

Informe del acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

Preámbulo:

En primer lugar, hay que felicitar al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 que se preocupe por la mejora de la calidad de la atención de las personas en situación de dependencia elaborando este documento que parte de un principio que en nuestra opinión es fundamental, aunque a lo largo del texto comprobamos que no se puede llegar a cumplir como se describirá más adelante, y que no es otro que el de la Atención Centrada en la Persona (ACP).

Tal y como se recoge en este Acuerdo la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) tiene por finalidad **garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir unos servicios de calidad y ello con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan** (artículo 4.1) por lo que para el análisis del presente documento se tendrá en cuenta como punto de partida este artículo desde el punto de vista del necesario trato profesional especializado y diferenciado que ofrece la Psicología como ciencia y a su vez como profesión en nuestro País.

Por otro lado, también se tendrán en cuenta para la elaboración de este informe las bases y la hoja de ruta aprobadas por el Consejo Territorial el 26 de julio de 2021 que aparecen en SAAD y entre las que se encuentran:

- *Estar enfocado a asegurar el acceso a unos **servicios definidos, personalizados, adaptables a cada persona a lo largo de su ciclo vital** y que aseguren el pleno respeto a su dignidad, autonomía y participación social.*

- *Respetar los principios de: dignidad y respeto; personalización y atención centrada en la persona; participación, control y elecciones; **derecho a la salud** y bienestar personal; y proximidad y conexiones comunitarias.*
- *Determinar las figuras y **perfiles profesionales** para la prestación de apoyos, su cualificación, su encuadramiento y sus funciones.*
- *El **acceso a la atención sanitaria proporcionada por el Sistema Nacional de Salud** acreditando la articulación y coordinación entre servicios sociales y sanitarios en cada territorio.*

Todo ello debería llevar, como se indica en el texto, no solo a que *se incide en la calidad en el empleo, entre otras medidas, con la mejora de las ratios de personal de atención directa*; sino también al aumento de las ratios del personal profesional, con competencias bien definidas que no lleven a confusión entre los diferentes profesionales y que éstos no se vean obligados a ejecutar funciones para las que no tienen una formación suficiente y necesaria y así como por ejemplo una persona de atención directa de primer nivel que sepa leer, escribir y firmar no se le puede pedir que asuma funciones propias de un notario, tampoco se le puede pedir al *personal de atención directa de primer nivel (Ad1N) que es el personal técnico cuidador, auxiliar o gerocultor, según se denomine en cada territorio y/o sector desarrollen las funciones... de **apoyo psicosocial, familiar y convivencial y de relaciones con el entorno.*** (pag.48)

No se pueden garantizar servicios de calidad en estas condiciones en las que se predispone que el personal de atención directa asuma funciones propias de las profesiones colegiadas.

Consideraciones generales:

El presente Informe se elabora por el Consejo General de la Psicología de España teniendo en cuenta que:

- El Consejo General de Colegios de Oficiales de Psicólogos (COP), creado por la Ley 7/2005, de 13 de mayo, es el órgano coordinador y representativo de los Colegios Oficiales de Psicólogos y de los Consejos Autonómicos y tiene la condición de corporación de derecho público con personalidad jurídica propia y plena capacidad para el cumplimiento de sus fines, de acuerdo con la Ley de Colegios Profesionales.

A tal efecto, son fines del Consejo General de Colegios Oficiales de Psicólogos:

- La ordenación del ejercicio de la profesión de psicólogo
- La representación de los distintos Colegios Oficiales de Psicólogos y sus colegiados
- La defensa de los intereses profesionales de los colegiados, así como velar por la protección de los intereses de los consumidores y usuarios de los servicios de los psicólogos colegiados en virtud de lo previsto en el artículo 5.ª de la Ley de Colegios Profesionales.

Entre las competencias del COP se encuentran las de:

- Ostentar en su ámbito la representación y defensa de la profesión ante la Administración.
- Defender a los colegiados en el ejercicio de los derechos que les correspondan por el desempeño de sus funciones profesionales o con ocasión de las mismas, si la legislación dictada por las comunidades autónomas respectivas así lo establece.
- Adoptar las medidas conducentes a evitar el intrusismo profesional, denunciando y persiguiendo ante la Administración y los Tribunales de Justicia.
- Ejercer cuantas funciones les sean encomendadas por las Administraciones Públicas, en el ámbito de su competencia, y colaborar con ellas o con cualquier otra entidad, mediante la realización de estudios, **emisión de informes...**

Entendiéndose que el SAAD es un acuerdo en el que se describen competencias propias de la Psicología no solo como profesión, sino también como ciencia, y en el que se recogen derechos de los usuarios y se definen *los requisitos y estándares sobre personal irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales, como en su cualificación, formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo* existiendo entre las tipologías del personal de los centros de atención residencias la describe la atención directa de segundo nivel (Ad2N) **que es el personal profesional generalmente de las ramas sanitaria y social que cuenta con titulación de grado universitario o equivalente** (pág. 32) cabe la justificación de la elaboración del presente informe con el fin de revertir los criterios, definiciones y circunstancias que aparecen en este acuerdo y que se entiende que perjudican a la psicología como profesión, a sus colegiados y colegiadas, pero sobre todo a los usuarios y usuarias de un servicio dirigido a personas vulnerables por su situación de dependencia que accediendo al acuerdo del SAAD pueden interpretar que van a recibir un servicio de “calidad” aunque con la redacción actual esto estaría muy lejos de la realidad.

Análisis del informe:

Aunque el discurso tenga una estructura lógica, si parte de una premisa falsa, nunca podrá llegar a una conclusión verdadera.

René Descartes

Hay que reconocer que el informe puede tener una estructura lógica en su desarrollo, pero no llega a conclusiones verdaderas en tanto en cuanto no se pueden garantizar los derechos de los usuarios si estos se espera que alcancen un desarrollo de calidad cuando se han de recibir por servicios no profesionales y por lo tanto precarios e insuficientes. Calidad y precariedad no pueden ir de la mano como se describirá en el siguiente análisis.

1º Principios rectores (Pág. 13)

a) Dignidad y respeto

...se requiere de un enfoque ético que proteja y eleve la dignidad de las personas en todos los ámbitos de su vida y a lo largo de todo el ciclo vital

De acuerdo con la Organización Mundial de la Salud¹ (OMS) desde el COP se entiende que uno de dichos ámbitos es el que le corresponde a la psicología, por lo que se hace imprescindible la presencia de sus profesionales en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

b) Personalización y atención centrada en la persona

La personalización significa que las personas pueden elegir y controlar la forma en que se planifica y prestan sus cuidados. Se basa en lo que es importante para cada persona y en una visión de la persona desde sus puntos fuertes, capacidades y necesidades individuales. Implica que la voluntad y preferencias de cada persona son las que orientan la relación de apoyo y se priorizan frente a las necesidades organizacionales.

La profesión que se encarga de analizar y establecer los límites de competencias como la toma de decisiones, la voluntad, las capacidades emocionales, cognitivas, etc es la psicología, por lo que se refuerza la

¹ La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades

necesidad de la presencia de los profesionales de la psicología expuesta en el apartado anterior.

a. Derecho a la salud y al bienestar personal (Pág.15)

*Esta dimensión contempla el bienestar físico, **bienestar emocional** y bienestar material. Se entiende salud como el estado de completo bienestar físico, **mental** y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades. El goce del grado máximo de salud que se pueda lograr es uno de los derechos fundamentales de todo ser humano. **Las Administraciones públicas competentes en materia de servicios sociales y sanidad han de garantizar, colaborar y coordinarse para que todas las personas en situación de dependencia accedan y reciban una atención sanitaria de calidad, integral y continuada, en igualdad de condiciones que el resto de la población sea cual sea su lugar de residencia.***

Este punto se complementa con el decimotercero (Pág. 23) que dice así:

*La atención integral social y sanitaria es necesaria para todas las personas en situación de dependencia, especialmente para aquellas personas con enfermedades avanzadas, **demencias, problemas de conducta, enfermedad mental**, necesidades médicas específicas, cuidados paliativos, etc. que además presentan necesidades sociales.*

*La atención sanitaria es responsabilidad del Sistema Nacional de Salud **que garantizará, en todo caso, el mismo nivel de acceso a la cartera de servicios para las personas en situación de dependencia que para el resto de la población**, independientemente de que estas residan en domicilios particulares o colectivos*

Es precisamente en este asunto en donde radican uno de los mayores problemas ya que, aun estando de acuerdo en que las personas en nuestro país han de recibir una atención sanitaria en igualdad de condiciones que el resto de la población, resulta que en materia de salud mental no se puede decir que ésta sea “de calidad, integral y continuada” debido a la precariedad en esta materia tal y como se denuncia en el propio Informe Anual del Defensor del Pueblo², que se entiende se trata de una institución fuera de toda sospecha e interés.

² https://www.defensordelpueblo.es/wp-content/uploads/2022/03/Informe_anual_2021.pdf

Estas reivindicaciones no son nuevas, ya recogían en años anteriores recomendaciones como las siguientes: *EL DEFENSOR DEL PUEBLO RECOMIENDA AL GOBIERNO Y LAS CCAA INCREMENTAR LA ASISTENCIA PSICOLÓGICA EN EL SISTEMA NACIONAL DE SALUD*³ en donde se recogen los principales problemas de la intervención psicológica en el Sistema Nacional de Salud, destacando sobre todo la falta de transparencia y la **demora en la atención y la periodicidad de las consultas** cuando afirma que *las quejas de los ciudadanos reflejan también que la carencia de profesionales provoca que sea habitual que los tiempos entre consulta y consulta puedan alargarse hasta los tres meses, para tratamientos que requerirían una periodicidad mucho mayor. Por ello, la Institución pidió a las Administraciones datos sobre los tiempos de demora para la consulta de psicología y el tiempo de espera entre consultas tras la primera. Este último dato, sin embargo, no se encuentra disponible en ninguna comunidad y en su lugar, las administraciones ofrecen el indicador de consultas por paciente a lo largo de un año.*

No solo es la figura incuestionable del Defensor del Pueblo la que denuncia la precariedad de los servicios públicos sanitarios a nivel de la psicología en nuestro país, hay otras instituciones que coinciden con esta reclamación y que entendemos deberían ser de referencia para la elaboración del SAAD como por ejemplo FACUA cuando dice que *ESPAÑA PIDE A GRITOS INTERVENCIÓN PSICOLÓGICA EN LA ATENCIÓN PRIMARIA*⁴ y desarrolla el argumento con afirmaciones como la siguiente: *El médico de cabecera es la puerta de entrada para la mayoría de pacientes al sistema de salud, también los que presentan psicopatologías. No obstante, la primera Estrategia del Sistema Nacional de Salud de 2007 indicaba que "a pesar de que los trastornos mentales comunes constituyen un volumen sustancial de la consulta de los médicos y médicas de familia, no siempre reciben la formación adecuada para diagnosticarlos y tratarlos, ni disponen de tiempo para ello, lo que condiciona que muchos de los y de las pacientes reciban únicamente tratamiento farmacológico cuando en muchas ocasiones podrían beneficiarse de abordajes multidisciplinares con estrategias y técnicas de apoyo y consejo psicológico breve".*

Es por ello por lo que se comienza este análisis con la cita de René Descartes, ya que el razonamiento es lógico cuando se afirma que los usuarios de los servicios descritos en el SAAD deben tener los mismos derechos que el resto de la población a la hora de ser atendidos por el SNS y *la atención sanitaria pública se prestará desde los dispositivos de atención primaria de salud, a través de la atención especializada y hospitalaria* (Pág. 24) lo que ocurre es que como la premisa de partida es considerar que los servicios sanitarios son de calidad en todos los ámbitos de la salud pública española, incluidos el de psicología, y **esta premisa no es verdadera**, se llega a una conclusión también falsa lo que **obliga al Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030 a garantizar este servicio a los usuarios con sus propios medios** al menos

³ <https://www.defensordelpueblo.es/noticias/salud-mental/>

⁴ <https://www.facua.org/es/noticia.php?Id=18107>

hasta que el Ministerio de Sanidad ofrezca un servicio adecuado a sus ciudadanos en el ámbito de la psicología, cuestión que no va a ser ni mucho menos inmediata ya que la comparación de los datos con el resto de países de la Unión Europea ponen a España en una situación vergonzosa de precariedad en los últimos puestos en cuanto al abordaje de las necesidades en salud mental.

2º Calidad en el empleo

Según este acuerdo, para el personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) (Pág. 19) es suficiente con decir lo siguiente:

Se requerirá que el personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) posea titulación universitaria de grado o equivalente, o titulación de Formación Profesional de Grado Superior en las ramas sociosanitaria.

No se definen las profesiones concretas que podrán ofrecer competencias en este ámbito, ni los límites de dichas competencias asociados a las necesidades de los usuarios, ni siquiera de describen los criterios de “calidad”, dando por supuesto que con la presentación de la “titulación adecuada” que en este caso es casi cualquiera, ya es suficiente.

La sensación que produce la lectura de este párrafo es la de que no se persiguen criterios de calidad como refleja el encabezamiento, sino de relleno para cubrir un expediente en el que cualquier cosa vale si se dirige a esta población en concreto.

Por supuesto no se entra en la necesidad de la colegiación para el ejercicio profesional que además supone un criterio de calidad en sí mismo y de garantía para la ciudadanía, sino que con la mera posesión de la titulación será suficiente para atender a esta población, pasando por encima de la Ley de Colegios Profesionales y del propio Artículo 36 de la Constitución Española.

¿Cómo se va a poner en marcha una Atención Centrada en la Persona de calidad si no se definen pormenorizadamente los criterios de intervención por parte de los responsables y los profesionales que los van a poner en práctica?

¿Cómo es posible que se haya dado de paso este acuerdo con este texto?

Para dar respuesta a estas cuestiones, más adelante, en el punto undécimo (Pág. 22) se establece el “Encuadramiento y fomento de la generación de personal cualificado para el sector de los cuidados” que indica que **se abordará la creación de nuevas titulaciones o revisión de las existentes para dar respuesta a las necesidades profesionales del sector.**

¿Cuándo se van a revisar las titulaciones existentes?, ¿cómo?, ¿de qué manera?, ¿Se va a contar con el Ministerio de Educación?, y ¿Con la Agencia Nacional de Evaluación de la Calidad y Acreditación (ANECA)? y con los

colegios profesionales ¿también se va a contar?... aunque la verdadera pregunta sería ¿Por qué no se cuenta con las profesiones actuales, sobre todo cuando a lo largo del documento aparecen claramente definidas las competencias propias de dichas profesiones como es el caso de la psicología?

3º Formación continua del personal de cuidados. (Pág. 20)

En este punto no hay una distinción entre los profesionales de diferentes niveles y se deja en manos de *las organizaciones sindicales de ámbito estatal, deberá elaborar y desarrollar planes de formación para el conjunto de sus trabajadoras y trabajadores* sin tener en cuenta que en el caso de los profesionales de segundo nivel que deberían pertenecer a profesiones colegiadas en su mayoría, la formación continua debería ser ofrecida, o al menos revisada, por los colegios profesionales correspondientes.

Además, en una denominada “práctica profesional ética” no se sabe quién, posiblemente cualquiera, se haga cargo de *las situaciones conductuales de difícil gestión (por ejemplo, Apoyo Conductual Positivo, Apoyo Activo, etc.)* y como no, de la *atención a personas con enfermedad mental*.

El objetivo no parece que vaya dirigido a una atención profesional de calidad, sino da la sensación de que en un centro residencial cualquiera se puede hacer cargo de cualquier cosa con una formación sencilla, nada exigente y abierta a todo el mundo con interés en el tema como se publica en algunas academias de formación.

Esperemos que AENA sea más exigente y en las aerolíneas destinadas al transporte de personas no deje en manos de los auxiliares de vuelo mediante un cursillo la responsabilidad de pilotar un avión repleto pasajeros dispuestos a poner sus vidas en sus manos. Se percibe que los “pasajeros” de las residencias no merecen el mismo respeto a la hora de recibir servicios y no es necesario que éstos los aporten profesionales titulados y colegiados, sino que no se sabe quién les puedan atender en sus “necesidades especiales”.

4º Requisitos de acreditación comunes a todos los servicios. (Pág. 25)

Decimocuarto. Garantía de acceso a los centros y servicios sin discriminación.

Para el acceso a los centros y servicios del SAAD no se podrán imponer requisitos discriminatorios por razón de enfermedad mental, enfermedad transmisible o alteraciones de comportamiento.

Evidentemente no se deberán ignorar los principios fundamentales que incluso se describen en la Constitución Española, la cuestión está en **qué profesionales serán los encargados de atender las necesidades especiales de las personas que padezcan “enfermedad mental” o “alteraciones del comportamiento”** o es que a partir de la formalización del ingreso ¿estas necesidades desaparecen? Si no es así y hay que atender con criterios de calidad a estos usuarios partiendo del principio de Atención Centrada en la Persona ¿por qué no se definen los profesionales que se han de encargar de estas tareas y a su vez se establecen las ratios adecuadas mínimas imprescindibles?

Es necesario recordar en este punto que la Psicología es la ciencia del comportamiento que estudia además sus “alteraciones” y que en sus especialidades sanitarias se incluye el estudio y abordaje de la “enfermedad mental” por lo tanto se hace necesario que se defina su rol en el presente acuerdo además de las ratios mínimas para una atención integral, personalizada y de calidad de los usuarios que coincida en este mismo punto dentro del apartado de *atención libre de sujeciones* con la supervisión del personal de atención directa en cuanto *al enfoque preventivo y positivo en la gestión de las conductas* y se encargue de forma exclusiva del *Apoyo Conductual Positivo* propio de las competencias que asume la profesión de psicólogo/a.

Por otro lado, dentro de este mismo punto se considera a la hora de que el usuario pueda facilitar su consentimiento informado que *en el caso de que la persona no pueda comprender, ni dar el consentimiento, éste se prestará por parte de personas de referencia de la familia⁵ o quien ostente su representación legal, teniendo en cuenta la voluntad y preferencias de la propia persona.* (Pág.26) pero no se describe qué profesionales son los encargados de valorar las capacidades de consentir, la de comprender, la capacidad volitiva y las preferencias según la valoración de herramientas como la *historia de vida* del usuario cuando éstas son también competencias propias de la Psicología.

5º Personal:

Decimoctavo. Personal en los centros de atención residencial. (Pág. 32)

Los requisitos y estándares sobre personal irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales,

⁵ En este ámbito se enlaza con lo descrito en el apartado de relaciones con el ámbito familiar (Pág. 46) ya que se hace necesario que sea un profesional de la Psicología quien asesore a la familia *sobre pautas y orientaciones necesarias para el cuidado y apoyo*

como en su cualificación, formación y actualización para el desempeño del puesto de trabajo.

2. Personal de atención directa de segundo nivel (Ad2N) que es el personal profesional generalmente de las ramas sanitaria y social que cuenta con titulación de grado universitario o equivalente.

*Sigue (Pág. 34)... Debe asumir también funciones de coordinación y contacto con el entorno del centro residencial, con otros sistemas y especialmente la **coordinación en la gestión de casos y seguimiento de pautas con el sistema sanitario público***

*Entre los servicios a proporcionar por este personal cualificado puede haber, en función de las características del centro y de las necesidades de las personas residentes, servicios de terapia ocupacional, atención social, **atención psicológica y/o pedagógica**, fisioterapéutica, rehabilitadora, atención a la salud, etc. ⁶*

Las cuestiones son:

- ¿Cómo se puede garantizar la adecuada prestación de un servicio cuando se igualan las competencias de dos profesiones bien diferenciadas?⁷
- ¿Por qué no se definen concretamente las competencias de cada profesión en este ámbito respecto de las intervenciones que necesitan los usuarios?, ¿es porque se considera que para estos usuarios a los que va dirigido el servicio cualquiera vale para cualquier cosa?
- ¿Cómo puede una profesión no sanitaria como la pedagogía coordinar la gestión de casos y el seguimiento de las pautas con el sistema sanitario público?
- ¿Por qué se igualan las competencias de dos profesiones diferentes como la psicología y la pedagogía si no se hace con las demás profesiones?
- ¿Qué necesidades pedagógicas se observan en los usuarios de centros residenciales de larga estancia o de los beneficiarios de servicios de servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia que justifiquen su inclusión en este acuerdo?

La calidad de los servicios no viene dada por que se llegue a un acuerdo vago, laxo, lleno de argumentos grandilocuentes pero fútiles, plagado de

⁶ Este mismo texto aparece de nuevo en la página 43 dentro del punto d) referido al Personal de atención directa de segundo nivel

⁷ Ver comparativa de competencias profesionales en ANEXO 1

incongruencias, con estructuras lógicas que llevan a conclusiones falsas a sabiendas de que no se van a cumplir los objetivos porque en el fondo no se quieren cumplir, pero sí se quiere que “parezca que se cumplen”

6° Vigésimo séptimo. Aseguramiento de la dignidad de trato y del ejercicio de derechos de las personas que reciben en el servicio de ayuda a domicilio. (Pág. 50)

b) Plan personal de atención y de apoyos

*Cada persona usuaria tendrá un plan personal de atención y de apoyos, en el que, en función de sus **necesidades, voluntad y preferencias**, se planificarán los apoyos que recibe para el desarrollo y disfrute de su **proyecto y estilo de vida**.*

*La persona usuaria participará activamente en la elaboración de su plan personal de atención y de apoyos, **incluso cuando hay una afectación cognitiva** que haga más compleja su participación. **Se tendrán que articular los mecanismos de apoyo e interpretación necesarios para asegurar que la voluntad y preferencias de la persona son la base de la toma de decisiones y del seguimiento del propio plan.***

De nuevo nos encontramos con competencias propias de la psicología y más aún cuando se prevé que habrá que atender a personas que padecen una “**afectación cognitiva**”, lo que no se entiende es cómo desde este mismo instante no se define claramente que **quienes “tendrán que articular los mecanismos de apoyo” serán los profesionales de la psicología**, puesto que la redacción actual da la sensación de que no se sabe bien quién se debe encargar de esta tarea y por lo tanto nos alejamos de nuevo de los criterios de calidad, dignidad y de Atención Centrada en la Persona, así que, siguiendo el símil anterior, a pilotar... comandantes de vuelo y a hacer Psicología... psicólogos y psicólogas ya que sabiendo qué profesionales adecuados se encargan del cometido de “articular mecanismos de apoyo” se contesta también a la cuestión del cómo, ya que estos profesionales están formados y preparados para ello por su profesión.

Además, en este punto se hace referencia a *la historia de vida de la persona como fuente de conocimiento central para el diseño de sus sistemas de cuidados y apoyos* y efectivamente así debería ser, o al menos así es cuando para su elaboración se lleva a cabo por profesionales adecuados, aunque como tampoco se define quién debe encargarse de la elaboración de la misma, nos

podremos seguir encontrando en el futuro con el mismo problema que existe en la actualidad en el que muchos centros lo consideran un mero trámite burocrático y para esta importante labor se encargue a cualquiera, por ejemplo a la persona encargada de la recepción del centro y esto no es un supuesto, sino un caso concreto que quien redacta este documento conoce en primera persona.

7º Trigésimo. Personal en el servicio de teleasistencia. (Pág. 54)

*Los requisitos y estándares sobre personal irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en **número de profesionales, como en su cualificación, formación y actualización** para el desempeño del puesto de trabajo.*

Y de nuevo la pregunta es ¿Por qué no se definen en este acuerdo el número mínimo de profesionales? y, sobre todo, ¿a qué profesionales cualificados, formados y actualizados se refiere?, es que con esta redacción puede ser **cualquiera** y como decía León Felipe...

*No sabiendo los oficios los haremos con respeto.
Para enterrar a los muertos
como debemos
cualquiera sirve, cualquiera... menos un sepulturero.
Un día todos sabemos
hacer justicia. Tan bien como el rey hebreo
la hizo Sancho el escudero
y el villano Pedro Crespo.⁸*

Si no se definen claramente los perfiles profesionales en este acuerdo el peligro de terminar ofreciendo un servicio precario, de baja calidad y contrario a los principios rectores que presiden este documento es altísimo, no se habrá solucionado nada, se habrá perdido el tiempo y saldrán perjudicados a los que en principio se debería atender y así en este mismo punto nos encontramos con...

*En el caso de que la persona usuaria tenga dificultades a **nivel cognitivo y/o de comunicación** para la participación y la toma de decisiones **se activarán los recursos y herramientas necesarias para que su***

⁸ Ser en la vida romero. <https://www.poemas-del-alma.com/leon-felipe-romero-solo.htm>

voluntad y preferencias sean respetadas, tal y como facilitan las metodologías de planificación centrada en la persona, haciendo partícipes de este proceso a sus familiares y/o personas allegadas de referencia o, en su caso, a aquellas personas que ostenten su representación legal.

*...Se realizará una **valoración inicial de necesidades y preferencias** centrada en cada persona y en la situación de su domicilio para proveer de la tecnología y los apoyos necesarios para contribuir a su bienestar y autonomía. (Pág. 55)*

*... Los servicios de teleasistencia deberán contribuir a que la persona esté conectada con los lugares donde vive, participe en su comunidad y **se prevengan situaciones de soledad no deseada**. Para ello se valorarán, no sólo las necesidades de la persona en su domicilio, sino sus necesidades para la participación en su entorno comunitario próximo. (Pág. 57)*

De nuevo las competencias propias de la Psicología se ponen de relieve sin decir que los recursos y las herramientas los han de poner en práctica los profesionales de esta ciencia, teniendo en cuenta por ejemplo que la “soledad no deseada” es una emoción que no depende solo del número de personas que el usuario pueda tener a su alrededor, sino de las emociones y sentimientos que manifiesta sobre la valoración subjetiva de si sus necesidades de socialización están o no satisfechas. El término no es solo un constructo social, sino sobre todo psicológico y si de verdad se quiere prevenir, habrá que poner a disposición de los usuarios a los profesionales competentes.

8º Calidad en los servicios (Pág. 57)

Precisamente es lo que se viene analizando a través del presente análisis. Para ofrecer a los usuarios unos servicios de calidad, esta ha de ser a través de profesionales debidamente cualificados y en el caso que se requiere la atención directa de segundo nivel (Ad2N) no se puede olvidar que las profesiones colegiadas, precisamente por su obligatoriedad a la hora de poder ejercer una profesión, ofrecen un marchamo de calidad y garantía a través del colegio profesional que asegura, no solo que la persona que ofrece el servicio tiene los conocimientos imprescindibles para su actuación, sino que esta está sometida a un código deontológico sobre el que responde a la hora de actuar.

Dicho código deontológico está vinculado al trato que recibe el usuario y salvaguarda sus derechos fundamentales, además de los derechos de los pacientes en el caso de las intervenciones sanitarias y de protección de datos, en cualquier caso, lo que se garantiza la “dignidad y calidad de vida” (Pág. 58) de los usuarios.

Se reitera que las competencias profesionales no se deben delegar ni entre trabajadores del mismo nivel, ni mucho menos entre trabajadores de otros niveles, por mucho que parezca que pueden ser “sencillas” de poner en práctica, y como en el ejemplo del notario expuesto al principio de este documento, tampoco se debería incurrir en el argumento falso de que alguien por recibir un cursito sobre emociones pueda sustituir la figura de un profesional de la psicología y es por ello que si el...

Marco referencial de calidad: 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. (pág. 59)

Para cumplir con la exigencia de este marco no se debería hacer una redacción de un acuerdo dejando en el aire tantas cuestiones como en este caso. La calidad va reñida con la indefinición, con la falta de criterios verdaderamente claros, con la atribución causal externa que parta de que lo que hacen los demás es lo correcto sin haberlo comprobado antes, con la laxitud en los criterios de intervención en dónde no se sabe quién, ni cómo, ni de qué manera ni cuándo se va a intervenir con personas de una vulnerabilidad alta que presentan necesidades especiales a las que se pretende atender prestándoles una atención que requiere conocimiento y competencias profesionales.

9º Régimen competencial

El grado de cumplimiento de lo dispuesto en el presente Acuerdo por parte de cada Comunidad Autónoma vendrá condicionado por las disponibilidades presupuestarias. (Pág.62)

Si este criterio no está reñido con la igualdad, la calidad y la exigencia entonces “lógicamente” lo que nos podremos encontrar es con personas con necesidades especiales firmemente atados a una silla de ruedas al fondo de un pasillo, mirando contra una pared, oliendo a lo que huelen las personas sin control sobre sus esfínteres y sin una higiene adecuada, desnutrida y con la

mirada perdida mientras babea ya que como en su comunidad autónoma puede que no haya recursos presupuestarios para recibir una atención digna y centrada en la persona...

Si se ha llegado a un acuerdo y no se garantizan los recursos presupuestarios suficientes, lo siento, pero es opinión de quien redacta este informe, este acuerdo no vale ni el papel en el que está escrito.

No hay que olvidar que este análisis comienza con este texto:

Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD) tiene por finalidad **garantizar el derecho de las personas en situación de dependencia a recibir unos servicios de calidad y ello con independencia del lugar del territorio del Estado español donde residan** (artículo 4.1)

Que entra en contradicción con el texto con que se inicia este mismo punto.

Conclusión.

Se agradece el interés en la mejora de la calidad de vida de las personas que padecen algún tipo de dependencia o que tienen alguna necesidad especial que se recoge en este acuerdo, pero se agradecería aun más que el acuerdo cumpliera con los criterios de calidad a los que pretende llegar.

Desde el ámbito de la Psicología se ha puesto de manifiesto que este acuerdo es mejorable y se urge a dicha mejora lo antes posible. Para tal fin, el Consejo General de la Psicología de España se pone a disposición de las administraciones competentes en estas materias.