

## **APORTACIONES DE UGT A LA FUTURA LEY DE CENTROS DE PERSONAS MAYORES, PERSONAS DEPENDIENTES Y PERSONAS CON DIVERSIDAD FUNCIONAL DE CASTILLA Y LEÓN**

Desde la UGT trasladamos las siguientes aportaciones para la elaboración del proyecto de ley de atención residencial en Castilla y León, con el objetivo de crear un marco regulador que ampare los derechos de las personas mayores y proteja a quienes les cuidan. La ÉTICA del cuidado tiene que ver con los DDHH, con la integridad de hacer las cosas bien y por el respeto a los principios básicos. El DERECHO al cuidado es un derecho de la salud y es responsabilidad de los poderes públicos garantizarlos según las recomendaciones de los expertos y en consonancia con los principios éticos del modelo de AICP que destaca la Junta de Castilla y León y que debe ser igual para todos los centros, por ello realizamos las siguientes propuestas:

**Propuesta 1.** Garantizar un único modelo de AICP para todos los centros residenciales con criterios claros de aplicación. La calidad se apoya en una inversión potente en recursos humanos formados. Apostamos por la profesionalidad de las personas que trabajan en los centros residenciales. La atención debe centrarse realmente en la persona y en sus necesidades, desde un enfoque de DDHH y una metodología clara para el desarrollo del modelo de AICP

Los perfiles y la valoración deben establecerse en base a criterios clínicos, funcionales y sociales. Una atención integral e integrada, concebida de manera holística: boimédicos, psicológicos (aspectos cognitivos, comportamentales y de personalidad), los que afectan a al ámbito social (rol, familia, situación socioeconómica, participación,...) y mediambiental. Se debe contar con procedimientos y protocolos para que cada persona sea atendida en el centro y con los recursos adecuados.

**Propuesta 2.** Necesitamos unas **RATIOS** de personal y recursos que no discriminen a las personas usuarias y a sus profesionales estableciendo diferencias entre lo público y lo privado. El modelo de ACP obliga a elaborar un plan de atención individualizado en sintonía con las necesidades cambiantes de las personas, con nuevos elementos de compensación y de reafirmación a medida que las discapacidades cognitivas aumentan. Además, los expertos aconsejan que el modelo es único y que se necesita personal cualificado y suficiente para dar una atención de calidad. Proponemos establecer ratios por diferentes categorías profesionales (personal técnico, atención directa y servicios generales), ratios que tengan en cuenta la tipología de usuarios, así como que se establezcan por jornadas y/o presencia. No se deben reducir plantillas en fines de semana y festivo y como mínimo una persona de noche por 30 usuarios sólo con funciones de atención directa.

Planificar, organizar los recursos humanos van a desempeñar un papel esencial de cara a la consolidación de los modelos orientados a la persona, siendo indispensable concretar, y posteriormente hacer efectiva en la asistencia cotidiana, una buena praxis profesional ordenada y estructurada en función de las necesidades dotacionales que vienen marcadas principalmente por los perfiles de las personas y la aplicación operativa del AICP. Los mismo con el resto de recursos materiales, técnicos,.....

**Propuesta 3.** Necesitamos una **política para atraer y retener a las trabajadoras y trabajadores de los cuidados**. Debemos modificar las lamentables condiciones de trabajo y las diferencias de oportunidades, además de poner el énfasis en algunos principios éticos para que el desarrollo de la ley tenga a la persona en el centro y la valore como miembro de la sociedad de pleno derecho. Los expertos apuestan porque todos los centros residenciales estén libres de sujeciones físicas o farmacológicas, y esto requiere personal por el reconocimiento a un trabajo exigente y complejo.

Proponemos las siguientes estrategias:

- Determinación del ámbito profesional y de la competencia de cada uno de los actores que han de intervenir en la atención: RRHH suficientes para garantizar calidad y cobertura así como la diversificación de los mismos.
- Planes de formación específica de determinados profesiones, incluyendo la integración sociosanitaria y la especialización posgrado.
- Respeto, cumplimiento y garantía de los derechos laborales, salud y seguridad laboral, igualdad, .... conforme a al enfoque de DDHH y la legislación.

**Propuesta 4.** Necesitamos una **política de prevención** en los centros residenciales con perspectiva de género para garantizar la salud laboral de las MUJERES, desvelar lo invisible para “prevenir las adicciones” patologías invisibles que cuestan mucho a nuestro sistema de salud y protección social. Hablamos de una fuerza laboral que tiene una alta tasa de problemas de salud. La prevalencia de los problemas de salud, están relacionados con las condiciones de trabajo. La media de edad es de 45 años, la “doble presencia” además, el estar más expuestas a factores de riesgo físico y a factores de riesgo psicosociales (incluyendo las agresiones que reciben de los residentes), exige desarrollar una política preventiva.

**Propuesta 5 Apoyo psicológico para los usuarios, familiares y personas trabajadoras para afrontar el óbito.** La experiencia traumática de la pérdida de seres queridos requiere de un protocolo para salvaguardar el deseo de acompañamiento de las personas con mejores maneras para realizar los habituales rituales de despedida. Apoyo psicológico de asesoramiento a las personas trabajadoras sobre las conductas cognitivas derivadas de las alteraciones psiquiátricas. Por desgracia, el aislamiento se ha transformado en una especie de sentimiento de auto sacrificio para las personas trabajadoras, residentes y las familias.

**Propuesta 6. Coordinación sociosanitaria.** Dos sistemas de protección de las personas mayores que deben hablarse entre sí. La salud pública debe repensarse en cómo son los cuidados de larga duración (para atender al 20% de pacientes crónicos que consume el 80% de los recursos sanitarios). El envejecimiento en el ámbito rural, la dispersión geográfica y la despoblación requiere que se favorezca la implantación de servicios que permitan la prestación del modelo de “atención integral centrado en la persona”. Por ello, proponemos las siguientes estrategias:

- Se deben establecer mecanismos de coordinación, regulando equipos

multiprofesionales, multidisciplinares o multidepartamentales, según los casos y las necesidades, que valoren tanto las necesidades como la atención que precisan las personas.

- Coordinación interadministrativa
- Integración entre los recursos y las exigencias asistenciales.
- Coordinación entre recursos sanitarios y sociales para facilitar el acceso y la transición entre unos y otros a determinadas personas usuarias de ambos, cuando no proceda la integración de los recursos.
- Planes de intervención y seguimiento de la persona atendida.
- Investigación y experimentación, que permitan avanzar en el modelo una vez definido.
- Se deben establecer modelos que permitan medir resultados y comparar.
- Disponer de un sistema de información sociosanitaria compartido y accesible que facilite la toma de decisiones.
- Desarrollar e implantar una historia electrónica que en base a la historia de salud electrónica se complete, contemplando también los aspectos sociales de cada persona.
- Esta historia debe ser compartida en todos los niveles de atención y utilizada por todas personas profesionales.
- Desarrollo y aplicación progresiva de nuevas tecnologías y digitalización de centros
- Dotación con técnicas y materiales de última generación

**Propuesta 7.** Necesitamos repensar los distintos niveles de las administraciones, entre servicios y recursos, entre lo Social y lo Sanitario, a través del **Diálogo Social** para apelar a la **creación de las Unidades Geriátricas en las aéreas de salud**. El “cuidado” como fenómeno complejo y multidimensional debe abordarse con equipos multidisciplinares y el 70% de las residencias en el ámbito rural y la crisis del cierre de los consultorios, no puede golpear al sector de atención a medio y largo plazo.

**Propuesta 8.** Establecer el carácter obligatorio de los **Consejos de centros residenciales** en los que participen las personas residentes y sus familiares, así como las personas trabajadoras y los directores. Estos Consejos son órganos de participación a través de los cuales puedan realizar la aportaciones colectivas, que deberán ser aprobadas por acuerdos recogidos en actas, para hacer del centro un espacio de participación en la toma de decisiones propias y relativas al propio Centro

**Propuesta 9.** Necesitamos una inspección en los centros residenciales que sea responsable en el cómo se aplica el modelo de AICP. Uno de los trabajos más exigente física y mentalmente, con riesgo para la salud de las mujeres, el 60% de las y los trabajadores

informa estar expuesto a factores de riesgos físicos y el 46%, a factores de riesgo psicosociales. Estas cifras demuestran que la fuerza laboral está sobrecargada, que tienen poco tiempo para entregarse a tareas de acompañamiento y a otras más complejas de la atención básica que no son valoradas.

**Propuesta 10.** Necesitamos **equilibrar la gestión pública** de los servicios de cuidado para mirar al futuro, si se quiere “gestión privada de los servicios públicos”, habrá que establecer los mismos criterios de acceso y compensar económicamente a los usuarios, si no existen suficientes plazas públicas. No podemos penalizar con copagos a las personas mayores o con discriminaciones a sus profesionales. Además, habrá que aplicar la ley de transparencia en las residencias acreditadas y autorizadas por la administración.

**Propuesta 11.** Necesitamos **mantener y potenciar los actuales sistemas de protección**, para resolver la derivación de los hospitales a las residencias con unidades de convalecencia de estancia temporal para la recuperación. Hablamos de evitar riesgos y aumentar plazas públicas para reconocer las situaciones de necesidad de las personas dependientes. Recordamos que había un compromiso de un incremento del 60% sobre 114.20% en 2018, 20% en 2019 y 20% en 2020. No se han creado ninguna. El recurso que nos parece más viable, es cambiar las unidades de convivencia por **unidades de convalecencia**. Teniendo en cuenta que los expertos reconocen que las unidades de convivencia han demostrado ser efectivas para la sectorización de un riesgo biológico. Apostamos por el cambio de uso, ya que entendiendo que el modelo de ACPP es un modelo de derecho para todas las personas, sería un recurso que daría respuesta a la discapacidad sobrevenida y a los contagios o aislamientos.

**Propuesta 12.** Necesitamos una **política antidiscriminación** en los centros residenciales. Es un poco injusto no aplicar las mismas condiciones a un trabajo de igual valor en lo público y lo privado (brecha salarial, diferencias de ratios, condiciones de trabajo distintas y puntuaciones no reconocidas para el empleo público) son discriminaciones indirectas que hay que eliminar. No hay que privar del modelo de ACPP a las personas que no vivan en las Unidades de Convivencia. Esto ya lo hemos vivido. Hay que incrementar los conciertos y exigir a todos los centros residenciales, los mismos parámetros de calidad que los centros de titularidad y gestión pública para tener igualdad de oportunidades.

**Propuesta 13** Necesitamos mejorar en el marco del **el Dialogo Social, la coordinación de las distintas administraciones autonómicas actoras en la esfera de los cuidados**, e incluso crear Comisiones tripartitas regionales y provinciales con competencias para la contratación, inspección, coordinación, información, análisis y evaluación de los centros residenciales. Así mismo consideramos necesario potenciar la figura del defensor de las personas mayores y de las personas residenciadas

**Propuesta 14.** Crear un **portal de transparencia con datos desagregados por centros residenciales**, tipología, personal, terapias aplicadas, programas de cuidados, planes de contingencia, recursos y situación sanitaria y social en cada momento. • Establecer los



mecanismos para que se definan mapas de recursos en materia de respuesta socio sanitaria y su actualización, dentro de los distintos ámbitos territoriales.

**Propuesta 15:** Necesitamos una **ley con presupuesto** y financiación suficiente, para aplicar reformas que acabe con la inseguridad laboral y la baja calidad del trabajo en las residencias.