

## **DOCUMENTO DE TRABAJO PARA LA ELABORACIÓN DE UN DECRETO DE AUTORIZACIÓN Y FUNCIONAMIENTO DE LOS CENTROS DE CARÁCTER SOCIAL PARA LA ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES EN CASTILLA Y LEÓN**

En los últimos años ha surgido una corriente social que demanda la protección de los derechos de las personas mayores que pueden estar en riesgo ante la aparición de la fragilidad o la dependencia, quedando en una situación de vulnerabilidad ante terceros, indefensos en muchas ocasiones ante decisiones y actuaciones inadecuadas del ámbito profesional e incluso de su propio entorno. Esta corriente defiende que las personas mayores, con independencia del tiempo que acumulan en sus vidas, continúan siendo sujetos de derechos. De unos derechos que deben seguir ejerciendo, de la misma forma y con la misma igualdad de oportunidades que el resto de los ciudadanos. Esta nueva corriente en la atención social a las personas mayores, tiene como finalidad principal, garantizar la dignidad de las personas en ese proceso natural que es el envejecimiento. De ahí que el uso de conceptos como la autodeterminación, la intervención basada en apoyos, el proyecto de vida o la calidad de vida, que desde hace ya tiempo, se venían usando como buenas prácticas profesionales en materia de servicios sociales, sean los que estos nuevos planteamientos sociales generalizan y defienden que deben prevalecer sobre aquellos otros tradicionales pero más ligados a cuidados asistenciales, de limpieza, seguridad o salud, que, sin olvidar que son necesarios, no resultan al final, tan esenciales como las relaciones personales, la inclusión social, la autodeterminación y las propias expectativas y deseos de las personas. Aspectos absolutamente claves en estos nuevos planteamientos y que han demostrado, no sólo su viabilidad, sino también su éxito y eficacia en su aplicación.

En este sentido es relevante el "Modelo Housing", de ámbito internacional y dentro del cual se enmarcan iniciativas como la Unidades de convivencia de la "Red Salmón", la "alternativa Eden" o las "Green Houses", o las aportaciones de la atención centrada en las personas con demencia formulada por Tom Kitwood y desarrollada por los componentes del grupo de demencias de la Universidad de Bradford (Bradford Dementia Group).

Como la simple transposición de modelos no es viable debido, entre otras cuestiones a circunstancias culturales, tipología de los centros ya existentes y a la oposición de los agentes al cambio, se optó por pilotar la experiencia en 100 centros que ya estuvieran

en funcionamiento en la Comunidad Autónoma. El acompañamiento y seguimiento comenzó en febrero de 2012 y finalizó con la aprobación del decreto que consolidaba el modelo de atención en el año 2016. Fueron cuatro años de experiencia en la aplicación del nuevo modelo de atención en los centros de la comunidad, con una muestra de cerca de 2.000 usuarios.

Como la realidad de los centros que prestan servicios en nuestra comunidad autónoma era muy variada, se optó por incorporar al pilotaje todo tipo de centros, tanto residenciales como centros con estancias diurnas, públicos y privados, con y sin fin de lucro, del medio rural y del urbano, en centros de tamaño grande y de tamaño pequeño y de todas las provincias. En la evaluación de esta experiencia se contó con la colaboración de la Universidad católica de Ávila. Siguiendo el método científico, se diseñaron grupos control y grupos de intervención, y se utilizaron escalas validadas, sobre la opinión de los profesionales y de las familias, incluyéndose también las que miden la calidad de vida de las personas. La conclusión de la evaluación determinó, por una parte, que el nuevo modelo procuraba, sin excepción, mayores niveles de calidad de vida en todas las experiencias evaluadas, siendo especialmente beneficioso las personas dependientes que presentaban deterioro cognitivo; y por otra, que el nuevo modelo mejoraba la satisfacción de los profesionales y de los familiares de los usuarios.

A los efectos de su conocimiento general, toda la información relativa al modelo, a su estudio de costes del modelo, así como otra información complementaria de interés, se fue actualizando a través esta página web.

De todo lo anterior se deduce que, el nuevo modelo que se quiere implantar de forma definitiva, a través de la nueva normativa que se pretende aprobar, garantiza mejor que cualquier sistema anterior, la calidad de vida de las personas que reciben servicios en los centros de carácter social para personas mayores. Es una normativa coherente con los modelos más innovadores del mundo en este ámbito, pero al mismo tiempo, adaptando el modelo a nuestra realidad. Hay que destacar que esta adaptación se ha producido con la planificación y el tiempo suficiente, para favorecer y conseguir, como efectivamente ha sido, el consenso de los principales agentes vinculados con el sector. Siendo un proceso que se ha realizado con total transparencia (habiéndose publicado en la página web de la Junta todo avance significativo en este modelo de atención) todos

los sectores afectados han tenido la oportunidad de conocerlo. De ahí la importancia de destacar que, lejos de producir rechazo social, el nuevo modelo ha generado la adhesión de los representantes de las personas mayores y de las entidades titulares de los centros, además de otras adhesiones tanto, en el ámbito de la atención a personas mayores, como incluso en el ámbito de la discapacidad a través de su órganos de representación (CERMI Castilla y León).

No obstante, y como sucede en cualquier sociedad compleja y democrática, también ha recibido cierto rechazo. Esta oposición sin embargo, ha tenido carácter minoritario, y ha sido realizada por los representantes de aquellos colectivos profesionales que, pretendiendo perpetuar cupos de cualificaciones determinadas por un modelo anterior claramente superado, se olvidan de la defensa a ultranza que el nuevo modelo realiza por el verdadero bienestar de las personas que reciben servicios en los centros.

Es importante destacar, en todo caso, que esta oposición minoritaria es infundada, ya que a pesar de que la normativa anterior no exigía muchas de las cualificaciones que ahora se exigirían, lo cierto es que el personal técnico de los centros, ahora y antes de entrar en vigor el nuevo modelo, está compuesto, al menos, por profesionales de las siguientes titulaciones universitarias: Medicina y Cirugía, Enfermería, Fisioterapia, Terapia Ocupacional, Psicología, Sociología, Trabajo Social, Psicomotricidad, Psiquiatría, Logopedia, Nutrición Humana y Dietética, Farmacia, Educación Social, Ciencias del Deporte, Gerontología. Teniendo en cuenta además que, en la dirección de los centros, hay prestando servicios profesionales diferentes como economistas, ingenieros y graduados o licenciados en disciplinas distintas a las anteriormente mencionadas.

El origen del modelo de atención centrada en la persona se atribuye a la psicología humanística, concretamente a Carls Rogers y a su “Terapia centrada en el cliente”.

Las principales aportaciones del enfoque humanista son: el interés por centrarse en la persona y en el significado que ésta otorga a su propia experiencia; la dignidad de la persona como valor central; la atención a las características específicamente humanas como la capacidad de decidir, la creatividad o la necesidad de autorrealización; el interés en el desarrollo pleno del potencial inherente a cada persona; y la idea de la persona tanto en relación a cómo se descubre a sí misma, como en su interdependencia con los otros (individuos y grupos).

Las aportaciones de Carl Rogers han sido trasladadas, aunque con diferentes matices, a otros ámbitos de atención donde los profesionales mantienen relaciones de ayuda hacia otros.

Así, en el ámbito educativo se hace mención a la educación centrada en el alumno/a; en el ámbito de la salud y de la medicina se habla de la salud o de la medicina centrada en el paciente. En la atención a personas con discapacidad se viene utilizando el término de la “planificación centrada en la persona” y su objetivo principal es dar apoyos a las personas con discapacidad para que puedan tener control sobre su vida y ésta se desarrolle desde la máxima normalización.

Y todos estos modelos son los que la sociedad actualmente está demandado, y lo está haciendo por dos motivos: uno, porque inevitablemente el proceso vital conduce de forma natural al envejecimiento y todo el mundo quiere tener, de algún modo, la seguridad de que va a poder seguir disfrutar de las mismas oportunidades como cualquier otro ciudadano y, dos, porque la sociedad es consciente de que ahora, la implantación de un modelo de atención de esas características, sí es posible; los avances técnicos actuales facilitan, absolutamente, que la configuración de los centros se aleje del carácter hospitalario que tenían en el modelo de atención anterior y avancen hacia otro diferente y más centrado en la individualidad de cada persona.

Entrando a detallar de forma más exhaustiva en qué consiste esa “atención centrada en la persona”, (ACP) es preciso, con carácter previo, poner de manifiesto las siguientes premisas:

1. La dignidad de la persona: todas las personas, por el hecho de serlo, tienen dignidad y ello implica que el ser humano, por sí mismo es valioso. La persona es un fin en sí misma y no puede ser tratada como un medio, por ello, con independencia de la edad, las enfermedades, el estado cognitivo o el grado de discapacidad o dependencia que tenga, siguen siendo poseedoras de esa dignidad y deben ser tratadas con igual consideración y respeto que las demás.

2. El carácter único de cada persona: Ninguna persona, con independencia de su edad, es igual a otra. Y cada persona tiene sus propias circunstancias y su propio proyecto vital (la biografía es la razón esencial de nuestra singularidad y el referente básico del proyecto de vida), por lo que la atención personalizada es imprescindible.

3. Todas las personas tienen derecho a controlar su propia vida

4. Toda persona, incluida, la persona mayor, es un agente activo y, por tanto, protagonista de su proceso de atención, en el que hay que respetar su autonomía y buscar los apoyos necesarios para que puedan seguir desarrollando su vida diaria en su entorno.

5. La persona con grave afectación cognitiva también tiene derecho a ejercer su autonomía. La autonomía además de identificarse como la capacidad para tomar decisiones, se identifica también como un derecho. De tal forma que la misma, no es una capacidad única y fija sino que depende de la situación y de los apoyos que la persona, en cuestión, tenga. No se trata de renunciar a trabajar desde la autonomía con las personas gravemente afectadas, sino de promover e identificar las oportunidades y apoyos necesarios.

6. Perspectiva profesional, de la persona, desde sus fortalezas y capacidades. Todas las personas, incluida la persona mayor tiene fortalezas y capacidades. Por tanto, la mirada profesional no se debe de centrar en los déficits y limitaciones de la persona mayor, sino que debe partir de sus fortalezas y capacidades para relacionarse desde ellas y fortalecerlas en las intervenciones, evitando invadir la esfera de decisiones de la persona mayor.

7. El ambiente físico influye en el comportamiento y bienestar de la persona: especialmente en aquella que está en situación de dependencia, por lo es preciso lograr entornos accesibles, confortables, seguros y significativos.

8. La actividad cotidiana tiene una gran importancia en el bienestar de la persona: el acontecer cotidiano, lo que sucede en el día a día, las actividades que realiza la persona mayor a diario, influyen de forma determinante en su bienestar físico y subjetivo. Hay que procurarles actividades que tengan pleno sentido para ellas y les sirvan de estímulo en las intervenciones terapéuticas.

9. Toda persona es interdependiente: La persona se desarrolla y vive en continua relación social y necesita de los demás para convivir y realizarse plenamente. Mantener relaciones sociales tiene efectos positivos para la salud y el bienestar de las personas. Esto sucede a lo largo de toda la vida, y especialmente cuando las personas se encuentran en situación de dependencia. Por tanto, los otros -los profesionales, la familia, los amigos o los voluntarios- son esenciales en el desarrollo del proyecto vital

de las personas y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación y el logro del bienestar físico y subjetivo. .

10. La persona es un ser multidimensional sujeto a cambios: al igual que en el resto de personas, en la persona mayor interactúan aspectos biológicos, psicológicos y sociales, por lo que requiere de apoyos diversos y adaptados a las diferentes situaciones. Por lo tanto, es preciso ofrecer atención desde intervenciones integrales, coordinadas y flexibles.

De acuerdo con lo anterior, y reconociendo que apostar por la atención centrada en la persona en los centros de atención social a las personas mayores no se cumple con reconocerlos o enunciarlos, sino que es necesario hacerlos efectivos día a día y que, en todo caso implica asumir una serie de principios y consideraciones, se podría sintetizar el modelo de atención centrado en la persona indicando que

- Es un enfoque en el que las personas usuarias se convierten en el eje central de la organización del centro o servicio y de las actuaciones profesionales.
- Integra diferentes modelos de atención profesionalizada, es decir maneras de entender y organizar la acción profesional, para buscar efectivamente la mejora de la calidad de vida de las personas mayores dando la máxima importancia al ejercicio de su autonomía, autodeterminación y a su bienestar subjetivo.
- Incorpora nuevas metodologías, nuevas maneras de hacer, que aportan un conjunto de técnicas e instrumentos, susceptibles de aplicación en la actualidad, que facilitan los planes de apoyos integrados y personalizados.

En cuanto a la situación actual en el ámbito de Castilla y León, pese a la implantación progresiva y bastante satisfactoria de este nuevo modelo, no existe norma legal que lo ampare de forma específica, aunque sí lo haga con carácter general. Así, la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, organiza el Sistema de Servicios Sociales de Castilla y León como soporte del pleno desarrollo de los derechos de las personas dentro de la sociedad y promueve la cohesión social y la solidaridad, siendo uno de los colectivos prioritarios, a la hora de recibir apoyos del sistema de Servicios Sociales, el de las personas mayores y, en especial, aquellas con dependencia de otras personas para desarrollar las actividades básicas de la vida diaria. Para este colectivo se precisan, entre otros recursos, como prevé la citada Ley 16/2010, unos centros de atención residencial adaptados a sus necesidades y expectativas de vida.

Las condiciones para la autorización y funcionamiento de este tipo de centros se regularon mediante el Decreto 14/2001, de 18 de enero, bajo cuya vigencia se ha avanzado en la ordenación de los centros y en la mejora progresiva de la atención prestada a los usuarios. Desde su aprobación, se han operado ciertos cambios legislativos: por un lado, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, que configura un escenario de derechos y un sistema de coordinación interadministrativa, a través del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, dentro del cual se alcanzan acuerdos, como los recogidos en la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad que vienen referidos tanto a criterios comunes de acreditación, para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia ( SAAD), como a la configuración de los servicios que se prestan en el marco de los servicios sociales; por otro, a nivel autonómico, destacan, la Ley 5/2003, de 3 de abril, de atención y protección a las personas mayores de Castilla y León, y la Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León. La primera consagra para las personas mayores, el derecho a un alojamiento adecuado, encomendando a la Administración autonómica, y al resto de Administraciones Públicas, en el ámbito de sus respectivas competencias, la planificación, ordenación, creación y mantenimiento de una red de centros residenciales para personas mayores, en colaboración con la iniciativa privada. La Ley 16/2010, de 20 de diciembre, de Servicios Sociales de Castilla y León, por su parte, organizó el sistema de servicios sociales de responsabilidad pública de Castilla y León, como soporte del pleno desarrollo de los derechos de las personas dentro de la sociedad y, precisamente, uno de los colectivos prioritarios, a la hora de recibir apoyos del sistema de servicios sociales, son las personas mayores, especialmente, aquellas con dependencia de otras para realizar las actividades básicas de la vida diaria.

Por todas las razones expuestas, teniendo en cuenta precisamente, que el modelo de ACP no es el que se regula en el Decreto 14/2001, de 18 de enero, es por lo que esta Administración, procede a impulsar la aprobación de una norma que recoja el nuevo modelo de atención a las personas mayores, basado en la atención centrada en la persona (ACP). Por lo que amparada en el artículo 70.1.10 de su Estatuto de Autonomía, donde se atribuye a la Comunidad de Castilla y León la competencia exclusiva en

materia de asistencia social, servicios sociales y desarrollo comunitario; promoción y atención a las familias, la infancia, la juventud y los mayores; prevención, atención e inserción social de los colectivos afectados por la discapacidad, la dependencia o la exclusión social, y protección y tutela de menores, se procede a tramitar y aprobar una nueva regulación que, garantizando la calidad de la atención, ofrezca soluciones a las nuevas demandas de prestación de servicios públicos que se plantean desde la sociedad actual, en virtud de los cambios sociales y de los avances técnicos producidos.

Y es que si, con carácter general, los cambios sociales de las últimas décadas y la evolución de las políticas sociales, exigen implementar una nueva forma de prestar servicios públicos a los ciudadanos, en el ámbito de los servicios sociales es absolutamente prioritario.

La Administración no puede desentenderse de la gran corriente social, especialmente de los sectores más afectados, que aboga por un nuevo modelo de atención centrado en la persona y por el empoderamiento de los usuarios de los centros de atención social, facilitándoles, un envejecimiento activo, mediante el ejercicio de sus derechos civiles de igual forma que el resto de los ciudadanos. Es, por tanto, la búsqueda de la calidad de vida de las personas usuarias, el hilo conductor, que está generando el consenso necesario entre usuarios, profesionales, organizaciones y administraciones públicas, para que se produzcan los cambios normativos necesarios y el nuevo modelo de atención sea una realidad legal. De acuerdo con ello, la Consejería competente en materia de Servicios Sociales pretende dar un paso más en la atención a las personas mayores que viven en centros residenciales o que son usuarias de centros de día, con la implantación de un modelo de atención basado en el proyecto de vida del usuario, y en los principios de autodeterminación e independencia, tratando de superar el modelo de atención regulado en el Decreto 14/2001 basado, prioritariamente, en la satisfacción de necesidades y provisión de cuidados fundamentalmente sanitarios.

El modelo de atención que perseguía el Decreto 14/2001, de 18 de enero, de clara inspiración sanitaria, que asimila la regulación de los centros de personas mayores, en todos sus requisitos arquitectónicos, a la de los centros hospitalarios, ha supuesto que buena parte de los centros existentes, que venían prestando servicios satisfactorios antes de la entrada en vigor del mismo, carezcan de viabilidad para poder cumplir los requisitos exigidos cuando las personas que siendo residentes inicialmente válidos, por el transcurso del tiempo devienen en personas dependientes, resultándoles imposible



realizar los ajustes razonables necesarios para conseguir la adaptación de los inmuebles a las exigencias arquitectónicas de una tipología hospitalaria innecesaria e inadecuada.

A tal fin, el proyecto en elaboración pretende desarrollar el nuevo modelo de atención priorizando el máximo desarrollo en la autodeterminación de las personas y en su proyecto de vida, lo que ha puesto en valor, como referente en los requisitos arquitectónicos, la escala del hogar, tanto en los centros residenciales, como en las unidades de estancia diurna, separándose, por tanto, de los requerimientos inspirados en los centros hospitalarios.

En consonancia con esta escala de hogar, el modelo prevé los siguientes tipos de centros de carácter social para la atención a las personas mayores:

-Centro residencial, entendido como un conjunto de espacios y servicios configurados como agrupación de hogares, dirigido preferentemente a personas mayores dependientes o a personas con necesidades afines, que garantice con carácter permanente o temporal la atención integral y continuada a la persona, promoviendo su autonomía y potenciando sus capacidades, acorde con sus expectativas y deseos, para esta etapa de su ciclo vital, recogidos en su proyecto de vida. Incluye el alojamiento, la manutención, la atención de sus necesidades básicas y de las necesidades particulares derivadas de su situación personal y social. Las características de los centros deben permitir que todas sus plazas puedan ser ocupadas por personas dependientes.

En el centro residencial la vida cotidiana se organiza a partir de la autodeterminación de la persona, debiéndose garantizar una atención personalizada basada en la identidad de la persona, su historia de vida, sus expectativas y deseos, su visión y su enfoque de la vida cotidiana, a través de un proyecto de vida personal, del profesional de referencia y de los apoyos que lo hagan posible. En tal sentido, la actividad en los centros se orienta a asimilar la vida cotidiana a la del entorno familiar, buscando impulsar la participación social activa de sus usuarios.

Además, dentro del concepto de hogar mencionado, se introducen como novedad, en los centros, las denominadas Unidades de convivencia, que serían la estructura

espacial específica con dimensiones y ambiente de hogar, consiguiendo orientar la vida en esos centros de forma lo más similar posible a la de un entorno familiar, conviviendo un grupo de personas mayores a quienes, con el objetivo de promover su autonomía, independencia, interacción e integración social, se proporcionan los apoyos necesarios para que sigan desarrollando su proyecto y forma de vida, de acuerdo a sus deseos y valores.

-Centro de día, considerado como el conjunto de espacios y servicios dirigidos preferentemente a personas mayores, y que puede contar con unidad de estancias diurnas, con unidad de atención social o con ambas simultáneamente. La Unidad de estancias diurnas sería un servicio dirigido preferentemente a personas mayores en situación de dependencia o a personas con necesidades afines, en el que, en jornada diurna, se les prestase atención personalizada, con el objetivo de mantener o mejorar el mayor nivel posible de autonomía personal y de independencia, a través de actividades adaptadas a cada persona. Estas unidades sirven de respiro a familias y cuidadores, favoreciendo la permanencia de la persona usuaria en su entorno habitual. La Unidad de atención social para, servicios de carácter preventivo y de promoción personal, dirigidos a personas mayores con autonomía personal e independencia funcional, a través de la realización de actividades socioculturales y recreativas, pudiendo, además, ofrecer otros servicios.

De acuerdo con lo anterior la nueva norma tendrá que entrar a regular los requisitos de los centros, con sus especificaciones técnicas, la dotación de espacios, las instalaciones y los equipamientos con los que deben contar. También establecerá la organización de los centros, con los principios y criterios que deben ser tenidos en cuenta para su el funcionamiento; las normas de convivencia, los organigramas obligatorios, las funciones de la dirección del centro, así como la clasificación, requisitos y dotación de personal de los centros y sus estructuras de coordinación.

El proyecto contendrá también las disposiciones necesarias para regular los posibles regímenes singulares.

La implantación del nuevo modelo incidirá fundamentalmente en las adaptaciones estructurales de los centros y en la distribución de su personal. De ahí que sean dos elementos relevantes a la hora de estudiar los impactos que la nueva norma pueda generar.

En lo que se refiere al personal, el modelo establecido en el Decreto 14/2001, realizaba una clasificación administrativa de las personas, igualando a todos los usuarios en los aspectos que tenían en común pero obviando sus diferencias, el nuevo modelo supera este tipo de atención y se centra en la propia persona, procurando una atención diferenciada de cada persona usuaria, según su propio proyecto de vida, atendiendo a sus necesidades, expectativas y deseos.

El modelo de atención integral centrada en la persona exige ámbitos profesionales que puedan desarrollar sus competencias de forma compartida y no exclusiva. Porque el nuevo modelo no es un modelo de corte puramente asistencial como el anterior, sino de atención integral a la persona como tal y no simplemente como una persona dependiente o enferma. El nuevo modelo está pensado para que se pueda atender a todo tipo de usuarios, superándose la clasificación anterior de válidos o asistidos.

Por ello el nuevo modelo apuesta por una enumeración de funciones. Funciones que pueden ser desarrolladas con total pericia por diversos profesionales dentro de un amplio pero, en todo caso, determinado y limitado, elenco de los ámbitos profesionales mencionados en el decreto.

Dicho modelo, basado en funciones y no estrictamente en profesiones determinadas, pretende superar el simple objetivo de cuidar a la persona usuaria por el de satisfacer realmente sus necesidades específicas, incluyendo expectativas y derechos.

En la elaboración del documento de trabajo se ha tenido en cuenta, en lo referente a las condiciones que deben reunir los centros de atención una realidad preexistente, cual es la existencia de 699 centros residenciales, con una oferta 46.951 plazas y 440 centros con estancias diurnas y una oferta de 5.585 plazas que ya están en funcionamiento a la fecha de la realización de este documento.

La exigencia mínima en materia de personal en los centros de carácter social, vendrá determinada por la aplicación, sobre el número de personas usuarias, de las ratios previstas en el modelo. En todo caso el personal de los centros estará constituido por:

- a) Personal técnico.
- b) Personal de atención directa.
- c) Personal de servicios generales.

Las ratios de personal aplicables serán.

- a) Ratio Global del centro.
- b) Ratio de profesionales técnicos.
- c) Ratio de profesionales de atención directa.

Conviene remarcar en relación con estos parámetros que se recogen los criterios mínimos para la acreditación de los centros de atención de personas dependientes, establecidos en la Resolución de 3 de noviembre de 2015, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales y de Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, y en el Acuerdo de 27 de noviembre de 2008, sobre Acreditación de Centros y Servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Para determinar la ratio global de un centro residencial o de una unidad de estancias diurnas, se expresará en una ratio que se calculará poniendo en el numerador el número de trabajadores y en el denominador la ocupación media que ha tenido el centro, considerando un periodo anual desde la fecha que se tome de referencia. La precisión de dicha ratio será hasta la milésima. A estos efectos, para el cómputo del número de trabajadores se tendrá en cuenta el equivalente al número de jornadas completas de los trabajadores que presten servicio en el centro de forma habitual, con independencia de su forma de contratación. Dicho cálculo deberá realizarse computando a cada trabajador en la equivalencia que corresponda según la proporción entre su jornada de trabajo y el 100% de la jornada anual según el convenio colectivo de aplicación.

Este parámetro se mantiene en cómputo anual para acomodarse mejor a los criterios acordados por el Consejo Territorial de Dependencia, toda vez que debe reflejar el conjunto de los trabajadores, que mediante cualquier fórmula hayan sido contratados para prestar servicios en el centro, y no es determinante para la atención del día concreto en los centros.

Por su parte, el personal técnico con el que deberá contar el centro incluye al director del centro y aquellos otros profesionales con titulación universitaria que prestan servicio

en los centros, cuya función principal la programación y coordinación, evaluación y seguimiento de todas las actuaciones del resto de los profesionales en relación con la atención a los usuarios. Este personal tendrá formación para el diseño, programación y el desarrollo de actividades en alguno de los siguientes ámbitos: salud, atención psicosocial, integración social, promoción de la autonomía o del envejecimiento activo de las personas usuarias de los centros, tales como, personal médico, de enfermería, fisioterapia, nutrición y dietética, terapia ocupacional, educación social, psicología o trabajo social. Además, estos profesionales tendrán que contar también con determinada formación complementaria.

Para facilitar el cumplimiento y la seguridad jurídica esta exigencia se materializará en el día concreto de cálculo y a la ocupación de usuarios se le multiplicará por 0,046, siendo el resultado jornadas completas contratadas vigentes en situación de alta laboral.

En cambio, en las unidades de estancias diurnas, que presentan un tamaño inferior a los anteriores, se exigirá la siguiente ratio de profesionales:

- a) Los centros que tengan menos de 20 personas usuarias, contarán con un profesional o equipo multidisciplinar equivalente a media jornada.
- b) Los centros que tengan a partir de 20 personas usuarias, contarán con un profesional o equipo multidisciplinar en equivalente a una jornada completa.

En la atención residencial, la organización de los turnos garantizará la atención de estos profesionales las 24 horas del día, todos los días de la semana. Durante el periodo de actividad diurna, ninguna unidad de convivencia o espacio común del centro donde haya personas usuarias con necesidad de apoyos podrá prescindir de la atención de estos profesionales.

Durante las noches, los centros residenciales con ocupación hasta 60 personas usuarias contarán con al menos un profesional de atención directa. En este caso deberá estar localizable otro profesional del centro. Cada 60 personas usuarias o fracción se dotará de otro profesional de atención directa.

La ratio fijada para cuando se cuente en su totalidad con usuarios de Grado II o de

Grado III de acuerdo con la clasificación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia y su normativa de desarrollo, en estos momentos no se da en ningún centro, por lo que no se considera en el análisis esa circunstancia y se analizará el supuesto de que la composición de usuarios sea otra, por lo que la ratio es 0,202. A estos efectos solo se podrán computar los contratos del personal en situación de alta laboral.

Para las unidades de estancia diurna, la situación con relación al grado II y grado III es análoga a la de los centros residenciales por lo que se analizará el supuesto del resto de las situaciones, por lo que cada grupo de hasta 16 usuarios o cada unidad de convivencia contará, al menos, con un profesional de atención directa durante todo el horario de funcionamiento de la unidad y un profesional de refuerzo con la misma dedicación por cada dos unidades o grupos.

Para la aplicación de cualquiera de las reglas mencionada en este apartado, las personas usuarias a tiempo parcial en los centros, a los efectos de dotación de personal, computarán según la proporción de su estancia comparada con una estancia completa.

De esta forma y a modo de ejemplo, en un centro de 72 residentes en el que no todas las personas atendidas en el centro residencial sean del grado II y de grado III de dependencia, que es la situación que presentan de forma generalizada los centros de personas mayores en nuestra Comunidad, el número de profesionales se obtendrá con una sencilla operación aritmética:

- Ratio global mínima de personal del centro:

$72 \text{ usuarios} \times 0,410 \text{ (ratio prevista artículo 35.6)} = 27,52 \text{ jornadas completas de trabajadores de cualquier categoría, computadas de acuerdo a lo establecido en el modelo.}$

Desglosado por tipo de personal:

- Ratio mínima de personal técnico, en nuestro caso:

72 usuarios x 0,046(Ratio prevista para este tipo de personal en el art 36.2) = 3,312 jornadas completas contratadas de profesionales técnicos que reúnan los requisitos establecidos en el modelo.

- Personal de atención directa, en este caso:

72 usuarios x 0,202 (ratio previsto para este tipo de personal en el modelo ) = 14,544 jornadas completas de trabajadores de atención directa contratados en situación de alta laboral el día concreto que se esté calculando.

A modo ejemplo, se puede indicar como el nuevo modelo para garantizar la seguridad jurídica en cuanto a las ratios de personal prevé la siguiente directriz:

“Cuando un centro residencial o un centro de día con unidad de estancias diurnas, cuente en su totalidad con usuarios en situación de dependencia de grado II o III, la ratio global, de acuerdo con los criterios adoptados en el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la dependencia, será de 0,460 y de 0,235, respectivamente. En el resto de las situaciones, la ratio global será 0,410 en los centros residenciales y 0,230 en las unidades de estancias diurnas”

Con el fin de dotar de seguridad jurídica a las obligaciones en materia de personal, tanto en las que se refieren a personal de atención directa como al personal técnico, se utiliza una fórmula matemática que arroja una única y clara determinación de contratos vigentes en situación de alta laboral, que está en función del número de usuarios concretos del centro. Esta operación puede realizarse con cualquier ocupación de cualquier día, y reportará siempre un número exacto de jornadas completas.

Para analizar el impacto que esta nueva disposición va a suponer, en cuanto a la regulación de los requisitos arquitectónicos, se considerará por un lado, los centros de titularidad de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, por otro, los centros de titularidad de las Entidades Locales (Diputaciones provinciales y Municipios de más de 20.000 habitantes) por ser las más relevantes en el ámbito de la Administración Local tanto por el número de centros, como por su amplia oferta de plazas y, por último, los centros de titularidad privada.

En el caso de los centros de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, que pasaran a disponer de todas sus plazas para personas dependientes, podrán acceder a esta tipología sin necesidad de realización de obras, o con intervenciones arquitectónicas poco significativas. Esta misma situación se repite para los centros de las entidades locales.

Del mismo modo, en virtud de los datos facilitados por la representación del sector privado, la adaptación de sus centros, con carácter general, a las previsiones recogidas en el nuevo modelo no tendrá un impacto económico significativo en el mencionado sector, ya que, esencialmente, se circunscribe a pequeñas intervenciones, dirigidas a mejorar la accesibilidad de aseos y baños.

Con relación a la posible implantación de unidades de convivencia en los centros, teniendo en cuenta que se prevé como no obligatoria, se entiende que el impacto presupuestario estaría directamente vinculado a cuestiones de oportunidad. En todo caso, cuando se pretendan implantar unidades de convivencia, se preverá un régimen favorable a los centros que ya están en funcionamiento, de tal manera que el presupuesto a abordar por unidad de convivencia implantada, con la menor intervención posible no sea imposible de afrontar.

- a) Que todas las personas que sean atendidas en los centros sean de grado II o de grado III de dependencia.
- b) Que las personas atendidas en los centros tengan resolución de esos grados y de otros (grado I o sin grado de dependencia).

Se ha considerado, para calcular el impacto presupuestario, el tipo de situación en la que se encuentran los centros en las fechas de elaboración del presente documento, siendo mayoritaria la situación del apartado b).

En el caso de los profesionales del ámbito sanitario que presten servicios de atención sanitaria, se estará a lo dispuesto en la normativa reguladora del régimen de autorización de centros, servicios y establecimientos sanitarios. Las exigencias derivadas, de la aplicación del régimen de los profesionales sanitarios, no generarán



impacto adicional.

De conformidad con los datos con los que cuenta este centro directivo, se considera que ni en los centros residenciales, ni en las unidades de estancia diurna, ya sean de la Gerencia de Servicios Sociales de Castilla y León, de las entidades locales, o bien del sector de titularidad privada, tanto en lo referente a los requisitos arquitectónicos, los programas de formación de los profesionales de los centros, así como de las diferentes ratios de personal, tendrán un impacto presupuestario o económico que sea significativo, ni para los presupuestos de la Comunidad, ni para los de las corporaciones locales con competencia en la materia, ni para el conjunto del sector privado afectado por el modelo que se pretende implantar.

Adicionalmente, con la promulgación de la norma se pretende organizar un sistema de formación continua, a través de una plataforma on-line, para facilitar formación básica en el nuevo modelo de atención a las personas mayores, de forma abierta, destinada a cualquier profesional o ciudadano interesado.

Del mismo modo, se pretende, como complemento, la implantación, en la web de Servicios Sociales de Castilla y León, de un espacio de “Buenas prácticas” en el desarrollo del nuevo modelo de atención a mayores “En Mi Casa” que permita dar a conocer a todos los interesados la casuística del desarrollo del modelo. Entendiendo que las “buenas prácticas” constituyen una exitosa herramienta de mejora continua, se pretende diseñar un espacio en la web en el que cumpliendo unos requisitos y criterios previamente definidos, puedan ser publicitados ejemplos de buenas prácticas que se realicen en los centros de la Comunidad, que puedan dar visibilidad a los esfuerzos y avances conseguidos y puedan servir para compartir e intercambiar iniciativas interesantes, creativas, o innovadoras.

En Valladolid a 18 de diciembre de 2018