



Federación Castellano - Leonesa de Atención a la Dependencia

D^a. María Isabel Blanco Llamas
Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades
de la Junta de Castilla y León

Valladolid a, 09 de noviembre de 2020

ASUNTO: CONCLUSIONES A LOS GRUPOS DE TRABAJO PARA EL DESARROLLO DE LA NUEVA LEY RESIDENCIAL

Tras la asistencia a las jornadas organizadas para el desarrollo de la nueva LEY DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PARA CYL en la que hemos participado diferentes agentes implicados como colegios profesionales, partidos políticos, organizaciones sindicales, entidades mercantiles, entidades del sector solidario, de discapacidad, entre otros... hacemos las siguientes observaciones/aportaciones a modo de conclusiones.

Lo primero agradecer a la Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades por haber invitado a ACALERTE a participar en estas jornadas de trabajo, dándonos la oportunidad de transmitir nuestra opinión y nuestros conocimientos sobre la realidad en la que se encuentra el sector y poner en valor los cuidados de las personas mayores que viven en las residencias de personas mayores en Castilla y León.

PRIMERA:

Antes de avanzar en nuestras propuestas queremos dejar constancia de la necesidad de llegar a un **CONSENSO POLÍTICO SOBRE EL MODELO A IMPLANTAR EN LOS CENTROS RESIDENCIALES**: La primera cuestión a plantear es la opinión de los expertos de las fuerzas políticas sobre los temas de dependencia pues es inútil que aportemos nuestras valoraciones, si la nueva normativa no está consensuada y seguimos con la inseguridad jurídica actual. TRES normas diferentes en los últimos 5 años, para volver en la actualidad a la normativa de 2001.



Federación Castellano - Leonesa de Atención a la Dependencia

SEGUNDA:

Todos los **proyectos arquitectónicos** tanto los permitidos por una u otra normativa deben autorizarse, dada la inseguridad jurídica del sector en estos años y las cuantiosas inversiones realizadas por las empresas para adaptarse a estos proyectos arquitectónicos.

Por tanto, cualquier cambio en cuanto a la normativa arquitectónica exigida debe afectar solo a centros de nueva construcción. Y en caso de regularse cualquier exigencia de modificación o adaptación de infraestructuras en aquellos centros ya construidos debe ir acompañado de una financiación por parte de la Administración.

TERCERA:

Las especificaciones técnicas de los centros contenidas en el Decreto 14/2017 nunca se han discutido, con la salvedad expuesta más arriba.

CUARTA:

CONTINUAR TRABAJANDO EN EL MODELO INTEGRAL DE ATENCIÓN CENTRADO EN LA PERSONA (AICP), modelo por el que se ha apostado en esta comunidad (“En mi casa”) y que, tal y como se ha probado en los estudios realizados tras su implantación en diferentes centros residenciales públicos y privados ha dado muy buenos resultados.

En los centros donde se han implantado UNIDADES DE CONVIVENCIA se ha verificado mayor grado de satisfacción y de bienestar de usuarios, mayor implicación por parte de los trabajadores y mayor participación en las actividades del centro por parte de los familiares, entre otras.

Proponemos seguir en la línea de la realización de las historias de vida, proyectos de vida y planes de apoyo para llevar a cabo sus proyectos de vida realizando actividades con sentido, así como la asignación profesional de referencia.

Debemos seguir en la línea de fomentar y apoyar las residencias como centros multiservicios desde los que se presten todos los servicios demandados por las personas mayores dependientes en todo el territorio de la comunidad.



Federación Castellano - Leonesa de Atención a la Dependencia

QUINTA:

La nueva normativa debe dejar bien claro que somos **HOGARES (casas grandes) NO HOSPITALES**. La nueva Ley tiene que dejar claro lo que somos y lo que se espera de nosotros por eso se debe definir que se entiende por medicalizar las residencias.

SEXTA:

LA COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA:

Es un factor muy importante que ahora tiene muchas dificultades. Entre las propias consejerías de Sanidad y Servicios Sociales hay criterios contrapuestos.

Estos problemas ya existían lo único que con la pandemia se han visibilizado más, por eso es necesario definir de qué consejería dependemos.

Sanidad hasta el comienzo de la pandemia se había olvidado de la atención sanitaria de las personas mayores que vivían en las residencias, haciendo una dejación de funciones en cuanto a la prestación de la atención sanitaria de éstas con el pretexto de que las residencias tenían la obligación de tener médicos y enfermeras. La pandemia ha dejado claro, que no pueden existir ciudadanos de primera y de segunda categoría solo por trasladarse a vivir a una residencia, por eso es necesario que exista una coordinación socio sanitaria real, donde Sanidad se implique en la atención sanitaria con sus profesionales sanitarios.

Comentar que en las zonas de atención primaria en las que han llegado a acuerdos particulares con determinados centros se ha probado que donde se ha asignado un solo médico de familia para todos los usuarios del centro ha habido mejor relación, mejor gestión de todo lo relacionado con el ámbito sanitario de todos los usuarios del centro: recetas, seguimiento de los usuarios, etc.

Por otro lado, aunque no en todos los centros de salud ha funcionado con la misma eficacia, y en otros ni siquiera ha funcionado, tenemos que reconocer que en los centros en los que ha funcionado la figura del responsable/coordinador COVID del centro residencial ha sido un buen ejemplo de que ha existido dicha coordinación, se ha hecho un buen seguimiento y ha intervenido para todos los usuarios.

Se ha comprobado que el reparto de los residentes de un mismo centro entre varios médicos conlleva mayor desgaste, diversidad de criterios, menor eficiencia, más trabajo para Centro Sanitario y para la residencia. Por lo que proponemos que se sigan manteniendo por parte de Sanidad, una vez finalizada la pandemia, aunque les demos otro nombre (por ejem., coordinador residencias).



Federación Castellano - Leonesa de Atención a la Dependencia

SÉPTIMA:

PROFESIONALES SANITARIOS: desde hace tiempo la contratación de profesionales sanitarios comienza a ser imposible (e inasumible para los centros pequeños o ubicados en zona rural), actualmente se ha comprobado que no hay ni profesionales para hospitales ni centros sanitarios. La exigencia de contratar estos profesionales nos llevaría a un incumplimiento sistemático de la norma.

- Por otro lado, aun admitiendo que dentro del modelo de atención integral centrado en la persona los profesionales sanitarios puedan ser miembros de gran valor de los equipos de los centros y que un porcentaje importante de los usuarios de los centros son enfermos pluripatológicos y crónicos, creemos que es una contradicción que **se nos imponga una obligación de profesionales sanitarios que no tienen competencias dentro del sistema sanitario.**

Cualquier acuerdo en este sentido debe partir de otorgar funciones a los médicos de los centros, tanto la posibilidad de recetar, analíticas, volantes de derivaciones a urgencias, etc., así como no estar sometidos a la supervisión de los médicos de cabecera de los centros de atención primaria. Otra cosa es un contrasentido. Asimismo, *los profesionales de enfermería deben disponer del material de curas y todo lo necesario para poder realizar su trabajo,* sin tener que estar mendigando constantemente a los centros de atención primaria para su suministro. En este apartado parece que tampoco se tiene en cuenta desde Sanidad la cronicidad y las patologías de nuestros usuarios, que si se argumenta para imponer esa obligación de profesionales sanitarios.

Adquirir todo ese material supone mayor gasto para los centros y para el usuario, en su caso. No podemos restar derechos a los usuarios de centros residenciales privados en comparación con los usuarios de centros residenciales públicos o los que viven en sus casas.

- **Como conclusión, los profesionales sanitarios han de ser aportados por el sistema sanitario público de salud,** y deben regularse sistemas ágiles de comunicación entre los centros residenciales y estos profesionales y su trabajo relacionado con las residencias. Los profesionales sanitarios de los centros, como fórmula opcional para ellos, podría considerarse como un plus más ofrecido por el centro.



Federación Castellano - Leonesa de Atención a la Dependencia

OCTAVA:

LIBERTAD DE CONTRATACIÓN DE PROFESIONALES TÉCNICOS: Partiendo de la imposibilidad de la contratación de profesionales sanitarios como médicos y DUES, sí que entendemos que hay profesionales que pueden exigirse a los centros y sí que hay demanda de sus puestos de trabajo: trabajadores sociales, terapeutas ocupacionales, (incluso otros como TASOC) etc. pero entendemos que debe darse libertad en este ámbito para contratar a unos u otros profesionales en función del plan de cada centro: más terapia, más rehabilitación...

NOVENA:

PROFESIONALES DE ATENCIÓN DIRECTA: Todas las subidas de ratio deben ir acompañadas de **mayor financiación para el sector, tanto subidas de precio de plaza concertadas como de las prestaciones vinculadas**. En la mesa de Negociación del Convenio se habla de un 10% de subida de la ratio de gerocultoras y de su salario asociadas a la financiación al sector.

DÉCIMA:

PLAN DE CONTINGENCIA. CRISIS SANITARIA: Áreas diferenciadas, provisión de EPIS, geles hidroalcohólicos, test, los guantes 5 veces su precio normal, etc. Todo está suponiendo unos gastos tremendos para los centros. Y vemos que la situación en los centros no ha mejorado en muchos aspectos: la reacción cuando hay usuarios positivos sigue siendo lenta por parte de las instituciones, debe haber **test masivos con el primer positivo** (y se están retrasando, no digamos si el positivo es un viernes) **y en el mismo día, posibilidad de derivar a los hospitales o a centros específicos a usuarios positivos**.

Siempre que se disponga de profesionales sanitarios se debería dejar realizar PCR en los propios centros, ya que cuando salta un caso, el tiempo es importante para poder localizar el brote, aislar con sentido y controlarlo lo antes posible. Es urgente y no podemos esperar por equipos Covid saturados, desmotivados y que raramente trabajan fin de semana.



Federación Castellano - Leonesa de Atención a la Dependencia

UNDÉCIMA:

CONCLUSIÓN, si queremos implantar en nuestro país modelos como los nórdicos, subir salarios, aumentar las ratios de personal, incorporar nuevos profesionales técnicos, más formación para los profesionales, y modificar infraestructuras debe ir vinculada a una mayor financiación por parte de la Administración, AUMENTO DEL PRECIO DE CONCIERTO Y AUMENTO DE LA PRESTACIÓN VINCULADA AL SERVICIO Y AYUDAS ECONÓMICAS DIRECTAS AL SECTOR.

Nos unimos a la reivindicación del CEAPs, asignación del 2% de PIB para la dependencia.

ACALERTE