidades en las que..., con una buena labor de autonomía personal, de acompañamientos, de recursos diversos, de un entorno cada vez con menos restricciones, más accesible (E3).

La promoción de la autonomía personal. Esa es la gran asignatura pendiente que hay, porque las prestaciones del SAAD son prestaciones de dependencia, no son prestaciones de autonomía. Para poder hacer una parte de promoción de la autonomía, hay que poner en marcha otros recursos, que pueden no ser de la cartera de servicios: pueden ser de asociaciones de mayores, asociaciones de mujeres, las culturales, las de ocio... O sea, todo ese trabajo en cada territorio, en cada comunidad, que permita a las personas sentirse también en su contexto, además de requerir que me ayuden y que me vengán a cambiar el pañal. Permanecer en su casa el mayor tiempo posible, que es lo que quieren, pero con recursos flexibles, flexibles y adaptados a cada situación (E15).

---

—ya sea en compra o en alquiler— de la provisión de los cuidados; la prestación de los cuidados necesarios mediante equipos itinerantes de atención domiciliaria (sin presencia asistencial durante veinticuatro horas), y la organización en torno a estudios o apartamentos con servicios comunes, ya sea en edificios ordinarios o en complejos específicamente destinados a estos equipamientos" (SIIS, 2020a: 79).

La ley era de promoción de la autonomía y no solo de protección de la dependencia, y yo creo que en este sentido, en el de promoción de la autonomía, se ha trabajado muy poco, hasta el extremo de que se ha casi igualado la ley de la dependencia. Y fíjate cómo la llamamos, la llamamos ley de la dependencia, sin hablar de la promoción de la autonomía (E17).

Se plantea, en la misma línea, la necesidad de reforzar, diversificar y flexibilizar el acceso a las ayudas técnicas y los productos de apoyo:

Yo creo que se podrían hacer algunos intentos, por ejemplo, para las personas mayores con discapacidad para tener autonomía; también están las prestaciones de productos de apoyo. Ahora todos los productos de apoyo están en el sistema nacional de salud: las sillas de ruedas, los audífonos, los andadores, las prótesis de todo tipo... ¿Por qué no puede haber productos de apoyo provistos desde lo social o que tengan su propio diseño, como decía antes de las obras y de las actuaciones de la accesibilidad en el entorno de la persona? Porque esto ahora está en las políticas sociales de los Ayuntamientos o de las comunidades autónomas, pero no en la discapacidad... (E2).

También se plantea, por parte de algunas de las personas a las que se ha consultado, la necesidad de avanzar —presupuestaria, conceptual y organizativamente— en el desarrollo de modelos intensivos de gestión de casos que permitan articular la diversidad de los servicios de cuidado y de apoyo que precisan las personas con dependencia que residen en sus domicilios, fomentando la personalización de la atención.

Tú tienes un gestor de casos, le asignas un presupuesto, le asignas a las personas complejas que le toca a él gestionar y le das todo el abanico de recursos para que las pueda gestionar. Si no, seguiremos haciendo colas en diferentes ventanillas (E17).

En la medida en que la demanda de personalización va a crecer, yo creo que el trabajar desde la metodología de gestión del caso podría ayudar mucho. Ese papel, de alguna manera coordinador y orientador para la persona y para su familia, sobre cómo organizar el cuidado, cómo es el paquete de cuidados que necesita con ese dinero —que, a fin de cuentas, se acerca mucho al modelo [de] presupuestos personales, claro—, tendría que ser una aportación económica mucho mejor que la que hay, lógicamente (E18).

El cambio cultural que se necesita para reforzar el papel de la gestora de casos desde el ámbito municipal es enorme; ya no digo administrativo, sino de aquí, cultural entre los trabajadores sociales y los servicios de base municipales, y, por supuesto, en un incremento de la inversión



en servicios sociales municipales, porque esto requiere más personas y formadas de otra manera que no sean distribuidoras de recursos, que es lo que hacen ahora, distribuidoras, y además autoritarias, de recursos (E18).

Más allá de su amplia extensión, que muchas de las personas a las que se ha consultado consideran excesiva, otras personas plantean la necesidad de mejorar el seguimiento de los cuidados prestados en el marco de la PECEF y de mejorar la formación que se ofrece a las personas cuidadoras.

Muchas personas no pueden acceder a un servicio, porque sabe usted que la prestación económica es compartida: tienes una ayuda, pero tú a veces no puedes llegar. Entonces, muchas mujeres se convierten en cuidadoras no por libre elección, sino por imposición económica. Pero faltan dos cosas importantes. Primero, la formación: si hay una persona en casa que está encamada, tú tienes que hacerle cambios posturales, tienen escaras; es decir, yo entiendo que falta una formación, a los cuidadores familiares les falta formación, les falta formación. Hay otra cosa importante que también falta: es la inspección. No inspeccionamos, es decir, confiamos en que se le dé el servicio a la persona y este dependiente está mal cuidado de esta manera. Pues, mire, usted tiene que recibir una formación adecuada para saber adaptar los cuidados a la persona y, por lo tanto, inspección y formación (E4).

A la hora de señalar cuáles son los servicios y prestaciones que requieren un mayor desarrollo en las diferentes comunidades autónomas, los responsables institucionales que han respondido a los cuestionarios destacan —además del incremento de las tasas de cobertura e intensidad del SAD y los servicios residenciales convencionales— los siguientes:

- servicios complementarios al SAD (alimentación a domicilio, lavandería, dispensación de medicamentos, etc.) que permitan enriquecer y flexibilizar la oferta de apoyos en el domicilio;
- servicios de apoyo comunitario y en la vivienda;
- prestación para cuidados profesionales en el entorno familiar, equiparable en cierta medida a la PEVS para el SAD o la PEAP, tal y como se ha desarrollado al menos en algunas comunidades autónomas o territorios forales;
- servicio de asistencia personal, más allá de la prestación de asistencia personal;
- servicios residenciales para diferentes perfiles específicos, como personas con grado I o personas con discapacidad y trastornos de conducta;
- prestaciones económicas de apoyo en el entorno familiar desvinculadas de la presencia de un cuidador familiar y orientadas a compensar el sobrecoste económico de la dependencia —se plantea también la extensión de la PECEF a los

casos de personas sin redes familiares en los que los cuidados son prestados por personas allegadas no familiares—;

- servicio de seguimiento y apoyo a la atención recibida en el domicilio.

En cualquier caso, más allá de la identificación de los servicios y prestaciones que requieren un mayor desarrollo, una de las cuestiones que se ponen más frecuentemente de manifiesto es la rigidez y escasa diversidad del catálogo de servicios de la ley de dependencia, más orientado a ofertar una gama concreta y tasada de servicios y prestaciones que a facilitar a las personas en situación de dependencia los apoyos, múltiples y diversos, que precisan para dar respuesta a sus necesidades:

Después está el tema de que las prestaciones no sean lo suficientemente flexibles y el sistema en sí no sea lo suficientemente flexible para atender a la persona cuando la persona lo necesita, de la manera adecuada y condicionando los recursos a estas necesidades específicas que tenemos cada uno en diferentes momentos de la vida, que pueden ser unos en un momento y al mes siguiente pueden ser otros. Ese es un gran déficit (E5).

Uno de los temas que, para nuestro caso, más nos dificulta es la incompatibilidad de prestaciones y los silos, los cajones estancos. Te hacen la valoración de la dependencia y te dicen: "Tiene usted derecho a un centro ocupacional", y te han matado. ¿Por qué te han matado? Porque te dan una cosa que, si tú realmente gestionas una planificación centrada en la persona, es muy difícil que todo lo que tú quieras en tu vida coincida de nueve a cinco en este centro ocupacional porque es un sistema de atención masificado y basado en centros. Y el tema es: ¿Tú qué necesitas? Bueno, pues mira, ir dos horas a este centro ocupacional, una hora a no sé dónde, cuatro a tal. Entonces el futuro del sistema de atención a la dependencia es la planificación de proyectos de vida en la comunidad, sustentados con buenos apoyos, y no la canalización de servicios rígidos en los cuales las personas están institucionalizadas y no tienen opción a modificar la propuesta que les dan (E12).

Dentro ya del ámbito de las peticiones más del mundo de la discapacidad, pues, desde luego, que haya un catálogo de prestaciones y servicios mucho más amplio, mucho más flexible, mucho más puesto al día; esa visión de autonomía personal e inclusión, no la atención pasiva a la dependencia, sino la promoción de la participación, del empoderamiento de la persona, a través de ofrecerle recursos suficientes. Y eso significa replantearse casi de punta a cabo el catálogo de prestaciones y servicios, dando importancia a los de promoción de la autonomía personal, incluida, por ejemplo, la realización de obra en el hogar (E2).

Junto con las limitaciones del catálogo y la necesidad de ampliarlo y diversificarlo, la revisión de los análisis realizados en los últimos años confirma las carencias del sistema desde el punto de vista de la intensidad y la calidad de la atención efectivamente prestada. Se trata, sin duda, de deficiencias y limitaciones muy anteriores a la pandemia de la COVID-19, pese a que haya sido la pandemia la que ha sacado a la palestra esas limitaciones. En efecto, la pandemia no ha hecho más que visibilizar “un sistema de cuidados frágil, poco adaptado a las necesidades actuales de la población en situación de dependencia, tanto en el modelo de apoyos y atenciones que ofrece como en su adecuación a las preferencias y deseos de las personas que lo utilizan” (Sancho y Martínez, 2021: 337).

Desde una perspectiva general, las cuestiones que se plantean con mayor frecuencia en las fuentes consultadas son las siguientes:

- Problemas y limitaciones para compatibilizar servicios y prestaciones diferentes, especialmente a partir de las reformas introducidas durante la crisis financiera<sup>5</sup>. El análisis de la normativa autonómica y los cuestionarios remitidos por las diferentes comunidades autónomas ponen de manifiesto, por otra parte, una considerable diversidad a la hora de articular las posibilidades de compatibilizar prestaciones diferentes<sup>6</sup>.
- Escaso desarrollo de los servicios y prestaciones de carácter preventivo o más relacionados con la promoción de la autonomía, así como de las ayudas técnicas y el acceso a los productos de apoyo que facilitan la accesibilidad de los domicilios.
- Dificultades para garantizar un cuidado adecuado en el entorno domiciliario, derivadas de las limitaciones, como se ha señalado previamente, en cuanto a la cobertura y la intensidad horaria del SAD, la suficiencia económica de las diversas prestaciones y las pautas de compatibilidad de servicios establecidas.
- En el caso, principalmente, de las personas que se mantienen en su domicilio, necesidad de combinar, como se ha señalado previamente, los cuidados formales y los cuidados informales, dada la escasa intensidad de los primeros.
- Debilidad y escaso desarrollo de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras.

<sup>5</sup> La eliminación de la compatibilidad entre distintos servicios ponía en cuestión la calidad de la atención, puesto que en muchas situaciones se hacía necesario complementar unos servicios con otros con el fin de ofrecer una atención integral a las personas dependientes. La norma dificultaba seriamente la posibilidad de ofrecer la continuidad requerida en los cuidados de muchas personas, que podían sufrir una merma considerable de su calidad de vida (CES, 2021).

<sup>6</sup> Como se ha indicado previamente, el número de prestaciones por persona beneficiaria oscila entre el 1,1 y el 1,6 en las diversas comunidades autónomas.

- Escaso desarrollo de los mecanismos para la coordinación sociosanitaria<sup>7</sup>.
- Tendencia a la desprofesionalización de la atención, que se traduce tanto en el elevado nivel de acceso a la PECEF<sup>8</sup> como en el creciente acceso a plataformas digitales de contratación de cuidados de bajo coste en un proceso de uberización de la atención (Digital Future Society, 2021). Esta tendencia a la desprofesionalización estaría, en todo caso, motivada tanto por la necesidad de reducir costes por parte de la Administración pública como por la búsqueda de fórmulas más flexibles y menos rígidas por parte de las personas usuarias.

Las fuentes consultadas recogen también, de forma más concreta, los problemas relacionados con la calidad de la atención que se presta tanto en el ámbito domiciliario como, particularmente, en el residencial.

La calidad de la atención prestada en las residencias se considera, en general, mejorable. Como explican Sancho y Martínez (2021: 351), “con algunas excepciones, las residencias españolas todavía ofrecen una atención muy uniforme con escasas opciones para que las personas puedan elegir y decidir en el día a día cuándo precisan ayuda de los profesionales (hora de levantarse, acostarse, dónde y con quién comer o pasar el día), con actividades muchas veces infantiles y con escaso sentido para las personas, con habitaciones dobles (en ocasiones hasta de más capacidad), con cambio constante de profesionales, que rotan entre las distintas plantas, espacios comunes donde se custodia a residentes alineados... Una situación en la que pocos nos querríamos ver. A lo que, por si fuera poco, se suma la insuficiencia de las actuales ratios exigidas y un trabajo escasamente reconocido y pagado”.

Durante las entrevistas se ha aludido de forma expresa a las cuestiones relacionadas con la calidad de la atención en el medio residencial:

<sup>7</sup> “El derecho de las personas en situación de dependencia a una atención de calidad de carácter integral se ve debilitado por la tradicional ausencia de coordinación sociosanitaria; la insuficiencia de protocolos de coordinación y derivación entre ambos sistemas, así como su escasa flexibilidad cuando existen; la vigencia de diferentes culturas profesionales e inercias administrativas; la falta de cooperación entre los organismos responsables de servicios sociales y los de salud en los distintos niveles territoriales, así como la falta de equipos de gestores de caso multidisciplinares y centrados en la persona, compuestos por profesionales sanitarios y de servicios sociales comunitarios” (CES, 2021: 54).

<sup>8</sup> Son frecuentes los discursos que vinculan la extensión de esta prestación con una merma de la calidad de la atención: la presencia sustantiva de esta prestación en el conjunto del sistema redundaría en la baja calidad de este, no solo por la ausencia de profesionalización y cuidados de calidad que implica, sino porque detrae recursos a los cuidados profesionales —más costosos económicamente— al tiempo que descarga a la Administración competente de planificar y construir una red de cuidados formales, mientras oferta una alternativa rápida de baja calidad (Franco y Ruiz, 2018).

¿Cómo son nuestras residencias? En nuestras residencias predomina un modelo residencial institucional: tú llegas a la residencia con normas, hay normas que restringen una forma notable de libertad, tú llegas ahí y lo primero entras por la puerta, pierdes tu individualidad, pierdes tu privacidad [...]. Tú llegas a la residencia y tienes tareas y horarios fijos, y todas las personas que entren en una residencia tienen escasa opción de elegir y decidir sobre su día a día: ya está todo hecho, está todo planificado (E4).

Al tema de la residencia hay que darle una reestructuración total, pero vamos, total; desde cero, hay que partir desde cero. Si algo nos ha enseñado yo creo que esta pandemia es que no estábamos preparados... Del tema de la atención en residencias o de la atención asistencial en residencias, pues estábamos creando unos monstruos que yo creo que se estaban convirtiendo en negocio de grandes empresas y se estaba anteponiendo lo que es la... lo que tiene que ser, lo que tiene que ser, un servicio social para una atención, para que eso, para que el residente estuviera como en su casa, pues en lo que se estaba convirtiendo o en lo que se ha convertido es en un negocio para las grandes multinacionales, que se han metido aquí. Es lo primero que yo creo que hay que sacar aquí. Y lo único que les interesa es hacer negocio y nada más (E3).

La residencia es el último recurso: si usted habla con las personas que están en residencia, ninguna quiere estar en residencia, todo el mundo quiere estar en su casa. En primer lugar, porque no se ha logrado eso de que la residencia sea como una casa, no se ha logrado ni muchísimo menos: estamos muy lejos de conseguir eso y, si seguimos haciendo esas residencias monstruosas para que proporcionen beneficios, como están haciendo, pues todavía estaremos más lejos de conseguir que una residencia se parezca lo más posible al hogar (E3).

En esa línea, las personas entrevistadas han planteado la necesidad de limitar el tamaño de los centros residenciales y, especialmente, de articular el funcionamiento de los centros en torno a unidades de convivencia, fomentando la disponibilidad de habitaciones individuales<sup>9</sup>.

El modelo residencial clásico, el clásico de toda la vida, tipo hospital, tipo institución, yo lo prohibiría. Eso ya lo hizo, lo sabes, Dinamarca a finales de los años ochenta, principios de los noventa, y lo ha conseguido. Y lo que haría sería también, con un periodo, poco a poco, pero con un periodo de

tiempo, hacer y obligar a que las residencias que puedan y tengan disponibilidad en su arquitectura puedan seguir avanzando hacia unidades de convivencia, hacia más número de habitaciones individuales; yo las haría todas, pero como mínimo un 80 % de habitaciones individuales. Yo no haría tanto hincapié en el número máximo de plazas de residencia; son muy importantes las unidades de convivencia: tú puedes tener a ciento cincuenta personas en una residencia, en una institución, en unidades de convivencia que no se vean unas con otras. Eso es un tema arquitectónico, el arquitecto te lo puede diseñar directamente (E17).

En cuanto a unidades de convivencia, creo que sí es bueno trabajar en ámbitos quizá más reducidos. Consideramos que tienen que ser permeables para que podamos facilitar los cambios dentro de esas unidades de convivencia. Pero el tamaño de las residencias yo creo que no influye (E8).

La reforma que se quiere impulsar, y en este sentido estoy de acuerdo, es que, digamos, se organicen en grupos de convivencia, es decir, tender a habitaciones individuales para que la persona no pierda su individualidad [...]. Pero yo creo que aquí ha habido un enredo con esto, porque tal vez más importante que el tamaño de la residencia sea la organización de estas residencias, si es posible o no esta organización en pequeños grupos, como que haya miniresidencias dentro de una residencia. Yo creo que es más importante esto, que implica también un cambio en las culturas del trabajo, en la propia organización del trabajo, porque es trabajar a estos niveles más reducidos (E11).

En todo caso, más allá de los cambios arquitectónicos, algunas de las personas a las que se ha consultado destacan la necesidad de impulsar un cambio más profundo en las prácticas organizativas y en las culturas profesionales al objeto de avanzar en la personalización, la flexibilización y la "hogarización" de la atención residencial.

En las residencias tendría que haber lo que yo entiendo como un cambio cultural. Esto no solo consiste en hacer ciertas reformas —el diseño de los espacios, aumentar los ratios de las plantillas...—, que son cambios necesarios en la intensidad del trabajo, pero tiene que haber un nuevo... un cambio de cultura, una nueva mirada hacia quienes precisan cuidados..., es decir, en el nuevo modelo residencial, la persona tiene que estar en el centro. Porque no se pueda levantar o no pueda caminar no tiene que dejar de ser persona, es decir, si tú no entiendes esto, no nos sirve el nuevo cambio del modelo residencial. Pueden ser habitaciones más amplias, pueden ser habitaciones individuales..., por supuesto que es necesario, pero, si no hacemos una reflexión sobre el valor que tienen las personas, no sirve de nada, porque el modelo institucional dificulta la atención personalizada, la privacidad, la libertad y

<sup>9</sup> Como se señala más adelante, estas cuestiones están recogidas en el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia de junio de 2022, sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

la integración social de las personas y, por lo tanto, eso es lo que hay que cambiar (E4).

En lo que se refiere a la atención domiciliaria, los análisis realizados ponen de manifiesto tanto la escasa intensidad horaria del servicio —como se ha señalado previamente— como su rigidez e inflexibilidad, así como las dificultades para dotar al servicio de un valor añadido real, más allá de la prestación de servicios de atención doméstica. En ese sentido, se ha puesto de manifiesto la necesidad de flexibilizar, diversificar, enriquecer y, al mismo tiempo, especializar el servicio de asistencia domiciliaria (SIIS, 2020b).

Durante las entrevistas también se ha planteado esta cuestión:

Mira, en ayuda a domicilio yo creo que hay que invertir en, al menos, tres grandes pilares. Uno de ellos es la mayor intensidad de la ayuda a domicilio, que eso significa más horas; la intensidad actual es muy baja. Segundo, hay que cambiar el modelo: el modelo que hacía atención domiciliaria es una mera prescripción de horas de señor, de trabajador familiar, para ayudar en las actividades de la vida diaria o de limpiadora, de limpieza del hogar, para que te ayuden a limpiar el hogar. Entonces, ¿qué hacen los pliegos técnicos de los Ayuntamientos? Pues valoran una serie de horas a un precio. ¿Y qué es lo que hacen desde los servicios sociales del Ayuntamiento? Pues dicen: "Este señor dos horas, una hora..." Perdone, hay que buscar modelos que sean mucho más adaptables (E17).

El servicio de atención domiciliaria yo creo que está bien valorado, pero al mismo tiempo todo el mundo te dice que es insuficiente porque no te cubre, no cubre las necesidades reales que tiene una persona, sobre todo cuando la situación de dependencia es elevada. Otro problema que tiene es la falta de flexibilidad, es decir, el burocratismo que hay detrás, pero un burocratismo vinculado a decir: "Tienes el grado II, te toca esto; tienes el grado III, te toca esto", con independencia de las necesidades (E11).

Mire, ahora mismo la intensidad de la ayuda a domicilio es poca, son pocas horas. Segundo, sobre la ayuda a domicilio, uno tiene la sensación de que simplemente es para hacer temas de limpieza, de aseo, y tiene que ir más allá. ¿Las personas qué están diciendo? Las personas están diciendo que quieren vivir en su entorno familiar, donde han vivido toda su vida, y, por lo tanto, si tienen que vivir donde han vivido toda su vida, el Estado tiene que centrarse en la ayuda a domicilio: tiene que ser mucho más amplia, tiene que ser mucho más efectiva. Ahora mismo es mínima la intensidad de las horas (E4).

La ayuda a domicilio, como usted sabe, una vez que se le concede la ayuda a domicilio, son los

Ayuntamientos quienes la ofrecen, y entonces ahí hay Ayuntamientos que funcionan bien y hay otros que no funcionan tan bien. Nosotros conocemos casos que necesitan una ayuda a domicilio de una hora al día porque la ayuda que necesitan es precisamente para lavarlo, para asearlo y para eso, y ahora, cuando eso llega, el Ayuntamiento dice que es que él no puede dar una hora al día, que, si eso, son cinco horas a la semana, él puede ir dos veces a la semana. Porque, además, a veces incluso sucede que estos Ayuntamientos tienen hasta subcontratación, es decir, que esto es un desastre total (E3).

En definitiva, aunque, como se explica posteriormente, el ámbito de la dependencia se caracteriza por la ausencia de mecanismos para la evaluación de la atención —así como por la debilidad de los mecanismos de inspección—, existe evidencia suficiente respecto a la necesidad de mejorar la calidad de la atención prestada, en términos generales, en el marco del SAAD (Abellán *et al.*, 2020; Defensor del Pueblo, 2020a y 2020b; CES, 2021; Rodríguez, 2021; Ramírez Navarro *et al.*, 2021).

Las razones que se aducen para explicar las deficiencias en cuanto a la calidad de la atención están claramente relacionadas entre sí. Las principales son:

- Insuficiencia de los ratios de atención y las condiciones laborales del personal, así como de sus niveles de cualificación<sup>10</sup>. La calidad de las prestaciones del sistema es inseparable de la calidad del empleo (CES, 2021).
- Insuficiencia de los mecanismos de financiación, que se traduce, entre otros aspectos, en el establecimiento de precios de concertación insuficientes<sup>11</sup>. Estos precios de concertación, además, no están habitualmente vinculados a los requisitos funcionales, materiales y de personal que se establecen en la normativa de acreditación y concertación (Gómez Ordoki, 2018).
- Recurso a proveedores mercantiles que anteponen la obtención de beneficio económico a la consecución de la calidad asistencial (Palomera, 2020).
- Persistencia de patrones arquitectónicos, culturales y organizativos alejados del paradigma de la personalización y del modelo de atención centrada

<sup>10</sup> El Defensor del Pueblo ya advertía antes de la pandemia de la necesidad de "una profunda revisión al alza de los ratios de personal de atención directa para mejorar la calidad asistencial, pues se han quedado manifiestamente desfasadas" (Defensor del Pueblo, 2020b: 553).

<sup>11</sup> Existe un amplio consenso a la hora de considerar que, a la vista de las necesidades reales y potenciales que la pandemia ha visibilizado de manera dramática, es necesario inyectar recursos públicos adicionales en el sistema para aumentar la tasa de cobertura y eliminar la lista de espera, así como para aumentar el nivel de protección, proporcionando a la población dependiente una mayor intensidad asistencial, servicios de mayor calidad y prestaciones económicas de mayor cuantía (CES, 2021).

en la persona (ACP). En esa perspectiva, tanto las estructuras físicas como las prácticas profesionales y las pautas organizativas de la mayoría de los centros y servicios no están preferentemente orientadas al bienestar, la autodeterminación, la autonomía o la calidad de vida de las personas usuarias. Los condicionantes organizativos se imponen a las necesidades de las personas usuarias y se mantiene un modelo asistencial incapaz de generar una atención menos institucionalizada y más personalizada en un marco físico más hogareño (Sancho y Martínez, 2021).

Para algunas de las personas a las que se ha consultado, por otra parte, la cuestión del aseguramiento de la calidad de la atención ha recibido una atención muy escasa, frente al énfasis en los tiempos de espera y las cuestiones relacionadas con el acceso al sistema. Se ha transmitido, en ese sentido, que los principales problemas del SAAD se referían a las limitaciones de cobertura y acceso al sistema —ejemplificadas en el famoso limbo de la dependencia o en el número de personas fallecidas sin haber accedido a la prestación solicitada— cuando la insuficiente calidad o la escasa intensidad de los servicios efectivamente prestados a las personas que han accedido al sistema han supuesto, en la realidad, una limitación de mayor envergadura.

Después de todo lo vivido, después de todo lo visto, aquí lo único que importa es que, cuando publiquemos los datos, la lista de espera haya disminuido en no sé qué o haya disminuido en no sé cuántos, pero ya está; aquí nadie se preocupa de ese control de calidad que usted dice que es fundamental, pero, vamos, fundamental (E3).

Si bien no es posible determinar con rigor en qué medida la calidad de la atención se relaciona con todos los elementos previamente señalados<sup>12</sup>, cabe pensar que existe un consenso generalizado respecto a la necesidad de un cambio en el modelo de cuidados de larga duración en nuestro país que se centre, especialmente, en la calidad, la intensidad y la adecuación de los servicios prestados. En ese sentido, el panorama pos-COVID-19 está permitiendo articular o, cuando menos, alcanzar un cierto consenso entre los diferentes agentes y Administraciones en torno a la necesidad de un cambio del modelo residencial en particular y de los cuidados de larga duración en general (Amunarriz y Alcalde-Heras, 2021).

### 3. El desarrollo de las herramientas para la gestión de la calidad en el marco del SAAD

Las funciones que normalmente se atribuyen a los sistemas de regulación y gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración son tres (Mor *et al.*, 2014):

- De una parte, el establecimiento de requisitos o estándares mínimos de carácter obligatorio para la prestación del servicio y la autorización administrativa para el inicio de la actividad a partir de una inspección o comprobación inicial. Se trata de las funciones más habitualmente asociadas a la regulación y se centran en determinar qué agentes, con qué medios y en qué condiciones pueden prestar los servicios de cuidado objeto de regulación<sup>13</sup>.

El establecimiento de requisitos y estándares de obligado cumplimiento puede adoptar varias formas: en ocasiones, se trata de las normas que regulan el ejercicio de la actividad, de tal forma que cualquier entidad que haya accedido a una autorización o licencia administrativa pueda desempeñarla. Sin embargo, dado el papel que el sector privado, con y sin fines de lucro, juega en el ámbito de la dependencia en lo que se refiere a la provisión de servicios de responsabilidad pública —o, al menos, de servicios cofinanciados por parte de las Administraciones públicas—, la acreditación u homologación de determinados centros o entidades como proveedores de servicios juega también un papel esencial, estableciéndose, por lo general, criterios o estándares adicionales a los que afectan a los centros que únicamente intervienen en el mercado privado.

- De otra parte, el control permanente del cumplimiento de esos requisitos, generalmente mediante los servicios de inspección, así como mediante el recurso a los mecanismos para la presentación de quejas y reclamaciones por parte de las personas usuarias.
- Más allá de la autorización administrativa, de la homologación de entidades y centros para la provisión de servicios de responsabilidad pública y de su posterior inspección, la tercera función básica de los modelos de regulación y gestión de la calidad se basa en la evaluación de los resultados de la atención prestada y su eventual publicación. Ello requiere el desarrollo de sistemas

<sup>13</sup> Los estándares se han centrado habitualmente en los aspectos más claramente estructurales (*inputs*), estableciendo una serie de requisitos físicos, materiales y funcionales para el desarrollo de la actividad en lo que se refiere tanto a las características físicas de los centros en los que se desarrolla el servicio como a la cualificación y las funciones del personal. A menudo, los requisitos se han centrado también en los procesos y procedimientos de atención (*outputs*) y en su adecuado registro. En ocasiones, señalan Mor *et al.* (2014), los requisitos establecidos en la regulación hacen también referencia a los resultados de la atención (*outcomes*), si bien, como se verá, su consideración a la hora de regular los estándares de atención ha sido en general escasa.

<sup>12</sup> La evaluación del sistema en términos de calidad sigue siendo una de las grandes asignaturas pendientes del SAAD, ya que condiciona la efectividad del derecho a una atención integral centrada en la persona (CES, 2021).

de indicadores que permitan medir de forma adecuada la calidad de la atención y, de forma cada vez más habitual, su impacto en términos de la calidad de vida de las personas atendidas mediante escalas e indicadores específicos<sup>14</sup>.

Murakami y Colombo (2013) plantean un modelo similar con relación a las funciones y las herramientas que conforman los sistemas de gestión y regulación de la calidad, agrupando las políticas e instrumentos disponibles en tres grandes grupos que reflejan a su vez los principales enfoques desarrollados en los países de nuestro entorno en relación con esta cuestión<sup>15</sup>.

A partir de ese esquema, se pueden distinguir al menos seis mecanismos o funciones básicas para la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración (Leturia *et al.*, 2019):

- el establecimiento, mediante la normativa reguladora, de unos requisitos básicos para la autorización administrativa y el registro de los centros y servicios;
- la acreditación, homologación o habilitación de los centros y entidades —y, en su caso, de los profesionales que trabajan en ellos— para la prestación de servicios de responsabilidad pública o para el acceso a la financiación pública por los servicios prestados, en ocasiones en el marco de los mecanismos establecidos para la concertación de plazas privadas<sup>16</sup>;

<sup>14</sup> Se incluye también en esta categoría el establecimiento de sistemas voluntarios, generalmente privados, de certificación de la calidad o de estandarización de los procesos de atención mediante directrices profesionales, guías de buenas prácticas, sistemas de gestión de la calidad y otras herramientas similares. Se trata, en general, de elementos ajenos a la regulación y su inspección, en principio de carácter optativo, en ocasiones orientados a la lógica de la competencia en el mercado. Esta tercera función se corresponde, por otra parte, en mayor medida que las anteriores, con la toma en consideración de la situación real de las personas usuarias desde el punto de vista de los resultados (*outcomes*) que se derivan de los cuidados prestados y, en última instancia, con la medición de su calidad de vida.

<sup>15</sup> De acuerdo con estos autores, "un primer paso para superar la incapacidad de los proveedores de servicios para autorregularse es imponer ciertos controles regulatorios externos para salvaguardar y controlar la calidad. Estos controles típicamente se enfocan en controlar los *inputs* o insumos (cualificación y dotación de personal, infraestructuras, etc.), estableciendo normas mínimas aceptables, y luego hacer cumplir su aplicación. Un segundo enfoque es desarrollar estándares que busquen estandarizar la práctica del cuidado de manera deseable y luego monitorear los indicadores de calidad para asegurar que los resultados del cuidado coincidan con los objetivos deseados. Un tercer enfoque es estimular la mejora de la calidad mediante el uso de incentivos dirigidos a proveedores y personas usuarias, incluido el uso de incentivos financieros y el fomento de la competencia entre los proveedores de atención basada en medidas de rendimiento" (Murakami y Colombo, 2013: 23-24).

<sup>16</sup> Como se señala en la exposición de motivos de la normativa que regula en Cataluña los procesos de acreditación y concertación (Decreto 69/2020), "la acreditación es el resultado de un procedimiento de evaluación de los servicios sociales que una entidad de servicios sociales privada presta a la población con la finalidad de reconocer que cumple los estándares de calidad y el resto de los requisitos exigidos para cada tipología de servicio de la red de servicios sociales de atención pública. La acreditación garantiza la con-

- la inspección de los requisitos establecidos para la autorización, la homologación o la concertación;
- la evaluación de la calidad de la atención mediante escalas e indicadores capaces de medir los procesos y los resultados, y su eventual publicación;
- la certificación de la calidad de la atención por parte de entidades independientes;
- la estandarización de la atención mediante directrices, recomendaciones y guías de buenas prácticas.

Se analizan a continuación, teniendo en cuenta ese esquema, los mecanismos y procedimientos establecidos en el conjunto de España y en las diferentes comunidades autónomas para la regulación y la calidad de la atención en los servicios incluidos en el marco del SAAD.

### 3.1. La regulación de los elementos relacionados con la calidad de la atención a escala estatal y autonómica: autorización y acreditación de los servicios

La regulación de los elementos relacionados con la calidad de la atención en la provisión de los servicios del SAAD se deriva tanto del marco normativo establecido a nivel estatal como de los desarrollos regulatorios de las comunidades autónomas, así como, en su caso, de las diputaciones y los Ayuntamientos. La normativa promulgada se refiere tanto, de forma específica, a los servicios de atención a la dependencia como al conjunto de los servicios sociales y regula, generalmente mediante las mismas normas, los elementos relacionados con la autorización, la acreditación y la inspección de los servicios.

En todo caso, es importante señalar que corresponde a las Administraciones autonómicas la regulación básica de los criterios para la autorización y la inspección de los centros y los servicios, mientras que se regulan a nivel estatal, previo acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, los elementos relacionados con la acreditación de los servicios y los centros para la prestación de servicios en el marco del SAAD.

En lo que se refiere a la normativa estatal, en su artículo 34, la ley de dependencia atribuye al Consejo Territorial la responsabilidad de acordar:

- criterios de calidad y seguridad para los centros y los servicios;

secución de unos estándares de calidad superiores a los exigidos para iniciar la prestación del servicio e inscribirlo en el registro de entidades, servicios y establecimientos de servicios sociales, que es un requisito indispensable para ser proveedor de la red de servicios sociales de atención pública, y la correcta prestación del servicio público".

- indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del sistema;
- guías de buenas prácticas;
- cartas de servicios, adaptadas a las condiciones específicas de las personas en situación de dependencia bajo los principios de no discriminación y accesibilidad.

A su vez, el artículo 35:

- Recoge la obligación de establecer estándares esenciales de calidad para cada uno de los servicios que conforman el catálogo de servicios, previo acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.
- Obliga a los centros residenciales para personas en situación de dependencia a disponer de un sistema de gestión de calidad que establezca la participación de las personas usuarias, en la forma que determine la Administración competente.
- Subraya la necesidad de atender, de manera específica, a la calidad del empleo, así como a promover la profesionalidad y potenciar la formación en aquellas entidades que aspiren a gestionar prestaciones o servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

El desarrollo de esas herramientas puede ser considerado, en líneas generales, como insuficiente. En 2008, se aprobó el Acuerdo sobre Criterios Comunes de Acreditación para garantizar la calidad de los centros y los servicios del SAAD, centrado de forma específica en los recursos materiales y equipamientos y en los recursos humanos. Más allá de su efectividad y desarrollo, resulta llamativo que se establecieran únicamente, dada la situación en aquel momento, objetivos referidos a la cualificación de los profesionales y las ratios de atención<sup>17</sup>.

El acuerdo de acreditación de centros y servicios que está en vigor, que se adoptó en el año 2008, pues era un buen paso, un paso evidentemente positivo en aquel momento, que establecía sucesivas etapas que se han ido alcanzando. Yo creo que la más significativa de esas etapas que apuestan por la calidad de la atención estaba en el hecho de que el 100 % de las plantillas estuviesen debidamente acreditadas en términos de cualificación, que era un hándicap que teníamos y que hemos conseguido casi completamente en el marco de las residencias. Todavía queda... (E1).

La aplicación de ese acuerdo fue, además, lenta e incompleta, produciéndose numerosos retrasos en la aplicación de los plazos previstos para la acreditación del personal y el cumplimiento de las ratios de

atención previstas. Las necesidades de personal adicional impuestas por la pandemia obligaron además, en 2020 y 2021, a tomar una serie de medidas para dejar sin efecto, con carácter excepcional, algunos de los requisitos de acreditación profesional anteriormente vigentes.

La situación, sin embargo, podría modificarse de forma sustancial a corto plazo como consecuencia de la aprobación en junio de 2022 del "Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD". El acuerdo, aprobado por una exigua mayoría de comunidades autónomas, es producto de un proceso de negociación y debate tanto con los agentes sociales (sindicatos, organizaciones patronales, entidades del tercer sector, entidades profesionales, sociedades científicas, etc.) como con las comunidades autónomas en el seno del Consejo Territorial. Su aprobación implica un cambio estratégico en el modelo de gestión de la calidad de los servicios de atención a la dependencia de España.

*Grosso modo*, el acuerdo establece un nuevo marco de acreditación de los servicios de atención a la dependencia, determinando una serie de condiciones relacionadas con los elementos estructurales y arquitectónicos de los centros, las ratios de atención, la cualificación y habilitación profesional del personal y los modelos de evaluación del sistema.

En todo caso, dejando de lado el potencial impacto de este acuerdo a medio y largo plazo, cabe subrayar que el marco normativo desarrollado durante los últimos años a escala autonómica para la regulación de la calidad de la atención se caracteriza por su dispersión y su heterogeneidad. El repaso de la normativa promulgada por las comunidades autónomas con relación a esta cuestión permite, sin embargo, identificar algunas características comunes:

- La regulación de los servicios —tanto para la fase de autorización y registro como para la de acreditación— se ha centrado de forma muy específica en las cuestiones relacionadas con las ratios de atención y la cualificación del personal, por una parte, y los requisitos funcionales y materiales que han de cumplir los centros, por otra, desde una perspectiva muy centrada en la regulación de los procesos y procedimientos de atención (Gerokon, 2019). La preocupación por las cuestiones relacionadas con los resultados de las intervenciones sobre la calidad de vida de las personas usuarias está presente en algunas de las normas promulgadas, aunque en términos generales ha recibido una escasa atención.
- Mientras que la regulación de los requisitos funcionales y materiales de los centros —y, especialmente, de los centros residenciales— ha recibido una atención preferente, la regulación de la calidad de la atención prestada en otros servicios —como la atención diurna y domiciliaria— o mediante las prestaciones económicas ha recibido una atención mucho menor. La escasa regulación del SAD o de

<sup>17</sup> Aunque el acuerdo establecía que, en el plazo de doce meses, el Consejo Territorial fijaría los indicadores y estándares esenciales de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado para cada uno de los centros y servicios del sistema, esos estándares e indicadores no fueron desarrollados posteriormente.

la atención que debe garantizarse mediante la percepción de la PECEF contrasta con el protagonismo de estos servicios y prestaciones en términos de gasto y cobertura.

- La regulación de los aspectos relacionados con la calidad de la atención de los servicios de atención a la dependencia se materializa, en casi todos los casos, mediante la normativa promulgada en el ámbito de los servicios sociales, bien desde una perspectiva genérica, bien desde la perspectiva de los servicios sociales para personas mayores o con dependencia. Aunque son varias las comunidades autónomas que en los últimos años han actualizado esa normativa, en otras la regulación de la atención no ha sido actualizada desde la aprobación de la ley de dependencia<sup>18</sup>.

Como se ha señalado previamente, las comunidades autónomas aplicaron, además de forma incompleta, los elementos contemplados en los acuerdos iniciales de acreditación de la calidad, especialmente en lo que se refiere a las ratios de atención: "Aunque las comunidades autónomas tienen elaborados procedimientos de autorización / acreditación de centros para mayores, los cimientos creados por el Consejo Territorial en materia de empleo apenas han sido desarrollados. Solamente cuatro autonomías reproducen en su ámbito competencial los criterios mínimos de plantilla, manteniendo algunas su normativa preexistente. Se aprecia una regulación heterogénea, alejada del pretendido ideal de homogeneidad, con disparidad en la concreción de ratios mínimas, incluso con lagunas en la configuración de requisitos" (Jimeno Jiménez, 2017: 127)<sup>19</sup>.

En los últimos años, sin embargo, como consecuencia, en parte, del impacto de la pandemia en los centros y los servicios de atención a la dependencia, algunas comunidades autónomas han realizado un esfuerzo

<sup>18</sup> De acuerdo con un informe publicado en 2019 por el Círculo Empresarial de Atención a las Personas (Gerokon, 2019: 23), "en diez comunidades autónomas, los marcos normativos que están en vigor fueron aprobados en la década de los noventa; en cinco de ellas, en la década del 2000, y solo dos tienen un marco normativo aprobado en esta década que está a punto de finalizar. Aunque en todas las comunidades se han ido regulando de manera complementaria determinados aspectos, la realidad es que estamos ante marcos normativos obsoletos, elaborados para dar respuesta a las necesidades que se veían en aquel momento". Si bien la situación ha cambiado a lo largo de los tres años transcurridos desde la publicación de ese informe, la necesidad de actualizar y renovar la normativa en este ámbito parece evidente.

<sup>19</sup> "Transcurrido el tiempo, se constata cómo el acuerdo apenas ha sido desarrollado en cada ámbito territorial, se mantiene vigente en algunas autonomías la normativa preexistente y existe disparidad autonómica sobre requisitos de plantillas mínimas globales y específicas. Aunque las comunidades autónomas tienen elaborados procedimientos de autorización / acreditación de centros para mayores, los cimientos creados por el Consejo Territorial en materia de empleo apenas han sido desarrollados. Solamente cuatro autonomías reproducen en su ámbito competencial los criterios mínimos de plantilla, manteniendo algunas su normativa preexistente. Se aprecia una regulación heterogénea, alejada del pretendido ideal de homogeneidad, con disparidad en la concreción de ratios mínimas, incluso con lagunas en la configuración de requisitos" (Jimeno Jiménez, 2017: 127).

importante para la actualización de este marco normativo. Sin ánimo de exhaustividad, cabe en ese sentido señalar los desarrollos realizados en los últimos años en Navarra, Cantabria, el País Vasco, Castilla y León, Extremadura, La Rioja, la Comunidad Valenciana o Castilla-La Mancha. Se ha producido también en algunas comunidades autónomas, como la Región de Murcia o la Comunidad Valenciana, la actualización del marco normativo general, con la aprobación o modificación de sus respectivas leyes de servicios sociales.

Si bien estos nuevos marcos normativos se centran nuevamente en los aspectos más directamente relacionados con los requisitos personales, materiales y funcionales, incorporan otros elementos de interés relativos a la personalización de la atención, el aseguramiento de la dignidad de trato y el ejercicio de los derechos de las personas usuarias, bien en la fase de autorización, bien en la fase de acreditación. Entre los elementos de mayor interés, y sin ánimo de exhaustividad, cabe destacar los siguientes:

- limitaciones o recomendaciones con relación al tamaño máximo de los centros y su ubicación;
- articulación de los centros residenciales en torno a unidades de convivencia de pequeño tamaño;
- limitaciones en cuanto a la utilización de restricciones físicas;
- elaboración de planes personales de atención y apoyo al proyecto de vida;
- refuerzo de la figura del profesional de referencia e introducción de nuevos roles profesionales, como el gestor de casos de atención residencial;
- refuerzo de las actividades significativas para las personas usuarias, especialmente en el ámbito residencial;
- introducción de mecanismos para la participación de las personas usuarias, como los consejos de participación de las personas usuarias;
- mecanismos para el fomento de la participación de las familias y el abordaje de las necesidades de las personas cuidadoras.

### 3.2. La inspección de los servicios y los centros

El modelo de gestión de la calidad de los cuidados de larga duración desarrollado en España concede una gran importancia a la inspección del cumplimiento de los requisitos formales establecidos en la normativa, si bien a menudo los equipos inspectores no tienen la capacidad suficiente para inspeccionar todos los aspectos contenidos en la regulación y las inspecciones tienden a centrarse en aspectos estructurales y procedimentales que la norma establece, pero no en los resultados alcanzados mediante los dispositivos regulados. En ese sentido, si bien las inspecciones que se realizan en este modelo pueden ser útiles para prevenir las deficiencias más palmarias —aunque no siempre o necesariamente—,



resultan poco adecuadas para impulsar una visión más holística de la calidad de la atención. De hecho, se ha constatado que, en la práctica, las inspecciones que periódicamente realiza la Administración para tratar de garantizar el buen funcionamiento de los centros residenciales para personas mayores no inciden de manera sustancial en la verificación del nivel de la calidad asistencial y la calidad de vida del residente (Leturia *et al.*, 2019).

La mayor parte de las comunidades autónomas articulan su labor de inspección mediante planes de inspección de servicios sociales que, en la mayor parte de los casos, se elaboran de forma periódica (anual, bienal o trienal) y se publican para su conocimiento por parte de todos los agentes a los que conciernen. Si bien en muchos casos los planes de inspección se centran en comprobar el cumplimiento de los requisitos materiales y funcionales de obligado cumplimiento y en la comprobación de las ratios de personal, así como en la respuesta que se da a las quejas, denuncias y reclamaciones presentadas por las personas usuarias, puede decirse que existe una preocupación creciente por incorporar a estos planes de inspección otros elementos relacionados con la calidad de vida de las personas usuarias y el respeto de sus derechos.

En ese sentido, algunos de los planes de inspección consultados hacen referencia a cuestiones tales como:

- el aseguramiento del ejercicio de los derechos de las personas usuarias;
- la elaboración y aplicación de la programación individual de atención<sup>20</sup>;
- el fomento de la autonomía de las personas usuarias;
- el mantenimiento de registros de indicadores relacionados con la situación de las personas usuarias;
- la evaluación de la satisfacción de las personas usuarias;
- la verificación del uso racional e individualizado de las medidas de contención;
- la implantación en los centros de medidas de prevención de la dependencia;
- la participación de las personas usuarias en la organización y el funcionamiento del centro;
- la detección de buenas prácticas en los centros.

<sup>20</sup> A título de ejemplo, el Plan de Inspección en Materia de Servicios Sociales de Navarra para el año 2022 tiene en cuenta la existencia en los centros de planes de atención individualizada integrales, personalizados, que tengan en cuenta gustos, intereses y capacidades, y marquen objetivos y actuaciones concretos para alcanzarlos. Dichos planes deberán estar actualizados, informados y consensuados con las personas usuarias o sus familiares. También se tendrá en cuenta en las inspecciones la implantación del modelo de atención centrada en la persona, la introducción de las historias de vida como método de trabajo y atención personalizada al usuario y la existencia de un profesional de referencia.

Cabe destacar, por otra parte, el creciente recurso en el ámbito residencial, en el marco de los servicios de inspección, a la implantación de escalas homologadas de valoración geriátrica y el uso de sistemas de información electrónica que permitan recoger datos e indicadores sobre la situación de las personas usuarias<sup>21</sup>.

El uso agregado de los datos que se derivan de esas herramientas permite la identificación de resultados deseables, protocolos para la organización de los cuidados, indicadores de calidad y el desarrollo de sistemas de clasificación de personas usuarias en grupos de isodependencia o isorrecursos. Este tipo de herramientas responde a una tercera generación de instrumentos de valoración de necesidades que pueden utilizarse de forma longitudinal en diversos entornos de cuidados para realizar el seguimiento de una misma persona, lo que facilita la continuidad de los cuidados. Además de la valoración de la situación de la persona y de la consiguiente identificación de los elementos que se deben tener en cuenta a la hora de elaborar el plan de cuidados, esta herramienta permite la medición de diversos aspectos relativos a la calidad de la atención (Leturia *et al.*, 2019).

En el mismo sentido, cabe señalar la creciente orientación de estos planes hacia el asesoramiento y el acompañamiento a las entidades proveedoras de servicios en cuanto a la transformación de sus procedimientos, más allá de las actividades clásicas de inspección. Esa cuestión ha sido expresamente señalada en alguna de las entrevistas realizadas.

En el tema de la calidad, el asunto es: ¿unimos la calidad a la inspección? En mi opinión, yo creo que la Administración y, en general, la ley deben promover un acompañamiento para el cambio y para el mejor cuidado, y ahí es donde está realmente el modelo, de alguna manera, de acompañamiento, de promoción de una mayor calidad. El gran debate está ahí, yo voy a trabajar en la calidad por una parte y en la inspección por otra: hay posiciones que defienden eso. La otra es: Yo, de alguna manera, reconvierto la inspección en acompañamiento en el cambio (E18).

En cualquier caso, pese al despliegue de estos planes y herramientas, existe un consenso generalizado a la hora de subrayar la necesidad de reorientar y reforzar los servicios y procedimientos establecidos para la inspección de los servicios. Puede decirse, en efecto, que el ejercicio de la potestad inspectora y sancionadora ha sido desarrollado por las

<sup>21</sup> A título de ejemplo, la Junta de Castilla y León estableció en 2021 el uso de un sistema de información electrónica de proveedores de servicios sociales de la Administración de la Comunidad de Castilla y León. Este sistema de información electrónica, de aplicación en el ámbito de la atención social a las personas mayores y a las personas con discapacidad, se articula a través de un aplicativo informático de gestión de datos denominado REPRISS que recoge los datos e información que la Administración de la Comunidad de Castilla y León necesita para el adecuado seguimiento de los centros y los servicios.

comunidades autónomas de forma desigual e insuficiente, tanto en lo que se refiere a la frecuencia y la capacidad de detección de incumplimientos de las inspecciones como al marco conceptual y organizativo en el que se apoyan. Las entidades profesionales han señalado, en ese sentido, que el marco jurídico del actual sistema de inspección está obsoleto y es manifiestamente mejorable, y el Defensor del Pueblo ha reclamado un refuerzo claro de los servicios de inspección<sup>22</sup> (Defensor del Pueblo, 2020b).

En los cuestionarios cumplimentados por las comunidades autónomas para este informe, se pone también de manifiesto con claridad la dificultad para la realización de inspecciones y evaluaciones debido, entre otras razones, a la limitación de recursos. Esta limitación, en algunas comunidades autónomas, se ha visto incrementada por el creciente recurso a las PEVS para la ocupación de plazas, lo que incrementa el número de centros y plazas privadas que deben ser inspeccionadas.

También durante las entrevistas se han puesto de manifiesto las limitaciones de los actuales modelos de inspección y acreditación:

El sector público controla simplemente que se recibe la prestación y poco más; es decir, que no, no se está controlando la calidad de esa prestación y se debería hacer una labor fundamental: el controlar la calidad de esa prestación. Y luego tampoco se atienden de una manera diligente las quejas que vienen por parte de los destinatarios de las prestaciones; desde nuestro punto de vista, tampoco están teniendo las respuestas que debieran. El sector público deja muchísimo que desear en ese aspecto, y el sector privado igual: si yo me voy a una residencia a una plaza privada, exactamente igual y quizá hasta peor, no sé qué decir. No, no hay un control de calidad, que sería fundamental (E3).

En 2008 se hicieron las primeras normas, el primer acuerdo de acreditación, y todavía no lo han aplicado. Cuando hicimos las primeras normas de acreditación, se dijo, por ejemplo, que todas las

<sup>22</sup> De acuerdo con el informe del Defensor del Pueblo sobre actuaciones ante la COVID-19, "las comunidades autónomas deben reforzar los servicios de inspección para que estén suficientemente dotados y puedan llevar a cabo su función de forma eficaz, vigilando que los centros mantengan los requisitos exigidos para el funcionamiento y la calidad del servicio de atención residencial de mayores. Es recomendable que se aprueben planes periódicos de inspección de los centros con indicadores sobre calidad, trato inadecuado y buenas prácticas. Las Administraciones deben hacer un esfuerzo mayor en esa dirección" (Defensor del Pueblo, 2020a: 86). Ya antes de la pandemia, el propio Defensor del Pueblo señalaba: "Es imprescindible que las comunidades autónomas creen con urgencia, o en su caso incrementen adecuadamente, unos servicios de inspección suficientemente dotados de personal correctamente formado para que puedan llevar a cabo su función de vigilancia de forma eficaz para que los centros mantengan los requisitos normativos exigidos para su correcto funcionamiento y unos niveles adecuados de calidad en la prestación del servicio de atención residencial de mayores" (Defensor del Pueblo, 2020a: 553).

comunidades autónomas tienen que exigir una capacitación profesional para las gerocultoras, que en 2012 será el 100 %. Estamos en 2022, todavía no se ha hecho ese proceso. De aquellas normas del año 2008 que dicen "se tendrán que hacer unos sistemas comunes de calidad", no se ha hecho. Se pedirá una certificación, una titulación a los directores de los centros de servicios sociales. No se ha hecho en las comunidades autónomas; las que lo han querido hacer lo han hecho, las que no lo han querido no lo han hecho (E13).

A modo de resumen, entre las limitaciones de los actuales modelos de inspección señaladas en los cuestionarios, las entrevistas y la literatura consultada, cabe poner de manifiesto las siguientes:

- Orientación eminentemente centrada en la comprobación de los requisitos formales establecidos en la normativa —es decir, requisitos materiales, funcionales y de personal—, dejando de lado los aspectos más vinculados al impacto de los servicios en la calidad de vida de las personas atendidas<sup>23</sup>.
- Orientación básicamente centrada en la atención residencial, resultando mucho menos frecuente la actividad inspectora —como ocurre en el caso de la regulación y la acreditación— en el caso de los servicios de atención diurna y domiciliaria<sup>24</sup>.
- Como consecuencia de lo anterior, escasa capacidad para la inspección, incluso el seguimiento, de las prestaciones de competencia municipal o prestadas a domicilio, así como para la inspección / seguimiento de la calidad de la atención prestada a las personas perceptoras de la PECEF. Ya se hable de acreditación, inspección o evaluación, la situación de los servicios y las prestaciones que permiten el mantenimiento en el domicilio es, en líneas generales, más deficitaria (si bien cabe señalar que diversas comunidades autónomas y Ayuntamientos están avanzando en el diseño de sistemas de seguimiento, inspección o evaluación en ese ámbito).
- Recurso excesivo a la realización de inspecciones previamente programadas o en horarios en los que la presencia del personal está garantizada en mayor medida.
- Insuficiente dotación de personal en los servicios de inspección.

<sup>23</sup> Esta orientación de la labor inspectora hacia la comprobación de los requisitos formales establecidos en la normativa se produce, además, en un contexto en el que la normativa es más profusa, detallada y exhaustiva que en los países de nuestro entorno.

<sup>24</sup> Se ha puesto de manifiesto, también a nivel internacional, el muy escaso desarrollo de instrumentos de gestión de la calidad específicamente diseñados para su uso en los entornos comunitarios o domiciliarios, siendo el entorno institucional y residencial el que, con gran diferencia, ha experimentado un mayor desarrollo (Leturia *et al.*, 2019).

- Ausencia de criterios comunes, en ocasiones dentro de una misma comunidad autónoma, a la hora de realizar las inspecciones o imponer sanciones<sup>25</sup>.
- Escasa difusión de los resultados de las inspecciones realizadas. La cuestión de la difusión de los resultados de las inspecciones resulta particularmente llamativa, especialmente si se compara con la tendencia —muy pronunciada en los países de nuestro entorno, como se explica posteriormente— a la publicación de los indicadores de calidad y los informes de evaluación de la totalidad de los centros de atención<sup>26</sup>. Como se señala más adelante, este aspecto ha sido incorporado al "Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia".

Resulta, en cualquier caso, sintomático que hayan sido los medios de comunicación los que, en plena pandemia, hayan dado a conocer el número y las características de las sanciones impuestas a los centros residenciales, así como la dotación de los servicios de inspección de las comunidades autónomas o el número y la identidad de las residencias que han sido objeto de sanción. En ese sentido, una investigación publicada en julio de 2021 por el periódico *El País* ponía de manifiesto el escaso número de inspecciones realizadas por las comunidades autónomas y las diputaciones forales entre 2014 y 2020 —en al menos diez comunidades los centros no eran objeto de inspección al menos una vez al año—, la escasa cuantía de las multas impuestas y la escasa dotación de los servicios de inspección (Domínguez *et al.*, 2021).

De acuerdo con los datos de la investigación realizada por *El País*, la media de inspecciones anuales por centro oscila entre el 2,1 de Gipuzkoa y el 0,1 de Extremadura (ver tabla 9). La media de centros por cada inspector oscila entre 39 en Asturias y 4 en Baleares. El 21 % de los centros habían sido objeto de sanción en el periodo analizado, previo a la COVID-19, con porcentajes que oscilan entre el 1 % de Extremadura y el 54 % de Castilla-La Mancha.

<sup>25</sup> "Algunas entidades gestoras de centros residenciales manifiestan la preocupación por la falta de criterio que existe en muchas comunidades a la hora de realizar inspecciones. Situaciones que no son sancionables un año al otro sí. Inspectores que tienen un criterio e inspectores que tienen otro. Se echa en falta un sistema de inspección más homogéneo, independientemente de la persona que lo realice" (Gerokon, 2019: 29).

<sup>26</sup> Algunas comunidades autónomas sí han puesto en marcha medidas para dar a conocer los resultados básicos de los procedimientos de inspección. Así, por ejemplo, la Consejería de Familia, Juventud y Política Social de la Comunidad de Madrid publicó a finales de 2021 la memoria relativa al plan de calidad e inspección de servicios sociales de la Comunidad de Madrid. De acuerdo con los datos de esa memoria, se realizaron durante 2021 un total de 4560 inspecciones, de las que se derivaron 83 propuestas de sanción administrativa. El 100 % de los centros residenciales y de atención diurna fueron inspeccionados al menos una vez.

Tabla 9. Actividad inspectora de las comunidades autónomas y los territorios forales durante el periodo 2014-2019

	Media de inspecciones por centro en el periodo 2014-2019	Media de residencias por cada inspector adscrito al servicio	% de residencias sancionadas
Álava	1,4	12	18
Andalucía	1,7	16	4
Aragón	0,5	25	15
Asturias	0,5	39	16
Baleares	0,9	4	31
Bizkaia	0,8	11	39
Canarias	0,2	26	5
Cantabria	1,2	7	31
Castilla-La Mancha	1,6	16	54
Castilla y León	0,7	17	13
Cataluña	1,4	33	21
Comunidad Valenciana	0,5	10	27
Extremadura*	0,1	32	1
Galicia	0,7	23	17
Gipuzkoa	2,1	8	11
La Rioja	1,2	7	45
Madrid	2,0	25	42
Murcia	0,7	5	6
Navarra	0,7	19	23

\* No tiene cifras de inspecciones desagregadas, pero admiten que prácticamente van solo cuando hay una denuncia.

Fuente: Domínguez *et al.* (2021)

En lo que se refiere al motivo de las sanciones (ver tabla 10), el 31 % se refiere al incumplimiento genérico de la normativa o el contrato; el 25 %, a insuficiencias de las ratios de personal, y el 19 %, a casos de asistencia inadecuada.

Tabla 10. Infracciones más comunes en las sanciones impuestas a las residencias

Motivo de la sanción	N	%
Incumplimiento genérico de la normativa o el contrato	483	31
Personal insuficiente	400	25
Asistencia inadecuada	317	19
Falta de higiene	172	10
Falta de autorización	135	9
Trato degradante o maltrato	131	8
Obstruir la labor inspectora	64	4
Sobreocupación	40	3
Problemas con instalaciones	21	1
Abandono de los usuarios	4	0,4

Fuente: Domínguez *et al.* (2021). Cada sanción puede contener varias infracciones, por lo que los porcentajes suman más del 100 %.

Más allá de la difusión de los resultados de las inspecciones, cuestión que se analiza posteriormente en mayor detalle, se han puesto también de manifiesto limitaciones importantes en lo que se refiere a la información que los centros residenciales hacen pública en relación con los servicios que ofrecen. En ese sentido, una investigación reciente ha establecido el grado de transparencia de la legislación autonómica con relación a los servicios residenciales mediante la creación de un índice de transparencia en residencias de mayores (TRM) al nivel de comunidad autónoma (Pérez-Durán y Hernández-Sánchez, 2021).

El índice está compuesto por tres pilares —estructuras, procesos y resultados— que reflejan la cantidad de requisitos legales de transparencia que se cumplen en cada comunidad autónoma. Como se observa en la tabla 11, el promedio de los pilares es 0,18 en estructuras (de 7 indicadores), 0,36 en procesos (de 14 indicadores) y 0,23 en resultados (de 6 indicadores). El promedio del índice TRM es de tan solo 0,25, con valores que oscilan entre el 0,0 de Galicia y el 0,49 de Canarias. El caso de Galicia es especialmente preocupante, señalan los autores, ya que aún no se cumple con ninguno de los 27 indicadores de transparencia.

Tabla 11. Índice de transparencia en residencias de mayores (TRM) al nivel de comunidad autónoma

	Estructuras	Procesos	Resultados	Índice
Galicia	0,00	0,00	0,00	0,00
Extremadura	0,14	0,00	0,00	0,05
Madrid	0,14	0,08	0,00	0,07
Aragón	0,14	0,00	0,17	0,10
Cataluña	0,00	0,23	0,17	0,13
Castilla-La Mancha	0,00	0,38	0,17	0,18
Cantabria	0,14	0,15	0,33	0,21
Navarra	0,00	0,46	0,17	0,21
Total	0,07	0,16	0,13	0,12
Andalucía	0,29	0,38	0,17	0,28
Castilla y León	0,14	0,54	0,17	0,28
La Rioja	0,29	0,46	0,17	0,30
Asturias	0,29	0,54	0,17	0,33
País Vasco	0,29	0,54	0,33	0,39
Baleares	0,29	0,62	0,33	0,41
Comunidad Valenciana	0,29	0,46	0,50	0,42
Murcia	0,29	0,54	0,50	0,44
Canarias	0,29	0,69	0,50	0,49
Promedio	0,18	0,36	0,23	0,25

Fuente: Pérez-Durán y Hernández-Sánchez (2021)

### 3.3. La concertación social como herramienta para la gestión de la calidad

Como se ha señalado antes, más allá de la autorización para la apertura de servicios y centros, la acreditación de los servicios se configura como un elemento básico para la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración en la medida en que es en la fase de acreditación en la que se establecen requisitos adicionales a los que establece la normativa ordinaria. Esa ha sido, de hecho, la vía seguida para la introducción de criterios homogéneos de calidad en el marco del SAAD en la medida en que los mecanismos de acreditación permiten establecer unos criterios mínimos comunes para todo el Estado, más allá de los establecidos en la normativa autonómica.

Las Administraciones competentes para la gestión del SAAD pueden, en cualquier caso, establecer requisitos adicionales para la concertación de sus servicios. Muchas de ellas lo han hecho mediante la figura del concierto social, que permite establecer requisitos adicionales para la prestación de determinados servicios, tanto en lo que se refiere a las ratios de personal como a otros elementos relacionados con la calidad de la atención y tanto a la hora de la selección de las entidades concertadas como a la hora de la determinación del contenido y las características de los servicios objeto de concertación.

Hasta la fecha, doce comunidades autónomas han regulado sus respectivos modelos de concertación y tres más están en proceso de tramitación de su normativa. Aunque esos desarrollos son similares en algunos aspectos, difieren entre sí en elementos importantes: por ejemplo, mientras que unas comunidades autónomas han regulado el concierto en el ámbito social y sanitario (p. ej. Aragón o Navarra), otras lo han hecho solo para algunos aspectos de los servicios sociales (p. ej. Asturias o Murcia). Por otra parte, mientras que la regulación de unas comunidades autónomas solo permite concertar con entidades sin ánimo de lucro al entender que los servicios sociales no son de interés económico (Aragón, Asturias, Navarra o Valencia), otras lo abren a todo tipo de entidades. Es el caso de Andalucía, Cataluña, Galicia o Castilla y León, si bien las entidades de iniciativa social tienen preferencia respecto de las entidades mercantiles (Fresno, 2021).

Aunque, en la mayor parte de los casos, la normativa que regula los conciertos remite a la normativa reguladora general o a las condiciones de cada uno de los conciertos —lo que limita la capacidad de estos mecanismos a la hora de introducir elementos adicionales para la calidad de la atención—, algunas de las comunidades autónomas que han regulado la figura de los conciertos sí han introducido disposiciones específicas relacionadas con la gestión de la calidad. Entre los requisitos o criterios de selección que se introducen en la normativa consultada, cabe señalar:

- la obligación de acreditar o estar en condiciones de disponer de un certificado de calidad del centro o el servicio;
- la introducción de mecanismos de evaluación y seguimiento de los servicios prestados mediante acción concertada y la obligación de realizar una auditoría técnica y económica para garantizar la calidad del servicio, así como para valorar el debido cumplimiento de los derechos de las personas usuarias<sup>27</sup>;
- la consideración de determinados criterios a la hora de la selección de las entidades concertadas;
- la consideración de la implementación de prácticas innovadoras que incidan directamente en la calidad de los servicios concertados a la hora de valorar el acceso a los conciertos.

La fórmula del concierto social ofrece, por tanto, la posibilidad de cambiar los patrones por los que se rige la cooperación público-privada en los servicios sociales para mejorar la calidad de los servicios, dotarlos de estabilidad y unir las fuerzas y capacidades de los actores públicos y privados en la solución de los problemas sociales. Sin embargo, tras varios años de experiencia, puede decirse que el concierto no está funcionando bien en España, o lo está haciendo bien en contadas ocasiones. Y esto es así por una regulación deficitaria en la que, en la mayoría de las ocasiones, las comunidades autónomas han ido copiando unas de otras sus decretos o leyes, pero, sobre todo, por una mala práctica en la puesta en marcha, aplicando el concierto con lógicas y patrones de la contratación convencional (Fresno, 2021).

### 3.4. Certificación, normalización y publicación de estándares y guías de buenas prácticas

Como se ha señalado previamente, la certificación de la calidad de la atención por parte de entidades especializadas y la estandarización de la atención mediante la publicación de estándares, directrices y buenas prácticas juegan, al menos en los países de nuestro entorno, un papel protagonista en cuanto a la gestión de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración. El desarrollo de esas herramientas en nuestro país ha sido, sin embargo, escaso y, sobre todo, heterogéneo y disperso.

Por una parte, no ha tenido desarrollo el “Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes para la conceptualización, elaboración y evaluación de buenas prácticas en el SAAD”, adoptado en 2011. Más allá de la publicación por parte del Inmerso de un catálogo de buenas prácticas que describe diversos proyectos desarrollados en el ámbito de los servicios sociales, no se ha desarrollado en España una labor lo suficientemente articulada y coordinada de generación de recomendaciones, directrices o estándares que permitan —más allá de la regulación normativa— determinar y orientar los modelos y procedimientos de atención.

La ausencia de un marco de directrices comunes de calidad, determinadas para el conjunto de los centros del SAAD, contrasta con la importancia que la generación de estándares comunes de calidad tiene en los modelos de gestión de la calidad de los países de nuestro entorno. En ese sentido, es de destacar el papel de las directrices de calidad y las directrices de expertos en el marco del seguro alemán de dependencia, los estándares de calidad que forman la base del sistema de evaluación del Care Inspectorate escocés o la labor de generación de recomendaciones profesionales que desarrolla la Haute Autorité de Santé y, previamente, la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad de los Establecimientos y Servicios Sociales y Médico-Sociales (ANESM) en Francia (SIIS, 2021).

Ciertamente, muy diversas entidades —públicas y privadas— han elaborado y publicado a lo largo de los últimos años guías, manuales y directrices con los que se ha querido contribuir a la mejora de la calidad de los servicios de atención a la dependencia<sup>28</sup>. Estas iniciativas, sin embargo, se caracterizan por su dispersión y fragmentación: lejos de posibilitar una aproximación estructural y homogénea para la garantía de la calidad de los servicios de atención a la dependencia en España, constituyen, al margen de su calidad o pertinencia, una miríada de iniciativas aisladas, fragmentadas y desarticuladas.

En lo que se refiere a la certificación de la calidad de la atención por parte de entidades externas, puede decirse que una parte relativamente importante

<sup>27</sup> En el caso de Cataluña, por ejemplo, se establece que las entidades de servicios sociales proveedoras, con la finalidad de ofrecer una atención de calidad a las personas usuarias y de acuerdo con la normativa aplicable en materia de servicios sociales y accesibilidad, deben disponer de un sistema de gestión de la calidad actualizado y de un sistema de evaluación continua. En el caso de Navarra, se establece que la ejecución de los conciertos sociales será objeto de evaluación para determinar si procede prorrogarlos y si se mantiene o no la prestación mediante el régimen de concierto social, pudiendo también servir de base para las valoraciones sobre el acceso a otros conciertos y para la evaluación de la normativa reguladora de los conciertos.

<sup>28</sup> Sin ánimo de exhaustividad, podrían señalarse los trabajos realizados por la Fundación Avedis Donabedian, la publicación por parte de la Generalitat de Cataluña de diversos manuales de indicadores de calidad en el ámbito de los servicios sociales, las diversas iniciativas sobre calidad de la atención desarrolladas por el Instituto Foral de Bienestar Social de Álava, los manuales sobre calidad en diversos servicios sociales elaborados por la Agencia de Calidad Sanitaria de Andalucía, las guías prácticas y los estándares de calidad en geriatría elaborados por la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, los modelos de calidad desarrollados por el Inmerso para su aplicación en diversos ámbitos de la intervención social, los manuales de buenas prácticas desarrollados por el Instituto Aragonés de Servicios Sociales, las diversas colecciones sobre la atención centrada en la persona publicados por Matia Instituto Gerontológico o los cuadernos técnicos elaborados por la Fundación Guía-Careaga.

de las entidades que trabajan en el ámbito de la dependencia recurren a diversas normas y sellos de calidad. Cabe destacar en ese sentido el recurso a algunos sellos de calidad de carácter genérico, como la norma ISO 9001:2000 o el modelo de calidad total EFQM. También cabe hacer referencia al desarrollo de los sistemas de normalización de la Asociación Española de Normalización (UNE) —con modelos específicamente centrados en los principales servicios que conforman el SAAD—, el modelo de acreditación de servicios sociales de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología<sup>29</sup> o la existencia de modelos de carácter más cualitativo, centrados en la garantía de los derechos de las personas usuarias, como es el modelo de garantía de calidad Kalitatea Zainduz de la Fundación Eguía-Careaga (SIIS, 2009).

Para algunas de las personas a las que se ha consultado, el desarrollo de este tipo de modelos de certificación podría mejorar los procesos de inspección por parte de las Administraciones en la medida en que esas inspecciones podrían centrarse de forma específica en los elementos clave del proceso de atención.

Hay una serie de inspecciones que no se deberían hacer, que es que tenemos a funcionarios que van a hacerles la ITV a las empresas. Si tú tienes una residencia, tú te pagas la ITV; a mí tráeme de AENOR, OCA, ECA, TUPSARLAN, de cualquier gestor independiente. No tengo que enviar a un funcionario público a mirar si todos esos extintores han pasado y puedo guardar la inspección para los casos de vulneración de derechos (E13).

Junto con el desarrollo de estos modelos de certificación, es también relativamente habitual la elaboración de cartas de servicios, a menudo en el marco de la elaboración de herramientas de este tipo para el conjunto de una misma Administración. La Comunidad de Madrid, por ejemplo, dispone de, al menos, setenta y seis cartas de servicios, doce de las cuales se refieren a servicios y centros relacionados con los servicios sociales.

No parece, en cualquier caso, que el impacto de estas herramientas sea significativo. Aunque las investigaciones realizadas con relación a estas herramientas apuntan a que mejoran el grado de orientación al mercado de los centros residenciales que las utilizan, así como el desempeño de determinadas áreas asistenciales<sup>30</sup>, también sugieren

<sup>29</sup> <https://www.segg.es/acreditacion/acreditacion-servicios-sociales>.

<sup>30</sup> Se han identificado, en ese sentido, resultados positivos en el desarrollo diario de las funciones de enfermería de las residencias geriátricas derivados de la utilización de un sistema de gestión de calidad, pues ha mejorado considerablemente la calidad de la práctica clínica. Estos resultados apuntan a que la implantación de un sistema de gestión de calidad proporciona una herramienta útil al servicio de enfermería en residencias de personas mayores, evidenciándose los efectos positivos que resultan de dicha implantación mediante encuestas de satisfacción e indicadores sanitarios (Andreo *et al.*, 2015).

que no necesariamente mejoran la calidad de la atención percibida por las personas usuarias:

Aunque la implantación de los modelos de gestión de la calidad pueda ser considerada positiva, pensamos que sus técnicas no deben adoptarse de forma mimética sin que exista detrás un pensamiento crítico. Los centros que utilizan la norma ISO 9001, el modelo de gestión de la calidad más implantado en el sector, destacan la incidencia que esta ha tenido en la sistematización y formalización de las tareas. Sin embargo, si los modelos genéricos no se orientan a la atención asistencial, se corre el riesgo de que su implantación se convierta en un simple formalismo burocrático sin ninguna relación con la calidad asistencial. Por ello, quizás sería necesario desarrollar modelos alternativos a los sistemas generales de garantía de calidad que pudieran ser más idóneos y rentables para las organizaciones, sobre todo para las de menor dimensión, evitando un exceso de papeles y normas descriptivas para concentrar las energías en una mejora efectiva de la calidad asistencial (San Miguel, 2011: 671)<sup>31</sup>.

En esa misma línea, estudios más recientes ponen de manifiesto que los sistemas de gestión de la calidad implantados en España no miden en su totalidad todos los aspectos relacionados con la atención de calidad, si bien la introducción de sistemas de garantía de calidad se ha traducido en una mejora efectiva de la calidad de los centros (Martínez y Barrera, 2021).

### 3.5. La evaluación de la calidad, la publicación de indicadores de calidad y la institucionalización de la gestión de la calidad en el ámbito de la dependencia

La última de las herramientas para la gestión de la calidad que se analizan en este artículo es la evaluación de la calidad de la atención prestada en los centros y los servicios, así como la publicación de indicadores de calidad.

En relación con esa cuestión, debe señalarse, en primer lugar, que se está produciendo en los países de nuestro entorno un cambio de enfoque que prioriza la calidad de vida y el bienestar de las personas sobre la calidad de la atención o, en otros términos,

<sup>31</sup> Para San Miguel (2011: 670-671), "no cabe duda de que la introducción de la corriente de la calidad ha sido muy positiva para un número importante de organizaciones del ámbito estudiado [...]. Con todo, y como no podría ser de otra forma, toda esta corriente también ha tenido sus claroscuros. En muchas organizaciones, por ejemplo, la calidad se ha entendido como una actividad funcional específica de las organizaciones, como una actividad extra, en lugar de entenderla como una función transversal dentro de la actividad de dirección y gestión de los centros; en trabajar más, en suma, en lugar de en trabajar mejor [...]. Es entonces cuando la adopción de estas herramientas, sistemas o modelos se puede convertir más en un fin en sí mismo que en un medio para mejorar la gestión de la organización y, por ende, la calidad del servicio que se ofrece a los usuarios".

la evaluación de los resultados sobre el cumplimiento de los requisitos establecidos en la regulación. A partir de la constatación de las limitaciones de los modelos clásicos de evaluación, diversos autores han defendido la idea de orientar los modelos de gestión de la calidad hacia la calidad de vida frente a la gestión de la calidad de la atención que se ha venido manteniendo hasta ahora<sup>32</sup>.

En efecto, Kane (2001) ponía de manifiesto ya hace más de veinte años la necesidad de prestar una menor atención a la calidad técnica del servicio y una mayor atención, por el contrario, a la calidad de vida —medida tanto de forma objetiva como subjetiva— de las personas usuarias: a su juicio, frente a la piadosa idea de la calidad de la atención, la calidad de vida de las personas atendidas se debe considerar el objetivo prioritario de los servicios de cuidados<sup>33</sup>. Este cambio se ha llevado a la práctica en diversos países de nuestro entorno mediante la transformación de sus sistemas de inspección y evaluación. En el caso escocés, por ejemplo, se ha subrayado que el modelo desarrollado a partir de la publicación de los estándares de calidad para la evaluación de los servicios supone pasar de un enfoque basado en la comprobación de requisitos a otro basado en la evaluación de resultados desde la perspectiva de la experiencia, la calidad de vida y el bienestar de las personas usuarias (Okasha, 2017; Mathias, 2018).

Aunque de forma incipiente, ese cambio de tendencia está dándose también en nuestro país mediante la exigencia de evaluaciones internas o externas en los procedimientos para la concertación social y, sobre todo, mediante el desarrollo de escalas, estándares y catálogos de indicadores especialmente orientados a la medición de la aplicación de la atención centrada en la persona, particularmente en el medio residencial, siendo mucho menor el desarrollo de este tipo de estándares de calidad en el medio domiciliario (Martínez Rodríguez, 2019).

<sup>32</sup> Es obvio que en las últimas décadas “se ha impulsado el desarrollo de sistemas de gestión, lo cual ha supuesto una mejora organizacional, una profesionalización de la gestión y también una sistematización de las actividades que en el ámbito de un servicio de atención se llevan a cabo. Pero los sistemas de gestión de la calidad y las certificaciones y reconocimientos relacionados no garantizan por sí mismos la calidad de la atención. La calidad organizacional y la calidad del servicio deben tener una consecuencia directa sobre la calidad de vida de las personas y ser facilitadoras de la implantación de un modelo de atención que garantice la mejora continua de la calidad de vida en los servicios residenciales” (Leturia, 2012: 44).

<sup>33</sup> Más recientemente, Razo *et al.* (2016: 201) han puesto de manifiesto que “la calidad de la atención es importante para apuntalar la calidad de vida. Sin embargo, la calidad de la atención se ha confundido con la obtención de estándares de calidad que sistematizan el proceso de atención como un mecanismo de producción donde lo importante es obtener puntos, ya sea por el número de pacientes atendidos o los procedimientos realizados, sin tomar en cuenta la participación activa de la persona que es atendida ni considerarla como un ser único que necesita una atención integral desde su historia de vida, su condición física, psicológica, social y espiritual, aspectos que sí logran los modelos de atención centrada en la persona”.

Aunque también se ha avanzado en la realización de evaluaciones de la calidad de la atención en los centros residenciales, especialmente con relación a la introducción de modelos de atención centrada en la persona, la disponibilidad de este tipo de evaluaciones es todavía muy reducida en España y en el contexto internacional. “En relación con los resultados de la ACP en personas que viven en residencias, se dispone de pocos estudios y estos son poco concluyentes debido a la heterogeneidad y calidad de los estudios, aunque sugieren que puede tener efectos positivos tanto entre las y los profesionales como entre las personas residentes y, en personas con demencia, favorecer el control de los síntomas de comportamiento y mejorar la calidad de vida” (Rojano *et al.*, 2021: 30).

En cualquier caso, algunas comunidades autónomas están impulsando la realización de autoevaluaciones por parte de los centros, así como la puesta a disposición de esos centros de herramientas de estandarización para la mejora de la calidad. En ese sentido, cabe destacar el proceso de autoevaluación realizado por la Comunidad de Madrid mediante un cuestionario de autoevaluación remitido a las 477 residencias de personas mayores de la Comunidad de Madrid<sup>34</sup>. También la Comunidad Foral de Navarra ha puesto en marcha un proceso para la autoevaluación de la adopción del enfoque de la calidad centrada en la persona en sus centros, elaborada por la Comisión de Apoyo a la Red de ACP. Cabe, en cualquier caso, añadir que se trata de iniciativas relativamente aisladas y que la mayor parte de las comunidades autónomas no han referido, en los cuestionarios cumplimentados, iniciativas específicas relacionadas con la evaluación de la atención.

Aunque son también escasas las herramientas orientadas a la medición de la satisfacción de las personas usuarias respecto de la atención prestada, cabe señalar que los trabajos realizados en esa línea ponen de manifiesto niveles elevados de satisfacción: así, una encuesta realizada por la Diputación Foral de Bizkaia en 2020 indica que la puntuación media otorgada a la calidad residencial es de 8,1 puntos sobre 10 y que más del 70 % de las personas a las que se ha consultado otorgan una puntuación igual o superior a 8 (Diputación Foral de Bizkaia, 2020). Por el contrario, una encuesta realizada por la Organización de Consumidores y Usuarios (2020) indica un nivel más bajo de satisfacción —67 sobre 100— y un porcentaje menor —40 %— de puntuaciones superiores a 8. Por su parte, la Comunidad de Madrid dispone de un servicio de encuestas de satisfacción sobre el procedimiento de valoración mediante la

<sup>34</sup> La autoevaluación 2022 se realiza con un cuestionario de cuarenta preguntas distribuidas en cinco áreas temáticas: sistema de gestión de calidad (cinco preguntas), acciones formativas (cuatro preguntas), satisfacción de la persona usuaria (cinco preguntas), accesibilidad y supresión de barreras arquitectónicas (dos preguntas) y procesos de atención (veinticuatro preguntas). Entre las cuarenta preguntas, se facilitan cinco preguntas clave (una en cada área temática) para revisar la coherencia de las respuestas dadas a las preguntas de su respectiva área temática.

realización de encuestas telefónicas a personas que han sido valoradas. Otras comunidades autónomas, como La Rioja, también vienen desarrollando de forma sistemática encuestas de satisfacción entre las personas usuarias de los servicios.

No puede decirse, en cualquier caso, que se haya alcanzado en España el nivel de institucionalización de la evaluación en materia de cuidados de larga duración alcanzado en otros países de nuestro entorno. Y ello pese a la constatación de que "para abordar cualquier tipo de mejoras en el SAAD, se requeriría un mecanismo permanente, transparente e independiente de evaluación de su actividad en términos de accesibilidad, eficiencia y calidad. Hasta el momento, esto no se ha llegado a articular a pesar de la aprobación por el Consejo Territorial de criterios comunes y estándares de calidad en los servicios y de la publicación de algunos informes de evaluación elaborados por el propio Imsero hace ya varios años" (CES, 2021: 181).

Efectivamente, junto con el cambio de enfoque previamente señalado, cabe señalar la creciente institucionalización en los países de nuestro entorno de los procesos de gestión de la calidad en el ámbito social y sanitario mediante la creación de estructuras organizativas capaces de impulsar las labores de regulación, inspección, evaluación, acreditación o certificación de la calidad de la atención, así como de desarrollar otras funciones relacionadas con la innovación, la investigación o la formación.

Si bien la diversidad de funciones y dependencias institucionales es muy grande —en algunos casos se trata de entidades públicas, en otros no; en algunos casos se encargan de inspeccionar el cumplimiento de la normativa básica, en otros no—, en todos los casos desarrollan un papel importante a la hora de centralizar el trabajo que en cada país se realiza en esta materia. En esta línea, debe destacarse especialmente el papel que realizan entidades como el Care Inspectorate escocés y la Care Quality Commission inglesa en el Reino Unido, Socialstyrelsen en Suecia y Dinamarca, así como la agencia AViQ en Bélgica, la ANESM y la Haute Autorité de Santé en Francia, la Joint Commission norteamericana o el Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (MDS) en Alemania. Como se señala en la exposición de motivos del "Anteproyecto de ley reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León", se trata en todos los casos de centros tractores que, mediante su actividad, impulsan la gestión del conocimiento y la mejora de la calidad en la prestación de servicios sociales o de atención a la dependencia.

Junto con esa escasa institucionalización, destaca también en España la ausencia de sistemas de indicadores de calidad que permitan conocer el desempeño de los diferentes centros en términos de calidad de la atención en un contexto en el que no se da la necesaria importancia a la transparencia y la rendición de cuentas.

Durante las entrevistas se ha hecho frecuente alusión a esta cuestión:

Tendrían que hacerse públicas las actas de inspección porque, si tenemos unos inspectores que están inspeccionando residencias y que pueden descubrir cosas, pues, si yo quiero ingresar en una residencia o quiero que mi madre vaya a una residencia y estoy asesorando a mi madre para que vaya a una residencia, si con mis impuestos se paga algo que está haciendo esa residencia, yo quiero saberlo. Yo pago al inspector, quiero saber lo que ha dicho el inspector... En Inglaterra lo hacen, en Alemania lo hacen, en Estados Unidos lo hacen. En Alemania incluso el resultado de la inspección tiene forma de unos dibujos y se pone en la puerta de las residencias. Entonces te dividen atención de enfermería, atención a la demencia, atención hotelera; te dan la puntuación que ha encontrado la inspección a esos y el resultado de un acreditador externo, o sea, y te lo ponen en la puerta de todas las residencias (E13).

Hay que dar transparencia al sistema. Los ciudadanos tenemos que saber cómo es el funcionamiento de las residencias, de los servicios de ayuda a domicilio, con una serie de criterios básicos de calidad y de seguimiento. Que puedas hacer un seguimiento. Tú tienes que saber si un familiar tuyo está en una residencia de mayor nivel de calidad o de menor nivel de calidad porque, entre otras cosas, la pagamos todos con nuestros impuestos, pero eso son temas importantes de gobernanza (E17).

Dentro del sistema de inspecciones que se están realizando a las residencias, [sería necesario] que se fuera más allá de las inspecciones típicas de cómo se está aplicando la normativa arquitectónica; los metros que se usan para no sé qué, para no sé cuántos; la alimentación, que eso también; pero más aún el análisis de la calidad de los servicios que se están dando, de los profesionales con los que se está trabajando, de la formación de estos profesionales. [Sería necesario] que hubiera, de alguna manera, algún sistema indicativo para las familias o las personas que quieren optar por una residencia, que fueran públicas las inspecciones y, si una residencia tiene unas valoraciones muy buenas respecto a la calidad de los servicios que está dando, pues que esto sea público y que se pudiera dar a conocer (E5).

Esta situación contrasta, efectivamente, con la creciente extensión en los países de nuestro entorno de sistemas de indicadores y calificaciones que permiten valorar y dar a conocer la calidad de la atención prestada en cada centro. Estos modelos sirven tanto para informar a las personas potencialmente usuarias de la calidad del servicio prestado por cada centro o empresa proveedora de servicios como para retirar la acreditación u



homologación de las entidades que no superan las evaluaciones realizadas<sup>35</sup>. Resultan particularmente interesantes, en esa línea, las experiencias desarrolladas en Alemania, Estados Unidos, el Reino Unido o Australia<sup>36</sup>.

Frente a esta situación, algunas comunidades autónomas han dado importantes pasos adelante tanto en lo que se refiere a la institucionalización de la evaluación como a la generación de sistemas de indicadores y su difusión.

En ese sentido, el "Anteproyecto de ley reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León" establece que los centros residenciales para cuidados de larga duración deberán someterse periódicamente a una evaluación de calidad. La evaluación de la calidad deberá estar orientada a medir los servicios que proporcionen e incrementen la calidad de vida de la persona atendida, así como a verificar el respeto de todos sus derechos en la prestación de aquellos. La evaluación se realizará a través del correspondiente instrumento técnico, y su resultado se reflejará en un informe. El informe de la evaluación del centro, que, en todo caso, será de conocimiento público, tendrá carácter anual e incluirá detalles de la evaluación realizada y una puntuación global que sintetice el nivel de calidad de los servicios evaluados. La junta fijará la puntuación mínima que deben obtener los servicios prestados en los centros residenciales para poder acceder a la concertación o a su prórroga<sup>37</sup>.

<sup>35</sup> La publicación de los resultados de las evaluaciones o inspecciones realizadas constituye, especialmente en los modelos más orientados al mercado —Alemania, el Reino Unido, Estados Unidos...— una herramienta cada vez más utilizada. Si bien este tipo de herramientas despiertan recelos y resistencias en las entidades proveedoras de los servicios, las evaluaciones realizadas apuntan a que tienen un cierto impacto en la mejora de las deficiencias inicialmente detectadas, en la mejora de la calidad del servicio y en la transparencia del sistema (Herr, Nguyen y Schmitz, 2015; Kumpunen *et al.*, 2014).

<sup>36</sup> El desarrollo de estos nuevos modelos de evaluación está claramente relacionado con la extensión del principio de libre elección de los servicios y con la consiguiente necesidad de garantizar que las personas usuarias dispongan de toda la información necesaria para elegir el centro o la entidad a la que quieren acceder. En ese contexto, la creciente importancia del concepto de libre elección de las personas usuarias ha impulsado la adopción de lógicas "mercantiles" de competencia entre proveedores, con el consiguiente énfasis en todos los aspectos relacionados con la transparencia y la rendición de cuentas.

<sup>37</sup> En lo que se refiere a la institucionalización de la evaluación, el anteproyecto de ley añade que la Junta de Castilla y León articulará, de forma directa o indirecta, un ámbito de actuación destinado a impulsar la calidad a través de la evaluación de la calidad de los centros y los servicios sociales, el desarrollo de estándares de calidad, la elaboración de directrices, guías y manuales de buenas prácticas, la elaboración de estudios e investigaciones monográficas en el ámbito de los servicios sociales, el mantenimiento de un sistema de indicadores de calidad de la atención dispensada en todos los centros y servicios sociales, así como la identificación y difusión de la evidencia científica disponible en relación con la intervención en el ámbito de los servicios sociales, la difusión de datos estadísticos, el impulso a las actividades de formación especializada y la sensibilización social.

A nivel estatal, como ocurría con la acreditación de los centros y los servicios, la situación puede, además, modificarse sustancialmente tras la aprobación el pasado mes de junio de 2022 del "Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del SAAD", que establece un marco sustancialmente distinto en lo que se refiere tanto a la acreditación de los servicios como al modelo de evaluación de la calidad de la atención de los cuidados y a su institucionalización.

En lo que se refiere a la evaluación de la calidad de la atención, el acuerdo establece la creación de un sistema común de evaluación de calidad de los servicios del SAAD y, más concretamente, la constitución de una ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD. Esta ponencia se constituye como un grupo de trabajo permanente y tendrá como misión inicial "la elaboración de una propuesta de sistema común para la evaluación de la calidad de los servicios y prestaciones del SAAD que deberá referirse especialmente a los resultados e impactos de estos en las personas y, muy especialmente, en su vida digna de calidad" (Secretaría de Estado de Derechos Sociales, 2022: 46).

De acuerdo con el texto del acuerdo, "el enfoque de la evaluación será *ex post* y las dimensiones que evaluar se articularán en torno a los principios de dignidad y respeto, personalización y atención centrada en la persona, participación, control y elecciones, derecho a la salud, al bienestar personal, y proximidad y conexiones comunitarias" (Secretaría de Estado de Derechos Sociales, 2022: 47). El acuerdo añade que se deberán introducir, asimismo, criterios relacionados con la calidad de las condiciones de trabajo de las personas profesionales encargadas de prestar apoyo en los diferentes servicios como elemento que impacta en los ejes citados anteriormente.

Transcurridos dieciocho meses desde su constitución, la ponencia deberá presentar una propuesta completa de criterios, dimensiones, indicadores, herramientas y procesos comunes de evaluación de la calidad de los servicios del SAAD, que servirán de referencia para los acuerdos posteriores de referencia y su aprobación por parte del Consejo Territorial. El marco de calidad que se propone incluye un marco referencial de calidad en el que se establecen los estándares de la atención<sup>38</sup>, un sistema de evaluación de la calidad —en el que se genere una aplicación sistemática de evaluación y acreditación de la calidad que permita avanzar a todas las organizaciones y entidades prestadoras de servicios hacia la mejora de la calidad— y planes de transición del modelo de atención de los servicios.

La creación de la ponencia representa un avance de importancia en la institucionalización en España de la

<sup>38</sup> Principios, dimensiones y criterios de calidad que deben orientar la atención a las personas en situación de dependencia y la organización de los servicios y las prácticas profesionales. Este marco será el referente para el desarrollo de las mejoras de los servicios.

evaluación de la calidad en el ámbito de los cuidados de larga duración en la medida en que, con el acuerdo aprobado por el Consejo Territorial de Servicios Sociales y el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, una vez que el Consejo Territorial apruebe el sistema de evaluación de la calidad del SAAD, la ponencia técnica de evaluación y calidad del SAAD deberá permanecer activa para:

- revisar de forma continua los estándares de atención de cada uno de los servicios y prestaciones del SAAD y su aplicación para proponer las oportunas mejoras y modificaciones a la comisión delegada;
- elaborar recomendaciones y directrices;
- diseñar y proponer los sistemas de publicación de resultados de las evaluaciones y los modelos de calificación;
- diseñar y proponer sistemas de comparaciones abiertas;
- elaborar, por encargo del Consejo Territorial, encuestas u otras herramientas que favorezcan el aprendizaje para el cambio de modelo.

El modelo de calidad que se establece en el acuerdo asume las carencias del actual sistema en cuanto a

la transparencia y la rendición de cuentas y plantea medidas concretas para su mejora. Así, en el marco del sistema aprobado:

- Los resultados de las evaluaciones de los servicios del SAAD, conforme al sistema que se apruebe, tendrán carácter público y abierto, y serán difundidos y actualizados mediante los medios que se determinen.
- Los resultados de las evaluaciones de cada centro o entidad serán publicados de una manera planificada y ordenada, de manera que sean accesibles y entendibles para todas las partes y personas interesadas.
- Se establecerá un sistema de monitorización de resultados que determine las fuentes de datos y registros, los mecanismos de recogida de los datos, la sistemática de análisis y la comunicación de resultados.
- Los resultados de las evaluaciones de calidad podrán dar lugar a categorías que sean utilizadas como criterios para el establecimiento de valores diferenciados en las contrataciones y conciertos de plazas por parte de las Administraciones públicas.

- ABELLÁN, A. *et al.* (2020): "Ante la crisis de COVID-19: una oportunidad para un mundo mejor. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración en nuestro país", *Envejecimiento en Red*, <<https://envejecimientoenred.es/ante-la-crisis-del-covid-19-una-oportunidad-para-un-mundo-mejor/>>.
- AMUNARRIZ, G. y ALCALDE-HERAS, H. (2021): "¿Son el liderazgo y la innovación organizacional catalizadores de la atención centrada en las personas?: estudio de caso de la Fundación Matia", *Zerbitzuan*, n.º 76, pp. 25-46, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.76.02>>.
- ANDREO, P.; GÓMEZ, C.; CARRASCO, E.; MARTÍNEZ-ESCÁMEZ, I.; ALGUAZAS, I. y ANDREO, F. (2015): "Quality assurance systems in nursing. A turning point in the world of nursing homes", *European Journal of Investigation in Health, Psychology and Education*, vol. 5, n.º 1, pp. 99-108, <<https://doi.org/10.3390/ejihpe5010010>>.
- CATALUÑA (2020): "Decret 69/2020, de 14 de juliol, d'acreditació, concert social i gestió delegada en la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública", *Diari Oficial de la Generalitat de Catalunya*, n.º 8178, 16-7-2020, <<https://portaljuridic.gencat.cat/eli/es-ct/d/2020/07/14/69>>.
- CONSEJO ECONÓMICO Y SOCIAL DE ESPAÑA (2021): *Informe. El sistema de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*, Madrid, Consejo Económico y Social, <<https://www.ces.es/documents/10180/5226728/Inf0320.pdf>>.
- DEFENSOR DEL PUEBLO (2020a): *Actuaciones ante la pandemia de covid-19*, Madrid, Defensor del Pueblo, <[https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento\\_COVID-19.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/12/Documento_COVID-19.pdf)>.
- (2020b): *Informe anual 2019. Volumen I. Informe de gestión*, Madrid, Defensor del Pueblo, <[https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/1\\_Informe\\_gestion\\_2019.pdf](https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2020/05/1_Informe_gestion_2019.pdf)>.
- DIGITAL FUTURE SOCIETY (2021): *Los cuidados a domicilio y las plataformas digitales en España*, Barcelona, Digital Future Society, <[https://digitalfuturesociety.com/app/uploads/2021/11/Cuidados\\_a\\_domicilio\\_y\\_plataformas\\_digitales\\_en\\_Espana.pdf](https://digitalfuturesociety.com/app/uploads/2021/11/Cuidados_a_domicilio_y_plataformas_digitales_en_Espana.pdf)>.
- DIPUTACIÓN FORAL DE BIZKAIA (2020): *Centros residenciales en Bizkaia. Encuesta de percepción de personas usuarias*, Bilbao, Diputación Foral de Bizkaia, <[https://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Noticias/PDF/622113530\\_202102171218586009027\\_21612.pdf](https://www.bizkaia.eus/home2/Archivos/DPTO3/Noticias/PDF/622113530_202102171218586009027_21612.pdf)>.
- DIRECCIÓN GENERAL DE EVALUACIÓN, CALIDAD E INNOVACIÓN (2021): *Plan de Calidad e Inspección de Servicios Sociales en la Comunidad de Madrid 2021-2022. Datos de ejecución a fecha 31 de diciembre de 2021*, Madrid, Comunidad de Madrid, <[https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/plan\\_de\\_calidad\\_e\\_inspeccion\\_2021-2022\\_-\\_resultados\\_a\\_31-12-2021\\_1.pdf](https://www.comunidad.madrid/transparencia/sites/default/files/plan/document/plan_de_calidad_e_inspeccion_2021-2022_-_resultados_a_31-12-2021_1.pdf)>.
- DOMÍNGUEZ, I.; SOSA, M. y GRASSO, D. (2021): "Las residencias en España: descontrol en un sistema opaco, con multas bajas y contra el que sirve de poco quejarse", *El País*, 4-7-2021, <<https://elpais.com/sociedad/2021-07-04/las-residencias-en-espana-descontrol-en-un-sistema-opaco-con-multas-bajas-y-contra-el-que-sirve-de-poco-quejarse.html>>.
- ESPAÑA (2006): "Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia",

- Boletín Oficial del Estado*, n.º 299, 15-12-2006, pp. 44 142-44 156, <<https://www.boe.es/eli/es/2006/12/14/39>>.
- FRANCO, P. y RUIZ, B. (2018): *El trabajo de ayuda a domicilio en España*, Madrid, Unión General de Trabajadores, <<https://www.ugt.es/informe-investigacion-el-trabajo-de-ayuda-domicilio-en-espana>>.
- FRESNO (2021): "Análisis del concierto social como fórmula de cooperación público-privada para la prestación de servicios sociales de calidad", *Fresno Consulting*, <[https://www.fresnoconsulting.es/destacamos/analisis\\_del\\_concierto\\_social\\_como\\_formula\\_de\\_cooperacion\\_publico\\_privada\\_para\\_la\\_prestacion\\_de\\_servicios\\_sociales\\_de\\_calidad.html.es](https://www.fresnoconsulting.es/destacamos/analisis_del_concierto_social_como_formula_de_cooperacion_publico_privada_para_la_prestacion_de_servicios_sociales_de_calidad.html.es)>.
- FUNDACIÓN EGUÍA-CAREAGA (s.f.): *Kalitate Zainduz*, <<https://kalitateazainduz.net/es/serie-zainduz.php>>.
- GEROKON (2019): *El caos de la atención a la dependencia. Una perspectiva desde la gestión*, Círculo Empresarial de Atención a las Personas, <<https://ceaps.org/Descargar/el-caos-de-la-dependencia/>>.
- GÓMEZ ORDOKI, A. (2018): "Precios, ratios y costes en la prestación de servicios residenciales para personas mayores: análisis comparativo entre Gipuzkoa y el resto del Estado", *Zerbitzuan*, n.º 65, pp. 141-173, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.65.12>>.
- HERR, A.; NGUYEN, T. V. y SCHMITZ, H. (2015): "Does quality disclosure improve quality? Responses to the introduction of nursing home report cards in Germany": Serie Discussion Papers, n.º 176, Düsseldorf, Düsseldorf Institute for Competition Economics, <[https://www.dice.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Wirtschaftswissenschaftliche\\_Fakultaet/DICE/Discussion\\_Paper/176\\_Herr\\_Nguyen\\_Schmitz.pdf](https://www.dice.hhu.de/fileadmin/redaktion/Fakultaeten/Wirtschaftswissenschaftliche_Fakultaet/DICE/Discussion_Paper/176_Herr_Nguyen_Schmitz.pdf)>.
- INSTITUTO NACIONAL DE ESTADÍSTICA (2020): *Encuesta de discapacidad, autonomía personal y situaciones de dependencia*, Madrid, Instituto Nacional de Estadística, <[https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica\\_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175](https://ine.es/dyngs/INEbase/es/operacion.htm?c=Estadistica_C&cid=1254736176782&menu=ultiDatos&idp=1254735573175)>.
- JIMENO JIMÉNEZ, F. (2017): "La acreditación de centros destinados a personas mayores en situación de dependencia: un instrumento al servicio del empleo y la calidad asistencial", *e-Revista Internacional de la Protección Social*, vol. 2, n.º 2, pp. 114-127, <<https://doi.org/10.12795/e-RIPS.2017.i02.09>>.
- JUNTA DE CASTILLA Y LEÓN (2021): "Anteproyecto de ley reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León", <<https://www.jcyl.es/junta/ceh/20210429-ley-atencion-residencial.pdf>>.
- KANE, R. A. (2001): "Long-term care and a good quality of life: bringing them closer together", *The Gerontologist*, vol. 41, n.º 3, pp. 293-304.
- KUMPUNEN, S.; TRIGG, L. y RODRIGUES, R. (2014): *Public reporting in health and long-term care to facilitate provider choice*. Serie Policy Summary, n.º 13, Copenhague, Organización Mundial de la Salud, <[https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0020/263540/Public-reporting-in-health-and-long-term-care-to-facilitate-provider-choice-Eng.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0020/263540/Public-reporting-in-health-and-long-term-care-to-facilitate-provider-choice-Eng.pdf)>.
- LETURIA, M. (2012): "Los sistemas de calidad y herramientas de evaluación de los servicios residenciales y su relación con el modelo de atención", *Actas de la Dependencia*, n.º 5, pp. 43-65, <[https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/Actas%20de%20la%20Dependencia%205\\_julio2012.pdf](https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/Actas%20de%20la%20Dependencia%205_julio2012.pdf)>.
- LETURIA, M.; ZALAKAIN, J.; MENDIETA, A. y CARCADILLA, A. (2019): *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión internacional*, Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados, <<https://www.gub.uy/sistema-cuidados/sites/sistema-cuidados/files/documentos/publicaciones/modelos-de-gestion-de-calidad-en-la-atencion-a-las-personas-con-dependencia-1.pdf>>.
- MARTÍNEZ, R. y BARRERA, E. (2021): "Fortalezas y debilidades de los sistemas de gestión de la calidad implantados en los centros de personas mayores en España", *Cultura de los Cuidados*, n.º 61, pp. 268-286, <<https://doi.org/10.14198/cuid.2021.61.17>>.
- MARTÍNEZ RODRÍGUEZ, T. (2019): *El modelo ACP-gerontología. Aplicar y evaluar atención centrada en la persona en los servicios*. Serie Documentos ACPgerontología, n.º 7, <<http://www.acpgerontologia.com/documentacion/docACPGERONTOLOGIA7.pdf>>.
- MATHIAS, H. (2018): *Scotland's health and social care standards*, Care Inspectorate, <<https://www.careinspectorate.com/images/documents/4479/Scotlands%20Health%20and%20Social%20Care%20Standards%20journal%20-%20final.pdf>>.
- MOR, V.; LEONE, T. y MARESSO, A. (2014): *Regulating long-term care quality. An international comparison*, Cambridge, Universidad de Cambridge.
- MUÑOZ BRAVO, J. y SÁNCHEZ RATÉS, D. (2020): *La asistencia personal para personas con discapacidad intelectual y del desarrollo en España*, Plena Inclusión, <<https://www.plenainclusion.org/wp-content/uploads/2021/12/AP-Informe-2020-IAC.pdf>>.
- MURAKAMI, Y. y COLOMBO, F. (2013): "Policies to drive quality in long-term care", en ORGANIZACIÓN PARA LA COOPERACIÓN Y EL DESARROLLO ECONÓMICOS Y COMISIÓN EUROPEA, *A good life in old age? Monitoring and improving quality in long-term care*, OECD Health Policy Studies, OECD Publishing, <<https://doi.org/10.1787/9789264194564-en>>.
- NAVARRA (2022): "Orden Foral 273/2021, de 22 de diciembre, de la consejera de Derechos Sociales, por la que se aprueba el Plan de Inspección en Materia de Servicios Sociales en Navarra, para el año 2022", *Boletín Oficial de Navarra*, n.º 16, 24-1-2022, <<https://bon.navarra.es/es/anuncio/-/texto/2022/16/0>>.
- OKASHA, R. (2017): *If inspection is the enemy of improvement, someone's not doing it right: towards an outcome-focused model of scrutiny and improvement in care*, Care Inspectorate, <<https://hub.careinspectorate.com/media/1221/if-inspection-is-the-enemy-of-improvement-someones-not-doing-it-right.pdf>>.

- ORGANIZACIÓN DE CONSUMIDORES Y USUARIOS (2020): *Las residencias de mayores examinadas por las familias*, Organización de Consumidores y Usuarios, <<https://www.ocu.org/consumo-familia/derechos-consumidor/noticias/residencias-mayores>>.
- PALOMERA, D. (2020): "Los problemas de las residencias", *Agenda Pública. El País*, 1-4-2020, <<https://agendapublica.elpais.com/noticia/13637/problemas-residencias>>.
- PÉREZ-DURÁN, I. y HERNÁNDEZ-SÁNCHEZ, A. (2021): "Transparency in nursing home services before and during the COVID-19 pandemic in Spain", *Revista Española de Ciencia Política*, n.º 57, pp. 77-109, <<https://doi.org/10.21308/recp.57.03>>.
- RAMÍREZ NAVARRO, J. M.; REVILLA, Á.; FUENTES, M.; SANZ, D. y CAVERO, G. (2021): *XXI Dictamen del Observatorio de la Dependencia*, Málaga, Asociación de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales de España, <[https://directoresociales.com/wp-content/ccaa2021/INFO%20GLOBAL%20XXI%20DICTAMEN%202022%20Def%20\(3\).pdf](https://directoresociales.com/wp-content/ccaa2021/INFO%20GLOBAL%20XXI%20DICTAMEN%202022%20Def%20(3).pdf)>.
- RAZO, A. R.; DÍAZ CASTILLO, R. y CHÁVEZ HERNÁNDEZ, L. (2016): "Calidad de la atención y calidad de vida: atención gerontológica centrada en las personas", *Revista CONAMED*, vol. 21, n.º 4, pp. 197-201, <<https://www.medigraphic.com/cgi-bin/new/resumen.cgi?IDARTICULO=79396>>.
- RODRÍGUEZ, P. (2021): *Las residencias que queremos. Cuidados y vida con sentido*, Madrid, Los Libros de la Catarata.
- RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN, V. (coords.) (2022): *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, <[https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio\\_evaluacion\\_saad\\_completo.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf)>.
- ROJANO, X.; SERRA, E.; SOLER, O. Y SALVÀ, A. (2021): "Impacto en residencias de la atención centrada en las personas (ACP) sobre la calidad de vida, el bienestar y la capacidad de salir adelante. Estudio transversal", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, vol. 56, n.º 1, pp. 29-34, <<https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.06.007>>.
- SAN MIGUEL, E. (2011): "Gestión de la calidad y marketing en los centros residenciales para personas mayores" [tesis doctoral], Universidad del País Vasco, <[https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10164/Eduardo\\_San\\_Miguel.pdf](https://addi.ehu.es/bitstream/handle/10810/10164/Eduardo_San_Miguel.pdf)>.
- SANCHO, M. y MARTÍNEZ, T. (2021): "El futuro de los cuidados de larga duración ante la crisis de la COVID-19", en BLANCO, A.; CHUECA, A.; LÓPEZ-RUIZ, J. A. y MORA, S. (coords.), *Informe España 2021*, Madrid, Universidad Pontificia Comillas, pp. 336-403, <[https://blogs.comillas.edu/informe-espana/wp-content/uploads/sites/93/2021/11/Informe\\_Espana\\_2021\\_Capitulo\\_5.pdf](https://blogs.comillas.edu/informe-espana/wp-content/uploads/sites/93/2021/11/Informe_Espana_2021_Capitulo_5.pdf)>.
- SECRETARÍA DE ESTADO DE DERECHOS SOCIALES (2022): *Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Borrador de trabajo*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, <<https://dependencia.info/imagenes/borrador-acreditacion-saad.pdf>>.
- SIIS (2009): *Garantía de calidad-Kalitatea Zainduz. Manual de aplicación en residencias para personas mayores. Serie Cuadernos Técnicos Zainduz*, n.º 1, San Sebastián, Fundación Eguía-Careaga, <<https://www.siais.net/documentos/ficha/139925.pdf>>.
- (2020a): "Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia", *Zerbitzuan*, n.º 72, pp. 77-90, <<https://doi.org/10.5569/1134-7147.72.06>>.
- (2020b): *Orientaciones para el Servicio de Asistencia Domiciliaria (SAD) en Vitoria-Gasteiz*, <<https://www.vitoria-gasteiz.org/docs/wb021/contenidosEstaticos/adjuntos/es/20/69/92069.pdf>>.
- (2021): *Estructuras para la gestión del conocimiento y la garantía de la calidad en materia de atención a la dependencia*, <<https://serviciossociales.jcyl.es/web/jcyl/binarios/232/580/Informe%20Castilla%20y%20Leon.pdf>>.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (s.f.): *Acreditación de servicios sociales de la SEGG*, Madrid, Sociedad Española de Geriatría y Gerontología, <<https://www.segg.es/acreditacion/acreditacion-servicios-sociales>>.
- ZALAKAIN, J. (2022): "La suficiencia, adecuación de las prestaciones económicas y servicios a las necesidades de las personas y el logro de la calidad", en RODRÍGUEZ CABRERO, G. y MARBÁN, V. (coords.), *Informe de evaluación del Sistema de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (SAAD)*, Madrid, Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030, pp. 208-250, <[https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio\\_evaluacion\\_saad\\_completo.pdf](https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/docs/estudio_evaluacion_saad_completo.pdf)>.