

## ALEMANIA

### **LA CALIDAD DE LA ATENCIÓN EN EL SEGURO DE DEPENDENCIA ALEMÁN**

---

La calidad de la atención en el seguro de dependencia alemán ha sido un punto central en el debate público de los últimos años. La reforma del seguro de dependencia aprobada en 2008 introdujo un sistema que pretende ser transparente de cara a las personas en situación de dependencia y sus familiares. Una parte de los proveedores se han mostrado reacios a aplicar el nuevo sistema, sobre todo a publicar los resultados del control de calidad en Internet. Un informe reciente, cuyas conclusiones han asumido la práctica totalidad de los actores (Gobierno, proveedores y seguros de enfermedad), avala el sistema pero propone también una serie de reformas. La competencia sobre el control de la calidad de la atención a personas en situación de dependencia la comparten los servicios médicos de los seguros de enfermedad y dependencia y los gobiernos regionales.

#### **La calidad en la Ley de la Dependencia**

El volumen XI del Código Social contiene la normativa vigente sobre el seguro de dependencia, con una serie de artículos que regulan la gestión y el control de la calidad en la atención a la dependencia.

#### Artículos 112 a 117

Los artículos 112 a 117 conforman el capítulo: “Control de la calidad, otras normas de protección de las personas dependientes” y contienen la normativa específica en esta materia. En realidad suponen el reconocimiento de que la Ley para garantizar la calidad y mejorar la protección del consumidor en la atención a la dependencia de 2001 fue insuficiente. De hecho, la nueva normativa sustituye en gran medida los principales artículos introducidos por esta Ley.

El artículo 112 regula la responsabilidad de los centros y de sus titulares para garantizar la calidad de la atención a la dependencia implementando un sistema de gestión de calidad que garantice la aplicación de los estándares definidos en el art. 113 y colaborar en las medidas de control de la calidad (art. 114). La gestión de la calidad de los centros residenciales no sólo debe abarcar la atención a los dependientes sino también la atención médica y social, el alojamiento, la manutención y otras prestaciones adicionales. El servicio médico de los seguros de enfermedad debe asesorar a los centros en todos los asuntos relacionados con la gestión de la calidad.

El artículo 113 regula la gestión, el control y el desarrollo de la calidad. Los principales actores del sistema (seguros de dependencia, Federación de municipios y mancomunidades, organismos gestores de la asistencia social y federaciones nacionales de titulares de centros) con el apoyo de otras organizaciones (interesados, organizaciones de profesionales del sector, etc.) fijaron en 2009 los criterios y principios de la

calidad y del control de la calidad en la atención tanto domiciliaria como residencial, así como del sistema de gestión de calidad interno de las residencias.

El artículo 113a determina el procedimiento a seguir para fijar los estándares para la gestión y el desarrollo de la calidad en la atención a la dependencia.

El control de la calidad está regulado por el artículo 114 que mantiene la competencia en el servicio médico de los seguros de enfermedad. Hasta el 31 de diciembre de 2010 los seguros regionales deben encargar al menos una inspección de cada centro, a partir de 2011 las inspecciones se realizarán como mínimo una vez al año. Si bien se centrarán en los aspectos relacionados con el resultado de la atención, los controles también podrán incluir la calidad del proceso y de la estructura. La regularidad y el alcance de las inspecciones podrán variar en función de que otros organismos regionales hayan efectuado controles o de que el centro presente una acreditación.

El artículo 114a regula el proceder de los servicios médicos en la inspección, sus derechos y obligaciones, así como la necesidad de colaboración con centros de los gobiernos regionales. Los servicios médicos presentarán antes del 30 de junio de 2011 un informe sobre la aplicación de las normas de este volumen, después la regularidad será trianual. La Federación de seguros de dependencia elaborará una normativa específica para la inspección de los centros contando con los principales actores del sistema.

El artículo 115 regula el uso, la difusión y la transparencia de los resultados de las inspecciones, y determina la obligatoriedad de las federaciones regionales de los seguros de dependencia de publicar los resultados en un formato accesible en Internet, garantizar su publicación en otro soporte y su difusión de forma gratuita. Los resultados se expondrán en los propios centros.

Este artículo también regula los mecanismos de sanción en caso de que un centro no cumpla con los criterios de calidad. Las sanciones van desde una reducción de las asignaciones hasta la rescisión del concierto. En la atención domiciliaria los servicios médicos podrán ordenar la suspensión de la atención por parte de un servicio profesional, asignando al afectado otra empresa que garantice la atención.

El artículo 116 determina el reparto de gastos en algunos supuestos de inspección, así como los gastos ocasionados por la comisión de conciliación.

El artículo 117 regula la colaboración de los dos organismos encargados de la inspección (servicios médicos de los seguros de dependencia y organismos de inspección de los gobiernos regionales), sobre todo el intercambio de información, la coordinación y el acuerdo con respecto a las medidas específicas para casos concretos.

### Artículos 71 a 73

El artículo 71 define los servicios profesionales de atención a domicilio y los centros residenciales, y sobre todo la cualificación del personal directivo en la atención a las personas dependientes, así como el período transitorio y las circunstancias en las que se podrá ejercer la actividad sin disponer de la titulación requerida.

El artículo 72 contiene la normativa sobre la concertación a nivel individual entre el seguro de dependencia y el centro residencial o SAD, imprescindible para que las empresas puedan atender a beneficiarios de las prestaciones del seguro. Además determina los siguientes requisitos para que una empresa proveedora de servicios pueda concertar con un seguro de dependencia:

- contar con el personal directivo especializado (art. 71),
- garantizar unos servicios eficaces y económicamente viables, así como una remuneración del personal acorde con los niveles salariales de lugar,
- introducir un sistema interno de gestión de control (art. 113),
- comprometerse a aplicar los estándares que define el artículo 113a.

El artículo 75 regula los acuerdos marco, las recomendaciones y los acuerdos acerca de la atención a las personas dependientes a nivel regional y nacional y define a nivel regional las partes de los conciertos y las materias reguladas por los conciertos, que determinarán la dotación de personal, los medios técnicos y materiales, así como el libre acceso de las inspecciones. Este artículo contiene además la obligatoriedad de elaborar un sistema de cálculo de personal que en el sector residencial determine por lo menos la ratio personal/personas dependientes y especifique el porcentaje del personal especializado en la atención a personas dependientes, atención social y médica. Los seguros de dependencia, los proveedores y los municipios podrán presentar recomendaciones sobre estos conciertos y acordarán normas comunes para el proceso de documentación de la atención a la dependencia.

### **La Ley de Residencias**

Uno de los principales instrumentos para garantizar la calidad en las residencias es la Ley de residencias de 1974 (reformada por última vez el 31/10/2006)<sup>23</sup> y que ha sido ampliada por diversos reglamentos:

- Reglamento sobre los requisitos mínimos arquitectónicos de las residencias para la tercera edad y personas dependientes
- Reglamento sobre la participación de las personas dependientes en los asuntos relacionados con el funcionamiento de una residencia
- Reglamento sobre los requisitos del personal de las residencias

---

<sup>23</sup> Traducida al español

- Reglamento sobre las obligaciones de las residencias cuando reciben prestaciones por acoger a una persona dependiente.

La reforma del art. 74.1.7 de la Ley Fundamental transfirió a los estados federados la competencia sobre la regulación de las residencias. Diez estados federados tienen leyes específicas propias, el resto continúa aplicando la ley federal.

- Baden-Wurtemberg: Ley regional sobre residencias (01/07/2008)
- Baviera: Ley sobre la calidad de la atención a la dependencia y las viviendas (01/08/2008)
- Brandeburgo: Ley de Brandeburgo sobre la atención a la dependencia y las viviendas tuteladas (01/01/2010)
- Bremen: Ley sobre las viviendas y la atención (01/07/2010)
- Hamburgo: Ley sobre la calidad de las viviendas y la atención (01/01/2010)
- Mecklemburgo-Pomerania Occidental: Ley sobre la calidad de los centros (29/05/2010)
- Renania del Norte-Westfalia: Ley sobre las viviendas y la participación (10/12/2008)
- Renania-Palatinado: Ley sobre las modalidades de vivienda y la participación (01/01/2010)
- Sarre: Ley regional del Sarre sobre residencias (19/06/2009)
- Schleswig-Holstein: Ley para reforzar la autonomía (01/08/2009)

### **Recomendaciones, manuales y acuerdos entre los actores**

La Federación de los seguros de dependencia ha confeccionado manuales, recomendaciones y modelos para elaborar convenios marco entre las federaciones y asociaciones regionales de proveedores que tratan aspectos relacionados con la calidad de la atención a la dependencia.

Cuatro recomendaciones se centran en diferentes ámbitos: atención residencial, atención a domicilio, centros de día y cuidados de respiro. Regulan la ratio personal/persona dependiente, la formación del personal especializado, el acceso de los servicios de inspección, etc. Datan de 1996, año en que se puso en marcha la atención residencial en el seguro de dependencia.

La Federación de seguros de dependencia dispone de un manual publicado en 2005 sobre las inspecciones del servicio médico de los seguros de enfermedad en los centros y dos modelos de cuestionario para los inspectores (centros residenciales y atención a domicilio). Este manual tiene como objetivo unificar las inspecciones y regula, entre otros aspectos, el porcentaje anual sobre el total de residencias y servicios que deben inspeccionarse, el procedimiento de la inspección, la cualificación de los inspectores, el contenido de la inspección, la colaboración con los organismos de inspección de los gobiernos regionales y la publicación de los resultados de la inspección.

Existen además tres acuerdos entre los seguros de dependencia y de enfermedad, los municipios, los proveedores, los grupos de interés y las organizaciones gremiales, que definen los estándares de calidad en la atención residencial y a domicilio, así como en los centros de día. Definen los criterios que rigen la atención a las personas dependientes en los tres ámbitos mencionados, destacando el papel de la persona dependiente y sus necesidades. También determinan los diferentes aspectos de la calidad (procesos, estructuras y resultados), así como los mecanismos de gestión y de control internos y externos:

- Estructuras: procedimientos de control y gestión de la calidad, factores y criterios de la calidad, formación del personal.
- Procesos: obligatoriedad de los centros que solicitan la firma de un convenio de documentar la dotación material del centro, ofertas de asesoría, concepto de atención, participación de los familiares y coordinación con otros actores.
- Resultados: los informes sobre los resultados de la atención deberán detallar las mejoras en el estado de la persona dependiente tanto en sus aspectos somáticos como en lo relacionado con sus capacidades sociales/comunicación/orientación, su satisfacción, etc.

Por último los acuerdos contienen indicaciones de las medidas que deben implementar los proveedores para garantizar la calidad (creación de círculos de calidad, nombramiento de una persona encargada de la gestión de la calidad, participación en conferencias y en procesos de reassessment, elaboración de estándares para la atención).

Una vez aprobada la reforma de la dependencia en 2008 y con ello el nuevo mecanismo de control y gestión de la calidad en la atención a la dependencia, la Federación de seguros de dependencia aprobó el 11 de junio de 2009 unas directrices que regulan la actividad de los servicios médicos en materia de control de la calidad conforme al art. 114 del volumen XI del Código Social. Este documento define la finalidad de las inspecciones, el procedimiento de las mismas (sin previo aviso), su contenido, la formación específica de los inspectores, la colaboración con los servicios de inspección regionales y los informes. En diciembre de 2008 la Federación de los seguros de dependencia, las Federaciones nacionales de proveedores, la Federación de los organismos gestores del subsidio social y la Federación de Municipios suscribieron un acuerdo sobre los criterios a seguir para valorar y publicar los resultados del control de calidad en el ámbito

de las residencias. En enero de 2009 se firmó un acuerdo para la atención por los SAD. Ambos acuerdos regulan los siguientes aspectos:

- Publicación de los resultados de las inspecciones.
- Selección de las personas dependientes a incluir en la inspección.
- Criterios para la valoración.
- Recomendaciones para los inspectores.
- Presentación de los resultados.

En 2009 la Federación de seguros de dependencia publicó los manuales para el control de la calidad en las residencias y los SAD. Se trata publicaciones muy amplias, que recogen de forma detallada la normativa aplicable, los cuestionarios y diversas directrices para el personal especializado<sup>24</sup>.

### Documentos e investigaciones

Varias redes y conferencias sectoriales han elaborado documentos de referencia en materia de calidad en la dependencia que seguramente tendrán cierta importancia en el debate sobre los estándares que se abre a raíz de la reforma legislativa aprobada en 2008.

La mesa redonda de la dependencia, financiada e impulsada por el Ministerio de Familia, Mayores, Mujeres y Juventud, reunió hasta 2005 a todos los actores de la dependencia con el fin de consensuar objetivos y criterios que permitieran impulsar la atención a la dependencia en diferentes aspectos, entre ellos la calidad. La mayoría de los documentos que componen la Carta de los derechos de las personas necesitadas y dependientes tratan este tema, si bien sólo tienen carácter de recomendación y no cuentan con la aprobación de los actores. Parte del tercer sector y el sector empresarial privado se abstuvieron de firmar los acuerdos relativos a la calidad por considerar que generarían un gasto excesivo. La Carta consta de ocho artículos con enunciados de tipo general y pretenden recoger los derechos básicos de las personas dependientes<sup>25</sup>.

El Ministerio de Familia también financia a la Conferencia Federal para garantizar la calidad (Bundeskonferenz Qualitätssicherung)<sup>26</sup>, que desarrolla estándares para la atención a personas dependientes. Entre otros proyectos, informes y recomendaciones ha elaborado modelos para

---

<sup>24</sup> [https://www.gkv-spitzenverband.de/Rahmenvereinbarungen\\_Pflege.gkvnet](https://www.gkv-spitzenverband.de/Rahmenvereinbarungen_Pflege.gkvnet)

<sup>25</sup> <http://www.bmfsfj.de/bmfsfj/generator/RedaktionBMFSFJ/Abteilung3/Pdf-Anlagen/englische-uebersetzung-charta.property=pdf.bereich=,sprache=de,rwb=true.pdf> (versión de la Carta en inglés)

<sup>26</sup> Enlace a la Conferencia Nacional para garantizar la calidad: <http://www.buko-qs.de>

institucionalizar la gestión de la calidad en residencias para personas dependientes y ofrece medidas de formación y especialización para trabajadores del sector.

La Red alemana para el desarrollo de la calidad de la atención a la dependencia (Deutsche Netzwerk für Qualitätsentwicklung in der Pflege - DNQP)<sup>27</sup>, financiada por el Ministerio de Sanidad, reúne un buen número de expertos dedicados a desarrollar, consensuar e implementar estándares de calidad para la atención a la dependencia y elaborar instrumentos que permitan evaluar la calidad, en concreto en las siguientes materias: prevención de escaras, gestión del alta, tratamiento de dolores crónicos, prevención de caídas y fomento de la continencia.

### **El control de la calidad**

La Ley de residencias introdujo la competencia del control de calidad para las regiones, que han optado por modelos y organigramas muy diversos. Diez regiones presentan un modelo centralizado en el que la inspección depende directamente de un ministerio, y en los seis restantes la inspección es descentralizada. En Baviera, por ejemplo, existen 96 organismos locales que ejercen esta función, mientras que en el Sarre y en Berlín la responsabilidad recae en un solo organismo.

### **La inspección de los servicios médicos**

Según la Ley de 1 de enero de 2002 sobre calidad de la atención a la dependencia, el servicio médico debe presentar cada tres años un informe que recoge los principales resultados de las inspecciones en centros residenciales y en servicios de atención a domicilio. Realizan las inspecciones 175 colaboradores (146 especialistas, 22 médicos y 8 profesionales de otras especialidades).

La inspección médica de los seguros de enfermedad centra sus actuaciones en la atención a la dependencia y en la eficacia de la atención, relegando a un segundo término aspectos más formales como la cumplimentación de los impresos. Por otra parte refuerza el papel de los servicios médicos, facultándoles para emitir recomendaciones a fin de solventar las irregularidades detectadas. El gasto de las inspecciones motivadas por una mala atención a los dependientes debe asumirlo el propio centro. Además, la reforma facilita que los seguros de dependencia rescindan un concierto con una residencia si no se subsanan los déficits en la atención. Los resultados de las inspecciones se publican en Internet, en los puntos de apoyo para la dependencia y en los propios centros residenciales. La reforma crea además un sistema de clasificación de los centros residenciales.

En julio de 2009 los servicios médicos de los seguros de enfermedad iniciaron la evaluación de los 11.000 centros residenciales y de 11.500 SAD, con una participación de 1.947 médicos y 1.448 especialistas en atención a la dependencia, cifras que se incrementarán en los próximos años. Buena parte de los inspectores tienen una formación como auditores del control de calidad, y los servicios médicos poseen una

---

<sup>27</sup> Enlace a la Red Alemana para el desarrollo de la calidad de la atención a la dependencia: <http://www.dnqp.de/>

amplia oferta formativa sobre inspección. Por otra parte, los inspectores aplican la misma documentación y los mismos cuestionarios en todo el país, y los servicios médicos están poniendo en marcha mecanismos internos de control de la calidad. Las inspecciones se realizan en un promedio de seis días y tienen un coste de 4.500 euros.

Hasta finales de 2010 los servicios médicos deberán haber inspeccionado sin previo aviso a todos los proveedores y publicarán en Internet los resultados de las inspecciones, según el esquema acordado por una comisión conjunta. Hasta la fecha han sido objeto de inspección unas 5.500 residencias y SAD, los resultados se publican en Internet desde diciembre de 2009. A partir de 2011 los servicios médicos inspeccionarán una vez al año a todos los proveedores, que recibirán una calificación global y valoraciones parciales para diferentes ámbitos de la atención.

El Manual para la inspección de las residencias contempla 82 parámetros sobre los siguientes aspectos: atención a la dependencia y médica, atención a personas con demencia cognitiva, atención social y estructura de la vida cotidiana y, por último, vivienda, comida, economía doméstica e higiene. El informe final recogerá el resultado de la encuesta realizada a los propios usuarios de estos servicios. La evaluación de la atención residencial comprende 64 de los 82 parámetros. El ámbito de mayor importancia es la atención a la dependencia y la asistencia sanitaria con 35 parámetros. Diez se asignan a la atención a personas que sufren demencia cognitiva y diez a la atención social. Nueve corresponden a la evaluación de la vivienda. El cuestionario para medir el grado de satisfacción de los usuarios consta de 18 parámetros.

La puntuación se asigna con una escala de 0 a 10 y el promedio obtenido se traslada a unas calificaciones, en base a las cuales se calificará cada uno de los cuatro ámbitos de inspección, así como la encuesta a los usuarios. El abanico de calificaciones abarca del 1,0 (sobresaliente) al 5,0 (insuficiente). Los informes recogen también la nota media obtenida en la región correspondiente.

La inspección de los SAD evalúa 49 parámetros, 37 de los cuales corresponden a la inspección de los servicios de atención a personas con dependencia (17), los cuidados por prescripción médica (10) y servicios y organización (10). Los doce restantes corresponden a la encuesta a usuarios. El sistema de valoración y calificación es idéntico al del ámbito residencial.

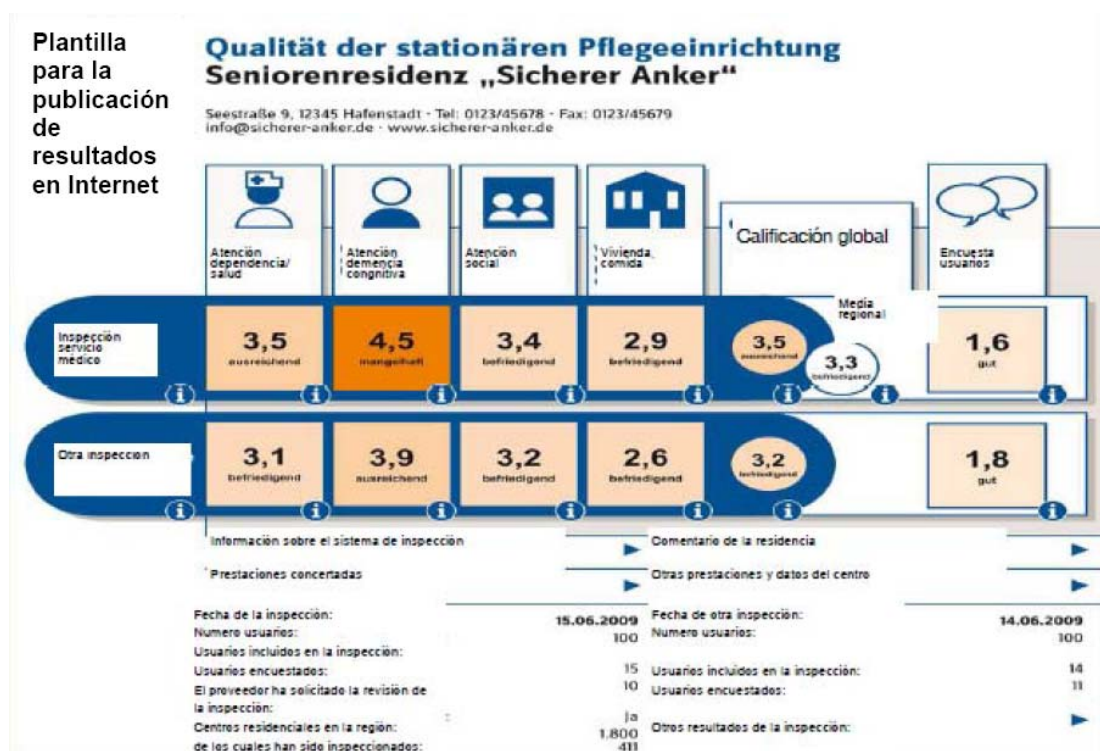
Baremos de valoración					
Residencias		SAD		Calificaciones	
Ámbito	Parám.	Ámbito	Parám.	Calificación	Escala
Atención a la dependencia y asistencia sanitaria	1-35 (35)	Atención a la dependencia	1-17 (17)	Sobresaliente (1 a 1,4)	8,7-10
Atención demencia cognitiva	36-45 (10)	Atención por prescripción médica	18-27 (10)	Notable (1,5 a 2,4)	7,3-< 8,7
Atención social	46-55 (10)	Servicio y organización	28-37 (10)	Bien (2,5 a 3,4)	5,9-< 7,3
Vivienda, manutención	56-64 (9)	Encuesta usuarios	38-49 (12)	Aprobado (3,5 a 4,4)	4,5-< 5,9
Encuesta usuarios	65-82 (18)			Insuficiente (4,5 a 5,0)	0-< 5,9
Total	1-82 (82)	Total	1-49 (49)		



Cuando la inspección detecta irregularidades en un proveedor, la federación regional de los seguros de dependencia que tiene concertados los servicios con el proveedor dictará una resolución que detalle las medidas para subsanar los defectos. En caso de no cumplir con ellas o si los defectos son especialmente graves, se puede ordenar el cierre cautelar de una residencia o de un SAD.

La normativa reguladora del seguro de dependencia establece que tanto los criterios de la publicación como el baremo de valoración de los resultados deben ser consensuados por proveedores y seguros de dependencia, proceso que ha resultado sumamente complejo. De hecho, diversos grandes proveedores del tercer sector como Caritas y Diakonie criticaron duramente la sistemática por considerarla inadecuada, con el ejemplo del estado de Renania-Palatinado, donde la mitad de los SAD inspeccionados presentaron deficiencias. Estas organizaciones reclaman una revisión de los parámetros así como una redefinición del peso específico de cada ámbito a la hora de conceder una nota final.

Por otra parte, la Federación de seguros de dependencia advierte del peligro de que un centro residencial compense una valoración negativa en aspectos centrales como la atención con buenos resultados en aspectos más bien secundarios. El sistema actual, aún siendo acertado en líneas generales, da poca importancia a factores que puedan suponer un riesgo para las personas en situación de dependencia, como la alimentación, escaras y líquidos.



<b>Modelo 2.2. - Resultados detallados por ámbito</b>		
<b>Ejemplo “Atención a usuarios afectados por demencia cognitiva”</b>		
36	¿Se tiene en cuenta la biografía de los usuarios con demencia cognitiva y se integra en la estructuración de la vida diaria?	
37	¿Se busca la colaboración de familiares y personas de referencia de los usuarios con demencia para planificar la atención?	
38	¿Tiene en cuenta la planificación de los cuidados la autonomía de las personas con demencia cognitiva?	
39	¿Se documenta el grado de bienestar de los usuarios con demencia y sirve éste para mejorar la atención?	
40	¿Dispone el centro de espacios que permitan la movilidad y la estancia de acuerdo a las necesidades de este colectivo (también por la noche)?	
41	¿Existen espacios seguros al aire libre?	
42	El diseño de los espacios comunes y las habitaciones, ¿facilita la identificación?	
43	¿Usa el centro ayudas individuales para la orientación, p.ej. fotografías?	
44	¿Dispone el centro de ofertas adecuadas p.ej. para el movimiento, la comunicación o la percepción?	
45	¿Cuenta la residencia con una oferta alimenticia adecuada para personas con demencia cognitiva?	
<b>Resultado total de este ámbito</b>		

<b>Ámbito de evaluación 5 “Encuesta a los usuarios”</b>		
65	¿Cómo se acuerda con usted la hora en la que se realizan los cuidados y la asistencia?	
66	¿Decide usted si mantiene abierta o cerrada la puerta de su habitación?	
67	¿Le animan los cuidadores a lavarse usted mismo del todo o parcialmente?	
68	¿Se ocupan los trabajadores de que sólo esté presente el/la cuidador/a cuando se viste?	
69	¿Ha mejorado algo en aquellas ocasiones en las que se ha quejado?	
70	¿El grado de limpieza de la residencia se corresponde con sus expectativas?	
71	A la hora de la comida, ¿puede elegir entre diferentes platos?	
72	¿Los trabajadores son cordiales y simpáticos?	
73	¿Se toman el tiempo suficiente para usted?	
74	¿Le preguntan los trabajadores de la residencia qué ropa se quiere poner?	
75	Por regla general, ¿le gusta la comida?	
76	¿Está contento con el horario de las comidas?	
77	¿Opina que se le ofrece la suficiente bebida de forma gratuita?	
78	¿Responde la oferta social y cultural a sus intereses?	
79	¿Se le facilita la participación en actividades ocupacionales?	
80	¿Se le ofrecen posibilidades para estar al aire libre?	
81	¿Puede recibir visita a cualquier hora del día?	
82	¿Le devuelven la ropa de la lavandería en un plazo adecuado, completa y en buen estado?	

### **El informe de evaluación del sistema de control de la calidad**

Los principales actores del sistema (seguros, proveedores y municipios) encargaron la evaluación del nuevo sistema de control de calidad, en concreto los parámetros seleccionados para valorar la calidad, la presentación y los contenidos de los informes de los servicios médicos. Según la evaluación, a falta de experiencias consolidadas tanto en Alemania como en el extranjero es difícil hacer afirmaciones acerca de la objetividad, validez y confiabilidad de los criterios aplicados. Asimismo, si bien parece razonable conceder mayor peso a los factores de riesgo, es conveniente que la distribución general de puntos impida que factores periféricos puedan compensar una valoración negativa en este ámbito. El informe cuestiona la inclusión de la encuesta a los usuarios y sugiere otra metodología para captar su perspectiva y sus opiniones.

El Consejo de seguimiento de la transparencia en la dependencia, en el que están representados todos los actores de peso en el sistema, ha consensuado las siguientes conclusiones:

Aspectos metodológicos: hay que revisar los criterios para medir la calidad, las instrucciones para la recogida de datos, las plantillas de valoración y la sistemática del cálculo de las calificaciones, e incluir factores de riesgo para las personas dependientes modificando el procedimiento de recogida de datos.

Aspectos de contenido: hay que definir el término “calidad”, determinar la función de la transparencia, analizar si es idóneo recurrir a la documentación de los propios centros como principal base de datos.

Consulta a los usuarios: es necesaria la revisión del instrumento que se aplica para consultar a los usuarios, así como la aplicación de instrumentos adecuados para evaluar la calidad de vida de los usuarios y de colectivos específicos.

Presentación y publicación de los resultados: hace falta una mejora del grado de conocimiento público de los informes, la difusión a diversos multiplicadores, la diversificación de las vías de acceso a los informes, una mejora de la presentación y una mayor consideración de la diversidad cultural.

## **PROPUESTAS SINDICALES PARA LA INCLUSIÓN LABORAL DE DISCAPACITADOS**

---

La Confederación Alemana de Sindicatos (DGB) analiza en un informe de finales de junio el impacto de la crisis del sistema económico y financiero sobre las oportunidades laborales de las personas discapacitadas. Con motivo de la ratificación de la Convención de la ONU sobre los derechos de las personas con discapacidad por parte de Alemania en marzo de 2009, la DGB ha lanzado una serie de propuestas para garantizar la inclusión laboral de estas personas, ampliando el conjunto de medidas en documentos posteriores<sup>28</sup>.

### **El desempleo de las personas discapacitadas**

El colectivo de las personas discapacitadas es uno de los más afectados por la crisis, que ha afectado sobre todo a las grandes empresas de Alemania Occidental con una elevada dependencia de la exportación. Éstas son precisamente las empresas del sector privado que ofrecen más oportunidades laborales a las personas con discapacidad. El impacto de la crisis, que alcanzó al mercado de trabajo alemán en diciembre de 2008, ha sido menor de lo temido y desde marzo de 2010 incluso está bajando la cifra de desempleados. En mayo de 2010 la cuota de desempleo había caído un 6,3% en comparación interanual. Ese mismo mes

<sup>28</sup> DGB, Der Arbeitsmarkt für Menschen mit Behinderungen in der Krise, arbeitsmarktaktuell, 7/Junio 2010<sup>a</sup>,

[www.dgb.de/themen/++co++f27e2f92-7df0-11df-6571-00188b4dc422](http://www.dgb.de/themen/++co++f27e2f92-7df0-11df-6571-00188b4dc422)

DGB, Eine Arbeitswelt für alle. Ein Diskussionspapier des DGB zur besseren beruflichen Teilhabe von Menschen mit Behinderung entsprechend der UN-Konvention., 2010b,

<http://www.dgb.de/themen/++co++c5b3cc16-335d-11df-5d34-00188b4dc422>

el número de discapacitados desempleados era de 174.511, una subida del 4,8% en comparación con 2009. En realidad la tendencia se ha invertido. Hasta final de 2009 el incremento de la cuota de desempleo de este colectivo era inferior a la general (+2% y +4,8%, respectivamente). Pero probablemente debido también a que los juicios por despido de personas discapacitadas duran más, el aumento del desempleo se ha hecho notar con cierto retraso.

<b>Evolución del desempleo en comparación con el mes anterior, 1/09 a 5/10</b>							
	1/09	3/09	6/09	9/09	1/10	3/10	5/10
Total	- 4,7%	+ 2,2%	+ 7,9%	+ 8,6%	+ 3,7%	- 0,5%	- 6,4%
Discapacitados	- 1,3%	+ 0,3%	+ 2,6%	+ 4,2%	+ 4,5%	+ 5,0%	+ 4,8%

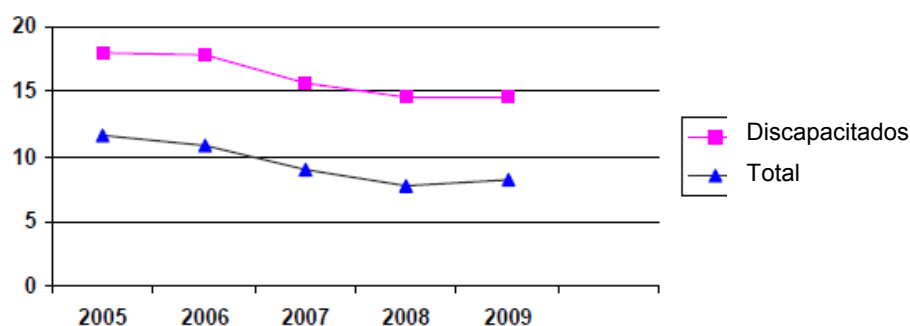
DGB, 2010a

<b>Incremento del desempleo entre noviembre 2008 y mayo 2010</b>			
	Noviembre 2008	Mayo 2010	Incremento en %
Total	2.988.425	3.241.529	+ 8,5%
Discapacitados	158.566	174.511	+ 10,0%

DGB, 2010a

La tasa de desempleo de las personas discapacitadas siempre es superior a la media general. Esta distancia tampoco pudo reducirse durante la fase de crecimiento económico. Así, en 2008 la tasa de desempleo general cayó un 13,5%, la de personas discapacitadas sólo el 7,3%. En 2009 se situó en el 14,6% (promedio: 9,2%).

**Tasa de desempleo, 2005 a 2009**



DGB, 2010a

En marzo de 2010 el Tribunal Federal de Cuentas remitió una nota a la Agencia Federal de Empleo con los resultados de una inspección de la intermediación laboral de desempleados con discapacidad. El Tribunal reclama explícitamente que mejore la eficacia en la intermediación de este colectivo y critica que el número de ofertas de empleo que las agencias locales presentan a los discapacitados sea muy inferior al del resto de los desempleados.

### Disparidad regional

La incidencia del desempleo de discapacitados presenta grandes disparidades regionales. Dado que la crisis económica golpeó sobre todo a las regiones más industrializadas, el número de desempleados discapacitados creció especialmente en Baja Sajonia (+8,9%), Hesse (+8,4%), Baden-Wurtemberg (+7,8) y

Baviera (+8,4%). En otras regiones la cifra de desempleados discapacitados incluso cayó (Hamburgo: -10,9%, Bremen: -4,8%).

### Medidas de inserción laboral

Las medidas de inserción laboral son instrumentos para amortiguar el crecimiento del desempleo de las personas con discapacidad. Especialmente las medidas de formación y cualificación de la Agencia Federal de Empleo están diseñadas para aprovechar la fase de desempleo y sentar las bases para una rápida reinserción laboral una vez que la coyuntura económica vuelva a mejorar.

<b>Incorporaciones de discapacitados a las medidas de inserción laboral, enero a mayo 2010</b>		
	Incorporaciones	Variación interanual
Medidas de formación y cualificación	9.902	-7,5%
Bonificación para la inserción laboral	4.046	-28,2%

*DGB, 2010a*

Sin embargo, la DGB constata una importante caída del número de personas que se han incorporado a los programas de bonificación en los primeros meses de 2010; entre enero y mayo lo hicieron 4.064 personas, lo que supone una reducción del 28,2% en comparación interanual. Esta importante contracción del número de beneficiarios se debe en primer lugar a que muchas empresas prefieren esperar a que la situación mejore. También se ha reducido el número de participantes en medidas de formación y cualificación profesional.

### El empleo de las personas discapacitadas

Los últimos datos disponibles sobre el empleo de personas con discapacidad corresponden a 2008, año en que unos 844.000 discapacitados trabajaban en empresas de más de 20 trabajadores y 142.000 en empresas de menos de 20 trabajadores, en total el 4,1% de los 23.800.000 trabajadores por cuenta ajena afiliados a la seguridad social. La normativa vigente dispone que las empresas de más de 20 trabajadores contraten a un 5% de personas discapacitadas, pero en 2009 la tasa se situó en un 4,3%. No obstante, existen diferencias entre los diversos sectores. Mientras que en 2008 un 6,1% de los empleados de las administraciones públicas eran discapacitados, la tasa en la empresa privada sólo alcanzó el 3,7%. Por otra parte, ese año las empresas de más de 20 trabajadores contabilizaron un total de 5.994 aprendices, el 0,6% sobre el total. Este es un buen indicador de las dificultades con las que se encuentran los jóvenes discapacitados, teniendo en cuenta que en Alemania la formación profesional es una de las principales vías de acceso al mercado laboral.

<b>Evolución de la tasa de empleo de personas con discapacidad, 2003 a 2008, en %</b>						
	2003	2004	2005	2006	2007	2008
Total	4,0	4,1	4,2	4,3	4,2	4,3
Empresa privada	3,6	3,7	3,7	3,8	3,7	3,7
Administración pública	5,4	5,6	5,7	5,9	6,0	6,1

Fuente: DGB, 2010a

## Propuestas de la DGB

- El Estado debe garantizar una formación escolar inclusiva que no relegue a los jóvenes discapacitados a escuelas especiales y talleres. Dado que la educación es competencia exclusiva de las regiones, la DGB reclama de los gobiernos regionales planes de acción vinculantes.
- La FP continúa siendo una de las principales vías de acceso al mercado de trabajo. El principio de la inclusión deberá aplicarse también en este ámbito.
- Hay que revisar el actual sistema de tasas y cuotas, que no presenta alicientes suficientes para incentivar la contratación de personas con discapacidad.
- Las medidas de prevención a nivel empresarial son esenciales para garantizar la salud y la seguridad de los trabajadores. Es imprescindible la mejora de las condiciones laborales, la precariedad afecta en gran medida a las personas con discapacidad.
- Pocas empresas practican una política de reinserción de los trabajadores que han estado ausentes por enfermedad. Faltan instrumentos sancionadores que penalicen a las empresas que intentan deshacerse de estos trabajadores.
- La definición de la discapacidad y el catálogo de prestaciones deben adaptarse a las normas y la terminología empleada por la CIF.
- La normativa que regula el equipamiento de los puestos de trabajo y sus instalaciones debe incorporar más el principio de la accesibilidad, que también debe tener entrada en las diferentes regulaciones técnicas.
- La formación debe tener un papel central en la atención a personas con discapacidad y no debe darse prioridad, como ocurre en la actualidad, a medidas e instrumentos de poca duración que apenas mejoran la integración en el mercado de trabajo.
- Hay que dar acceso a las personas con discapacidad a las medidas de rehabilitación. La normativa que regula la prestación no contributiva por desempleo prioriza la rápida reinserción laboral de los desempleados de larga duración, mientras que la que recoge las prestaciones para discapacitados apuesta por la integración de las personas con discapacidad y la adecuación de las medidas a las necesidades individuales.
- La ampliación de la edad laboral hasta los 67 años no se ajusta a la realidad. En la actualidad solo uno de cada cinco trabajadores alcanza la edad regular de jubilación, en el sector de la construcción

incluso sólo uno de cada diez. La DGB reclama un paquete de medidas que garanticen unas condiciones laborales que hagan posible la permanencia de los mayores en la vida laboral.

- La DGB critica las restricciones para acceder a la jubilación por reducción de la capacidad laboral. El número de beneficiarios pasó de 300.000 en 1994, a 200.000 en 2000 y a 162.000 en 2007. Es imprescindible que se abran vías de acceso a esta modalidad de jubilación para que los colectivos afectados no se vean obligados a permanecer en una situación de desempleo cuando en realidad no están en condiciones de trabajar o de solicitar la jubilación anticipada con las consiguientes minoraciones.