



Grupo Parlamentario Popular
Castilla y León

APORTACIONES DEL GRUPO PARLAMENTARIO POPULAR AL PROYECTO DE LEY DE ATENCIÓN RESIDENCIAL DE CASTILLA Y LEÓN

El Grupo Parlamentario Popular, en base al compromiso de poner en marcha un nuevo modelo de atención residencial, adquirido por el Sr. Presidente de la Junta de Castilla y León en el primer Pleno de las Cortes del mes de abril y de la Sra. Consejera de Familia e Igualdad de Oportunidades ante la Comisión, y en cumplimiento del Pacto para la Recuperación Económica, el Empleo y la Cohesión Social, ha participado activamente en los diferentes Grupos de Trabajo que han culminado con éxito en la búsqueda de ese nuevo modelo, en base a las siguientes premisas:

- 1.- Garantizar la suficiencia de equipos de protección a los Centros en función del tamaño y el perfil que tengan sus usuarios.
- 2.- Facilitar asesoramiento y formación al personal de los centros.
- 3.- Avanzar en el uso de herramientas informáticas que faciliten las actuaciones necesarias para el control de los centros.
- 4.- Y seguir apostando por las Unidades de Convivencia y por el uso individual de las habitaciones.

En consecuencia, queremos aportar lo siguiente:

Introducción

La crisis sanitaria que estamos padeciendo ha puesto de manifiesto la necesidad de repensar algunos paradigmas sobre los que se habían construido los distintos modelos de atención residencial que hay en España, fundamentalmente de atención a personas mayores.

Se acepta con normalidad que la mayor parte de las personas mayores quieren permanecer en su casa hasta el final de su vida (hay estudios que elevan este porcentaje hasta el 96%), es decir no quieren ser atendidos en centros residenciales lo cual nos debe llevar a pensar que el modelo de atención actual, basado en lo que se denomina modelo médico-rehabilitador (en el que lo más importante son los parámetros de salud) no es a lo que aspiran las personas mayores dependientes.



Grupo Parlamentario Popular
Castilla y León

Es, por tanto, una responsabilidad política, proponer un modelo de atención en el que el sistema de apoyos sea capaz de poner en valor la INDIVIDUALIDAD de cada persona y su aportación como ciudadano con derecho a participar de forma significativa en la sociedad.

Para esta tarea no ayuda el actual sistema de valoración y de cartera de servicios de la ley de dependencia que pretende a través de una clasificación de niveles homogeneizar lo que es absolutamente diverso y heterogéneo, proponiendo un catálogo en el que la individualidad y la capacidad de adaptación de los sistemas de apoyo a la personalización son como poco, cuestionables.

Si hablamos de personas y aceptamos la ética como base de nuestro modelo de valores (la escala de valores de cada persona), es decir, aceptamos que los individuos son iguales en dignidad y derechos, pero absolutamente diversos en deseos y aspiraciones, entonces, necesariamente, deberemos ofrecer a las personas vulnerables un sistema de apoyos que les permita una participación significativa en la comunidad (centros abiertos) a través de proyectos de vida con sentido (vidas plenas).

Debe ser por tanto la identidad del individuo, única e irrepetible, sobre la que debe pivotar el Modelo de Atención Centrado en lo IMPORTANTE para la Persona, en el que cobren relevancia los planes de apoyo al PROYECTO DE VIDA, dirigidos por la propia persona y orientados a su participación en la sociedad. Esta participación comunitaria debe entenderse dentro del contexto del barrio y de la ciudad, no confinada en un centro con un horizonte de vida PLANA y de relaciones sociales compasivas e infantilizadoras.

Una vez que contamos con el individuo como sujeto de derechos, que deben ser ejercidos en la comunidad, deberíamos empezar a desterrar la discriminación asociada al lugar de residencia, de tal modo que en estos momentos según dónde se viva (en la propia vivienda o en un centro residencial) se tiene unos derechos u otros como ciudadanos, especialmente en lo referente al acceso a la cartera de servicios del sistema sanitario público.

Esta discriminación en el acceso en virtud de su lugar de residencia habitual en centros de carácter social, no acaba ahí, sino que se les obliga a las personas a copagar unos servicios sanitarios privados que, por ciudadanía, les corresponde disfrutar de forma gratuita de los servicios sanitarios públicos, como el resto de la población.

Es por tanto oportuno, plantear un modelo respetuoso con los propios valores del individuo, que sea una continuidad del hogar y de la vida cotidiana de las personas, sobre la base de su HISTORIA DE VIDA, de sus rutinas y de sus costumbres, que deben ser respetadas hasta el límite de los derechos de terceros. Debe favorecerse que el Proyecto de Vida de la



persona en el centro residencial tenga todos los componentes de una vida que valga la pena ser vivida. Y que la salud o la carencia en parte de ella, tenga la relevancia que tiene para el resto de las personas que permanecen en su casa.

Ya que los usuarios de los centros residenciales no pueden permanecer en su hogar, por distintas circunstancias, deben de tener la oportunidad de contar con un entorno que se parezca lo máximo posible a su casa, tanto en el ambiente, como en número de personas con las que se relaciona (grupos de pequeño tamaño). En base a esto, el espacio físico deberá tener la escala del hogar familiar, con un número limitado de personas, que siendo heterogéneas sigan siéndolo, sin otra limitación que la compatibilidad para la vida en común armoniosa.

Si los centros residenciales hubieran estado sectorizados en UNIDADES DE CONVIVENCIA en las que primaran hogares con un número de usuarios más cercanos a la decena que a la veintena, y constituidos fundamentalmente por habitaciones de uso individual, seguramente los efectos de la epidemia del Covid-19, se hubiera sofocado con mayor facilidad y mejores resultados que los que hemos tenido que padecer. Esta lección debemos tenerla aprendida para el futuro.

Por tanto, los centros residenciales deben ser una agrupación de hogares en los que las personas no sean clasificadas por su nivel de dependencia ni por su capacidad cognitiva, a la manera de los hogares familiares que están formados por distintas personas con intereses individuales que comparten un bien común.

No puede haber un sistema de atención que no defina como se prestan los apoyos. Si como se ha dicho queremos respetar la identidad del individuo, apoyarnos en su Historia de Vida, esto es inviable con un modelo de asignación de personal con continuas rotaciones, sino con asignaciones de equipos de profesionales de atención directa estables en los diferentes hogares, que consigan que los profesionales conozcan, hasta dónde las personas quieran mostrar facetas de su identidad, y se asigne a un valedor dentro de ese equipo que se interese especialmente por la persona o personas asignadas, de las que será el PROFESIONAL DE REFERENCIA, interlocutor cercano con el que el usuario, coordinado con el personal técnico del centro, debe generar un vínculo afectivo y de respeto sin el cual el plan de apoyos será imposible. Este Profesional de Referencia lo será también para el contacto cotidiano con la familia, que debe continuar siendo un actor relevante en el devenir de la vida de la persona que reside en el centro.



En estos PLANES DE APOYO AL PROYECTO DE VIDA, el personal técnico de los centros, con formación suficiente para desplegar el Modelo de Atención Centrado en lo Importante de la Persona, tendrá un rol de programación, apoyo a los profesionales de atención directa y en ocasiones realizará intervención profesional directa con el usuario para abordar la complejidad que se pueda presentar en el refuerzo y la activación de una VIDA CON PROPÓSITO Y SENTIDO para la persona.

Teniendo en cuenta las ideas expuestas a modo de introducción, el Grupo Parlamentario Popular en las Cortes de Castilla y León, quiere aportar las siguientes propuestas:

1.- El enfoque ético

El nuevo modelo de atención residencial se debe basar en principios de carácter ético y por lo tanto debe reconocer que cada uno de nosotros somos personas únicas con identidad, biografía propia y diferente. Todos iguales en dignidad y derechos. Entre los elementos definitorios del modelo deberá sobresalir ese reconocimiento, el de “cada persona como ser global, singular y valioso”. Cada persona tiene unas necesidades, con diferentes proyectos de vida: códigos morales, deseos, gustos, con diferentes niveles de autonomía, unos valores que considera “importantes”. El modelo de atención y cuidado debe ser capaz de identificar esos valores, respetarlos y apoyararlos.

Pero es que además cada uno de nosotros somos diferentes. Y el modelo deberá contemplar el derecho a identificar y respetar esas diferencias.

En nuestro medio, venimos de un modelo de cuidado basado en un enfoque proteccionista y paternalista de la atención, y desde argumentos garantistas de la seguridad de las personas. El nuevo modelo debe cubrir las cinco principales necesidades psicosociales reconocidas para cada persona:

- El confort: necesidad de trato cálido y cercano
- La identidad: Necesidad de saber quiénes somos
- El apego: necesidad de tener vínculos y compromisos
- La ocupación: necesidad de sentirse útil y tener actividades significativas
- La inclusión: necesidad de sentirse parte de un grupo social, de evitar el aislamiento y la soledad



El reconocimiento de la igual dignidad de todos los humanos ha exigido y exige los desarrollos jurídicos necesarios que aseguren su protección en aquellas circunstancias en que puede estar en riesgo.

2.- La Atención Centrada en la Persona.

La Atención Centrada en la Persona es la que promueve las condiciones necesarias para la consecución de mejoras en todos los ámbitos de la calidad de vida y el bienestar de la persona, partiendo del respeto pleno a su dignidad y derechos, de sus intereses y preferencias y contando con su participación efectiva, por lo que debe ser el concepto sobre el que se desarrolle el modelo de atención residencial.

Esta es una metodología que sitúa a la persona en el centro de la atención, y experta en lo que le interesa y le conviene, y a los profesionales como portadores de los apoyos y acompañantes en ese proceso de vivir de acuerdo a sus capacidades, sus preferencias y sus elecciones según sus propios valores y su manera de entender el bienestar.

En el contexto residencial, la Atención Centrada en la Persona, identifica algunos factores estructurales y funcionales de importancia:

- Establecimiento de unidades de convivencia, con dimensión y ambiente de hogar, cálido y personalizado
- Asignación individualizada de un profesional de referencia
- Elaboración y actualización de la historia de vida como instrumento de conocimiento de la persona y de creación de un espacio de comunicación y confianza.
- Elaboración y realización permanente del proyecto de vida como instrumento de desarrollo y/o mantenimiento de las capacidades de la persona y de respuesta a sus preferencias, deseos, intereses, iniciativas, etc.
- La interdependencia del sujeto con su red social próxima. La familia y los amigos son esenciales en el desarrollo del proyecto de vida de la persona y tienen un papel clave en el ejercicio de la autodeterminación.

3.- Ratios y Cualificaciones de los profesionales.

Las ratios de atención directa fijada por el Consejo Territorial de Dependencia se hallaron sobre la media aritmética de las normativas vigentes en su momento. Hay consenso en que estas ratios deben ser actualizadas por lo que, en el seno del Consejo Territorial se debe establecer unas ratios adecuadas y la consiguiente financiación del sistema para soportar la medida en función del número de prestaciones de atención residencial que se presten. El



coste del personal representa entre el 65 y el 70% del coste de la prestación del servicio. Establecer una ratio sin una financiación adecuada hará que sea inviable su implantación.

Ahí tiene una responsabilidad especial el gobierno de la Nación que ha reconocido la escasez de su aportación al sistema de atención a la dependencia y que debe incrementarla.

Las ratios de profesionales técnicos no han sido abordadas en el Consejo Territorial, por lo que conviene un pronunciamiento del mismo ajustándole a la financiación que se comprometa.

Desde la perspectiva de la cualificación profesional el enfoque ACP implica un giro en el desempeño profesional del personal a cuyo cargo están los cuidados o atención a dispensar. La adopción de este enfoque como propio suele suponer un cambio de cultura profesional, tanto en lo organizativo como en lo funcional, tanto en aspectos más teóricos o filosóficos como en su traducción práctica o metodológica.

Este giro consiste en la adopción de valores y perspectivas, en la asunción de roles, en el desempeño de funciones y tareas que priorizan las decisiones, las capacidades, las necesidades, los intereses, las preferencias de las personas sobre las exigencias o imposiciones materiales u organizativas del servicio.

La ACP incorpora una nueva manera de entender la relación de los profesionales con las personas atendidas. Los profesionales ya no deciden solos cómo han de ser las cosas. Se debe buscar una relación de ayuda a las personas donde el apoyo sea “más horizontal” y donde la persona tenga un papel central y activo.

Esto requiere un “plus” de profesionalidad. No es un modelo desprofesionalizado, nada más lejos de la realidad. Apostar por este modelo no reduce lo más mínimo el rigor técnico, ni merma la calidad de las atenciones que el profesional viene prestando.

Exige tener más conocimiento y emplear nuevas técnicas y estrategias, pues la evidencia científica demuestra que, con esta forma de entender el cuidado, se mejora la calidad de vida de las personas.

4.- Organización del centro en unidades de convivencia

Que el centro residencial no es un hospital ha quedado patente en el desarrollo de las jornadas de trabajo anteriores, así como, que es el hogar de las personas, ahora hay que concretar estas ideas haciendo que la configuración espacial e los centros se acomoden a esta definición, que facilitará la sectorización en futuras emergencias sanitarias y sobre todo,



permitirá la socialización de los residentes en entornos lo más parecidos al hogar familiar. El número de integrantes de las unidades de convivencia representa un equilibrio entre la calidad de vida y los costes. Hay modelos en otros países en el que 12 usuarios presentan niveles de calidad de vida muy aceptable, y estudios propios en los que se muestra que 16 usuarios es el límite máximo aceptable.

5.- Sistemas de protección de residentes y Trabajadores

Se debe establecer, para luchar contra esta pandemia y para las que puedan aparecer en el futuro, tener actualizados los planes de contingencia que permitan activar medidas preventivas y de intervención ante contagios de usuarios y de trabajadores, con un stockaje de EPI,s suficiente, así como de un sistema de testeo que permita tener actualizado la evolución del impacto de la pandemia.

6.- Acceso al Sistema sanitario público.

Es imprescindible repensar el modelo actual de atención sanitaria pública, universal y gratuita en las residencias y ver la manera en la que se garantiza a los residentes el acceso a la misma con plenas garantías como al resto de ciudadanos, no solo en situaciones de emergencia sanitaria sino también en circunstancias ordinarias.

7.- Supresión de Contenciones.

La realidad dolorosa es que la sujeción en nuestro medio ha sido y es hoy todavía una práctica extendida y perpetuada hasta el punto de hacerse casi invisible en el cuidado normalizado de las personas dependientes. La buena atención tiene que garantizar el buen cuidado, pero también la calidad de vida y el bienestar de la persona cuidada de acuerdo a sus propios valores y su propio proyecto de vida.

El cuidado personalizado implica siempre buscar una alternativa a la sujeción, de tal manera que sin renunciar a la seguridad, no se vea lesionada la dignidad, ni se reduzca la calidad de vida y el bienestar de la persona. Con la evidencia de que las sujeciones se pueden evitar en la mayoría de los casos si se asumen como un problema y se conocen otras alternativas, se propone que el modelo establezca las bases que permitan el cambio profundo de modelo de cuidado hacia uno que fomente el cuidado “libre de sujeciones”.



Grupo Parlamentario Popular
Castilla y León

8.- Financiación suficiente del sistema de dependencia.

La ley de dependencia en su memoria económica establecía un marco de financiación del 50% cada uno, entre el Estado y la Comunidad Autónoma, para sufragar el coste del Sistema. Hasta que esto no sea una realidad hablar de modelos de calidad de vida se presenta como un reto inabordable. Por otro lado las personas con dependencia moderada deben poder elegir el centro residencial dentro de la cartera de servicios del sistema de dependencia, puesto que necesitan apoyos profesionales para las actividades básicas de la vida diaria.

9.- Participación social de los usuarios en la Comunidad.

El modelo que se desarrolle debe establecer unas bases que permitan el despliegue de las líneas de abordaje efectivas para la integración real de las personas que viven en centros residenciales en su familia, en su entorno y en su comunidad.

Valladolid, a 20 de noviembre de 2020