

PROTOCOLO PARA MEJORA EN CALIDAD Y FINANCIAMIENTO DEL PROGRAMA DE AYUDA AL ACOGIMIENTO RESIDENCIAL (Julio de 2001)

(La versión original es en catalán)

REUNIDOS

De una parte la señora Monserrat Cervera Maciá, Directora General del Institut Català d'Assistència i Serveis Socials (ICASS) del Departamento de Benestar Social de la Generalitat de Catalunya.

Y de otra, el señor Vicenç Vicente Lázaro, en su condición de presidente de l'Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA), la señora Isabel Peres Jové, en su condición de presidenta de la Federació d'Entitats sense Afany de Lucre per al Tercera Edat (FEATE), Sor Ana Maria Oliveras Saurina, en su condición de presidenta de l'Associació de Centres Sociosanitaris Catòlics de Catalunya (C.SS.C.C.), la señora Maria Luisa Fernández Fernández en su condición de responsable de Política Social de la Unió General de Treballadors de Catalunya (UGT), y la señora Cristina Faciabén Lacorte en su condición de responsable de Polítiques per la Integració Social y responsable de Pensions i Previsió Social de la Comissió Obrera Nacional de Catalunya (CONC).

EXPONEN

1. Este protocolo es el resultado de un proceso de reflexión y análisis dentro de la comisión de seguimiento generada en la Comissió Executiva de ICASS para el desarrollo de un modelo catalán de atención a las personas mayores en residencias asistidas y dentro de los acuerdos firmados el 14 de octubre de 1999 entre ICASS y ACRA, FEATE y C.SS.C.C. y se recoge en los documentos "modelo de atención a las personas mayores en residencias asistidas" y de "Relación de actividades y programas asistenciales e instrumentos de valoración" que se anexan.
2. El acuerdo asume el objetivo general de mejora en la atención residencial a las personas mayores en Catalunya en el marco de la Llei de Serveis Socials y las competencias del Departament de Benestar Social en el ámbito de la atención residencial a las personas mayores mediante el cumplimiento de los siguientes objetivos operativos:
 - una mayor garantía en la protección de los derechos de los usuarios del servicio.
 - garantizar la homogeneidad en la calidad asistencial que se presta con independencia de cual sea el tipo de producto del servicio (público o privado).
 - una mejora global del sector de atención residencial.
 - garantizar que el financiamiento público cubre los costos de producción con márgenes empresariales aceptables en el sector de servicios personales.
 - una mayor profesionalización del sector.

- la sistematización de la metodología asistencial incorporando como elementos esenciales el trabajo interdisciplinar y la atención continuada, integral y personalizada.
- un incremento del número y diversificado de profesionales que presten los servicios.

Por todo esto,

ACUERDAN

1. Niveles asistenciales

Se establecen tres niveles asistenciales en función de las necesidades de atención a la persona mayor derivadas de la dependencia física y/o psíquica que presenten: baja, media y alta intensidad de atención.

Esta clasificación se realiza utilizando el OMG (Orientación Muntidimensional Gerontológica), de acuerdo con el siguiente detalle:

- **Baja intensidad de atención:**

Intensidad de atención directa entre 1 ¼ h. y 1 ½ h. día, que implica una ratio de profesionales de atención directa entre el 0,25 y el 0,30.

- sin demencia o afección leve o baja dependencia (test de Pfeiffer > = 6 y AVD < = 50 y > = 15)

- **Media intensidad de atención:**

Intensidad de atención directa entre 1 ½ h. y 2 h. día, que implica una ratio de profesionales de atención directa entre el 0,30 y el 0,40.

- sin demencia o afección leve y media dependencia. (test de Pfeiffer > = 6 y AVD < = 75 y > 50)
- afección cognitiva moderada y baja dependencia. (test de Pfeiffer < = 6 > 2 y AVD < = 50 y > =15)
- afección cognitiva grave y alta dependencia. (test de Pfeiffer < = 2 y AVD > 75).

- **Alta intensidad de atención:**

Intensidad de atención directa entre 2 h. y 2 ½ h. día, que implica una ratio de atención directa entre el 0,40 y el 0,50.

- demencia grave y dependencia baja y media. (test de Pfeiffer < = 2 y AVD < = 75 y > = 15)
- dependencia alta y sin afección cognitiva o con afección cognitiva leve o moderada, y alta dependencia. (test de Pfeiffer > 2 y AVD > 75)
- demencia moderada y dependencia media. (test de Pfeiffer < = 6 i > 2 y AVD < = 75 i > 50)

	Dependencia Baja	Dependencia Media	Dependencia Alta
Demencia Leve	Baja	Media	Alta
Demencia Moderada	Media	Alta	Alta
Demencia Grave	Alta	Alta	Media

Cuadro resumen de la asignación de grupos de intensidad de atención.

2. Necesidades de profesionales

Los servicios que se requieren hacen necesaria la dedicación de los profesionales del tipo siguiente y con la intensidad que se indica a continuación:

Horas/año/usuario	AÑO 2001		
Categoría	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Gerocultor	400	440	500
Diplomados en enfermería	37	55	60
Terapeuta ocupacional	0	0	0
Educador social o animador social	17	17	17
Fisioterapeuta	17	35	35
Treballador Social	17	17	17
Psicólogo	0	0	0
Médico	0	0	0
Total horas/año	488	564	629
Ratio at. Directa	0.27	0.31	0.35

Horas/año/usuario	AÑO 2002		
Categoría	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Gerocultor	400	440	550
Diplomados en enfermería	37	60	60
Terapeuta ocupacional	0	0	0
Educador social o animador social	17	17	17
Fisioterapeuta	17	35	35
Treballador Social	17	17	17
Psicólogo	0	0	0
Médico	0	10	10
Total horas/año	488	579	689
Ratio at. Directa	0.27	0.32	0.38

Horas/año/usuario	AÑO 2003		
Categoría	Nivel bajo	Nivel medio	Nivel alto
Gerocultor	400	440	580
Diplomados en enfermería	37	60	70
Terapeuta ocupacional	0	5	17
Educador social o animador social	17	17	17
Fisioterapeuta	17	35	35
Treballador Social	17	17	17
Psicólogo	0	17	17
Médico	0	10	10
Total horas/año	488	601	763
Ratio at. Directa	0.27	0.33	0.42

3. Financiación y proceso de implantación

Para facilitar el proceso de implantación del modelo definitivo se seguirá el siguiente calendario en la incorporación de profesionales y financiamiento:

Año/nivel	2001	2002	2003
Bajo	0.27 directa 0.12 indirecta 145.45000 ptas.	0.27 directa 0.12 indirecta 152.000 ptas. (1)	0.27 directa 0.12 indirecta 160.000 ptas. (1)
Medio	0.31 directa 0.12 indirecta 165.000 ptas.	Médico 0.32 directa 0.12 indirecta 174.000 ptas. (1)	Médico Psicólogo 0.33 directa 0.12 indirecta 184.300 pas. (1)
Alta	0.35 directa 0.12 indirecta 185.000 ptas.	Médico 0.38 directa 0.12 indirecta 200.500 ptas. (1)	Médico Psicólogo 0.42 directa 0.12 indirecta 216.000 pas. (1)

(1) Estos precios incluyen el IPC correspondiente al ejercicio.

4. Cálculo de la ratio de profesionales

1. El cálculo de la ratio se obtendrá considerando las estancias realmente efectuadas el año anterior y los profesionales contratados a lo largo del año.
2. La ratio exigida será la media ponderada en función del nivel de intensidad de atención de persona mayores atendidas por el programa de colaboración. Será exigible para todas las plazas ocupadas como residencia asistida estimando que los clientes no atendidos por el programa conservan la misma ponderación de niveles de intensidad de atención.
3. Cuando un establecimiento presenta solicitud para ser centro colaborador, por estar acreditado para atender personas de los diferentes niveles de intensidad de atención tendrán que cumplir las siguientes ratios:

Nivel de atención Año	2001	2002	2003
Baja intensidad	0.27 directa 0.12 indirecta	0.27 directa 0.12 indirecta	0.27 directa 0.12 indirecta
Baja y media intensidad	0.29 directa 0.12 indirecta	0.30 directa 0.12 indirecta	0.31 directa 0.12 indirecta
Baja, media y alta intensidad	0.31 directa 0.12 indirecta	0.33 directa 0.12 indirecta	0.35 directa 0.12 indirecta

4. Los centros facilitaran a ICASS la información, en la periodicidad, formato y soporte que este determine, para así facilitar el control.

5. Dedicación anual de los profesionales de atención directa

Las dedicaciones anuales de los profesionales se acreditarán antes del 30 de octubre los años 2001, 2002 i 2003 y antes del 30 de enero en los años sucesivos.

6. Disponibilidad y utilización de plazas por parte del programa de acogida residencial

1. Al establecer el convenio de colaboración el centro indicará el número de plazas que pone a disposición del programa. En ningún caso será inferior al 10% de la capacidad total registrada. En función de la ratio y cualificación de los profesionales que trabajen en el centro se aplicará el financiamiento que recibirá por cada plaza en función del nivel de intensidad de atención de los usuarios atendidos.
2. Los centros actualmente dentro del programa pondrán a disposición el número de plazas ocupadas en data 31 de juliol del 2001 siempre que sea superior al 10% de la capacidad total del centro. En el supuesto que sea inferior se fijará el 10% de plazas.
3. Los centros podrán incrementar las plazas ofrecidas en qualquiere momento que seran, o no, utilizadas en función de las necesidades de ICASS.
4. Los centros podrán reducir del 1 al 10 del mes de enero de cada año el número de plazas que quieren dedicar al programa. En ningún caso el número de plazas ofertadas será inferior al 10% de la capacidad total del centro. Así mismo, las personas atendidas lo continuaran siendo en las condiciones del programa hasta su baja voluntaria en el centro o defunción.
5. ICASS podrá situar en lista de espera del centro aquellas personas que lo soliciten. El centro ocupará las vacantes del programa siguiendo el orden de lista establecido por ICASS. Si el centro tiene ocupadas todas las plazas que ha puesto a disposición del programa y se le aprueba una subvención a una persona ingresada con contrato privado, esta seguirá en el lugar asignado de la lista de espera de ese centro o escogerá otro con una mayor disponibilidad.
6. En el supuesto de no ocupación por parte de ICASS de las plazas disponibles en un termino de siete días desde la fecha de comunicación de disponibilidad por parte del centro, este puede disponer de ella para que sea ocupada de forma privada. Esta disponibilidad no comportará contraprestación económica por parte de ICASS. En este caso ICASS podrá, posteriormente, situar una persona en lista de espera que ocupará la primera plaza disponible que se produzca en el centro sea o no de las plazas ofertadas al programa.
7. Los centros se obligan a comunicar a ICASS, en el plazo de 24 horas, los movimientos que se produzcan en las plazas del programa.
8. Las Patronales y Asociaciones del sector se comprometen a colaborar con ICASS para alcanzar los crecimientos de oferta previstos per el Departament de Benestar Social.

7. Modificación de los niveles de intensidad de atención

1. Al ingresar una persona en un centro colaborador, este realizará la valoración interdisciplinar para establecer el Pla Individualitzat d'Atenció Integral (PIAI). Esta valoración interdisciplinar será comunicada a ICASS y se establecerá el módulo definitivo de financiación hasta la revisión anual correspondiente.
2. A lo largo del año no se modificaran las valoraciones de nivel de intensidad de atención a las personas ya ingresadas. Estos niveles serán revisados cada principio de año conjuntamente con las revisiones económicas de los usuarios.

8. Plazas concertadas

El financiamiento anual correspondiente al año 2001 seguirá el mismo régimen económico y de requerimientos que el de los centros colaboradores del programa de soporte al acogimiento residencial.

Se garantizará que, los centros con plazas concertadas, no tengan, el año 2001, una pérdida de ingresos derivada del cambio de régimen económico de las plazas concertadas.

Las modificaciones del financiamiento de las plazas concertadas estarán sujetas a lo que dispuesto en el Real Decreto Legislativo 2/2000 de 16 de junio por el que se aprueba el texto refundido de la ley de contratos de las Administraciones Públicas, a los contratos actualmente vigentes y a la normativa que le sea de aplicación.

9. Marco legal

El financiamiento de las plazas del programa de soporte a la acogida residencial previsto en este documento queda sujeto al régimen jurídico que regula las subvenciones, a las leyes de Presupuestos de la Generalitat de Catalunya, a las disponibilidades presupostarias, a las modificaciones normativas necesarias y, en su caso, a las autorizaciones correspondientes.

10. Programa de implementación del modelo asistencial

Para conseguir que todos los centros que actualmente son colaboradores del programa de acogida residencial puedan adaptar su actividad al modelo de atención en residencias asistidas descritas en los documentos que se anexionan, i alcanzar los estándares de calidad deseables; a lo largo del periodo 2001-2003 el Departament de Benestar Social llevará a término un programa de implementación del modelo asistencial que incorporará:

- una tutorización personalizada de los centros que lo pidan.
- un plan de formación de los directores y profesionales en conocimientos, técnicas, habilidades y métodos de trabajo.
- i una difusión de los materiales y modelos tipos a utilizar en la implementación del modelo.

Con los trabajos realizados y la suscripción de este protocolo se consideran cumplidos los objetivos del "protocolo de acuerdos en relación a la reforma del modelo asistencial y de la financiamiento público de la atención residencial de las

personas mayores” firmado por ICASS, Associació Catalana de Recursos Assistencials (ACRA), Federació d'Entitats sense Afany de Lucre per la Tercera Edat (FEATE) y Associació de Centres Sociosanitaris Catòlics de Catalunya (C.SS.CC.) el 14 d'octubre de 1999.

Durante el mes de setiembre se creará una comisión de seguimiento para evaluar la evolución y cumplimiento de este protocolo. La Comissió Executiva de ICASS será informada de los trabajos de esta comisión.

Y en prueba de conformidad, se firma el presente documento por sextuplicado en Barcelona, a 12 de julio del 2001.

Montserrat Cervera i Macià
Directora general de ICAAS

Vicenç Vicente i Lázaro
Presidente ACRA

Ana Maria Oliveras i Saurina
Presidenta C.SS.C.C.

Isabel Peres i Jové
Presidente FEATE

Maria Luisa Fernández Fernández
UGT Catalunya

Cristina Faciabén Lacorte
Comissió Obrera Nacional
de Catalunya