

ANÁLISIS Y  
PROPUESTAS DE LARES  
CASTILLA Y LEÓN

Jorge Sainz Alas  
(Presidente Lares  
Castilla y León)

# NUEVO MODELO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

# Contenido

- 1) La importancia de adoptar un modelo de referencia.
- 2) La importancia de los instrumentos técnicos de planificación de los apoyos.
- 3) Las plantillas de profesionales que integran los centros. Cualificaciones, ratios, y dificultades del mercado laboral.
- 4) Su posicionamiento sobre la atención sanitaria a los usuarios.
- 5) La sostenibilidad de los servicios.

# 1. MODELO DE REFERENCIA DE LARES CASTILLA Y LEÓN

# ¿De qué pregunta partimos en Lares para responder a qué modelo queremos?



¿a TI te gustaría vivir en este centro?

CUÁL ES LA ÚNICA RESPUESTA QUE  
ENCONTRAMOS

## Modelo Atención Centrada en la Persona, Proyecto

en  casa

# Razones por las que elegimos este modelo



# 1.- PORQU ES UN MODELO QUE TIENE EVIDENCIA CIENTÍFICA

- ▶ Existen estudios a nivel mundial, europeo y en España (Fundacion Matia, Fundación Pilares, Teresa Martínez), donde se demuestra con una base científica sólida que la atención centrada en la persona ofrece cuidados de calidad y muy beneficiosos para las personas. En nuestro caso para las personas que viven en nuestras residencias, personas muy vulnerables por las diferentes patologías que presentan.
- ▶ Este primer punto nos ofrece una garantía de que es un modelo “BUENO”.
- ▶ Pero, es que además, es un modelo que tiene sus raíces en la ETICA ASISTENCIAL y es la segunda razón



## 2.- PORQUE LA ACP TIENE SUS RAICES EN LA ETICA ASISTENCIAL:

- ▶ La ética nos habla de cómo hacer bien las cosas, nos habla de tener el mejor modelo de cuidados.
- ▶ Lo primero que tenemos que tener claro es LA DIGNIDAD DE LA PERSONA, es el concepto ético universal, es el valor de cada persona, lo más valioso que tiene una persona.
- ▶ La ACP nos habla de conocer las historias de vida de las personas, si las conocemos (aunque tengan deterioro cognitivo), estamos viendo lo valioso de sus vidas e intentaremos no dañarlas y cuidarlas como ellas quieren ser cuidadas.
- ▶ Pero, qué fácil es maltratar la dignidad de las personas, sobre todo cuando son muy vulnerables, que es el caso de las personas que tenemos en nuestros centros.





### 3.- PORQUE LA ACP SE BASA EN PRINCIPIOS ETICOS UNIVERSALES

- ▶ La ACP nos dice que si cumplimos con los principios éticos universales no dañaremos la dignidad de las personas más vulnerables que las cuidaremos con una calidad de máximos, que es lo que se merecen.
- ▶ **PRIMER PRINCIPIO ES EL DE LA NO MALEFICENCIA:** “No hacer el mal”
- ▶ **SEGUNDO PRINCIPIO UNIVERSAL ES EL DE LA JUSTICIA:** Este principio nos dice que el respeto a la dignidad supone que las personas no sean discriminadas en cuanto a las posibilidades de poder lograr una vida realizada.
- ▶ **TERCER PRINCIPIO ETICO UNIVERSAL ES EL DE LA AUTONOMIA:** Dar la oportunidad a nuestros residentes de que puedan desarrollar su proyecto de vida aunque para ello tengamos que prestar unos apoyos.
- ▶ **CUARTO PRINCIPIO ETICO UNIVERSAL ES EL DE LA BENEFICENCIA:** Tratar bien a las personas para lograr su bienestar que tengan calidad de vida. Además de una calidad de vida objetiva que puede valer para todo el mundo, también una calidad subjetiva que es la que cada uno tiene o quiere para ser feliz.



# 4.- PORQUE DICHO MODELO TIENE EFECTOS EN TODOS LOS ÁMBITOS: INSTITUCIÓN/RRHH/AMBIENTE/PROCESOS:



PORQUE EN  
DEFINITIVA  
SUPONE UNA  
EVOLUCIÓN  
EN EL TRATO  
(DIGNIDAD)  
DE LA  
PERSONA



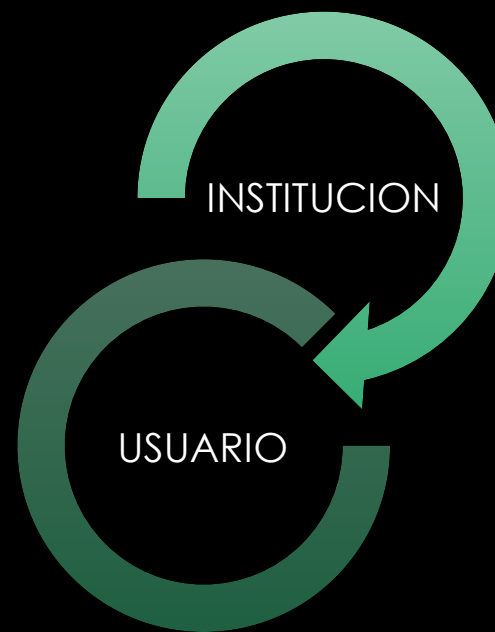
El psicoterapeuta **Carl Rogers** (1902-1987):  
“**cliente**” para evitar el término “paciente”, entendido este primero como un ser activo de su vida que desea un servicio que él mismo no se siente capaz de brindarse, y este último como alguien que padece una enfermedad, requiere ayuda y recurre a profesionales especializados. Los clientes tienen problemas, pero también poseen una capacidad innata para entender su propia situación.

# 5.- PORQUE SUPONE UNA EVOLUCIÓN RESPECTO DE MODELOS ANTERIORES

De	A
El hospital, el centro, la institución	Mi hogar / mi casa, donde desarrollo mi vida
Vivir en grandes espacios comunes	Vivir en unidades de convivencia, espacios acogedores
La prioridad de la salud (las circunstancias)	La dignidad (Considerar a la persona en su totalidad por su valor)
Historia clínica: acento en	Proyecto de vida: Autodeterminación
La gestión como eje: La organización, el control, el personal...	La persona mayor como eje: ¿Qué quiere, como le gustaría vivir, cómo se siente?
Yo se lo que le conviene	Dime lo que quieres: Existen las limitaciones, pero siempre se puede hacer algo
Cuidar de	Apoyar la autonomía de
Todos para todos: Visión fragmentada de cada profesional	Coordinador personal: Visión global del profesional de referencia
Aquí vas a estar muy bien	Cómo te gustaría vivir
Informamos a la familia	La familia participa
<b>NUESTRO</b>	<b>SUYO</b>

## 2) LA IMPORTANCIA DE LOS INSTRUMENTOS TECNICOS DE PLANIFICACIÓN DE LOS APOYOS.

SON LOS  
CENTROS Y LOS  
PROFESIONALES  
LOS QUE SE  
ADAPTAN A LA  
PERSONA  
USUARIA, Y NO  
AL CONTRARIO



Es fundamental que la persona siga manteniendo, en la medida de sus posibilidades, el control de su vida, se respeten sus decisiones, preferencias y derechos, y que nunca su proyecto y su forma de vida se detenga de manera brusca.

# LA VIDA EN LA RESIDENCIA DEBE PARECERSE AL MÁXIMO A LA QUE CUALQUIER PERSONA TIENE EN SU HOGAR

- ▶ La atención siempre se llevará a cabo desde el conocimiento integral de la persona
- ▶ Toda intervención se debe centrar en las peculiaridades y necesidades concretas de cada persona.
- ▶ Hay que buscar los apoyos y herramientas necesarias para que la residencia sea el hogar de las personas que viven en ella
- ▶ Para que esto sea posible hay que tener visión a largo plazo y centrarse en principios éticos mediante procesos adecuados de trabajo



# CADA PERSONA ES DISTINTA DE LAS DEMÁS Y TIENE DIFERENTES NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

- ▶ Hay que planificar de forma distinta para cada usuario todos aquellos elementos que le puedan producir bienestar y tranquilidad.
- ▶ Esto se consigue a través del conocimiento de la Historia de Vida de cada persona.
- ▶ Con el conocimiento de la Historia de Vida contada por el usuario o sus personas más cercanas, visualizaremos su Proyecto de Vida, consiguiendo con ello reproducir una vida cotidiana que se asemejaría mucho a la que vivirían en su casa, consiguiendo con ello una mayor calidad de vida de esa persona.



# LA HERRAMIENTA FUNDAMENTAL EN LA ACP ES EL PROYECTO DE VIDA

- ▶ **PROYECTO DE VIDA** es todo aquello que cada persona desea hacer en cada una de las diferentes dimensiones y etapas de su vida, teniendo en cuenta sus vivencias y percepciones.
- ▶ A partir del conocimiento de la historia de vida de cada usuario y en función de sus capacidades se procurará mantener sus preferencias, deseos y valores de la persona, mediante los apoyos necesarios para su realización.
- ▶ Quien da apoyo al usuario en sus actividades y colabora en el mantenimiento de su autonomía es el **PROFESIONAL DE REFERENCIA**

# EL PROFESIONAL DE REFERENCIA

- ▶ El Auxiliar de referencia es el instrumento más potente de la ACP, ya que es el profesional que de apoyo, mantiene la autonomía en función de las posibilidades de cada individuo, y es el interlocutor entre la persona mayor, su familia y la residencia.
- ▶ Es el profesional que realiza la historia de vida de cada usuario desde el punto de vista de éste y siempre respetando sus opiniones y preferencias.
- ▶ Propone actividades que tengan sentido para la persona.
- ▶ Visualiza necesidades y detecta dificultades.
- ▶ Favorece el mantenimiento de capacidades de cada persona.
- ▶ Mantiene el contacto con las familias y propone sugerencias, mejoras y cambios que contribuyan a producir bienestar en las personas y mejora de su calidad de vida.

3) LAS PLANTILLAS DE  
PROFESIONALES QUE INTEGRAN  
LOS CENTROS.  
CUALIFICACIONES, RATIOS Y  
DIFICULTADES DEL MERCADO  
LABORAL.

¿Porqué destruir algo que ha  
funcionado bien?



# MOTIVOS POR LOS QUE APOYAMOS LOS RATIOS QUE CONTENIA EL DECRETO 14/2017

- 1) Han sido muchos años de trabajo, donde se ha puesto sobre la mesa la realidad del Sector, buscando el bienestar de las personas mayores que cuidamos y así como la situación que viven en los centros en la búsqueda de profesionales.
- 2) Estos ratios dan cumplimiento a lo exigido en el Consejo del SAAD, en la Resolución de 2 de diciembre de 2008.
- 3) Se garantiza la implicación del sistema público de Salud para cubrir los profesionales sanitarios en las residencias. Derecho universal de todas las personas. Donde gradualmente tendrán que asumir todas sus competencias.
- 4) Se amplía la cobertura de profesionales técnicos, dando opción a más colectivos a trabajar en las residencias, algo que beneficia a todas las figuras profesionales y a las residencias, que tan limitadas se encuentran en muchas ocasiones para encontrar profesionales técnicos, sobre todo en el ámbito rural.

# Consideraciones comunes del Personal del centro

- La Determinación del Personal Técnico y de Atención Directa se haya **en base al nº de personas mayores atendidas**

- El Personal exigido obligatorio puede ser **propio o con contratos con terceros**

- **Ratio de personal** = 
$$\frac{\text{nº trabajadores}}{\text{ocupación media del centro(anual)}}$$
  
(de jornada completa)

- Las personas usuarias a tiempo parcial computarán en proporción a su estancia

# Ratio mínimo de personal de un centro

## Residentes de Grado II ó III

Centros Residenciales: Ratio global de 0,460

Unidades Estancia Diurna: Ratio global de 0,235

## Residentes de Grado I ó Válido

Centros Residenciales: Ratio global de 0,410

Estancia Diurna: Ratio global de 0,230

## Centros Residenciales

Ratio Mínimo conjunta para PERSONAL TÉCNICO = 0,046

# Personal Técnico del centro

- ▶ Son profesionales con titulación universitaria cuya función principal es la programación, coordinación, evaluación y seguimiento de todas las actuaciones del resto del personal sobre la atención prestada a los usuarios de los centros.



# Personal de Atención Directa

**Formación:** - Titulación del sistema de FP en atención a personas mayores en situación de dependencia  
- Certificado de Profesionalidad “Atención sociosanitaria a personas dependientes en Instituciones Sociales o en el Domicilio”

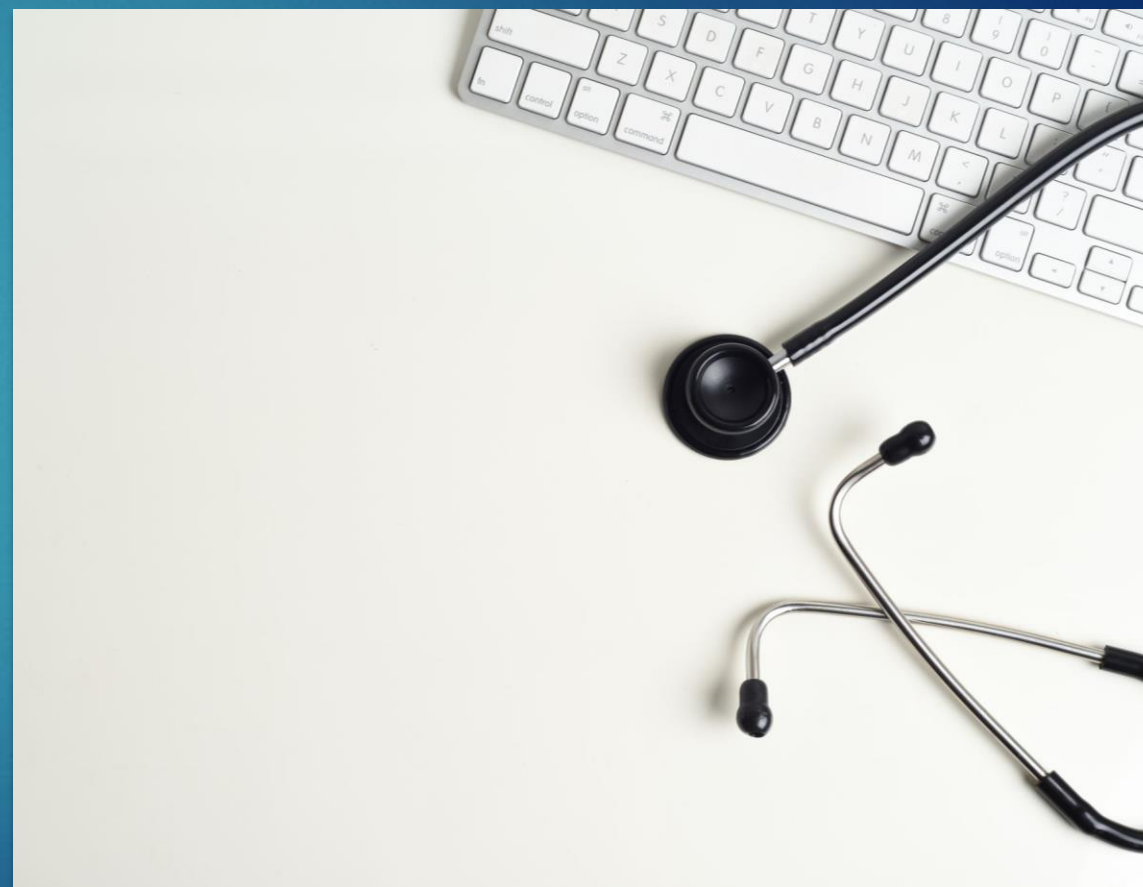
**Turnos:** (cubiertos las 24 h. del día, todos los días de la semana)

Noches: 60 plazas → 1 profesional  
+ de 60 plazas o fracción → otro profesional

# 4) POSICIONAMIENTO DE LARES CASTILLA Y LEÓN SOBRE LA ATENCIÓN SANITARIA A LOS USUARIOS.

# Problemas del actual sistema

- ▶ Mal configurado de inicio en Decreto 14/2001
- ▶ Necesidad de personal sanitario sin atribución de competencias concretas.
- ▶ Desconectado de sanidad pública
- ▶ Desincentivo para los profesionales sanitarios: inferior retribución sin que cuente como mérito en acceso a Sanidad Pública



# Fundamentos a considerar



El derecho a la atención sanitaria es universal



Derecho a recibir la atención con independencia de su domicilio



Derecho a no ser excluido en razón de su edad (no atención por su estado)



Discriminación económica (doble imposición)

# DESIGUALDAD ASISTENCIAL:



## Persona mayor en su domicilio:

Si llama al Servicio Publico para que le atiendan en su domicilio el Servicio Publico acude.



Si requiere de ingreso hospitalario es atendida es ingresada



## Persona mayor en residencia:

Si llama al Servicio Publico para que le atiendan en su domicilio (Residencia) el Servicio Publico pone residencia remitiendo al Servicio sanitario privado del Centro.



Si requiere de ingreso hospitalario se valora con la pretensión de que su cuidado se realice desde el propio Centro Residencial

DESIGUALDAD ECONÓMICA:  
DOBLE IMPOSICIÓN EN LA FINANCIACIÓN SANITARIA DEL USUARIO EN CENTRO PRIVADO



**Persona mayor en su domicilio:** Abona una única vez el Servicio de Sanidad



**Persona mayor en residencia: Doble financiación:**

Financiación Sanidad Pública por usuario en Centro Abono mediante impuestos y tasas

Financiación Sanidad Privada: El coste del personal sanitario del Centro se repercute en el usuario en el precio a satisfacer por el servicio residencial

## DESCRIMINACIÓN SOCIAL:



**Persona mayor en su domicilio:** Es atendida al igual que el resto de usuario (menores y adultos).



**Persona mayor en residencia:** Por el mero hecho de residir en un centro su acceso al sistema sanitario se encuentra más limitado (contrario a los arts. 14 Constitución Española, 3.2 y 10.1 Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad)

# DIFICULTAD AÑADIDA: CONTRATACIÓN DE PERSONAL SANITARIO EN ZONAS RURALES.

El cumplimiento de las exigencias sanitarias, especialmente en zonas rurales, se hace compleja por diversas razones entre las que se encuentra, principalmente, la escasez de profesionales sanitarios, motivo por el que no se pueden encontrar fuera de la legalidad aquellas residencias que, tras la realización de las búsquedas correspondientes, no han podido contratar el personal sanitario exigido.



- ▶ Elaboración de una normativa por la que se garantice la igualdad en la prestación del servicio sanitario en los centros privados de Tercera Edad, no podemos repetir situaciones como las vividas, las residencias SOMOS HOGARES NO HOSPITALES
- ▶ Coordinación socio-sanitaria entre centro de salud y residencia.
- ▶ Establecer un responsable de la Administración (ya hecho en Guía Covid).
- ▶ En caso de contar con profesionales sanitarios, atribuir competencias (delegación) por parte de Sacyl en Centros optimizando así su trabajo.
- ▶ Puntuar como méritos el trabajo en Centros Residenciales, también a los efectos de antigüedad
- ▶ Subvencionar a dicho personal sanitario a los fines de equiparación salarial con resto de profesionales.

# PROPUESTAS LARES CASTILLA Y LEÓN EN NUEVO MODELO

# 5) LA SOSTENIBILIDAD DE LOS SERVICIOS.

# IDENTIDAD LARES

Bajo el nombre de Lares, nos hemos asociado instituciones, a quienes nos caracteriza una larga e intensa historia de servicio a las personas mayores más desasistidas, un espíritu ajeno a todo interés lucrativo, y una inspiración e impulso nacidos de la solidaridad y el compromiso social.

## VALORES SOBRE LOS QUE SE SUSTENTA LARES

- ❑ LA DIGNIDAD DE TODA PERSONA.
- ❑ LA VEJEZ, ETAPA DE PLENITUD.
- ❑ CADA PERSONA ES ÚNICA Y PLURIDIMENSIONAL.
- ❑ CALIDAD ASISTENCIAL Y RELACIONAL.
- ❑ COMPROMISO ÉTICO.
- ❑ SOLIDARIDAD.

# PAPEL DEL TERCER SECTOR

Estimamos que en la actualidad hay más de 2000 Plazas Solidarias en Castilla y León.

Son plazas que la Administración no cubre, y se les atiende desde el Tercer Sector.

Características de estos usuarios:

- Personas que no tiene recursos
- Pensiones mínimas
- No pagan el coste real de su plaza
- En algunos casos no cuentan ni con Ley de Dependencia, por ser persona válidas.

# SITUACIÓN ACTUAL DEL SECTOR

Tenemos más de 700 plazas vacantes en las residencias, derivadas de la Crisis sufrida por el COVID.

- Han fallecido residentes
- No se permitía realizar ingresos en las residencias
- Han disminuido las listas de espera: los mayores tienen miedo

Es fundamental trabajar por la unidad y sostenibilidad de las Residencias, si no, muchas de ellas se verán abocadas al cierre, por el aumento de gastos que han tenido que asumir (bajas de personal, compra de Epis, etc.), y la importante disminución que han sufrido en sus ingresos (defunciones, plazas sin ocupar, etc.).

# APOYO AL SECTOR

- Aumento de plazas concertadas en el Tercer Sector
- Aumentar el precio de la plaza concertada (han estado congelados más de 10 años)
- Financiación y apoyo de la administración
- Revisión de la Ley de Dependencia

# EN MI CASA

ATENCIÓN CENTRADA EN LA  
PERSONA





































































































5 10 2011































































**GRACIAS POR SU ATENCIÓN**