

INFORME DE RETORNO DE RESULTADOS DEL PROCESO PARTICIPATIVO DEL PROYECTO DE DECRETO POR EL QUE SE ESTABLECEN LAS CONDICIONES BÁSICAS DE LOS CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA, DESTINADOS A LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA-LA MANCHA.

En cumplimiento de lo previsto en el artículo 16.c) de la Ley 8/2019, de 13 de diciembre, de Participación de Castilla-La Mancha, relativo a la tramitación de los procedimientos de participación ciudadana, se elabora el presente INFORME,

Objeto del informe:

De conformidad con lo preceptuado en la mencionada Ley, una vez haya transcurrido el plazo de participación ciudadana, a través de cualquiera de los diferentes instrumentos participativos, se debe realizar un informe de resultados en el que se indicará los siguientes datos:

Proceso Participativo:

Este proceso se publicó en el Portal de Participación de Castilla-La Mancha, a través del siguiente instrumento participativo teniendo como referencia las siguientes fechas:

Aportaciones ciudadanas

- a. Fecha inicial: 28/06/2021
- b. Fecha final: 23/07/2021

Resultado del Proceso Participativo:

Habiendo finalizado el plazo de las Aportaciones ciudadanas según el procedimiento establecido:

- No se ha recibido ninguna opinión ni aportación
- Se han recibido 40 opiniones o aportaciones a través del Portal de Participación que se incluyen en el documento Anexo, y 1 aportación más por otras vías.

LA DIRECTORA GENERAL DE MAYORES

Anexo Informe retorno de resultados del Proceso participativo (Decreto por el que se establecen las condiciones básicas de los Centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha).

Organismo: Consejería de Bienestar Social

Asunto	Comentario	Usuario	Denominación de la Plataforma	Denominación de la Entidad
Atención Centrada en la Persona (1)	<p>Tras leer el Proyecto de Decreto, se puede observar que existe contemplación de los principios de la Atención Centrada en la Persona, pero no se menciona como tal. No sólo sugiero que se recoja en las disposiciones generales, sino que que adecue la terminología a los principio de la misma. Por el ejemplo, el PIAP, pasaría a llamarse Plan de Atención y Vida y estaría diseñado desde los propios intereses de la persona y de sus familiares en el caso de necesitarlo, enfocado desde su propia historia de vida.</p> <p>En este aspecto también sería interesante que los profesionales tanto técnicos como de atención directa tuviesen formación específica en Atención Centrada en la Persona, como requisito.</p> <p>Sería bueno inspirarse en los Decreto que se han aprobado recientemente en la Comunidad de Castilla y León, en donde se integran estos conceptos. Además de la autonomía, la dignidad y la calidad de vida, han de ser los ejes vertebradores de la atención.</p>	Cristina Cabra		
ATENCIÓN SANITARIA A CENTROS DE MAYORES (2)	<p>Se hecha de menos, una vez mas, reconocer la necesidad de que los centros para mayores cuenten con una parte sanitaria mas allá de ser testimonial por los ratios que se vuelven a promover. El perfil de personas institucionalizadas ha cambiado radicalmente en los últimos años y seguirá haciéndolo en el próximo futuro. Pacientes con elevada complejidad clínica en manos de técnicos con ratios insuficientes, formación no adaptada, escasa experiencia y falta de reconocimiento salarial que les aboca a un alto recambio de personal.</p> <p>En relación a lo anterior, sería necesario hacer mención a algo obvio pero olvidado en muchas ocasiones. Estas personas además de la atención propia del personal técnico sanitario del centro tienen derecho a la atención por parte de los equipos de atención primaria, como todos los ciudadanos del estado español. Con frecuencia las personas institucionalizadas son olvidadas por el sistema de salud, especialmente el más próximo que es el del centro de salud.</p> <p>Por último, no estaría de más mencionar también la necesidad de coordinación con los servicios de atención hospitalaria. En reconocido que nuestra comunidad autónoma tiene una amplia cobertura por parte de servicios de geriatría (probablemente mas que ninguna otra comunidad autónoma) y este recurso se ha visto imprescindible en momentos de crisis sanitaria como el pasado y es previsible que sea necesario en crisis futuras.</p> <p>Sé que puede parecer que esta es una corriente, la de la medicalización de las residencias, que va en contra de muchas sensibilidades fuera del mundo sanitario, pero no reconocerlo y no aprender de las experiencias previas es negar la evidencia y arriesgarnos a cometer los mismos errores.</p>	jjrs06		
condiciones básicas de los centros de servicios sociales de aten (3)	<p>Me parece muy bien el proyecto despues de su lectura, aunque en el tema personal y en concreto los auxiliares de gediatria que la final son much@s auxiliares de clinica o con carnet de profesionalidad, por ese motivo no veo en el proyecto nada que regule tan especializada mano de obra en las residencias donde hoy en dia no realizan curso ningunos y ya no digamos de ayuda a domicilio</p>	rafaboja		

CENTROS DE MAYORES (4)	Sería interesante que fuese obligatorio que los Centros de Mayores, sean de titularidad pública o privada, perteneciesen a la Red de Centros de Mayores. Además sería interesante regular el personal que integra los Centros de Mayores: Director/a , profesores/as, ordenanzas. Además se podría impulsar la figura del Educador/a Social en la gestión de los Centros de Mayores.	agomart		
SI SE MEJORA LA ATENCIÓN, SE MEJORA LA VIDA (5)	Desde el ingreso hasta el día de hoy siempre surgen en mi cabeza las mismas preguntas, hablo desde mi vivencia personal y el declive y falta de información que hay desde la pandemia. Estamos de acuerdo que nuestros mayores han tenido un gran declive en todos los sentidos a causa de la pandemia y sería de gran interés realizar un nuevo programa adecuado a ellos. Programa de ejercicios físico, estimulación cognitiva, social y recreativa, adaptados a cada persona y momento de la enfermedad. Todos tenemos familiares que antes de la pandemia andaban y ahora nos los encontramos en sillas de ruedas, creo que con ejercicio físico se pueden recuperar muchos de nuestros mayores. Alimentación; actualmente no conocemos el tipo de alimentación que llevan los residentes al no poder entrar dentro de los centros, también he observado que al aumentar el grado de dependencia se opta por darle de comer al residente el personal laboral, con esto conseguimos que aumente su dependencia y esto se hace por prisas, es decir falta de personal. Sanidad; control sanitario, se limitan al tema medicación, no se tiene en cuenta que una buena terapia adaptada a cada uno de nuestros mayores les puede ayudar mucho, es decir, falta de personal. Los familiares tampoco tenemos información actualmente de la cantidad de trabajadores que cuidan de nuestros mayores, es más frecuente que se ahorre en personal. Siempre personal laboral ajustado, con poco tiempo para atender a los residentes. Trabajadores con insuficiente formación en cuidados gerontológicos, lo que debilita su trabajo y genera ansiedad. Personal cambiante, que se debe a la carga de trabajo y baja remuneración y los ingresados se adaptan mal a los cambios continuos del personal. Es una pena, su vida se resume en desayuno-salón-comida-salón-cena-cama. Y todo por ahorrarse dinero en personal profesional. Como último dato que la administración compruebe in situ que las normas que hay vigentes se están llevando a cabo, no es lo mismo lo que se dice que lo que en realidad está pasando, muchas veces ocultan información a la administración. Los familiares sólo pedimos que tengan una vida lo más feliz posible. Muchas gracia. Un saludo.	lvalchi		

APORTACIONES
A PROYECTO DE
DECRETO
MAYORES (6)

A CONTINUACIÓN PONGO LOS APARTADOS QUE CREO SE DEBERIA MODIFICAR PARA OFRECER UNOS SERVICIOS DE CALIDAD Y PROFESIONALIDAD.

Como profesional del Trabajo Social y funcionario de la Junta de Comunidades de Castilla la Mancha prestando mis servicios en un Centro de Día para Personas Mayores Ciudad Real II considero que la publicación del Decreto por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla La Mancha, era una oportunidad para dar valor a la profesionalización de estos recursos, sin embargo, creo que el presente borrador ofrece una visión aún más asistencialista si cabe que las normativas que ya estaban en vigor.

Considero que debe realizarse una modificación del Borrador para plasmar realmente ese Modelo de Atención Centrada en la Persona que nombra, que pasa además de por una autodeterminación de la persona mayor, por el derecho a una adecuada atención, que sea profesional e integral y no obedezca a criterios individuales de las personas o entidades que gestionen los recursos.

Además, opino que la pandemia ocasionada por la COVID19 ha resaltado un hecho que ya estaba suficientemente comprobado pero que se ha visto remarcado durante esta crisis:

LA IMPORTANCIA E INSUSTIUIBLE VALOR DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS, la externalización de los recursos sanitarios y sociosanitarios y su privatización ha conllevado un empeoramiento en las condiciones de calidad de la asistencia que se ofrece a la persona usuaria, así como devaluación de las condiciones laborales de las personas trabajadoras.

Considero que la pandemia ha visibilizado las carencias que existen en los Centros de atención a personas mayores en cuanto a protocolos de actuación unificados y criterios comunes de intervención. Por ello debe aprovecharse la publicación de un nuevo Decreto para tender hacia:

1.- LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN TODO EL PROCESO DE INTERVENCIÓN Y SU AUTODETERMINACIÓN EN LOS CUIDADOS QUE DESEAN RECIBIR (POR ELLO ES IMPRESCINDIBLE SU PARTICIPACIÓN EN ESTE DECRETO DE CONDICIONES).

2.- LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINAR (UN/A PROFESIONAL SIEMPRE COMPLEMENTA AL OTRO/A, NUNCA PODRÁ SUSTITUIRLO).

3.- LA LUCHA CONTRA EL INTRUSISMO PROFESIONAL (CADA PROFESIONAL ES EXPERTO EN SU ÁREA Y EN UNA INTERVENCIÓN HOLÍSTA TODAS LAS INTERVENCIONES SERÁN NECESARIAS, HAY QUE TENDER A QUE CADA RECURSO CUENTE CON EL MÁXIMO DE PERSONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO Y ANTE LA INEXISTENCIA DE LA FIGURA DE UNO/A DE ELLOS/AS NO PODEMOS PRETENDER QUE SUS FUNCIONES SEAN ASUMIDAS POR OTRO/A PROFESIONAL).

4.- LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y DE LA ATENCIÓN RECIBIDA.

Por todo lo anteriormente expuesto creo que deben modificarse o eliminarse los siguientes fragmentos del actual borrador del Decreto:

ü Página 5:

- “Respecto de los recursos humanos con que debe contar un centro de atención a personas mayores, se distingue entre el personal técnico, el de atención directa y personal. Se introducen en la noma criterios de flexibilidad respecto del personal técnico, permitiendo que las entidades titulares de los centros puedan elegir aquellos profesionales cuyas funciones sean más convenientes, de acuerdo con las características de las personas usuarias y sus demandas”.

Como he comentado anteriormente no puede dejarse a criterio particular de cada recurso la elección del personal técnico (puesto que esta puede obedecer más a criterios económicos que técnicos). Para favorecer una atención integral bio-psico-social de la persona mayor debe garantizarse que existan profesionales en cada una de las áreas: trabajador/a social, psicólogo/a, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico/a, enfermero/a, etc.

- “para el cálculo de profesionales de atención directa se ha considerado una ratio adaptada a la situación de un día concreto con todas las personas trabajadoras en alta laboral”.

Con este cálculo de ratio se pretender englobar a todas las personas trabajadoras, aunque no estén desempeñando sus funciones de manera activa, con ello se consigue que se cumplan los criterios de mínimos aun siendo irreal, puesto que los/as profesionales que se encuentran a disposición de las personas usuarias son en realidad mucho inferiores.

- “En relación con la atención por personal sanitario en las residencias de mayores (...) no debe tratarseles como a personas hospitalizadas, ya que las personas mayores que viven en residencia son están más enfermas que las personas de su edad que residen en sus propios domicilios. Por ello el ingreso en un centro residencias (...) no minorra el derecho a la atención del sistema sanitario”.

Si algo ha puesto en evidencia la actual pandemia es que las personas institucionalizadas son en mayor medida personas dependientes y por la propia estructura convivencial y de atención directa que presentan las Residencias han sido más vulnerables a la infección por Covid19.

Por supuesto que el ingreso en Residencia no minorra el derecho a la atención del sistema sanitario, pero considero que por las particularidades de estos recursos y las carencias que se han observado durante estos meses, se debe reforzar los servicios sanitarios que se prestan en el interior de los mismos (con más dotación material y personal) sin que esto limite el derecho a la asistencia sanitaria exterior al recurso cuando se requiera.

ü “Artículo 3. – Tipología de los Centros”:

- “a) Residencias.

Son residencias de mayores los centros que tiene por objeto atender a las personas que no disponen de alojamiento, o que teniéndolo carecen de los apoyos necesarios para permanecer en él.”

No se puede limitar la definición de Residencias a un “recurso de alojamiento”, la definición debe incluir su naturaleza como recurso convivencial y socio-sanitario.

Además en cuanto a la clasificación en mini residencias, residencias de tamaño medio y grandes residencias. Considero que la administración no debe obviar el hecho de que las residencias de tamaño menor favorecen el tratamiento individualizado y deben priorizarse respecto a las residencias con mayor número de personas residentes.

- “ c) Centros de mayores”.

“Podrán ofrecer servicios como podología, peluquería y cafetería”.

Considero que la enumeración de estos servicios siendo su dotación además voluntaria, ofrece una visión limitada de la intervención que se desarrolla en los Centros de Mayores, por ello deben incluirse otros servicios que se vienen prestando como fisioterapia, y hacer mención a las actividades de carácter formativo, lúdico, cultural, etc, que se realizan, y nombrar además un servicio que debe considerarse básico y que actualmente se presta solo en algunos de los Centros de Mayores de

jsac30

titularidad autonómica por personal funcionario y que debe pasar a ser servicio imprescindible en todos ellos: ATENCIÓN SOCIAL (prestada por un/a profesional del Trabajo Social).

ü “Artículo 5. Modelos y principios de la atención”.

Considero que para implementar el modelo de atención centrada en la persona y los principios rectores que se nombran se deben garantizar la autonomía de la persona, la profesionalización de los recursos y la individualización de la atención de manera efectiva con un Decreto que realmente garantice estos preceptos y no solo disponga generalizaciones y criterios que permitan diferencias por la voluntariedad de la persona e institución que dirija los recursos.

ü “Artículo 12.- Composición de las residencias.

1. Todas las residencias deberán contar con los siguientes espacios diferenciados, denominados áreas:

- a) Área de acogida y organización.
- b) Área residencial.
- c) Área de servicios generales.
- d) Área de atención especializada.”

Estimo que debe incluirse un área de ATENCIÓN SOCIAL atendido por un/a profesional del Trabajo Social que garantice la acogida, el acceso a recursos externos, la inclusión de la persona residente en el entorno residencial y la comunicación con la familia.

ü “Artículo 17.- Sectorización para plan de contingencias.

El plan de contingencias sanitarias de la residencia deberá tener prevista la sectorización del centro, vertical, o por plantas como criterios de agrupación preferibles, procurando la mayor separación en base a los grupos que se determinen por la autoridad sanitaria”.

Creo que esta pequeña alusión al plan de contingencias es insuficiente y debe establecerse unos criterios mínimos que garanticen la prevención y atención ante una situación de emergencia basada en las buenas prácticas de los recursos existentes así como a las observaciones que hayan podido considerarse: tendencia a residencias de menor tamaño, profesionalización de los recursos, mayor atención sanitaria en el propio Centro, protocolos de actuación, etc.

ü “Artículo 32. Organización de las residencias”

4.- Las residencias contarán con el equipo técnico interprofesional, integrado por el personal técnico existente en el centro y representantes del personal de atención directa. También existirá un órgano que posibilite la participación de personas usuarias y familiares”.

Debe desgranarse la composición de ese equipo técnico, garantizándose un mínimo de profesionales en distintas áreas: trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, psicología, fisioterapia, medicina...

ü “Artículo 34. Organización de los centros de día.

“Deberán contar con una persona que ejerza la dirección y, en caso de ausencia, deberá existir siempre un profesional del centro que asuma las funciones que le son encomendadas en su nombre”.

En en la práctica este/a profesional es un/a trabajador/a social cuando existe en el Centro, por lo que debe determinarse este hecho, procurar la sustitución cuando la ausencia de la persona que ejerza la dirección va más allá de las propias vacaciones y que se determine el hecho de la equiparación salarial cuando haya otro/a profesional que ejerza estas funciones.

ü “Artículo 36.- Organización de los Centros de mayores”.

2.- Debe existir el personal necesario en número suficiente para cubrir el horario de apertura y cierre del centro”.

Debe especificarse que en los Centros de titularidad de la JCCM estas funciones vienen prestándose por personal laboral con la categoría de ordenanza, y debe contemplarse este hecho para evitar la asunción de funciones por parte de otras personas no cualificadas y limitar (o extinguir) la privatización de estos servicios.

ü “Artículo 39. Personal técnico.

1. Dirección

La persona que ejerza la dirección de los centros (...) deberá contar con titulación universitaria”.

Por la propia naturaleza de los Centros de Atención a Personas Mayores debía garantizarse que las titulaciones universitarias que se puedan poseer para acceder a puestos de dirección sean del ámbito exclusivamente psicosocial o sanitario.

2. “Otro personal técnico en los centros.”

Como he dicho anteriormente deben especificarse las titulaciones mínimas exigidas y la ratio por persona residente/usuario.

ü Artículo 42. Personal de las residencias”.

- 2. Personal técnico: en las residencias se considera como ratio mínima para el personal técnico, en el día concreto de cálculo, el número de contratos”.

Pienso, como he dicho en otro apartado que este cálculo de ratio pretende visibilizar como superior el número de profesionales que se encuentran en trabajo efectivo para el total de personas residentes. Además reitero que no puede generalizarse y calcularse la ratio por “personal técnico” ya que cada profesional de un área ejerce funciones diferentes (aunque complementarias) de otro/a compañero/a. Por lo que cada ratio debe calcularse en función de cada profesional por separado (trabajador/a social, fisioterapeuta, etc.).

“3. Personal de atención directa:

b) Auxiliar de referencia.

A cada persona que acceda a una residencia se le asignará profesional de referencia una vez superada la fase de adaptación, con la finalidad de asegurar la globalidad e integralidad en la intervención. Las funciones a desempeñar por esta figura serán ejercidas por profesionales de atención directa y, entre otras, serán:

- 1.º Establecer con la persona mayor una relación de apoyo para la atención, canalización y resolución de sus necesidades y demandas.
- 2.º Ayudar a la consecución del proyecto de vida y las actuaciones concretas que lo integren.
- 3.º Servir de enlace y referencia para las familias.
- 4.º Servir de enlace y referencia para el equipo multiprofesional.
- 5.º Asegurar el registro de incidencias y seguimiento de los distintos protocolos.”

	<p>Debe sustituirse “equipo multidisciplinar” por “equipo interdisciplinar” por ser un término más adecuado que ya es empleado en otras partes del Borrador. Además, considero positivo la existencia de un auxiliar de referencia y hasta la de un técnico/a de referencia, hecho que ya viene implementándose en alguno de los recursos, no obstante, la existencia de esta figura con el objetivo de simplificar las demandas y canalizar la atención no debe nunca derivar en una usurpación de funciones, puesto que aquellas de relación de apoyo y de atención a las familias deben ser ejercidas por el/la trabajador/a social de la Residencia, y el auxiliar o técnico/a de referencia debe derivar estas intervenciones hacia el/la mismo/a y no asumirlas como propias.</p> <p>ü “Artículo 44: Personal de los centros de día”</p> <p>a) La persona que ejerce la dirección podrá prestar servicio a media jornada o compatibilizar con otra actividad profesional en el centro el resto de las jornadas. Considero que por la naturaleza de estos recursos la dirección debe realizarse en exclusividad, puesto que la reducción de jornada o la asunción de otras funciones, siendo esta a criterio del Centro puede menoscabar la atención prestada a las personas usuarias.</p> <p>ü “Artículo 49. Requisito de edad para acceder a los centros.</p> <p>j. Las personas con sesenta y cinco o más años podrán acceder a residencias, centros de día y de noche. “. Opino que la edad mínima debe seguir estableciéndose en los sesenta años de edad de manera general y no elevarse salvo excepciones.</p> <p>ü “Artículo 53. Expedientes de residentes. 1. Ingreso. y 3. Plan de acogida de residentes.”</p> <p>Estas funciones deben ser asumidas por un/a trabajador/a social. ü “Artículo 54. Programa de servicios y actividades de la residencia”.</p> <p>e) Programa psicosocial que garantice la atención integral del residente y su familia. Debe existir un/a profesional del trabajo social que desarrolle este programa junto a un/a psicólogo/a si lo hubiera.</p>			
<p>Art. 5. modelos y principios de atención (7)</p>	<p>Si el propósito es dar una atención centrada en la persona y que todas las actuaciones del centro lleven al respeto de su autonomía a fomentar su participación e integración en el entorno ¿Por qué no se permite que haya una libre elección de ese entorno y del centro que se encuentre en ese entorno?, si se fuera a un modelo de centro acreditado, no limitado al número de plazas concertadas, sino a través de prestaciones vinculadas al servicio(ajustadas en su cuantía para que le fuera posible entre la prestación y su pensión acceder al centro que deseara), disminuirían los procesos administrativos y también las listas de espera.</p>	<p>lourdes</p>		<p>RESIDENCIAS SOCIALES EDAD DE ORO SL</p>

Atención por personal sanitario en las residencias de mayores (8)	<p>Página 5. Se reconoce que la actividad principal en las residencias se orienta a facilitar que la vida de los usuarios se parezca lo más posible a la que tenían en su entorno, que no se las debe tratar como personas hospitalizadas y por el hecho de vivir en una residencia no minora el derecho a la atención del sistema sanitario. Sin embargo se exige contar con ATS y médico y además como novedad la enfermería debe contar con habitaciones con dos camas baño completo y accesible, aunque no queda claro con qué propósito, pero más parece que cada vez sea más un espacio sanitario que social. Sería también necesario darse cuenta que si el sistema sanitario público tiene dificultades en encontrar profesionales como ATS y médicos, tanto más las residencias, es necesario que las residencias sean asistidas por el sistema sanitario público porque como bien se ha dicho todos sus usuarios tienen el mismo derecho que los que viven en su domicilio, el personal sanitario de las residencias debería ser un plus y nunca sustituir al público. En cuanto a las habitaciones de enfermería no mejorar ni aportan nada nuevo, si el usuario necesita atención más especializada debe estar en un hospital y si es algo que se pueda seguir en la residencia se le puede atender en su habitación ya que no hay diferencia.</p>	lourdes		RESIDENCIAS SOCIALES EDAD DE ORO SL
ratios de personal (9)	<p>Está bien que para los ratios de personal se tenga en cuenta la ocupación, la dificultad va a estar en los contratos laborales ya que no hay un contrato que se ajuste a la contratación a demanda</p>	lourdes		RESIDENCIAS SOCIALES EDAD DE ORO SL
IMPRESINDIBLE FIGURA DE TRABAJO SOCIAL, Y RECURSOS SOCIALES (10)	<p>EL DECRETO SOLO TIENE DE CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA EL TÍTULO, PORQUE EN EL DESARROLLO SÓLO APARECE EL TRABAJO SOCIAL EN UNA PÁGINA DE 44 QUE DESARROLLA, NI SIQUIERA EN LA DENOMINACIÓN DE LOS RECURSOS APARECE LO QUE SON, RECURSOS SOCIALES Y DE ATENCIÓN INTEGRAL, LLEGANDO A CALIFICARLOS DE RECURSOS ASISTENCIALES O SIMPLES CENTROS DE ALOJAMIENTO,..... NO, NO LO SON, HA COSTADO MÁS DE 40 AÑOS EL DESARROLLO DE UN SISTEMA INTEGRAL DE ATENCIÓN A LA PERSONA MAYOR, Y UN DECRETO QUE SEGÚN SU OBJETO PRETENDE ADAPTARSE A LA NUEVA LEGISLACION Y LAS SITUACIONES DE DEMANDA ACTUALES, ESTÁ MÁS OBSOLETO Y ES MÁS RESTRICIVO QUE EL DECRETO QUE DEROGA DE HACE 20 AÑOS. Y QUE PARA NADA SE ADAPTA A LA LEY MÁS IMPORTANTE A NIVEL ACTUAL Y DE RANGO NACIONAL, QUE ES LA LEY DE DEPENDENCIA. NO QUEREMOS CENTROS ASISTENCIALES PARA ESTAR, QUEREMOS CENTROS DE ATENCIÓN INTEGRAL, MULTIDISCIPLINAR, DONDE PODER DESARROLLARNOS CON CALIDAD DE VIDA.</p> <p>EXISTE INTRUSISMO PROFESIONAL EN ESE DECRETO, UNA TRABAJADORA SOCIAL NO PUEDE RECETAR MEDICACIÓN, NO PUEDE PONER UN TRATAMIENTO DE ELECTRODOS DE FISIOTERAPIA, NO PUEDE REALIZAR UNA ESTIMULACIÓN COGNITIVA ADAPTADA A UNA PERSONA CON DEMENCIA... Y EL RESTO DE ESTOS PROFESIONALES NO PUEDEN EJERCER LAS FUNCIONES DE UNA TRABAJADORA SOCIAL COMO REFLEJA ESTE DECRETO, QUE DICE QUE UNA AUXILIAR DE REFERENCIA DEBE DE SER EL ENLACE Y REFERENCIA PARA LAS FAMILIAS, REALIZAR EL PROYECTO DE VIDA O LA RESOLUCIÓN DE SUS NECESIDADES Y DEMANDAS, LAS FUNCIONES DE UNA AUXILIAR VIENEN RECOGIDAS EN UN DECRETO Y ENTRE LAS MISMAS NO ESTÁN RECOGIDAS LAS QUE ESTE DECRETO QUIERE ATRIBUIRLES. ESTE DECRETO PRETENDE REDUCIR EL RATIO DE PROFESIONALES, Y ENTRE EL POCO PERSONAL AUXILIAR QUE QUEDE, QUE HAGAN FUNCIONES DE TODOS LOS PROFESIONALES QUE NO SE ENCUENTRAN EN EL RECURSO.</p> <p>TAMPOCO CUALQUIER TÉCNICO PUEDE REALIZAR UN INFORME PARA VALORAR LA NECESIDAD DE INGRESO EN CENTROS CUANDO NO CUMPLAN LOS REQUISITOS DE DEPENDENCIA, ESTO SE LLAMA INFORME SOCIAL Y SÓLO LO PUEDE HACER UN PROFESIONAL DE TRABAJO SOCIAL, QUE ES QUIEN SE FORMA DURANTE 4 AÑOS PARA TENER LA TITULACIÓN QUE TE FORMA PARA ATENDER, RECOGER Y ACOMPAÑAR ESTAS SITUACIONES.</p> <p>LO MISMO QUE UNA TERAPISTA SE FORMA DURANTE 4 AÑOS PARA ATENDER LAS NECESIDADES COGNITIVAS Y DE ABVD</p> <p>LO MISMO QUE UN FISIÓLOGO SE FORMA DURANTE 4 AÑOS PARA ATENDER LAS NECESIDADES FUNCIONALES Y DE TRATAMIENTO DEL DOLOR</p> <p>LO MISMO QUE UNA AUXILIAR SE FORMA DURANTE 2 AÑOS PARA ATENDER LAS NECESIDADES BÁSICAS DE CUIDADO E HIGIENE,</p> <p>LO QUE SE SALGA DE ESTAS COMPETENCIAS ES INTRUSISMO PROFESIONAL, Y ES UN DELITO TIPIFICADO POR EL CODIGO CIVIL.</p>	MAYORES UNO	Asociación Cultural y Recreativa del Centro de Mayores	

<p>Asistencialismo (11)</p>	<p>Este decreto vuelve atrás derechos sobre la atención a nuestras personas mayores, dejando a estos sin la Atención Integral y los Recursos Sociales que actualmente se están dando, a llevarlos al mas puro alojamiento y asistencialismo. La eliminación de profesionales como el/la Trabajadora Social, el/la Fisioterapeuta o el/la Terapeuta Ocupacional, hace inviable que nuestros mayores tenga la atención que se merecen. Querer crear una figura "auxiliar", que asuma la figura de cualquiera de estos profesionales no es otra cosa que INTRUSISMO PROFESIONAL, penalizado en el código penal. Por nuestras personas mayores, este decreto no puede ver la luz!!!</p>	<p>Psierra</p>		
<p>Considero que en este... (12)</p>	<p>Considero que en este decreto no se explica bien el personal que hace falta en los centros de día o servicios de estancia diurnas como se les conoce también. En relación a que la dirección la pueda ejercer un técnico es inviable... La persona de dirección tiene que ejercer como director su jornada laboral y dedicarse a ello explícitamente. Si es un/a Terapeuta Ocupacional/Fisioterapeuta/DUE y está haciendo una actividad o valoración con los usuarios no los puede dejar si surge cualquier otra incidencia en el centro, o hay llamadas por teléfono o hay una inspección ... Esto es ir en contra de la atención centrada persona y en la calidad asistencial. Y esta labor de dirección no se puede hacer en la otra media jornada laboral ya que una persona de referencia siempre tiene que estar disponible. Por otra parte, a las personas que ejercen esta tarea se les nombra "coordinadoras" cuando este puesto de trabajo no está recogido en el convenio. Está recogido Dirección, y si ejercen como directores tendrán que reflejarse en sus contratos y pagarles como tal y no pagarles una jornada completa como técnico ya que ejercen otras funciones con más responsabilidad. Llevo trabajando 20 años en Geriatria. Creo que ya es necesario cambiar... Y si queremos dar atención centrada a la persona y mejorar la asistencia no podemos tener a un personal haciendo mil funciones, desmotivado, con bajos sueldos... Porque esto solo hace que haya mucho movimiento de personal o incluso imposible cubrir puestos de trabajo. Todo esto hace imposible atender bien a nuestros mayores, que es al final en donde recae todo esto. Muchas gracias por su atención.</p>	<p>Chimita</p>		

COMENTARIOS
AL BORRADOR
DE DECRETO
(13)

Considero que este Decreto es un paso atrás con respecto a la regulación realizada por la Orden de Condiciones Mínimas de mayo de 2001. Ya en la exposición de motivos habla de flexibilizar el hecho de que las entidades gestoras de los centros elijan el personal técnico para atender a sus usuarios, atendiendo al ratio y no a las necesidades o a criterios de calidad. Eso ya supone un maltrato a las diferentes profesiones técnicas como terapia ocupacional, fisioterapia, trabajo social, etc, o sea las que no vienen reguladas expresamente en el Decreto.

Un Decreto no puede ser tan ambiguo como para no fijar el personal mínimo de cada ámbito técnico. No es tan complicado. Desde mi punto de vista esto responde a que el tercer sector y el sector privado se echen encima con la obligatoriedad de contratar personal que está comprobado que mejoran la calidad del servicio y la atención al usuario, y la tipología de servicios y profesionales no puede dejarse a la libre voluntad de la entidad gestora. La Consejería tiene una responsabilidad que no puede eludir.

Artículo 3. Se habla de que cuando no sea viable permanecer en una vivienda de mayores o apartamento se deberá garantizar su atención mediante un traslado a una residencia para personas mayores. Esto no puede dejarse así de forma tan ambigua, hay que detallar en qué casos se considera que la persona no puede seguir siendo atendida en una vivienda o apartamento y además desarrollar como se realiza ese traslado si la vivienda de mayores es de titularidad municipal y los recursos residenciales públicos son de titularidad de la JCCM. Debería fijarse algo como "para facilitar el traslado, la persona tendrá que tener resolución de grado II o III de situación de dependencia y tendrá prioridad para el acceso a plazas públicas en el marco del Programa Individual de atención y de acuerdo a la normativa reguladora del acceso a los servicios y programas del catálogo del SAAD", no es tan complicado.

Artículo 4. Definiciones. Pone el Decreto "Plan Individual de Atención (PIA): programa en el que se determinarán las modalidades de intervención". A ver, o es programa o es plan, lo que no puede ponerse es Plan Individual de Atención y luego definirlo como programa. El término adecuado es Programa Individual de atención tal y como establece el Decreto 1/2019 del SAAD.

Artículo 5. Se habla de "modelos de atención centrada en la persona". ¿¿?? Y estos modelos de atención???¿quién los valida o acredita? ¿Qué se entiende por modelos de atención centrada en la persona? Esto es una ambigüedad absurda e incluso negligente porque todos los centros van a decir que su funcionamiento se basa en modelos de atención a la persona porque está de moda, o porque lo dice un decreto o norma. No basta con establecerlo sobre un papel, es necesario instrumentos de acreditación de la metodología aplicada mediante protocolos validados por un organismo público. Deberá acreditarse dichos modelos mediante protocolos o implantación de sistemas de evaluación y acreditación. Este es uno de los problemas que supone que la Consejería no cuente con un Equipo de Supervisión Técnica en Servicios Sociales, que apoye a los profesionales, les supervise a nivel técnico y metodológico, pero también que se encargue de validar, evaluar, y mejorar las metodologías de intervención social, no solo en mayores, sino en todos los ámbitos.

Artículo 10. "Los materiales de equipamiento tendrán un buen nivel de calidad y estarán adaptados a las características y necesidades de las personas usuarias". Esto de del buen nivel de calidad, ¿cómo se evalúa o se valora? Pensemos que este documento deberá ser una herramienta de trabajo para el personal inspector, pero "la buena calidad" ¿dónde se refleja?

Artículo 29. Derechos de las personas usuarias, figura el número 6. "Excepcionalidad respecto de la no aplicación de alguno de estos derechos, únicamente en aquellos supuestos de personas que presenten trastornos psíquicos y/o se encuentren incapacitadas judicialmente". Ya no existe la figura de la incapacitación judicial, creo que hay que modificar este apartado y adaptarlo a la nueva Ley 8/2021 de 2 de junio.

Artículo 36. Organización de los centros de mayores.

Apartado 1. "En función de las características del centro, el mismo podrá contar con una persona que ejerza la dirección y será la responsable de la organización, gestión, mantenimiento, y el correcto funcionamiento", considero que no puede dejarse así de ambiguo y abierto, es necesario concretar: O se necesita una dirección o no se necesita. Yo optaría por la figura de coordinación, de forma que algún técnico del centro de mayores pueda asumir la función de coordinación del recurso...pero además pagada, no sobre el papel que sea técnico y además coordine.

Apartado 3. "Podrán existir profesionales del trabajo social con la función de prestar atención social a las personas asociadas al centro y servir como nexo con los recursos sociales del entorno". Como trabajador social me parece acertado, pero dejarlo en "podrán....es muy subjetivo". Deberían establecerse ratios, por ejemplo para aquellos centros de mayores ubicados en localidades con población superior a 5000 habitantes, un TS como mínimo a media jornada y para población superior a 10.000 habitantes un TS a jornada completa, pero de forma obligatoria

Artículo 39.2. Otro personal técnico en los centros. "Es el personal titulado universitario que lleva a cabo las funciones propias de su profesión, en aquellos centros que cuenten en su organigrama con uno o varios de estos perfiles profesionales". Este apartado me parece una mezcla ambigua, desacertada,....se deben fijar quienes componen el personal técnico, a mi por ejemplo no entiendo una residencia o centro de día sin terapeuta ocupacional o sin fisioterapeuta. Es un grave error no establecerlo de forma detallada, y esto tiene un riesgo muy alto de que puedan dejar de contratarse a personal o que se acabe haciendo de todo, un terapeuta haciendo labores de semi trabajador social y viceversa. ME PARECE LO MAS GRAVE DE TODO EL DECRETO, ES UN MALTRATO Y UNA DESCONSIDERACIÓN A MUCHAS PROFESIONES QUE LLEVAMOS AÑOS TRABAJANDO POR MEJORAR LA CALIDAD EN LA ATENCION QUE SE PRESTA EN LOS CENTROS CON LAS PERSONAS MAYORES.

Artículo 42.2 d) Otro personal técnico titulado. "Las residencias podrán elegir de entre los perfiles profesionales los más adecuados a su tipología y al perfil de sus residentes, con la finalidad de conseguir la mejor prestación de servicios de atención médica, psicosocial, integración social, promoción de la autonomía o del envejecimiento activo". Reitero, me parece gravísimo este artículo por los mismos motivos que anteriormente. La regulación actual, pese a los recortes introducidos en 2013 al menos "se moja" en especificar la cualificación técnica. No puede dejarse esto en manos de las entidades que gestionan, porque para eso no es necesario un decreto.

OS IMAGINAIS UNA RESIDENCIA QUE CONTRATE A 4 TRABAJADORES SOCIALES PORQUE SON TÉCNICOS PARA CUMPLIR LOS RATIOS???? Y NO TENGA FISIOTERAPEUTA O TERAPEUTA, O VICEVERSA???. NO SE PUEDE ENTENDER QUE TODOS HACEMOS DE TODO, SIMPLEMENTE PORQUE SOMOS TÉCNICOS. HAY QUE SER MÁS AMBICIOSO EN LA REGULACIÓN.

LO QUE SI QUE ESTOY SEGURO ES QUE EL TERCER SECTOR Y EL SECTOR PRIVADO ESTÁN APLAUDIENDO ESTE DOCUMENTO.

DAMIAN ROJAS GOMEZ

<p>Aportaciones al Borrador (14)</p>	<p>Como profesional del Trabajo Social y funcionaria de la Junta de Comunidades de Castilla La Mancha prestando mis servicios en un Centro de Día para Personas Mayores (o Centro de Mayores según la nueva denominación) considero que la publicación del Decreto por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla La Mancha, era una oportunidad para dar valor a la profesionalización de estos recursos, sin embargo, creo que el presente borrador ofrece una visión aún más asistencialista si cabe que las normativas que ya estaban en vigor.</p> <p>Considero que debe realizarse una modificación del Borrador para plasmar realmente ese Modelo de Atención Centrada en la Persona que nombra, que pasa además de por una autodeterminación de la persona mayor, por el derecho a una adecuada atención, que sea profesional e integral y no obedezca a criterios individuales de las personas o entidades que gestionen los recursos.</p> <p>Además, opino que la pandemia ocasionada por la COVID19 ha resaltado un hecho que ya estaba suficientemente comprobado pero que se ha visto remarcado durante esta crisis:</p> <p>LA IMPORTANCIA E INSUSTIUIBLE VALOR DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS, la externalización de los recursos sanitarios y sociosanitarios y su privatización ha conllevado un empeoramiento en las condiciones de calidad de la asistencia que se ofrece a la persona usuaria, así como devaluación de las condiciones laborales de las personas trabajadoras.</p> <p>Considero que la pandemia ha visibilizado las carencias que existen en los Centros de atención a personas mayores en cuanto a protocolos de actuación unificados y criterios comunes de intervención. Por ello debe aprovecharse la publicación de un nuevo Decreto para tender hacia:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1.- LA PARTICIPACIÓN DE LAS PERSONAS MAYORES EN TODO EL PROCESO DE INTERVENCIÓN Y SU AUTODETERMINACIÓN EN LOS CUIDADOS QUE DESEAN RECIBIR (POR ELLO ES IMPRESCINDIBLE SU PARTICIPACIÓN EN ESTE DECRETO DE CONDICIONES). 2.- LA PROFESIONALIZACIÓN DE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES Y LA IMPORTANCIA DEL TRABAJO INTERDISCIPLINAR (UN/A PROFESIONAL SIEMPRE COMPLEMENTA AL OTRO/A, NUNCA PODRÁ SUSTITUIRLO). 3.- LA LUCHA CONTRA EL INTRUSISMO PROFESIONAL (CADA PROFESIONAL ES EXPERTO EN SU ÁREA Y EN UNA INTERVENCIÓN HOLÍSTA TODAS LAS INTERVENCIONES SERÁN NECESARIAS, HAY QUE TENDER A QUE CADA RECURSO CUENTE CON EL MÁXIMO DE PERSONAL TÉCNICO ESPECIALIZADO Y ANTE LA INEXISTENCIA DE LA FIGURA DE UNO/A DE ELLOS/AS NO PODEMOS PRETENDER QUE SUS FUNCIONES SEAN ASUMIDAS POR OTRO/A PROFESIONAL). 4.- LA INDIVIDUALIZACIÓN DE LOS RECURSOS Y DE LA ATENCIÓN RECIBIDA. <p>Por todo lo anteriormente expuesto creo que deben modificarse o eliminarse los siguientes fragmentos del actual borrador del Decreto:</p> <p>Página 5:</p> <p>“Respecto de los recursos humanos con que debe contar un centro de atención a personas mayores, se distingue entre el personal técnico, el de atención directa y personal. Se introducen en la noma criterios de flexibilidad respecto del personal técnico, permitiendo que las entidades titulares de los centros puedan elegir aquellos profesionales cuyas funciones sean más convenientes, de acuerdo con las características de las personas usuarias y sus demandas”.</p> <p>Como he comentado anteriormente no puede dejarse a criterio particular de cada recurso la elección del personal técnico (puesto que esta puede obedecer más a criterios económicos que técnicos). Para favorecer una atención integral bio-psico-social de la persona mayor debe garantizarse que existan profesionales en cada una de las áreas: trabajador/a social, psicólogo/a, terapeuta ocupacional, fisioterapeuta, médico/a, enfermero/a, etc.</p> <p>“para el cálculo de profesionales de atención directa se ha considerado una ratio adaptada a la situación de un día concreto con todas las personas trabajadoras en alta laboral”.</p> <p>Con este cálculo de ratio se pretender englobar a todas las personas trabajadoras, aunque no estén desempeñando sus funciones de manera activa, con ello se consigue que se cumplan los criterios de mínimos aun siendo irreal, puesto que los/as profesionales que se encuentran a disposición de las personas usuarias son en realidad mucho inferiores.</p> <p>“En relación con la atención por personal sanitario en las residencias de mayores (...) no debe tratárseles como a personas hospitalizadas, ya que las personas mayores que viven en residencia son están más enfermas que las personas de su edad que residen en sus propios domicilios. Por ello el ingreso en un centro residencias (...) no minorra el derecho a la atención del sistema sanitario”.</p> <p>Si algo ha puesto en evidencia la actual pandemia es que las personas institucionalizadas son en mayor medida personas dependientes y por la propia estructura convivencial y de atención directa que presentan las Residencias han sido más vulnerables a la infección por Covid19.</p> <p>Por supuesto que el ingreso en Residencia no minorra el derecho a la atención del sistema sanitario, pero considero que por las particularidades de estos recursos y las carencias que se han observado durante estos meses, se debe reforzar los servicios sanitarios que se prestan en el interior de los mismos (con más dotación material y personal) sin que esto limite el derecho a la asistencia sanitaria exterior al recurso cuando se requiera.</p> <p>“Artículo 3. – Tipología de los Centros”:</p> <p>“a) Residencias.</p> <p>Son residencias de mayores los centros que tiene por objeto atender a las personas que no disponen de alojamiento, o que teniéndolo carecen de los apoyos necesarios para permanecer en él.”</p> <p>No se puede limitar la definición de Residencias a un “recurso de alojamiento”, la definición debe incluir su naturaleza como recurso convivencial y socio-sanitario.</p> <p>Además en cuanto a la clasificación en mini residencias, residencias de tamaño medio y grandes residencias. Considero que la administración no debe obviar el hecho de que las residencias de tamaño menor favorecen el tratamiento individualizado y deben priorizarse respecto a las residencias con mayor número de personas residentes.</p> <p>“ c) Centros de mayores”.</p> <p>“Podrán ofrecer servicios como podología, peluquería y cafetería”.</p> <p>Considero que la enumeración de estos servicios siendo su dotación además voluntaria, ofrece una visión limitada de la intervención que se desarrolla en los Centros de Mayores, por ello deben incluirse otros servicios que se vienen prestando como fisioterapia, y hacer mención a las actividades de carácter formativo, lúdico, cultural, etc, que se realizan, y nombrar además un servicio que debe considerarse básico y que actualmente se presta solo en algunos de los Centros de</p>	<p>SNARANJO</p>		
--------------------------------------	---	-----------------	--	--

Mayores de titularidad autonómica por personal funcionario y que debe pasar a ser servicio imprescindible en todos ellos: ATENCIÓN SOCIAL (prestada por un/a profesional del Trabajo Social).

“Artículo 5. Modelos y principios de la atención”.

Considero que para implementar el modelo de atención centrada en la persona y los principios rectores que se nombran se deben garantizar la autonomía de la persona, la profesionalización de los recursos y la individualización de la atención de manera efectiva con un Decreto que realmente garantice estos preceptos y no solo disponga generalizaciones y criterios que permitan diferencias por la voluntariedad de la persona e institución que dirija los recursos.

“Artículo 12.- Composición de las residencias.

Todas las residencias deberán contar con los siguientes espacios diferenciados, denominados áreas.

Área de acogida y organización.

Área residencial.

Área de servicios generales.

Área de atención especializada.”

Estimo que debe incluirse un área de ATENCIÓN SOCIAL atendido por un/a profesional del Trabajo Social que garantice la acogida, el acceso a recursos externos, la inclusión de la persona residente en el entorno residencial y la comunicación con la familia.

“Artículo 17.- Sectorización para plan de contingencias.

El plan de contingencias sanitarias de la residencia deberá tener prevista la sectorización del centro, vertical, o por plantas como criterios de agrupación preferibles, procurando la mayor separación en base a los grupos que se determinen por la autoridad sanitaria”.

Creo que esta pequeña alusión al plan de contingencias es insuficiente y debe establecerse unos criterios mínimos que garanticen la prevención y atención ante una situación de emergencia basada en las buenas prácticas de los recursos existentes así como a las observaciones que hayan podido considerarse: tendencia a residencias de menor tamaño, profesionalización de los recursos, mayor atención sanitaria en el propio Centro, protocolos de actuación, etc.

“Artículo 32. Organización de las residencias”

4.- Las residencias contarán con el equipo técnico interprofesional, integrado por el personal técnico existente en el centro y representantes del personal de atención directa. También existirá un órgano que posibilite la participación de personas usuarias y familiares”.

Debe desgranarse la composición de ese equipo técnico, garantizándose un mínimo de profesionales en distintas áreas: trabajo social, terapia ocupacional, enfermería, psicología, fisioterapia, medicina...

“Artículo 34. Organización de los centros de día.

“Deberán contar con una persona que ejerza la dirección y , en caso de ausencia, deberá existir siempre un profesional del centro que asuma las funciones que le son encomendadas en su nombre”.

En en la práctica este/a profesional es un/a trabajador/a social cuando existe en el Centro, por lo que debe determinarse este hecho, procurar la sustitución cuando la ausencia de la persona que ejerza la dirección va más allá de las propias vacaciones y que se determine el hecho de la equiparación salarial cuando haya otro/a profesional que ejerza estas funciones.

“Artículo 36.- Organización de los Centros de mayores”.

2.- Debe existir el personal necesario en número suficiente para cubrir el horario de apertura y cierre del centro”.

Debe especificarse que en los Centros de titularidad de la JCCM estas funciones vienen prestándose por personal laboral con la categoría de ordenanza, y debe contemplarse este hecho para evitar la asunción de funciones por parte de otras personas no cualificadas y limitar (o extinguir) la privatización de estos servicios.

“Artículo 39. Personal técnico.

Dirección

La persona que ejerza la dirección de los centros (...) deberá contar con titulación universitaria”.

Por la propia naturaleza de los Centros de Atención a Personas Mayores debía garantizarse que las titulaciones universitarias que se puedan poseer para acceder a puestos de dirección sean del ámbito exclusivamente psicosocial o sanitario.

“Otro personal técnico en los centros.”

Como he dicho anteriormente deben especificarse las titulaciones mínimas exigidas y la ratio por persona residente/usuario.

Artículo 42. Personal de las residencias”.

2. Personal técnico: en las residencias se considera como ratio mínima para el personal técnico, en el día concreto de cálculo, el número de contratos”.

Pienso, como he dicho en otro apartado que este cálculo de ratio pretende visibilizar como superior el número de profesionales que se encuentran en trabajo efectivo para el total de personas residentes. Además reitero que no puede generalizarse y calcularse la ratio por “personal técnico” ya que cada profesional de un área ejerce funciones diferentes (aunque complementarias) de otro/a compañero/a. Por lo que cada ratio debe calcularse en función de cada profesional por separado (trabajador/a social, fisioterapeuta, etc.).

“3. Personal de atención directa:

b) Auxiliar de referencia.

A cada persona que acceda a una residencia se le asignará profesional de referencia una vez superada la fase de adaptación, con la finalidad de asegurar la globalidad e integralidad en la intervención. Las funciones a desempeñar por esta figura serán ejercidas por profesionales de atención directa y, entre otras, serán:

1.º Establecer con la persona mayor una relación de apoyo para la atención, canalización y resolución de sus necesidades y demandas.

2.º Ayudar a la consecución del proyecto de vida y las actuaciones concretas que lo integren.

3.º Servir de enlace y referencia para las familias.

4.º Servir de enlace y referencia para el equipo multiprofesional.

5.º Asegurar el registro de incidencias y seguimiento de los distintos protocolos.”

Debe sustituirse “equipo multidisciplinar” por “equipo interdisciplinar” por ser un término más adecuado que ya es empleado en otras partes del Borrador. Además, considero positivo la existencia de un auxiliar de referencia y hasta la de un técnico/a de referencia, hecho que ya viene implementándose en alguno de los recursos, no obstante, la existencia de esta figura con el objetivo de simplificar las demandas y canalizar la atención no debe nunca derivar en una usurpación de funciones, puesto que aquellas de relación de apoyo y de atención a las familias deben ser ejercidas por el/la trabajador/a social de la Residencia, y el auxiliar o técnico/a de referencia debe derivar estas intervenciones hacia el/la mismo/a y no asumirlas como propias.

“Artículo 44: Personal de los centros de día”

La persona que ejerce la dirección podrá prestar servicio a media jornada o compatibilizar con otra actividad profesional en el centro el resto de las jornadas.

Considero que por la naturaleza de estos recursos la dirección debe realizarse en exclusividad, puesto que la reducción de jornada o la asunción de otras funciones, siendo esta a criterio del Centro puede menoscabar la atención prestada a las personas usuarias.

“Artículo 49. Requisito de edad para acceder a los centros.

i. Las personas con sesenta y cinco o más años podrán acceder a residencias, centros de día y de noche. “.

Opino que la edad mínima debe seguir estableciéndose en los sesenta años de edad de manera general y no elevarse salvo excepciones.

“Artículo 53. Expedientes de residentes.

Ingreso. y 3. Plan de acogida de residentes.”

Estas funciones deben ser asumidas por un/a trabajador/a social.

“Artículo 54. Programa de servicios y actividades de la residencia”.

Programa psicosocial que garantice la atención integral del residente y su familia.

Debe existir un/a profesional del trabajo social que desarrolle este programa junto a un/a psicólogo/a si lo hubiera.

Por último considero que debe cuidarse la utilización del lenguaje no sexista, ya que en varios apartados del borrador se utiliza únicamente el masculino.

<p>Utopía (15)</p>	<p>Desde el punto de vista de los centros, entendemos que estamos de acuerdo con muchas de las afirmaciones que se han expuesto en cuanto a los profesionales que deben de formar parte de cualquier centro residencial por mejorar la calidad asistencial de los usuarios que viven en las Residencias; como son Trabajador Social, Enfermería, Medico, Psicólogo, Terapeuta Ocupacional, Fisioterapia, Geriatria, Auxiliar de Clínica/Gerocultora como parte del Equipo Multidisciplinar del centro. Nosotros abogamos por este equipo de profesionales que garantizaría la atención más adecuada y profesional para todos los usuarios de las Residencias. Ahora bien, la dificultad para dar estos servicios es sencillamente, económica. Por los comentarios expuestos vemos que se incide en unos servicios en que todos los centros sean de titularidad pública, como ejemplo de ello puede ser el centro donde se vacuno a la primera persona en Castilla La Mancha, concretamente en la Residencia de Mayores Los Olmos de Guadalajara donde para atender a 70 usuarios, la plantilla la componen 120 trabajadores (noticia publicada en enero 21), desconocemos que tipo de profesionales forman esta plantilla a nivel técnico, posiblemente estos ratios que tiene la JCCM en este centro sean los adecuados para que los usuarios que en la misma residen dispongan de la mejor atención posible. Pero este tipo de atención en cualquier otro centro privado-concertado sería una utopía, siendo inviable el centro en cuestión. Es más, desde la parte privado-concertada abogamos por los servicios que ofrecen los centros públicos; que estamos seguros que se podría prestar los mismos servicios en igualdad de condiciones, estos servicios no se pueden ofrecer cuando existen centros que percibe a 30 €/plaza/día, la administración tiene cerrados los contratos del Acuerdo Marco con los centros concertados desde 32,03 €/persona/día hasta los 48,55€/persona/día cuando el coste real del servicio en un centro de titularidad pública esta en una horquilla de 140€/persona/día y 170 €/persona/día. Con estos precios si se podrían garantizar y prestar los servicios que se están demandando.</p> <p>En otro orden de cosas, como dato a tener en cuenta en el año 2014 con la firma del primer Acuerdo Marco la administración quiso que a mayor calidad tanto en ratio de personal como en servicios prestados por los centros hubiese una distinción en los precios de conciertos en base a la calidad asistencial de los servicios prestados. Esto finalmente no fue así, al final los precios ya estaban fijados para los centros y no se premió a los centros que licitaron por encima de las condiciones mínimas; siendo al final todos los centros tratados por igual independientemente de la calidad asistencial que muchos de ellos licitaron. Nosotros apostamos por que los centros que se exceden en el cumplimiento de las condiciones mínimas sean reconocidos económicamente, ya que de esta manera eliminamos a los centros que no cumplen o no reúnen las condiciones para dar los servicios de calidad que se pretende, siempre y cuando tengamos en cuenta que para prestar los servicios por encima de las condiciones mínimas es necesario que haya recursos económicos para poderlos prestar.</p> <p>En la situación actual, con una Ley de Dependencia sin recursos económicos, con un recorte en las pensiones, etc... hacia donde vamos en la Atención Centrada en la Persona que con tanta insistencia se esta demandando???</p> <p>Otro dato más a tener en cuenta, con la subida de los ratios solo en el personal de Aux. de Enfermería/Gerocultor que pasa de 6 a 5 por usuario dependiente, este simple cambio supone un incremento de casi el 20% en el coste de esta categoría profesional. Si este Decreto llega a termino, este incremento en la partida de gastos de personal, añadido a la partida de gastos por Covid-19. ¿Cómo se puede asumir desde los centros? ¿Cómo se pueden equilibrar este incremento de gastos con los precios de concierto en vigor?.</p> <p>Por todo lo anterior, en base al cumplimiento al borrador del Decreto por todas las partes implicadas en el mismo, consideramos que es una utopía</p> <p>Les recordamos que los centros privados-concertados también formamos parte de la red pública y no somos tratados como tal.</p>	<p>ENLACES</p>		
<p>APORTACIÓN PROYECTO (16)</p>	<p>En base a lo del proyecto, es cierto que no he visto que se mencione las categorías profesionales de terapeutas ocupacionales y fisioterapeutas y por tanto se sobreentiende que no se considerarían personal obligatorio en el centro. Desde mi experiencia vivida como trabajadora en una residencia geriátrica, si se debe valorar la atención centrada en la persona, basada en sus necesidades de forma individualizada, considero que son figuras imprescindibles para mantener y mejorar su calidad de vida. Ya que sin esta representación la vida de nuestros mayores se basaría en cubrir sus necesidades básicas, siendo éstas comida, higiene y pasar el resto de día sentados o encamados, cosas por las que llevamos dejándonos la piel muchos años, para que su vida sea lo más activa posible, y se sientan útiles, recuperando así sus capacidades funcionales con lo que también influye en su bienestar psicológico. Ya era bastante la carga de trabajo y la poca remuneración económica en estos sectores que requiere de gran vocación, como para ahora pasar a la exclusión de estos servicios o que se pueda cometer intrusismo laboral. Espero que modifiquen eso y siga siendo obligatorio contar con estos profesionales.</p>	<p>marisan</p>		

<p>Aportaciones al proyecto de Decreto de centros de SS a p. may. (17)</p>	<p>Como Terapeuta Ocupacional y amplia experiencia en la atención a personas mayores y personas con diversidad funcional considero que este borrador de decreto es un atraso con respecto a la normativa existente, puesto está redactado de una forma tan generalista que se corre el riesgo de no asegurar lo que debe ser el objetivo fundamental de la administración que no debe ser otro que proporcionar servicios de calidad a las personas mayores. Algunas consideraciones:</p> <p>Atención centrada en la persona (ACP)</p> <p>No es suficiente con que conste dentro del texto que se busca que los centros funcionen bajo un modelo de atención centrado a la persona, si no que el borrador de decreto establezca las estrategias específicas a llevar a cabo en cada uno de los recursos para alcanzar el logro en este objetivo. Si no fuera así, se corre el riesgo a que este aspecto solo quede reflejado en el papel, pero no se consiga cambiar el modelo de funcionamiento asistencialista que mantienen en la actualidad muchos de los centros que prestan atención a personas mayores. Es obligación de la administración regular el funcionamiento de los centros de forma que se asegure que la prestación de servicios a la población vulnerable sea la mejor posible y es obligación de la administración controlar que el funcionamiento de los servicios no dependa de otros factores como pueden ser los económicos o las motivaciones individuales a la hora de realizar la contratación de los perfiles profesionales que debe integrar los equipos transdisciplinarios.</p> <p>Consideraciones sobre recursos humanos y perfiles profesionales</p> <p>En la Página 5 del borrador de decreto consta:</p> <p>Respecto de los recursos humanos con que debe contar un centro de atención a personas mayores, se distingue entre el personal técnico, el de atención directa y otro personal. Se introducen en la norma criterios de flexibilidad respecto del personal técnico, permitiendo que las entidades titulares de los centros puedan elegir aquellos profesionales cuyas funciones sean más convenientes, de acuerdo con las características de las personas usuarias y sus demandas.</p> <p>SI SE PERMITE QUE LAS ENTIDADES TITULARES TENGAN PLENA LIBERTAD EN LA ELECCIÓN DE LOS PERFILES SE CORRE EL RIESGO DE QUE PREDOMINEN MOTIVACIONES QUE TIENEN MÁS QUE VER CON LO ECONÓMICO QUE CON LA CALIDAD DE LOS SERVICIOS PRESTADOS. ADEMÁS DE QUE PUEDE DAR PIE A SITUACIONES DE INTRUSISMO PROFESIONAL.</p> <p>La obligación de la administración debe ser la de velar por la correcta composición de los equipos transdisciplinarios asegurando de este modo que se atiendan todas las necesidades de las personas mayores. No es correcto que en el borrador del decreto se contemplen espacios o programas concretos que deben ser utilizados o llevados a cabo por profesionales específicos y no consten dichos profesionales como profesionales obligatorios en los centros. Este sería el caso de lo que sucede por ejemplo con la Terapia Ocupacional. A este respecto en varios puntos del borrador del decreto aparecen espacios y programas específicos (como en las residencias de mayores y centros de día) para ser ocupados o llevados a cabo por terapeutas ocupacionales, sin embargo, está figura profesional no se encuentra contemplada como profesional mínimo a ser contratado en los centros.</p> <p>Esto representa un grave perjuicio para esta disciplina, puesto que, si el decreto va a obligar a los recursos que atienden a personas mayores a disponer de espacios y programas de Terapia Ocupacional, el decreto debe contemplar a este profesional como integrante mínimo obligatorio dentro de los equipos transdisciplinarios, para asegurar que estos programas sean ejecutados por un Terapeuta Ocupacional y no por otro perfil profesional. Por el contrario, si se mantiene la libertad de las entidades en la elección de los perfiles profesionales, se correrá el riesgo de que estos programas de Terapia Ocupacional sean ejecutados por otros profesionales incurriendo en el grave delito de Intrusismo Profesional el cuál está castigado en el código penal.</p> <p>La Terapia Ocupacional es una profesión sanitaria titulada (anteriormente de nivel Diplomado, actualmente como título de Grado) regulada por medio de la Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de Ordenación de las Profesiones Sanitarias (en adelante, "L.O.P.S."), a cuyo tenor: "Corresponde a los Diplomados/Graduados universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tienden a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones".</p> <p>Según la orden CIN 729/2009 de 18 de marzo, por la que se establecen los requisitos para la verificación de los títulos universitarios oficiales que habiliten para el ejercicio de la profesión de Terapeuta Ocupacional disposiciones normativas, resulta evidente que los terapeutas ocupacionales son los profesionales sanitarios especializados en evaluar a la persona que tiene limitaciones en la realización de las ocupaciones o actividades de la vida diaria.</p> <p>POR ELLO SOLO UN DIPLOMADO/GRADUADO EN TERAPIA OCUPACIONAL, PUEDE HACER TERAPIA OCUPACIONAL, Y CUALQUIER OTRA SITUACIÓN SERÁ INTRUSISMO PROFESIONAL.</p> <p>Por otro lado, el presente borrador de decreto en su Artículo 5, contempla que deben ser principios de atención:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Los centros de servicios sociales de atención especializada para personas mayores ajustarán su funcionamiento a modelos de atención centrada en la persona que pretende cuidar facilitando que las personas puedan seguir teniendo control en su entorno, en sus capacidades y en su vida cotidiana, apoyando su autodeterminación. 2. Se prestará una atención especializada adaptada a las necesidades de cada persona, mediante la elaboración del Plan Individual de Atención Personalizado (PIAP). 3. Los principios rectores que deben orientar la actuación de los centros son: a) Atención personalizada: se promoverá una atención adaptada a la situación de la persona, garantizando la continuidad de la atención y respetando la dignidad de la persona y sus derechos. b) Atención integral: la intervención se realizará con una perspectiva que tenga en cuenta a las personas en su globalidad, considerando sus necesidades personales, familiares y sociales, según pautas de comportamientos consideradas como normales para el resto de la ciudadanía. c) Autonomía: se respetarán los valores, creencias y deseos de las personas mayores, tratando de mantener el mayor nivel de independencia posible. d) Participación: se deberá potenciar la participación en las actividades y en el funciona[1]miento general del centro, con el fin de conseguir la plena integración de la persona mayor. e) Integración en el entorno: se tenderá a mantener el arraigo de las personas en la comunidad, facilitando el acceso y la utilización de los recursos comunitarios en igualdad con el resto de la población. f) Autodeterminación: se facilitará información de manera adecuada y se prestarán las ayudas necesarias para que las personas mayores puedan continuar con su proyecto de vida y sean ellas mismas quienes ejerzan el control sobre los asuntos que les afectan, mientras sus circunstancias lo permitan. <p>NO ES POSIBLE QUE LOS RECURSOS DE ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES ASPIREN AL LOGRO DE DICHOS PRINCIPIOS DE ATENCIÓN, SI EL BORRADOR DE DECRETO NO REGULA LA COMPOSICIÓN ADECUADA DE LOS EQUIPOS TRANSDISCIPLINARIOS QUE ASEGUEN LA PRESTACIÓN DE SERVICIOS DE CALIDAD. Y SI NO ASEGURA LA PRESENCIA OBLIGATORIA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN TODOS LOS RECURSOS QUE PRESTAN ATENCIÓN A PERSONAS MAYORES.</p> <p>Los terapeutas ocupacionales son expertos en el desarrollo de intervenciones que implican el rediseño del estilo de vida o el contrato en la realización de</p>	<p>Vanesa AP</p>
--	--	------------------

ocupaciones significativas -definidas estas por la Asociación Americana de Terapia Ocupacional (2021) como actividades de la vida diaria, actividades instrumentales de la vida diaria, sueño/descanso, ocio y tiempo libre, juego, educación, trabajo y participación social- para prevenir los efectos perjudiciales derivados del proceso de envejecimiento y de otras situaciones que pueden llegar a ocasionar disfunción ocupacional. Los terapeutas ocupacionales son los mejores profesionales para ayudar a las personas mayores a mantener un estilo de vida activo durante la vejez, evitando el sedentarismo, previniendo la dependencia, la inmovilidad, el abandono de sí mismo, el deterioro cognitivo, el bajo estado emocional, apoyando a las personas mayores en la consecución de un proyecto de vida lo más autónomo e independiente posible, desde un punto de vista holístico que contemple todas las esferas y contextos de la vida cotidiana.

Es competencia propia del Terapeuta Ocupacional el mantenimiento de la funcionalidad en las actividades de la vida diaria, así como sus intervenciones apoyan la consecución de una vida satisfactoria durante la vejez y el aumento de la calidad de vida relacionada con la salud. El primer paso del Terapeuta Ocupacional será la realización de una evaluación ocupacional pormenorizada, para identificar las posibles alteraciones en su desempeño ocupacional o vida cotidiana, que guíe el proceso de intervención y junto a la persona mayor ayude a establecer su proyecto vital y los objetivos a seguir.

Para conseguir todo esto el terapeuta ocupacional puede desarrollar algunos de los programas, estrategias y técnicas que se ejemplifican a continuación:

Realización de ocupaciones/actividades significativas: La realización de ocupaciones significativas puede servir para desarrollar las aptitudes adaptativas necesarias para adquirir, mantener o recuperar el rendimiento funcional. Gracias a la utilización de la ocupación la Terapia Ocupacional persigue la restauración Motora, cognoscitiva y psicosocial así como la prevención de los procesos discapacitantes, para ayudar a las personas mayores a mantener y alcanzar la mayor independencia posible en su desempeño ocupacional.

Entrenamiento en actividades de la vida diaria: Es competencia propia del Terapeuta Ocupacional realizar la evaluación, coordinación, entrenamiento y rehabilitación de las AVDs. El terapeuta ocupacional debe ayudar a las personas mayores a compensar los cambios que se producen a lo largo del proceso de envejecimiento en el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Asesoramiento y entrenamiento en productos de apoyo: El terapeuta ocupacional es el mejor profesional para aconsejar a las personas mayores sobre el producto de apoyo adecuado a su problemática, a la vez que proporciona el entrenamiento adecuado para su utilización. Su finalidad será la de mitigar o disminuir aquellas limitaciones en las capacidades funcionales de la persona mayor en la realización de las actividades de la vida diaria, fomentando de este modo la integración y la participación de la persona mayor en la comunidad. Podrá asesorar sobre productos de apoyo para el aseo personal, alimentación, movilidad, vestido etc....

Modificación y adaptación del entorno domiciliario, residencial y del centro: El terapeuta ocupacional es el mejor profesional para ofrecer asesoramiento en cuanto a las modificaciones y adaptaciones del entorno oportunas ante la necesidad de una optimización entre la persona y su entorno de forma que favorezca la utilización de las capacidades funcionales implicadas en el desempeño ocupacional o de las actividades de la vida diaria. Gracias a ello el TO tiene la capacidad de lograr la configuración de entornos positivos, y de aumentar la accesibilidad, la capacidad funcional en las AVD, la seguridad y debe reducir el riesgo de caídas tan frecuente entre el adulto mayor.

Actividades de ocio y tiempo libre tanto dentro del centro como en la comunidad: El terapeuta ocupacional es el mejor profesional para desarrollar y coordinar programas de ocio y tiempo libre a través de la participación en ocupaciones y/o actividades significativas para la persona, todo ello teniendo en cuenta que la realización de estas actividades contribuye a la mejora del bienestar físico, social, psicológico, emocional y espiritual de la persona mayor a la vez que le permite llevar una vida activa.

Programas de entrenamiento funcional y recuperación y mantenimiento de las capacidades cognitivas

Desarrollar en solitario o en combinación con otros profesionales estrategias de: protección articular y conservación de la energía, rehabilitación cognitiva y estimulación sensorial, programas de prevención en caídas y promoción de la actividad física, actividades del manejo del estrés, actividades de educación para la salud.

Estos son solo algunos ejemplos de los objetivos y funciones propios de la Terapia Ocupacional en la atención a personas mayores, pero creo que con esto ejemplifico claramente porque es preciso asegurar la presencia de este perfil profesional en todos los centros de atención a personas mayores. Sobre todo porque los objetivos de esta disciplina son afines a los modelos de atención centrada en la persona y los objetivos concretos que especifica este borrador de decreto que se deben asegurar en los centros de personas mayores. Así pues SIN LA PRESENCIA DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES EN LOS RECURSOS DE MAYORES ES IMPOSIBLE ASEGURAR LO QUE ESTE BORRADOR DE DECRETO CONTEMPLA.

<p>APORTACIONES SERVICIO DE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA DE SANIDAD (18)</p>	<p>Exposición de motivos. 1.En la exposición de motivos del texto donde se establece lo siguiente: (párrafo 12) “En relación con la atención por personal sanitario en las residencias de mayores, dado que la actividad principal en las mismas se orienta a facilitar que la vida de las personas se parezca lo más posible a la que tenían en su entorno habitual, hay que entender que no debe tratárseles como a personas hospitalizadas, ya que las personas mayores que viven en residencias no están más enfermas que las personas de su edad que residen en sus propios domicilios.” Si bien coincidimos en dicha afirmación en términos generales, lo cierto es que la actual crisis sanitaria nos ha demostrado que existe una gran diferencia entre las personas que se encuentran en domicilio y las personas que están institucionalizadas, hacia las cuales la Administración tiene un deber específico de garantizar su protección y cuidado, lo que se ha traducido en numerosas limitaciones de sus derechos individuales impuestas por el hecho de ser residentes de centros, a diferencia de las personas que están en sus domicilios. Efectivamente, las personas residentes en centros de mayores no están más enfermos que las personas que residen en sus propios domicilios, pero sí son más frágiles, más dependientes y con ello su grado de discapacidad y su necesidad de cuidados especializados es mayor. En este sentido vemos que las personas que se encuentran actualmente en residencias de mayores son mayoritariamente personas dependientes, con un perfil de alta fragilidad, deterioro cognitivo y por lo tanto necesitados de cuidados complejos. Nadie acude a una residencia si no tiene graves problemas de salud, de dependencia o de discapacidad y no podemos obviar esa realidad. Ello unido a los cambios ocurridos en la sociedad en las últimas décadas (con la nuclearización de la familia y la incorporación de la mujer al mercado de trabajo) ha propiciado un incremento progresivo de personas que ingresan en centros residenciales de mayores. De hecho de 2004 a 2020 ha existido un incremento exponencial de camas residenciales[1]. Igualmente llama la atención que las bases jurídicas y documentales que se señalan en la exposición de motivos de este borrador de decreto no tienen en cuenta los documentos de recomendaciones que desde el Ministerio de Sanidad y Servicios Sociales se han emitido al largo de toda la crisis sanitaria, así como los pronunciamientos de los colectivos (CERMI, OMIS, FADSP ...)o los informes del Defensor del Pueblo en su separata “Atención a personas mayores. Centros residenciales”, o por ejemplo, el “Plan de inspección de oficio de Atención Sociosanitaria de la AEPD, 2020”, ya que las referencias efectuadas en el borrador de decreto son anteriores al 2010. Objeto y ámbito de aplicación Resulta contradictorio el contenido del objeto con el del ámbito de aplicación, pues, si bien el objeto se refiere a “regular las condiciones básicas materiales, organizativas, de personal y funcionales, con que deben contar los centros de servicios sociales de atención especializada destinados a la atención de las personas mayores en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha, incardinados en el sistema público de Servicios Sociales y Atención a la Dependencia de Castilla-La Mancha”, el ámbito de aplicación establece: “El presente decreto será de aplicación a todos los centros de servicios sociales de atención especializada destinados a las personas mayores, ya sean de titularidad pública o privada, ubicados en la Comunidad Autónoma de Castilla- La Mancha”. Se entiende que se debe exigir lo mismo para centros de naturaleza pública como privada, tenga o no vinculación con la JCCM. Así, la fórmula recogida en la Orden de 21 de mayo de 2001, parecía más clara. Artículo 4. Definiciones Se establece que persona mayor es aquella mayor de 65 años, cuando el Estatuto Básico de los centros de mayores de la comunidad autónoma de CLM establece que es a partir de los 60, en incluso 50 para algunos casos concretos definidos, por lo que se contradicen ambas normas sin que exista una derogación expresa de la Orden de 29 de diciembre de 1997, aunque sí una derogación genérica. Sería aconsejable que se volviera a considerar al colectivo de 60 a 65 con carácter general, por la incidencia de casos que existen. Igualmente se establece que para algunas previsiones de este decreto se podrá considerar persona mayor a quien haya cumplido 60 años de edad, pero no se concreta para qué previsiones, lo que genera indeterminación jurídica. Personal de las residencias. En relación al personal de las residencias, lo recogido en el decreto se resume en el siguiente esquema: a) Personal técnico. Director + médico, enfermería, fisioterapia, nutrición y dietética, terapia ocupacional, educación social, psicología o trabajo social. b) Personal de atención directa. Auxiliar/gerocultor o gerocultora c) Otro personal. Personal de administración, cocina, limpieza, lavandería, mantenimiento y recepción. Ratios propuestas: Ratio global de personal: 0,47/ residente - 9/20 residentes Ratio personal técnico: 0,05/residente - 1/20 residentes Ratio personal atención directa diurna: 1/5 residentes Ratio personal atención directa nocturna: 1/45 residentes + 1 localizable Director: 1/45 residentes Médico: Las residencias de tamaño medio y las grandes residencias deberán contar con un servicio médico complementario al Sistema Público de Salud que garantice la atención suficiente y continuada: 5 horas semanales/45 residentes y 10 horas semanales/95 residentes Enfermera: 1/80 residentes Alegaciones: a)Según lo establecido en el informe del Defensor del Pueblo de 2019 “Se requiere una profunda revisión al alza de los ratios de personal de atención directa para mejorar la calidad asistencial, pues se han quedado manifiestamente desfasadas”.</p>	<p>mariam</p>		
---	--	---------------	--	--

Tal y como se ha constatado, los usuarios con dependencia son más y requieren una atención correcta y plenamente respetuosa con sus derechos. Se debe profundizar en el conocimiento de las necesidades de los centros de mayores que atienden a personas con grados de dependencia II y III, para así fijar unos requisitos y estándares adecuados en materia de recursos humanos que establezcan las ratios, tanto en cómputo global como específico, por categorías profesionales, distinguiendo gerocultores y otras categorías. (informe Defensor del Pueblo 2019). Igualmente, no se puede olvidar que este decreto viene a responder a necesidades de los próximos años, y, en este sentido:

El número de personas mayores de 80 años (cuarta edad) se incrementará desde ya de manera exponencial, y con ello el número de personas dependientes y con discapacidad.

El número de personas mayores 60 años (tercera edad), con la transformación del “baby boom” en “oldie boom” desde 2020, crecerá abrumadoramente, y con ello el número de personas en situación de soledad, fragilidad y pre-fragilidad, con dramáticas consecuencias sanitarias y sociales.

El crecimiento vegetativo de este país es negativo (en 2020 en los mismos niveles que 1941).

Igualmente, es importante tener en cuenta que para el establecimiento de ratios habría que disponer del número de población real (habitantes más residentes de los diferentes centros sociosanitarios públicos y privados) de una población a la que tiene que asistir un profesional de una misma zona básica de salud (ZBS), y no sólo el número de personas usuarias de un centro de mayores en concreto.

Según el Sistema de Información de Atención Primaria (SIAP), Castilla-La Mancha, está por debajo en la ratio de los 1500 habitantes por profesional, siendo la ratio regional de 1 médico/a cada 1.354 habitantes y de 1 enfermera/o por cada 1.466 habitantes. Pero no es una visión real de las personas a las que tienen que asistir unos mismos profesionales sanitarios puesto que no se tiene en cuenta la población real a la que se atiende, que en ocasiones, es muy superior. Comprobamos así que el problema no es solo del ámbito social, sino que lo es también del ámbito sanitario, cuyas datos deberían actualizarse, para, a juicio de este servicio, llevar a cabo una a una revisión al alza de las ratios.

Centrándonos en el presente texto, las ratios propuestas son prácticamente las mismas que las establecidas en la Orden de 21 de mayo de 2001: Sólo se modifica la ratio de gerocultores han aumentado de 1 cada 5 residentes que se piden ahora (desapareciendo la distinción entre dependientes y no dependientes) a 1 de cada 6 dependientes- que establecía la Orden de 21 de mayo de 2001. (1/15 si no eran dependientes).

b) En relación al personal técnico se establece: “En las residencias se considerará como ratio mínima para el personal técnico, en el día concreto de cálculo, el número de contratos de personas trabajadoras en cómputo de jornadas completas, que resulte de multiplicar la ocupación de personas usuarias del centro por el factor 0,050 (esto es 1 técnico por cada 20 personas usuarias), teniendo en cuenta solo los contratos vigentes de las personas trabajadoras en situación de alta laboral.”

Esta forma de contabilización tendría que tener en cuenta los que se encuentran efectivamente trabajando, es decir, tener en cuenta los turnos de trabajos, los descansos y vacaciones.

Igualmente se echa en falta las figuras de apoyo psicológico tan necesario para los mayores y/o sus familias. Tampoco hay incremento de horas de fisioterapia, ni de terapia ocupacional tan necesarias para mantener activos a mayores tan dependientes.

Entendemos que nos puede hablarse en general de personal técnico, sino de las distintas especialidades en concreto, para poder establecer un escenario claro en la atención.

b) En relación al personal médico, tal y como se ha dicho, hay que procurar buscar mayor apoyo en atención primaria puesto que el médico contratado de una residencia en ocasiones no puede recetar, pedir ambulancias, por lo que está muy limitada su funcionalidad.

c) En relación al personal de enfermería, consideramos que habría que equiparar las condiciones de la contratadas por el SESCAM y las mismas condiciones laborales. Ejemplo, misma baremación de tiempo trabajado en el Servicio Público que en el sector privado a efectos de bolsa de trabajo, oposiciones, etc., en caso contrario desaparece la oferta y hay una huida de personal de enfermería a los hospitales[2].

Sería adecuado establecer para las grandes residencias, al menos, que se debe prestar el servicio de enfermería las 24 horas y fines de semana

d) Respecto al auxiliar, habría igualmente que establecer la ratio por turno. En no pocas ocasiones el número de personal establecido para las noches es insuficiente (se debe realizar un gran número de cambios de pañal, cambios posturales, etc.).

e) Director de los centros de día. Se establece que “a) La persona que ejerce la dirección podrá prestar servicio a media jornada o compatibilizar con otra actividad profesional en el centro el resto de la jornada. En los casos en que la dirección se ejerza a media jornada, la otra media podrá ser desempeñada por otra profesión técnica, a elección del centro según las características de las personas usuarias.”

Aquí se debería hacer una distinción según la capacidad de usuarios de los centros de día, ya que no es lo mismo uno con 20 usuarios que otro con 150, por lo que, está media jornada de director, sería más adecuada para centros de día de menos de 60 usuarios.

f) Con carácter general, en relación al personal de las residencias se debería fomentar e impulsar planes de formación profesional específica para el desempeño de los puestos de trabajo que tienen encomendados.

5-Emplazamiento de los centros de mayores. Estimamos que debería estudiarse la posibilidad de limitar o condicionar la apertura de centros de mayores en función de las necesidades de la región, al igual que hacen otras CCAA. Esto es así porque, por ejemplo, proliferan numerosas residencias en localidades limítrofes a Madrid y escasean en otros puntos de la región, lo que satura los centros sanitarios de esas zonas y genera mucha demanda por la escasez de recursos asistenciales. Esto podría plantearse en relación a los conciertos sociales que se suscriban con entidades privadas que pretendan construir un centro de mayores con plazas concertadas.

6-En relación a las condiciones arquitectónicas e interior de las edificaciones, sería recomendable considerar el Plan de respuesta temprana del SESCAM para centros residenciales que establecía la necesidad de sectorización por zonas[3]. De modo que las nuevas construcciones estén preparadas para poder sectorizar ante un nuevo escenario de pandemia, tal y como establece el propio artículo 17 del texto.

7-Después de lo vivido en la pandemia, la existencia de la conexión a internet de los centros debería ser obligatoria, así como contar con dispositivos (Tablet u ordenadores) para los residentes. Esto facilitaría la comunicación con la familia, consultas médicas menores sin desplazamientos, tutoriales, talleres online... Si no fuera así no tendría sentido la zona establecida para nuevas tecnologías de la información establecida en el propio texto (art.15.1)

Igualmente, como equipamiento básico de las habitaciones debería haber televisores. Las personas mayores permanecen aisladas en su dormitorio mucho tiempo y es fundamental que no exista desigualdad en esta cuestión.

8-Se echa en falta igualmente el planteamiento de nuevos modelos de convivencia en grupos pequeños que se llevan a cabo en algunas residencias nuevas (aunque se hable de un centro grande y tenga muchas plazas) ya que estos modelos mejoran mucho la calidad de vida en las residencias.

No hay tampoco ninguna referencia a la necesaria integración de la familia en la vida del centro, así como de las asociaciones de enfermedades crónicas o de mayores, que merecen un espacio dentro de los centros, por la gran labor que llevan a cabo.

9-Artículo 29.6 Derechos de las personas usuarios. "Excepcionalidad respecto de la no aplicación de alguno de estos derechos, únicamente en aquellos supuestos de personas que presenten trastornos psíquicos y/o se encuentren incapacitadas judicialmente". Según la nueva Ley 8/2021 de 2 de junio ya no existe la figura de la incapacitación judicial. Habría que modificar este apartado para adaptarlo

En resumen: el refuerzo de la prevención debe venir de la mano de una Atención Primaria fuerte y consistente, así como de un sistema social solidario e inclusivo. El informe global del Observatorio de Modelos Integrados en Salud (OMIS) del 2016, concluye que "necesita un giro muy importante, pasando de la atención centrada en el paciente a la atención centrada en la persona; dando especial relevancia a su entorno diario y a su vida familiar en comunidad; capacitando a familias y cuidadores para que puedan hacerlo con seguridad y satisfacción a través de los programas de comunidades compasivas; reorientando los servicios sanitarios y sociales para que trabajen juntos al servicio de cuidadores y pacientes como una única oferta de cuidados integrados, mucho más conscientes de lo que la persona en sí solicita y con un mejor uso de los recursos disponibles."

Igualmente con ocasión de la pandemia, la Federación de Asociaciones de Defensa de la Sanidad Pública (FADSP) compuestas por profesionales relacionados con la sanidad (médicos, enfermeras, auxiliares, administrativos, psicólogos, trabajadores sociales, gestores, economistas, etc.), elaboraron un documento de recomendaciones entre las cuales encontramos que para potenciar una mejor coordinación entre los servicios sanitarios y sociales hay que establecer alianzas firmes entre la atención primaria sanitaria y los centros residenciales para garantizar una mejor atención y calidad de vida de los mayores más vulnerables[4].

En Toledo a 19 de julio de 2021

[1] Fuente: estudio efectuado por el servicio de geriatría de Toledo (2021).

[2] <https://www.diariomedico.com/enfermeria/geriatrica/profesion/cecova-alerta-por-la-huida-de-enfermeras-de-las-residencias-hospitales-y-centros-de-salud.html>

[3] Sectorización de la residencia o centro sociosanitario en tres zonas: Zona verde: En la que estarán los residentes libres de covid 19, tanto los que han pasado la enfermedad (IgG +), como los que nunca la pasaron; Zona Roja: Estarán los nuevos positivos (sintomáticos y asintomáticos). Esta zona debe ser un módulo totalmente independiente del resto del edificio, con circuitos de entradas y salidas específicos; Zona Amarilla: Para residentes negativos en cuarentena (retornos de hospital negativos hospitalización, urgencias, consultas, pruebas...), residentes que entran y salen del centro, errantes.

[4] <http://www.fadsp.org/documents/2020/Recomendaciones%20para%20una%20sanidad%20Publica,%20Universal%20y%20de%20Calidad.pdf>

Una vez examinado el borrador del Decreto por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha, esta Delegación Provincial emite el presente informe indicando que apartados o artículos consideramos que deben incluir, o bien aclarar, determinados aspectos, considerando que:

1. Artículo 3.b. Viviendas y apartamentos.

Cuando establece que "... La permanencia en dichos recursos estará supeditada a que los mismos reúnan condiciones para garantizar la seguridad y la atención adecuadas, independientemente del grado de dependencia que tenga reconocido en cada momento la persona mayor." Creemos que este concepto es interpretable, y como tal, puede dar lugar a situaciones injustas, ya que distintas personas mayores con las mismas patologías o enfermedades, según en la vivienda en la que se encuentren podrán seguir o no en el centro, dependiendo de la voluntad de los/as trabajadores/as, quizás sin tener en cuenta sus necesidades reales. Además, hay que indicar que parece elevado el número de 15 plazas en viviendas de mayores, aunque sea una autorización de forma excepcional. Tenemos que ser conscientes de las instalaciones con las que cuentan estos centros, por lo que consideramos más ajustado un número máximo de 8 plazas, para que la convivencia de los usuarios sea similar a la de una vivienda al uso. En otro caso, se trataría más de una miniresidencia, pero sin los servicios de residencia.

2. Artículo 4.g. Definiciones.

Describe "Plazas autorizadas: las que determinan el número máximo de personas usuarias que pueden ocupar plaza en el Centro, según consta en el registro administrativo correspondiente."

En este apartado, creemos más acertado definir el concepto como "aforo máximo con presencia física en el centro", ya que hay centros como los centros de día, que hay registrados más usuarios que plazas autorizadas, ya que no todos los usuarios están el número total de horas del centro, por lo que pueden estar más usuarios registrados, pero nunca exceder el aforo máximo autorizado del centro.

3. Artículo 8.6. Aseos generales.

Se establece que "todos los centros estarán dotados como mínimo de un aseo accesible de uso general, diferenciado por sexos, que se irá incrementando hasta el número que les corresponda según la normativa vigente sobre accesibilidad." En este caso, esto obligaría a tener un aseo accesible de uso general diferenciado por sexo en las viviendas y apartamentos.

4. Artículo 14. 1.9. Habitaciones.

Se indica que "todos los dormitorios dispondrán de un cuarto de baño, con una superficie mínima de 4 m²" ... La dotación mínima consistirá en: ..."

Esto significa que se eliminan las habitaciones dobles de uso individual.

Consideramos más adecuado indicar que el baño debe ser accesible, aunque se pongan las características que debe cumplir.

5. Artículo 14. 4. Servicios de uso común.

Establece que "existirán, al menos, aseos accesibles diferenciados por sexos por planta. También existirá un aseo para uso exclusivo del personal. Cada aseo dispondrá como mínimo de lavabo e inodoro."

Creemos más adecuado que el número se establezca por ratio de usuarios, ya que pueden construirse grandes residencias en una o dos plantas, y pueden resultar insuficientes para el total de residentes.

6. Artículo 14.5. Baños geriátricos.

El borrador dice que "todas las residencias dispondrán, al menos, de un baño geriátrico por planta, con una superficie mínima de 12 m²."

Creemos más acertada la regulación actual, estableciendo el número mínimo de baños geriátricos por el tipo de residencia (mini, media o grandes residencias).

7. Artículo 14.6. Almacenes y cuartos de sicio.

Se establece que "en las residencias de tamaño medio y grande, estos espacios se referirán a estancias independientes con unas dimensiones en conjunto totales mínimas de 0,5 m²/ persona usuaria".

Sería aconsejable que también se determine una ratio por persona para miniresidencias, aunque fuera inferior a la de 0,5 m²/ persona usuaria.

8. Artículo 15.2. Peluquería y podología.

Dice que "cada residencia dispondrá de una estancia, que puede ser compartida, para estas actividades."

Este precepto incumple la normativa actual de la Consejería de Sanidad. La estancia de podología no puede ser compartida.

9. Artículo 15.3. Cocina.

Indica la necesidad de un "vestuario de uso exclusivo para manipuladores de alimentos, para uso del personal de la cocina."

Creemos adecuado que se regule si debe ser accesible, diferenciado por sexo, etc.

10. Artículo 15.5. Farmacia.

En este apartado consideramos conveniente establecer una dimensión mínima según tipo de residencia.

11. Artículo 16.1.d. Despacho médico y de enfermería.

En este apartado consideramos conveniente establecer una dimensión mínima según tipo de residencia.

12. Artículo 16.1.e. Zona de enfermería.

Consideramos necesario que en esta zona se cuente con oxígeno, ya que en la realidad nos encontramos que las personas que son derivadas a la zona de enfermería, en su mayoría, precisan el uso de oxígeno.

13. Artículo 20. Condiciones materiales y arquitectónicas.

En este artículo, consideramos necesario determinar el número máximo de habitaciones dobles en viviendas. Así como incluir que el baño sea accesible.

14. Artículo 42.2.c. Personal diplomado o graduado universitario en enfermería.

Sería adecuado establecer para las grandes residencias, al menos, que se debe prestar el servicio de enfermería las 24 horas y fines de semana.

15. Artículo 42.3.a. Auxiliar/gerocultor o gerocultora.

	<p>Es necesario para garantizar la calidad del servicio, establecer la ratio de este tipo de personal por turno. Asimismo, el número de personal establecido para las noches lo consideramos insuficiente (se debe realizar un gran número de cambios de pañal, cambios posturales, etc.)</p> <p>16. Artículo 44.a. Director de los centros de día. Se establece que “a) La persona que ejerce la dirección podrá prestar servicio a media jornada o compatibilizar con otra actividad profesional en el centro el resto de la jornada. En los casos en que la dirección se ejerza a media jornada, la otra media podrá ser desempeñada por otra profesión técnica, a elección del centro según las características de las personas usuarias.”</p> <p>Creemos que aquí se debería hacer una distinción según la capacidad de usuarios de los centros de día, ya que no es lo mismo uno con 20 usuarios que otro con 150, por lo que, está media jornada de director, lo consideramos adecuado para centros de día de menos de 60 usuarios.</p> <p>17. Artículo 54. Programa de servicios y actividades de la residencia. Se indica que “1.º Establecimiento de las dietas y su revisión preferiblemente por nutricionista (que podría ser para varios centros) o por el médico del centro.” Creemos adecuado que sea elaborado por nutricionista, ya que la realidad nos demuestra que, los médicos de los centros, en muchos casos, firman los menús preparados por cocina, sin valorarlos.</p> <p>18. Por último, consideramos que los profesionales de fisioterapia, trabajo social, psicología y terapia ocupacional realizan una labor muy importante en el día a día de los centros, no solo en la elaboración de los planes individuales de atención, sino también en los tratamientos que realizan, en la intervención y comunicación con familias, ..., por lo que aconsejamos su inclusión como personal necesario, de forma obligatoria, dentro de las residencias y centros de día, determinando el número de horas presenciales en función del número de plazas.</p> <p>Esperamos que estas consideraciones realizadas al borrador del Decreto por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha, sean estudiadas y en su caso, tenidas en cuenta en la redacción del nuevo decreto. Albacete, a 06 de julio de 2021</p>			
CENTROS DE MAYORES (20)	<p>Después de leer el Decreto, creo importante e imprescindible definir el personal mínimo de los Centros de mayores, donde se debería incluir la figura del educador social, dado que se trata de proyectos educativos con un carácter claramente social. Establecer unos mínimos de personal es una cuestión urgente, ya que en la actualidad se cubre con otras figuras profesionales, que al final deben desempeñar funciones propias del Educador social.</p>	M.Ángeles		

<p>Ratios de técnicos y la figura del trabajador social (21)</p>	<p>Tras repasar livianamente el proyecto de decreto echo de menos los ratios de profesionales técnicos: fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, trabajadores sociales, etc. en los diferentes recursos.</p> <p>No aparece como profesional imprescindible la figura del trabajador social y su trabajo con la familia, usuarios y comunidad. Se difumina su rol dejando su funciones a la "buena voluntad" del protocolo.</p> <p>No aparece la figura del acompañante en el transporte adaptado en los centros de día, por lo que dan a entender que no es necesario.</p> <p>Tampoco aparece la idiosincracia de los servicios públicos municipales con sus características propias. Han trabajado y trabajan con criterios más allá de lo económico.</p>	<p>luisnavgar@hotmail.com</p>		
<p>Me parece oportuno que por... (22)</p>	<p>Me parece oportuno que por fin se abra la posibilidad de prestar servicios de apoyo a la comunidad desde los centros actualmente funcionando. La comida a domicilio, lavado de ropa, fisio, podólogo y servicios de promoción de la autonomía personal desarrollados desde los propios centros que disponen de dichos recursos y pueden integrar a personas necesitadas de dichos servicios. Siempre que no merme las prestaciones propias que deben realizarse en cada centro para los usuarios que atiende. Si deberíamos por ello canalizar esa cobertura y ponderarla o limitarla en función de los espacios disponibles en los centros y el número de casos que pueden precisar de dicha atención, así como de los aforos permitidos.</p> <p>Si lo sociosanitario funciona algún día posiblemente se plantee los ahorros que suponen evitar largos desplazamientos para prestar ciertos tratamientos rehabilitadores que están al alcance en centros de la misma población (fundamentalmente en zonas rurales apartadas de centros hospitalarios). Pero sería competencia de sanidad reforzar esos profesionales en centros sociales como posible alternativa. Pero hoy por hoy esto es ciencia ficción. Aunque aprovechando el momento ahí lo dejo.</p> <p>La posibilidad de compartir recursos profesionales entre distintos centros o servicios es una buena alternativa, siempre que se cumplan los ratios o necesidades asistenciales de cada uno, sin merma para nadie.</p> <p>La engorrosa descripción de las alturas de los centros residenciales, posiblemente motivadas por normativas específicas de edificabilidad, es una verdadera complicación para el desarrollo de centros nuevos, que deben tener estancias a 3,20 metros (si son estancias de más de 70 m²), pero un valor medio de 2,80, y un 20% del espacio pueden ser de 2,20, y siempre más de 2,50. Un poco complicado, pudiendo utilizar un valor concreto y unificado. El que sea; pero uno solo, lo que facilita los proyectos de construcción de nuevas edificaciones. Porque las edificaciones ya existentes es evidente que no pueden adaptarse a esas condiciones arquitectónicas, aunque la disposición transitoria primera indica que no será obligado cumplirlo.</p> <p>Respecto a las plazas individuales para los centros nuevos obligadas a disponer de esta tipología en un 50% de la capacidad del centro, deja obsoletos a todos los centros en gran medida que actualmente prestan sus servicios. Es imposible viabilizar y hacer compatibles las cuentas de resultados de los operadores privados (de todos) con modificaciones de este tipo. Y para los públicos pasa lo mismo, pero como el que paga no lleva la cartera encima y tira de pólvora ajena, podrá afrontarlo si se empeña el gobierno de turno. Sería un coste elevadísimo y que al final pagamos todos con nuestros impuestos. Doy por hecho que se trata de medidas para nuevos centros. Sin embargo hay otra medida en las habitaciones que si es preocupante, pasamos de 10 m² en individuales a 14 m². Es como si cada vez que legislamos la población engordara, y se necesitara un espacio mayor para cuidarlo. No discuto que cuanto más espacio, mejor movilidad; pero me parece exagerado. Y esto que afecta a los nuevos o a los que hagan reformas de ampliación (y solo en la parte ampliada) supone incremento de costes de construcción, aumento de gastos de mantenimiento, limpieza, calefacción o refrigeración. En el caso de habitaciones dobles estamos en lo mismo ya que pasamos de 16 a 18m². A eso se une el tamaño de las puertas que también se amplía en consonancia.</p> <p>Observo también la reiterada obsesión de los baños geriátricos como herramienta dudosa en centros que disponen de baños adaptados y amplios que pueden permitir un baño por inmersión en determinadas condiciones. No obstante es una alternativa para aquellos que prefieran este tipo de higiene, y que exista por ello esta posibilidad de autodeterminación, de la tan traída últimamente atención centrada en la persona, de la que no tengo nada que objetar; salvo el ridículo precio que sigue vigente con los operadores privados de todo tipo para afrontar estos nuevos retos asistenciales, con los que estoy por otra parte, totalmente de acuerdo. Con el tema de vestuarios para personal de cocina exclusivamente, y aseos propios; aprecio por comentarios de algunas personas que encima se pide que sean diferenciados por sexos (doy por hecho que debe ser accesibles, eso no lo cuestiono), me parece exagerado. Pase lo del baño, pero la diferenciación y el vestuario ... como sígamos así necesitamos un espacio para la cocina desproporcionado y que bien se podía invertir en espacios para los mayores.</p> <p>La sala de velatorio queda exenta si hay tanatorio en la localidad exclusivamente. La realidad es que las funerarias disponen de un servicio rápido y eficaz que a mi entender hace innecesario este espacio. Y se debe dejar más a criterio voluntario y opcional del centro y gestor que una exigencia normativa. Como mucho se puede exigir si por ejemplo no hay servicios funerarios en más de 40 km a la redonda, y esa distancia podría ser incluso ampliable. O supeditarlo a un compromiso de atención en un período de tiempo razonable por la funeraria (menos de 3 horas o 4; en fin una temporalización del servicio).</p> <p>Respecto al artículo 16 estamos en la misma. Queremos que seamos centros sociosanitarios (que no hospitalarios en ningún momento) o tenemos que medicalizarnos? La atención puntual y de aislamiento no requiere de un espacio específico, y en cualquier caso si se requiere debe ser mucho más limitado. Las unidades de enfermería en esta pandemia no han servido para nada, y mayor necesidad de aislamiento y atención que hemos sufrido y tenido en estos meses es difícil que pueda llegar a repetirse. Han demostrado que son estructuras obsoletas. Porque esas habitaciones no cuentan con un ventanal y un personal permanente y fijo pendiente de lo que le sucede al sujeto sometido a observación o aislamiento (eso sucede en las películas americanas; que ni siquiera en los hospitales españoles, que para eso cuentan con monitorización permanente de constantes que avisan de alteraciones; o disponen de UCIS). Se trata de un espacio al que le damos utilidad porque no nos queda otro remedio ya que se nos obliga a tenerlo. Debemos plantearnos si realmente se necesitan tantas habitaciones para que? Es misma prestación se le puede dar en su habitación y si es necesario se le pone en habitación individual para atenderle (o solo en una doble). Recibirá la misma atención, seguimiento y visitas programadas que requiera estando en un lugar o en otro. Y además se permite que ocupen dos personas esas habitaciones de enfermería lo que la diferencia poco de una habitación al uso. Además aprecio pareceres (muy respetables) indicando la necesidad de que tengan oxígeno. Cualquier necesidad terapéutica de oxígeno se puede prestar en sus habitaciones con generadores eléctricos o balas de oxígeno personales según la necesidad asistencial. No somos hospitales y por la corriente fabulosa de atención centrada en la persona, no debemos parecerlo en la medida de lo posible.</p> <p>La dotación exigible de plantilla médica y de enfermería debiera ponerla el sistema público de salud, no los operadores. Pero como tenemos un sistema público que</p>	<p>GERENCIA</p>		<p>GRUPO DESARROLLO EN DEPENDENCIA</p>

requiere una reconversión profunda y estructural, nos encontramos con centros de salud sin dotación para poder desarrollar esa atención especializada. Y contamos con médicos que no pueden recetar, no acceden a las historias clínicas de sus pacientes, no pueden derivar, ni prescribir pruebas complementarias. Que me digan la eficacia administrativa del servicio, que finalmente debe pasar por el centro de salud. Y no me cabe duda que a pesar de todo, el beneficiado con este poco efectivo servicio es al 100% el residente o usuario porque cuenta con un médico que le conoce, le sigue, le escucha y le atiende de una forma continuada.

Con respecto a los ratios indicados en la norma prevista, personalmente me dan igual. Todo es relativo y hablar de ratios sin especificar o contemplar los costes y dotaciones presupuestarias que podrán desarrollarlos, es algo vacío y hueco. Si se ponen estos ratios, que superan los anteriormente existentes y se baja el precio de la concertación, tendremos una norma imposible de cumplir. Si me piden el doble de ratios y no se paga por ello será una norma imposible de cumplir. Da la sensación de que se genera la norma por una previsión predeterminada de costes asumibles por la administración. Que por otra parte me parece razonable. Pero no se suelta prenda (no es el documento sobre el que deba incidir este asunto), ni hay nada negociado con el sector para que todo vaya en consonancia. O esa información no ha trascendido.

Observo que las aportaciones son muy dispares según las haga un trabajador público, una administración o un ente privado; y nos guste o no estamos todos en el mismo barco, y no somos competencia, somos complementarios. Si el sector privado pudiera pagar los salarios del sector público, porque los precios de concertación lo permitieran estoy seguro de que se mejoraría salarialmente a la gente que trabaja en el sector privado (y que vaya por delante cobra salarios miserables por un trabajo durísimo físico y mental, consecuencia de los irrisorios precios que se paga desde la administración). Para los que tenemos una visión dilatada y de muchos años en el sector solo comento que una plaza concertada actual se paga igual que las que pagaba el IMSERSO en el año 1.996, cuando se transfirieron las competencias a Castilla la Mancha. A que no parece razonable ? Y hablamos de modelos fantásticos asistenciales que nos haga apetecible envejecer en nuestros centros o recursos, con tarifas del año 1.996 (han pasado 25 años y estamos en la casilla de salida). Mantener un coche en un aparcamiento público todo el mes a 25 € diarios es lo que se paga por una plaza de centro de día, o SED; parece razonable ? Pero la comparación es muy gráfica.

Estoy con muchos de los que han opinado en que los profesionales deben regularse. De que son necesarios los fisios, los terapeutas ocupacionales, los trabajadores sociales en según qué volúmenes de plazas. Queda el asunto demasiado abierto y aún así hay antecedentes en otras comunidades que regulan de esta manera y no hay en la práctica pérdida de profesionales por este motivo. La ventaja que le veo es la dificultad actual en disponer de ciertos perfiles profesionales, sobre todo en zonas rurales, que hacen muy complicada la cobertura de ciertos puestos. Antes que no tener nada, es preferible duplicar aunque sea momentáneamente o temporalmente ciertos perfiles. En definitiva eso mejora la atención en caso de dificultades de contratación. Veo que se percibe como algo lesivo para las categorías profesionales afectadas. Pero resulta que por los procedimientos de acreditación de calidad los centros y servicios estamos obligados a desarrollar ciertas parcelas asistenciales que forzosamente deben desarrollarse por esos perfiles profesionales y no por otros. Vamos que dudo mucho que los centros prescindan de profesionales por criterios económicos, cuando tienen que cumplir un ratio y la retribución es muy similar.

Lo que me parece inadecuado es que se le den competencias a las auxiliares de referencia y se las considere con el "ENLACE Y REFERENCIA PARA LAS FAMILIAS".

Creo con todos mis respetos a sus competencias profesionales y valía, que no es el perfil profesional más capacitado en general para transmitir ese tipo de información global, de forma correcta y adecuada. Supone además una distorsión de sus cometidos de trabajo y de su planificación cotidiana. Ya que sus tareas están ensambladas en un procedimiento muy estructurado y al que van ligados otros aspectos asistenciales o de trabajo de otras categorías, como limpiadoras, lavandería, horarios de comidas,... Además funcionan a turnos y no siempre podrán coincidir para desarrollar esa tarea con las familias. No me parece acertada la norma en ese aspecto.

Por último la disposición transitoria primera exime a los centros existentes de casi todo, pero mantiene las unidades de enfermería y da un plazo de 18 meses. No voy a profundizar más sobre lo que opino de estas unidades y por tanto entiendo que la exigencia para los centros ya en funcionamiento o con solicitud hecha es absurda y no debe aparecer en el texto. Ni siquiera para los centros nuevos lo redactaría en los términos que aparecen en la del 2001 que marcaba un 3% de plazas de enfermería. Me sigue pareciendo un espacio desperdiciado y poco utilizable. Pero veo que para gustos,...colores. Someter a los centros actuales a modificaciones para poder llegar a esos espacios si no cuentan con ellos en estos momentos, es un derroche. Y no veo la situación para que derrochemos ninguno de los agentes implicados.

El borrador da para mucho más, espero que resulten útiles las apreciaciones, y se agradece la posibilidad de aportar diversos puntos de vista.

Alegaciones
respecto a el
perfil de
Trabajador/a
Social (23)

La profesión de Trabajador/a Social está vinculada inexorablemente a la prestación de Servicios sociales tanto de atención primaria como de atención especializada, considerándose el profesional de referencia en la atención social.

La Ley 14/2010 de 16 de diciembre de Servicios sociales de Castilla La Mancha sigue esta línea de refuerzo de esta atención.

Mis consideraciones en cuanto al perfil profesional de Trabajo social expongo:

Debe reflejarse en el decreto la obligación de contar con el perfil de profesionales de trabajo social con la función de prestar atención social a las personas usuarias de los Servicios Sociales especializados para mayores, y servir como nexo con las familias y los recursos sociales del entorno. Asegurando la prestación del servicio básico de atención social recogido en el estatuto básico de los Centros de Mayores, así como en el artículo 19 y 37.2 de la Ley 14/2010 de Servicios Sociales de Castilla La Mancha. Debiendo de exigir como mínimo la figura del TRABAJADOR/A SOCIAL especializado/a en mayores en Residencias, Centros de Día y Centros de Mayores

Se solicita que se incluya que la titulación universitaria de trabajo social tendrá carácter prioritario para estas funciones, ya que el currículo formativo de trabajo social ya incluye formación específica para el desempeño de estas funciones, que otras titulaciones universitarias no recogen, y que hasta el momento se había reflejado así ese puesto en la RPT.

Así mismo, se valorará la figura de trabajo social que haya desempeñado funciones en centros de atención a personas mayores como prioritaria para acceso a los puestos de Dirección

La figura de auxiliar de referencia recogida en el artículo 41.3.b, recoge funciones directamente propias de la categoría de Trabajo Social, pudiendo denunciar esta figura como intrusismo profesional, recogido en el artículo 403 del código penal tipificado como “la conducta del que ejerce actos propios de una profesión sin poseer el correspondiente título académico expedido o reconocido en España de acuerdo con la legislación vigente. “siendo las funciones reflejadas las propias ejercidas por el/la trabajadora social de referencia, y obviando esta figura en el personal de atención directa o especializada, y no apareciendo como funciones de auxiliar recogidas en consultando el REAL DECRETO 546/1995. de 7 de abril. por el que se. establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas, en su artículo 2.1 recoge el perfil profesional, competencias y funciones, no viniendo recogida ninguna de las anteriores

En el artículo 49, recoge la excepcionalidad de acceder a estos recursos avalado por un informe técnico. Se exige el cambio de esta terminología y adaptación a la normativa vigente, debiendo ser valoradas las situaciones sociales y las urgencias sociales según recoge el artículo 21 de la ley 14/2010, el artículo 9.1 del decreto 186/2010 y el código deontológico de Trabajo Social por el instrumento de INFORME SOCIAL, exclusivo de la figura profesional de trabajo social

Igualmente, se vuelve a realizar intrusismo profesional en el artículo 53.b, referente a los documentos de carácter social y sanitario que deben contener todos los expedientes de personas usuarias, y que cita dicho artículo que, para la correcta elaboración del Plan Individual de Atención Personalizado, todos los profesionales que tenga el centro mantendrán actualizado el expediente.

Se vuelve a reiterar la necesidad de exigir presencia física como condición básica de todos los perfiles profesionales, porque de no existir la figura profesional de trabajo social, SERÍA INTRUSISMO que otro profesional actualizara datos sociales.

Así mismo, se solicita que se incluya el artículo 9.2.d de la Orden de 21/05/2001 que especifica que datos de carácter social y sanitario deben de aparecer, recalando la obligatoriedad de que contengan INFORMES SOCIALES.

Lua

Alegaciones
generales al
Decreto (24)

El decreto en general es un paso atrás en la organización de los Servicios Especializados de atención a las personas mayores. No es adecuado a nivel de contenidos ni a nivel estructural. Cada servicio es diferente y tiene que recoger específica y claramente todo el contenido que le afecte de una forma lineal.

Este decreto tiene que recoger condiciones mínimas exigibles en todos los Centros de Servicios Sociales de atención a personas mayores, y las condiciones que modifique de la normativa que va a derogar, no pueden ser más restrictivas, sino adaptadas al nuevo modelo de atención que plantea.

La Tipología de los Centros debe ser acorde con el objetivo y funcionalidad que prestan, e ir en sintonía con la normativa que los regula, de manera que la definición de

a. Residencias de Mayores, debe incluir que son centros de carácter social que ofrecen una atención integral y biopsicosocial, (artículo 37.g ley 14/2010, artículo 25 ley 39/2006, artículo 6 Orden 21/05/2001 y artículo 13 decreto 26/01/2016 y artículo 14 decreto 186/2010).

a. Centros de día, deben incluir el objetivo que la diferencia del resto de recursos, que es el de mantener en su entorno y atender, acompañar, orientar e informar a las familias, teniendo una definición completa que coincide literalmente en toda la normativa publicada (artículo 37.e ley 14/2010, artículo 24 ley 39/2006, artículo 18 Orden 21/05/2001, artículo 11 Decreto 26/01/2016, y artículo 4 del decreto 186/2010) Los Centros de día tienen una asignatura pendiente, y es especificar un nuevo perfil que centros, existiendo centros generales, centros específicos, y por la falta de estos últimos, un tercer tipo que son los Centros Mixtos, donde en localidades donde no existe especializado, se atiende a un perfil muy diverso, en su inmensa mayoría grado III, y que es necesario reflejar en una normativa que lo que pretende es adecuarse a las nuevas situaciones para poder ofrecer alternativas a esas demandas.

a. Centros de Mayores,- Respecto a la definición de Centros de Mayores del artículo 3 del borrador considero que puede completarse teniendo en cuenta que: El artículo 14 de la Orden de 21/05/2001 recoge el concepto de Centro de día como aquellos establecimientos de carácter social en los que se facilita la estancia durante el día y la convivencia entre las personas mayores, con el objeto de propiciar la participación activa, la relación personal y la integración social, mediante la realización de actividades socioculturales, lúdicas y recreativas, estableciendo en su caso, servicios básicos de información, orientación y atención social. Así mismo, podrán ofrecer servicios asistenciales y de atención social que sirvan para favorecer la permanencia en su entorno familiar y social y mejorar la calidad de vida. En los Centros de mayores se desarrolla una de las prestaciones técnicas de atención especializada recogida en el artículo 37.2.a de la Ley 14/2010, prestación de apoyo para el envejecimiento activo, que tiene por objeto promover al máximo las oportunidades de la persona de tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida.

Desde 2016, la Consejería de Bienestar Social, a través de EAPN, viene desarrollando grupos de trabajo para la publicación de un nuevo estatuto de Centros de Mayores, cuya definición consensuada por las personas profesionales de estos Centros de toda la región, ha sido aprobada como la siguiente: “Los Centros de Mayores de Castilla La Mancha son espacios de convivencia, abiertos a la comunidad a la que pertenecen, que promueven el envejecimiento activo y saludable de las personas mayores, procurando servicios y programas orientados hacia el fomento de la autonomía personal, la igualdad de oportunidades y la participación social que contribuyen al desarrollo comunitario de las personas mayores en su entorno.

Dentro de los Centros de Mayores, y atendiendo a las posibilidades y características físicas del mismo, y con dotación de personal específica, los Centros de Mayores podrán prestar servicios complementarios orientados a la promoción de la autonomía personal, como Servicios de Estancias Diurnas (SED) o Servicio de Prevención y Autonomía Personal de Atención a la Dependencia (SEPAD).

Los Centros Mayores podrán servir de apoyo para la realización de actividades socioculturales y la prestación de Servicios Sociales, dentro del ámbito local y comarcal en las condiciones que se establezcan por la Administración.

Y prestarán como servicios básicos la información, orientación y asesoramiento, servicio de acompañamiento, función preventiva y de apoyo a través de trabajadores sociales.”

En relación a los programas y actividades que recoge el decreto que deberán prestarse en los Centros de servicios sociales de atención a personas mayores, SOLICITO QUE SE INCLUYA los programas que hasta el momento aparecían en la normativa anterior y que se siguen desarrollando de manera más acentuada y con mayor justificación y necesidad, habiendo obviado en este nuevo decreto los programas de atención social, integración y participación y comunicación con las familias.

Tanto en el artículo 54.2.e. donde cabría incluir el programa de atención social y psicológica, integración y participación y comunicación con la familia, recogido literalmente del artículo 8.1.2 de la Orden de 21/05/2001

Introduciendo la garantía de desarrollar proyecto de actividades para el desarrollo personal, convivencia e integración en el entorno social, así como funciones de valoración, información y orientación social y apoyo psicosocial que venía recogido en el artículo 13 de la Orden 21/05/2001 y que ha sido obviado en el artículo 55 de viviendas de mayores

Y adaptando los servicios que se prestan en Centros de día a lo establecido en el artículo 8 de la Orden de 09/03/2011, que es la que especifica dicho servicio y no comparándolo con residencias, siendo dos recursos diferentes con objetivos y servicios diferenciados, no recogiéndolo el artículo 60 del nuevo decreto.

En relación al artículo 4. Definiciones, es necesario corregir el perfil de persona mayor, que, según toda la normativa de la región, establece la edad en 60 años, y no 65.

En cuanto a los recursos de personal de los Centros. Se debe GARANTIZAR EL ADECUADO RATIO Y ESPECIALIZACIÓN para la prestación de los servicios: Modificando y equiparando las ratios de personal auxiliar en residencias y centros de día, atendiendo en ambos recursos a grado III mayoritariamente, y grado II, siendo irreal el argumento de la exposición de motivos que en Centros de día se atiende a grado I y sin grado. Siendo el recurso de grado I el SEPAP.

Garantizar un mínimo de 3 auxiliares a jornada completa por cada 20 personas usuarias, y en centros donde haya también perfil de demencias 4 auxiliares.

Garantizar la presencia física de todos los perfiles profesionales técnicos: TRABAJO SOCIAL, TERAPIA OCUPACIONAL Y FISIOTERAPIA, estén representados en los recursos de Centros de día y Residencias, para poder realizar el PIAP y una atención integral y holística a la persona usuaria. Pudiendo ampliar estos perfiles a otras especialidades técnicas o ampliar estas figuras por la situación y perfil de las personas.

Se debe adecuar la intensidad de la atención y apoyo en base al grado de dependencia y a las situaciones personales de cada persona usuaria, y no con una fórmula de fracción, las personas no son sólo números de plazas ocupadas, eso es despersonalización y deshumanización de la calidad de atención en los centros.

Lua

	<p>La figura de Dirección recogida en el artículo 39, y entre los nuevos requisitos en los que refleja que deberá contar con titulación universitaria de carácter social, o formación complementaria de 300 horas en dependencia o geriatría.</p>			
<p>Alegaciones Centros Residenciales (25)</p>	<p>El presente decreto representa un retroceso en la definición y contenido de la normativa básica de los Centros residenciales para personas mayores respecto a la normativa anterior y al Plan de Calidad y Eficiencia en Centros Residenciales 2018-2020 que</p>	<p>Lua</p>		

Centros de Atención Especializada - Viviendas y Residencias (26)	<p>Siendo el texto bastante exhaustivo, hay algunos puntos que creo que se podrían mejorar o añadir:</p> <p>Art. 9 - Instalaciones, punto 8 Comunicaciones, "los centros podrán disponer de conexión a internet". Creo que se debe sustituir el verbo por "deberán disponer". Hoy en día internet se ha vuelto clave para muchos aspectos de nuestro espacio personal: información, creatividad, estímulo mental, conexión con personas cercanas, etc. No debería ser una opción, mucho menos a la velocidad a la que avanza la tecnología y el conocimiento. Los usuarios de las viviendas sociales del futuro próximo lo necesitarán todos. Hay que adelantarse, no ir rezagados en este aspecto. En este sentido, ha de ser un derecho, no una opción.</p> <p>Art. 11 - Protección y seguridad, punto 2 Plan de Autoprotección: añadir simulacros de emergencia, involucrando a todos en las viviendas tuteladas y en las residencias, al menos con los empleados.</p> <p>Art. 14 - Área Residencial - Incluir como requisito "espacios VERDES exteriores" (no solo espacios para estar en el exterior) sobre todo para aquellas personas que toda su vida han residido en áreas rurales donde el espacio natural exterior ha formado parte de su día a día y de su sentir.</p> <p>Punto 1.7 - En este como en otros puntos, no perder de vista el respeto al espacio personal e intimidad cuando sea necesario compartir habitación. En este punto, añadiría que si se comparte habitación con televisión, haya AURICULARES para cada conviviente de cuarto para no molestar en caso de que no se coincida con el momento de querer ver TV.</p> <p>Punto 2 - Salas de Convivencia: prestar atención a la decoración y amueblamiento para que no resulte en algo frío e impersonal. Que el criterio no sea únicamente que sea práctico, o barato, o resistente. Que sea acogedor y que la estética sea importante.</p> <p>Art. 18 - Espacios al aire libre - resaltar el aspecto "natural" para que el resultado no sea un espacio cementado con cuatro bancos y un arbusto. Dejar claro con el verbo usado: "deberán disponer"...</p> <p>Art. 20 - Condiciones materiales y arquitectónicas : espacios para sala de estar y comedor deberían estar separados en salas distintas.</p> <p>Art. 29 - Punto 5: buscar manera de controlar y hacer efectivo este punto. No es frecuente contar con los residentes de una vivienda para tener su opinión y voto en asuntos que les atañen...</p> <p>Sección 2a - Órganos de los Centros: TRANSPARENCIA Y CONTROL: No se ven reflejados los mecanismos de control y observación externos e independientes, así como su funcionamiento. Deberían especificarse</p> <p>Art. 43 - Personal de las viviendas y apartamentos - Sugiero especificar un número mínimo de personal trabajador por número de residentes, así como especificar también sus funciones (cocina, limpieza, atención especializada...) y si cada persona trabajadora asume una o varias de esas funciones.</p> <p>Art. 60 Centros de Noche - Servicios que se prestan, Punto 2 F: Si los "programas de regulación de sueño" se refieren a medicamentos, regular sobre su pertinencia y su correcto uso.</p>	Natalia Díaz Martínez		
Considero que el borrador... (27)	<p>Considero que el borrador del Decreto por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla La Mancha, era una oportunidad para la profesionalización de los recursos, sin embargo, creo que el borrador presenta un visión asistencialista.</p> <p>Soy Trabajadora Social, y en relación a mi profesión fundamentalmente me gustaría destacar, que el borrador incide en la necesaria coordinación entre el Sistema de Salud y los Servicios Sociales, así como hace referencia, a la necesidad de atención integral, participación social, integración social...donde la figura de Trabajador/a Social tiene un papel importante, pero que el borrador no menciona, en ninguno de los distintos recursos, ni en sus ratios. Por ejemplo:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Artículo 39. Personal técnico: no establece la necesidad de contar en los centros con la figura de un profesional del Trabajo Social. - Artículo 46. Personal de los centros de mayores: contará como mínimo con una persona que ejerza la dirección. Pero no menciona al profesional del Trabajo Social en los centros de titularidad de la JCCM, cuando tradicionalmente ésta figura ha desempeñado la dirección en los mencionados centros. - Así como, en su artículo 12. Composición de las residencias: considero necesario incluir el Área de Atención Social. <p>La profesión de Trabajador/a Social está vinculada a la prestación de Servicios sociales, tanto de atención primaria como de atención especializada, considerándose el profesional de referencia. El no establecer su figura de una forma expresa, en los distintos recursos para personas mayores, pone en peligro el derecho del usuario a recibir una atención profesional e integral. Al mismo tiempo que da lugar al intrusismo profesional.</p> <p>Por lo antedicho, considero que debe realizarse una modificación del Borrador.</p>	Esperanz@		

<p>Anotaciones al decreto (28)</p>	<p>Reunidos en la localidad de Albacete los equipos de los centros de mayores de la provincia acuerdan realizar las siguientes alegaciones. ALEGACIONES AL DECRETO DE CONDICIONES BÁSICAS DE CENTROS DE SERVICIOS SOCIALES DE ATENCIÓN ESPECIALIZADA DESTINADOS A LAS PERSONAS MAYORES EN CASTILLA LA MANCHA. Las personas mayores son miembros de pleno derecho de nuestra sociedad y merecen el absoluto respeto de sus derechos humanos fundamentales, tanto en el plano individual como social. Éste debe ser el principio inspirador de todo precepto o legislación que pretenda dar soluciones a los problemas que viven las personas mayores en nuestra sociedad. Según la Ley 14/2010 de Servicios Sociales de Castilla la Mancha “corresponde a la consejería competente en materia de servicios sociales promover los criterios y estándares de calidad para las diferentes prestaciones del Sistema público de Servicios sociales, así como (...) la garantía de dichos criterios de calidad. Llama la atención que después de hablar de calidad en la atención durante todo el texto del decreto luego no haya mención alguna de este término como uno de los derechos de las personas usuarias en el artículo 29 aún cuando la Ley de servicios sociales si contempla la contempla como hemos visto anteriormente La Junta de Comunidades de Castilla-la Mancha a través de la promulgación de un nuevo Decreto quiere establecer las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha.</p> <p>Este nuevo decreto tiene por objeto regular las condiciones básicas materiales, organizativas, de personal y funcionales, con que deben contar los centros de servicios sociales de atención especializada destinados a la atención de las personas mayores en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha. Reconociendo el DERECHO DE LAS PERSONAS A LA CALIDAD DE LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS. La Consejería de Bienestar Social a través de la Dirección General de mayores en su página web recoge los diversos programas y servicios que deben ofrecer los centros de servicios sociales de atención especializada destinados a la persona mayores en Castilla-La Mancha. Reconociendo entre los programas y servicios que se ofrecen a las personas mayores el siguiente: PROGRAMA DE ATENCIÓN SOCIAL, PARTICIPACIÓN, VOLUNTARIADO Y ACTIVIDADES DE APOYO A LAS FAMILIAS. Desarrollo de otras acciones en coordinación con los servicios sociales comunitarios. La Ley 14/2010 de Servicios Sociales en Castilla La Mancha en la que se fundamenta este Decreto establece en su artículo 6.2 una serie de principios organizativos y metodológicos entre los que se encuentra la DIMENSIÓN COMUNITARIA disponiendo que el Sistema Público de Servicios Sociales habrá de incorporar el enfoque comunitario en todas las intervenciones sociales, favoreciendo la adaptación de los recursos a la comunidad, con la participación de las personas interesadas. Dicho enfoque tiene por objetivo que los cambios y las mejoras que se produzcan sean sostenibles y perdurables en el tiempo. 2 En el Decreto 186/2010, de 20/07/2010, del régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores en la red pública de Castilla-La Mancha y del procedimiento de acceso a los mismos nos definen como CENTROS Y SERVICIOS DE ATENCIÓN COMUNITARIA:</p> <p>1º. Centros de día de personas mayores: son centros de servicios sociales especializados para personas mayores, abiertos a la comunidad, que se dirigen a promover el envejecimiento activo y a favorecer el desarrollo personal, la convivencia y la participación social. El Decreto sobre el que estamos trabajando recoge también este aspecto comunitario pero creemos importante que no sólo se quede en principios sino que también se regule el personal técnico que lo ha de llevar a cabo, ya que estas actuaciones requieren de profesionales técnicos especializados como somos los trabajadores sociales para generar procesos de cambio que favorezcan el bienestar de las personas, fomenten su autonomía y mejoren su calidad de vida y la de sus familias.</p> <p>En la redacción dada al nuevo Decreto se establecen los recursos humanos con que debe contar un centro de atención a personas mayores, distinguiendo entre el personal técnico, el de atención directa y otro personal. Se introducen solamente en la norma criterios de flexibilidad respecto del personal técnico, permitiendo que las entidades titulares de los centros puedan elegir aquellos profesionales cuyas funciones sean más convenientes, de acuerdo con las características de las personas usuarias y sus demandas. En la Resolución de 2 de diciembre de 2008 por la que se publica el Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del Sistema de Autonomía y Atención a la dependencia se especifica que “se atenderá de manera específica a promover la profesionalidad y potenciar la formación en aquellas entidades que aspiren a gestionar prestaciones o servicios del Sistema de la Autonomía y Atención a la dependencia”.</p> <p>Así, uno de los ámbitos en los que se establecen requisitos y estándares de calidad es precisamente en los recursos humanos “irán dirigidos a garantizar la adecuada prestación del servicio, tanto en número de profesionales, como en su formación y actualización”. Así mismo las exigencias mínimas de calidad han de garantizarse a la persona con independencia de la titularidad de los centros y servicios. Esta nueva norma deja a la elección de entidades públicas y privadas la contratación del personal técnico, sin concretar el número y la titulación universitaria exigida a este tipo de profesionales, simplemente pide que se encuentre circunscrita dentro de los siguientes ámbitos: salud, atención psicosocial, 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 de otras áreas de conocimiento que determine el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Promulgar una nueva norma en la que se deja a disposición de terceros la dotación del personal técnico, permitiendo un amplio abanico de posibilidades a la hora de escoger a los profesionales, no parece lo más adecuado para garantizar el desarrollo de los programas y servicios de calidad que tienen derecho a recibir las personas mayores.</p> <p>Resulta llamativo como esta orden ahonda en los requisitos arquitectónicos que deben reunir los centros, y deja sin especificar la cualificación profesional del personal técnico. La Organización mundial de la salud define la salud como “un estado de completo bienestar físico, psicológico y social (...). En el decreto que nos ocupa ya en el objeto se obvia la esfera social cuando cualquier problema o disfunción en cualquiera de los tres aspectos afecta al conjunto de la persona e implica su contexto relacional. La orden distingue entre los ámbitos de salud y atención psicosocial, y enumera una serie de profesiones de contenidos muy diversos que podrían encuadrarse en cada ámbito. El ámbito psicosocial al igual que el de salud, cuentan con distintos profesionales cada uno con unas competencias delimitadas. Bastaría consultar los currículos formativos de cada disciplina académica universitaria para constatar las grandes diferencias entre unas y otras formaciones. Creo necesario contemplar la figura del trabajador social como parte necesaria en los recursos y centros de atención a las personas mayores. Esta disciplina académica utiliza el conocimiento científico y lo aplica al trabajo con individuos, grupos, y comunidades.</p> <p>La profesión de Trabajo Social cuenta en su curriculum con una amplia formación en técnicas de trabajo grupal, participación ciudadana, con comunidades, con familias, intervenciones individuales, psicología social, psicología comunitaria, amplios conocimientos vinculados con diferentes campos de derecho, etc. Además es el único profesional que puede emitir informes sociales, siendo estos informes necesarios a la hora de solicitar recursos y prestaciones del sistema público de servicios sociales.</p> <p>El Plan dignifica sanitario reafirma la importancia de los conocimientos técnicos y científicos del quehacer sanitario pero también señala como una asignatura a mejorar la preparación humanística, las habilidades de la comunicación y de relaciones interpersonales. Estas son las principales destrezas del trabajo social.</p>	<p>Laura Navarro</p>		
------------------------------------	---	----------------------	--	--

El legislador podría utilizar como ejemplo la Orden de 18/11/2010, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de los requisitos técnicos de los centros y servicios de atención a la salud mental. Esta orden recoge taxativamente los recursos humanos con los que deben estar dotado cada servicio, Ejemplo de los recursos humanos con los que tiene que estar dotada una Residencia comunitaria: Requisitos de personal. a) Un director, que será licenciado o diplomado universitario. b) Un director o responsable técnico, que será algún miembro del equipo, licenciado o diplomado que seguirá las directrices marcadas desde la Dirección de la residencia comunitaria. c) Una persona licenciada o con grado universitario en Psicología. d) Una persona diplomada o con grado universitario en Trabajo Social. 4 e) Una persona diplomada o con grado universitario en Terapia Ocupacional. f) Una persona con titulación de Técnico en Integración Social para centros que superen las 40 personas. g) Monitores-residenciales, que deberán disponer, al menos, del título de FP de Técnico en Atención Sociosanitaria, Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería, Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales o Títulos o Certificados de profesionalidad equivalentes. Estas personas deberán estar en presencia física, como mínimo, uno por cada 15 plazas en turno de mañana y tarde y uno por cada 20 plazas en turno de noche. h) Una persona con titulación de FP de Gestión Administrativa o titulación equivalente. i) Asimismo el centro o servicio tendrá que garantizar, con personal propio o concertado, los servicios complementarios de cocina, limpieza, lavandería y mantenimiento Importancia de contar con la figura de un/a titulada en trabajo social en los Centros y servicios de mayores . Profesional de referencia en la Ley de SS.SS. Si pretendemos prestar una atención integral a las personas mayores, con la perspectiva de su integración en el entorno, la autodeterminación, la atención personalizada y, en definitiva, promoviendo el envejecimiento activo, difícilmente se va a conseguir eliminando la figura del trabajador social de los Centros de Mayores. Teniendo en cuenta, además, que el personal de estos Centros ya está bajo mínimos.

Las funciones que este Decreto nos atribuye en su artículo 36 no se aproximan a todas las que, en realidad, venimos desempeñando, y las que podríamos desempeñar. Las funciones del trabajador/a social en un Centro de Mayores son diversas. Podemos destacar algunas: -Atención al público: tramitación de la Tarjeta Dorada, Termalismo Social de Castilla-La Mancha e IMSERSO, Vacaciones para Mayores del IMSERSO, PNC, Reconocimiento de la Condición de Familia Numerosa, Reconocimiento del Grado de Discapacidad, Tarjeta de Accesibilidad, Ayudas al transporte de discapacitados, etc. - Información sobre la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (para descongestionar los Servicios Sociales, así como de cualquier otra prestación o recurso que nos es demandado por los usuarios, entendiéndolo por usuarios, no solo a los socios del Centro, sino a cualquier persona que acude al Centro en demanda de algún recurso. -

En este punto queremos hacer un inciso sobre la “desfuncionalización” que se ha hecho de los trabajadores sociales de los Centros de Mayores. Durante muchos años se gestionó la prestación de Teleasistencia, Ingreso en Residencias y Servicios de Estancias Temporales, además de todo lo que hoy se sigue trabajando. Creemos que somos una figura importante y de referencia en nuestras localidades y que podríamos desarrollar más funciones, colaborando con los Servicios de Atención Primaria de forma más directa. Teniendo en cuenta la sobrecarga de los compañeros y compañeras de Atención Primaria consideramos que se podría dotar de 5 mayor calidad a las intervenciones si a los profesiones de ss.ss de atención especializada se nos involucrase en la gestión de recursos específicos de mayores. - Gestión de nuevos socios: tramitación y renovación del carné de socio y ficha social, así como información de derechos y deberes de éstos. -Organización de las actividades del Centro para que éstas puedan llevarse a cabo, realizando las gestiones y tareas pertinentes para ello, así como elaboración de la memoria de actividades del Centro. Parece ser que esta función no tiene otro objetivo que el de “entretener” a los usuarios de los Centros, y que, cualquier profesional (ya sea un animador socio-cultural o un cómico) puede hacerla. Si no vemos en este trabajo la intervención profesional, basada en un código deontológico que permite el desarrollo y la cohesión social de las personas mayores, desde luego que de poco o nada está sirviendo nuestro trabajo. -Coordinación con entidades locales para la planificación de iniciativas de trabajo social comunitario, en las que se fomenta la participación e integración de las personas mayores en su entorno, para favorecer su permanencia en el mismo de forma inclusiva. -Realización de funciones de Dirección como apoyo o en ausencia del titular. -Realización de funciones de ordenanza en ausencia del titular (vacaciones, bajas laborales, etc.). -Y algo muy importante (y que en pocas ocasiones se valora o reconoce): la escucha, la comunicación, el acompañamiento a nuestros mayores. Algo muy importante que incide en su calidad de vida de manera muy satisfactoria, y que es fundamental si se les quiere prestar una atención integral.

El objeto del decreto pretende incorporar niveles de exigencia básicos que garanticen un sistema de responsabilidad pública y el derecho de las personas a la calidad de la prestación de los servicios. Por supuesto tampoco se contempla la intimidad de la persona y sus familiares cuando se recoge la información sobre su situación familiar, social y sanitaria a pesar de que ésta debe recogerse en un expediente individual que debe ser custodiado con la máxima cautela por la legislación imperante en protección de datos. En el Capítulo III de normas de organización del centro se establece la obligatoriedad de un reglamento de régimen interior que incluya como mínimo: el organigrama del centro, los servicios que se prestan, el horario de comidas y demás servicios, la participación económica de las personas usuarias en su caso, los derechos y obligaciones y el sistema de participación de las personas usuarias y familiares. Incluirá también los protocolos que sean de aplicación según la tipología del centro. Este reglamento se deberá entregar a la persona usuaria y/o su familia en el momento de ingresar o acceder al recurso entendemos que a través de una entrevista. Esta información es parte del Plan de acogida de residentes dónde no se menciona que figura profesional lo realizará.6 Este reglamento se deberá entregar a las persona usuaria y/o su familia en el momento de ingresar o acceder al recurso entendemos que a través de una entrevista. Esta información es parte del Plan de acogida de residentes dónde no se menciona que figura profesional lo realizará. En el caso del trabajo social la entrevista es utilizada como una técnica de comunicación con el usuario y su familia.

El Plan dignifica reafirma la importancia de los conocimientos técnicos y científicos del quehacer sanitario pero también señala como una asignatura a mejorar la preparación humanística, las habilidades de la comunicación y de relaciones interpersonales. Estas son las principales destrezas del trabajo social. **CONTRIBUCIÓN DEL T.S A PARTIR DE NUESTRO CODIGO DEONTOLÓGICO EN NUESTROS CENTROS DE MAYORES.** La intervención de los trabajadores sociales en los centros de mayores viene enmarcada dentro de los valores y principios de nuestro código deontológico, el cual favorece y facilita una intervención de calidad, que se ha venido dando desde la apertura de los centros de mayores, con la figura del T.S como figura de referencia, en la que tanto la administración como los socios-usuarios siempre han depositado su confianza y así ha venido reflejado en la normativa relativa a la intervención con personas mayores y en la relativa a los recursos destinados a ellos. Con el tiempo la figura y el papel del T.S ha ido creciendo y afianzándose hasta ser el perfil que más encaja en la dinámica e intervención de dichos centros. No hay que olvidar que las direcciones de los centros en gran mayoría son puestos ocupados por ts, ya que somos quienes mejor conocemos los recursos y dinámicas de dicho recurso ya que nuestra trayectoria en ellos ha sido siempre ejemplar. Los valores con los que contribuye el T.S a los centros de mayores y que

inspiran nuestro trabajo, vienen dados por nuestro código deontológico y entre otros caben destacar la dignidad de todas personas, la autonomía y promoción de la independencia, vida privada e intimidad y compromiso entre otros. Tomando como referencia nuestro código deontológico podemos poner de relieve lo siguiente: - Nuestras intervenciones son respetuosas con la identidad de la persona, evitando coacciones, manipulaciones en actividades que provoquen menosprecio. - Respetamos los valores y creencias de las personas mayores. Conocemos sus estilos de vida y sus gustos para prestarles los cuidados y las atenciones que estén en la línea de sus necesidades y valoramos sus experiencias y su historia. - Nos encargamos especialmente del lenguaje de modo que usamos y recreamos el mismo que ellos usan. - Planificamos las actividades de las personas conjuntamente con ellas y mantenemos una actitud de evaluación y mejora continua. - Para el desenvolvimiento de las acciones, recogemos toda la información posible de ese objetivo y responsable.

En ningún caso aprovechamos dicha información para el beneficio personal o de terceros. - Pondremos especial énfasis en la imagen que ellos reflejan en nuestras actitudes y palabras evitando comparaciones y estereotipos que menosprecien la dignidad intrínseca de la persona. - Promovemos acciones que ayuden a mejorar la percepción social de las personas mayores comenzando por apreciar nuestro propio trabajo y estimamos los recursos donde se desenvuelven y la repercusión que tienen en su bienestar. - Impedimos y denunciemos, de ser así, aquellas situaciones de trato inadecuado, discriminación y maltrato. - Mantenemos un trato igualitario, sin discriminación por razón de sexo, religión, ideología, raza, lengua o cualquiera otra diferencia. - Nos comprometemos a potenciar la autonomía personal y la toma de decisiones por parte de las personas atendidas, siempre que tengan la capacidad para decidir. Favorecemos y fomentamos la autodeterminación de las elecciones y decisiones que les afecten. - Facilitamos la información y la comprensión de los procesos y actuaciones referidas a su persona, desde los más sencillos (aseo, alimentación,...) a los más complejos, para que entiendan los beneficios, los riesgos y su incidencia en su modo de vida cotidiana. - Fomentamos entornos de confianza así como actitudes y habilidades personales y profesionales apropiadas para garantizar una buena comunicación. - Alentamos sistemas de participación donde ellos puedan expresar quejas o sugerencias y les prestaremos el apoyo suficiente para que se escuche su voz. - Promovemos el conocimiento de cada profesional y en especial el de referencia para que los usuarios sepan a quien pueden dirigirse en cada momento. Esto facilitará un mayor conocimiento de las personas, un trato más individualizado y una mayor eficacia en la ocupación por su bienestar. - Evitamos el exceso de protección y el paternalismo. Fomentamos una relación de igual a igual teniendo siempre en cuenta que a pesar de su dependencia, de ser el caso, la persona mayor puede tener grados de participación en la toma de decisiones. - Guardamos el secreto de toda cuanta información, obtenida directa u indirectamente, conozcamos de las personas usuarias que afecte a su intimidad y su imagen personal. Circunscribimos su uso al centro y en relación con el apoyo que se presta a esa persona. - Guardamos correctamente toda información relativa de las personas socias, que solicitamos cuando sea preciso conocer para prestarle una mejor atención y evitaremos que el personal ajeno al centro pueda tener acceso al conocimiento de esta información. - Velamos por la vida privada y la intimidad de los usuarios, esforzándonos en alcanzar su confianza y en ofrecer un trato profesional y de calidad basado en el respeto, en la prudencia y la discreción. - Procuramos la mejora continua de nuestros conocimientos profesionales así como de nuestra actitud, capacitaremos el camino emocional para prestar acompañamiento adecuado a las personas usuarias y a sus familias en procesos de pérdida de capacidades en el final de la vida, aspectos ambos primordiales para desenvolver un trabajo de calidad. - Colaboramos en cuantos procesos de innovación de servicios se establezcan así como en la implantación de procedimientos que proporcionan un valor añadido a nuestro trabajo. - Valoramos positivamente las capacidades personales como la amabilidad, la disponibilidad, la tolerancia, la alegría, la paciencia, la creatividad y no sólo aquellas que tienen que ver con los conocimientos profesionales que se suponen inherentes a nuestro trabajo. - Informamos a nuestros superiores y a través de los canales pertinentes sobre las irregularidades, contrastadas objetivamente, que comentan los miembros del equipo cuando perjudiquen a la dignidad y el respeto de las personas mayores. - Contribuimos a la creación de un ambiente de trabajo agradable, de confianza y compañerismo, que favorezca el diálogo y la empatía y también a la coordinación con nuestros y nuestras compañeras y superiores. - Desenvolvemos destrezas como la escucha, la negociación, el trabajo en equipo, así como actitudes apropiadas para la comunicación, tanto con nuestros compañeros como con los usuarios y sus familias. - Trabajamos en un camino coordinado en equipo y redes, participando de los conocimientos y competencias del resto de profesionales de los centros de mayores.

FUNCIONES DEL T.S EN LOS CENTROS. LA IMPORTANCIA DE LA DERIVACIÓN ACOMPAÑADA.

En este decreto se establece la obligatoriedad de un Reglamento de régimen interior que incluya entre otras cuestiones los derechos y obligaciones, el sistema de participación de las personas usuarias y familias y protocolos de actuación. Este reglamento se deberá entregar a las persona usuaria y/o su familia en el momento de ingresar o acceder al recurso entendemos que a través de una entrevista. Esta información es parte del Plan de acogida de residentes dónde no se menciona que figura profesional lo realizará.

En el caso del trabajo social la entrevista es utilizada como una técnica de comunicación con el usuario y su familia. El profesional del trabajo social utiliza la técnica de la entrevista para plantear diferentes temas, para seleccionar datos y elaborar hipótesis de modo que la comprensión, la empatía y el respeto hacia el usuario despierten la confianza de la persona. La finalidad es centrarse en la persona que acude al servicio, en saber quién es y en qué situación se encuentra para posteriormente intentar conocer su demanda y avanzar en la respuesta. Las funciones del trabajador o trabajadora social en los centros de mayores son fundamentales y tienen cada día más relevancia y comprenden tanto funciones de atención directa como de atención indirecta: - Funciones de atención directa • Función preventiva: Detección precoz y prevención de los problemas sociales que dificulten la integración social de las personas mayores. • Función promocional: Desarrollo de las capacidades naturales de las personas mayores para prevenir o paliar su problemática social, fomentando su participación activa. • Función asistencial: Aumento de la capacidad de la persona mayor y promoción de la utilización de recursos para satisfacer sus necesidades sociales. • Función rehabilitadora: Rehabilitación y reinserción social de aquellas personas mayores que han sufrido algún tipo de disminución física, psíquica o social. • Función informativa: Información sobre derechos y recursos sociales para las personas mayores, así como asesoramiento ante las demandas planteadas. - Funciones de atención indirecta • Coordinación: Optimización de recursos y planificación de alternativas de intervención. • Trabajo comunitario: potenciación de los recursos de la comunidad en la resolución y prevención de problemática social. • Gestión orientada a la tramitación de recursos para la atención e intervención social. • Documentación: Diseño, elaboración y cumplimentación de los diferentes instrumentos propios del trabajo social (ficha social, historia social, informe social, y registro de intervenciones). • Planificación y evaluación: diseño de programación de actividades y servicios. • Formación, docencia e investigación. • Dirección, gestión, planificación y organización de los centros de mayores. Todas estas funciones tanto directas como indirectas, se desarrollan en la intervención socio-sanitaria, y van dirigidas a movilizar los recursos formales e informales del entorno de la persona mayor con la finalidad de dar una respuesta de calidad a las necesidades y demandas planteadas por su dependencia y prevenir el incremento de la discapacidad y soledad. Es decir, es fundamental velar por la calidad de los

servicios en los centros de mayores, así como impulsar la creación de apoyos para los familiares que se ocupan del cuidado de los mayores en general, y de las personas mayores dependientes en particular. Los trabajadores sociales en los centros de mayores perseguimos conocer y transformar la realidad de las personas mayores, contribuyendo en todo momento al bienestar de las personas y a la promoción de sus potencialidades, previniendo y detectando de manera precoz la existencia de problemas sociales que dificulten o impidan la integración social de las personas mayores. Nuestra intervención se centra en tres niveles: Un nivel primario donde el objetivo es la prevención de situaciones negativas que puedan afectar a la persona mayor y su entorno; un nivel secundario orientado a afrontar situaciones problemáticas ya existentes, evitando la aparición de una problemática de mayor impacto; y un nivel terciario en el que la finalidad es paliar los efectos de la problemática social existente. Actividades realizadas por los trabajadores sociales en los centros de mayores: **Ámbito individual.** -Realización de programas y actividades para una vida saludable. -Orientación para lograr una jubilación satisfactoria, destinada tanto a hombres como a mujeres con edades cercanas a la jubilación. -Promoción de estilos de vida saludables y actitudes flexibles para mantener un mayor funcionamiento de capacidades físicas, cognitivas e intelectuales. - Realización de programas y actividades sociosanitarias, potenciando un cambio cualitativo de la atención médica, orientada hacia la prevención. -Desarrollo de planes de preparación y elaboración del duelo. **Ámbito familiar.** -Desarrollo de actuaciones orientadas a prevenir el impacto emocional del envejecimiento de las personas mayores en su núcleo familiar. -Intervención socio-familiar para evitar el desarraigo en el ámbito familiar y prevenir situaciones de estrés emocional que el cuidado de personas mayores pueda generar. **Ámbito socio-comunitario** -Desarrollo de actuaciones orientadas a la potenciación y promoción de las redes sociales y a la prevención del impacto que la pérdida de poder adquisitivo puede suponer. 11 -Elaboración de programas de ocio y tiempo libre dirigidos específicamente a las personas mayores. El papel del trabajador social en el marco del envejecimiento activo. Apuesta de la jccm. Considerando esta etapa de la vida como una oportunidad de crecimiento personal, de desarrollo de la creatividad y de un continuo aprendizaje, se hace necesaria la potenciación de los programas de envejecimiento activo, que mejoren la calidad del estilo de vida de las personas mayores, sirvan de instrumento de prevención de situaciones de discapacidad y dependencia y, además, refuercen los niveles de participación social. (DG de Mayores. Marco de actuación del envejecimiento activo) El envejecimiento activo tiene un enfoque amplio que incluye una dimensión microsocia, relacionada con la situación personal y la autoresponsabilidad de cada persona, y una perspectiva macrosocia vinculada con responsabilidad pública de implementar las políticas adecuadas que permitan generar oportunidades de envejecimiento activo para las personas mayores (Zamarrón, 2013).

El trabajo social es una ciencia que busca mejorar de la calidad de vida de todas las personas y promover sus potencialidades de manera multidimensional. En esta línea, es una profesión que abandera principios como la justicia social, los derechos humanos, la responsabilidad colectiva y el respeto a la diversidad (FITS, 2014). Así las cosas, entendemos que existe una vinculación entre ambas cuestiones.

En esta línea, varios autores apuntan al trabajo social como una disciplina clave para la promoción de un envejecimiento óptimo. Podemos entender que el trabajo social considera las necesidades derivadas del proceso de envejecimiento de la persona e interrelaciona diferentes perspectivas de ellas. Así, aspectos como autonomía, salud, vivienda, personal, o relaciones familiares y sociales, entre otros, son tenidos en cuenta por los profesionales del trabajo social en sus intervenciones profesionales.

Esta dimensión holística es una fortaleza para acometer programas de promoción del envejecimiento activo que requieren un enfoque integrador y multidimensional. Este concepto (OMS, 2002) es un elemento integral, conformado por factores sociales, personales, económicos, de sanidad y servicios sociales, conductuales, de género y culturales. Esta idea refuerza la hipótesis de que los profesionales de trabajo social tienen un perfil profesional adecuado para el diseño y desarrollo de programas e iniciativas que promuevan el envejecimiento activo (Ana Belén Cuesta. Universidad de La Rioja). Importancia de la atención integral.

Unión de lo social y lo sanitario. La Organización mundial de la salud define la salud como "un estado de completo de bienestar, físico, psicológico y social (...)". 12 La salud y la enfermedad son procesos sociales y personales en los que lo somático, lo psicológico y lo social son tres aspectos relacionados e indisolubles por lo que un problema o disfunción en cualquiera de estos aspectos afecta al conjunto de la persona e implica a su contexto relacional. De ahí la necesidad de atender estos tres aspectos. La relación entre la salud y lo social ha estado presente a lo largo de toda la historia aunque de forma diferente dependiendo de cada momento pero siempre permitiendo un acercamiento a los aspectos sociales de las personas, sus familias, los grupos y el conjunto de la sociedad. Factores como el envejecimiento progresivo de la población, la problemática que se deriva de las situaciones de cronicidad, terminalidad y dependencia y sus repercusiones sociales hacen necesaria la contribución de la figura del trabajador/a social.

El trabajo social ejerce funciones de apoyo y ayuda a las personas y familias en procesos de dificultades de salud centrando su práctica profesional en el incremento de la autonomía; garantizando una toma de decisiones responsable, respetuosa con el principio de autodeterminación e individualización según el ritmo propio de cada persona y sus particularidades.

La evolución social de nuestras sociedades; el envejecimiento progresivo de la población, la problemática de las situaciones de cronicidad, terminalidad y dependencia y sus repercusiones sociales exige que la administración se ponga al servicio del ciudadano la calidad del sistema de atención buscando el bienestar integral de la persona.

FIGURA TSOCIAL
COMO SERVICIO
BASICO Y
CENTROS DE
CARÁCTER
SOCIAL (29)

El nuevo decreto de condiciones básicas de los Centros de Servicios Sociales de atención especializada, destinados a personas mayores en Castilla La Mancha, debe realmente aportar, como cita su exposición de motivos, nuevos planteamientos socialmente demandados, incorporando a la atención a las personas mayores bajo el concepto de buenas prácticas profesionales, y actualizarse ante las características y necesidades.

El presente decreto incumple los principios recogidos en la Ley 39/2015 de procedimiento administrativo:

De SEGURIDAD, según recoge el artículo 129.2, deberá estar justificada por una razón de interés general, basarse en una identificación clara de los fines perseguidos y ser el instrumento más adecuado para garantizar su consecución. NO CUMPLIENDO LOS RATIOS DE PERSONAL, NI LA DETERMINACIÓN DEL PERSONAL TÉCNICO MÍNIMO EN CADA RECURSO como venía determinado en la anterior normativa que derogará este decreto, no sólo no adecuando y actualizando este personal técnico a las nuevas demandas de personas con dependencia y necesidad de atención integral, sino eliminando esta multidisciplinariedad, rebajando esta riqueza profesional a una flexibilidad donde se tenga que elegir.

De PROPORCIONALIDAD, recogido en su artículo 129.3.; la iniciativa que se proponga deberá contener la regulación imprescindible para atender la necesidad a cubrir con la norma, tras constatar que no existen otras medidas menos restrictivas de derechos, siendo la normativa de 2001, de hace 20 años, más adaptada a las situaciones actuales que este nuevo decreto, restrictivo en cuanto a ratios de personal auxiliar y eliminando al personal técnico.

de SEGURIDAD JURÍDICA, recogido en el artículo 129.4: la iniciativa normativa se ejercerá de manera coherente con el resto del ordenamiento jurídico, nacional y de la Unión Europea, para generar un marco normativo estable, no recogiendo las definiciones y objetivos de los Centros de Atención a personas mayores de normativa de mayor rango, como lo recogido en la Ley 39/2006 de dependencia.

Como elementos imprescindibles para revisar y modificar del decreto:

PRIMERO.-En la exposición de motivos cita en el segundo párrafo de la página 5: que la ratio de profesionales de atención directa se fija en un profesional por cada cinco personas usuarias en residencias, y una asignación en los centros de día y de noche de un profesional por cada diez personas usuarias, en consonancia con una necesidad de apoyos inferior para las personas usuarias de estos dos recursos, quienes mayoritariamente tienen grado I de dependencia o no la tienen reconocida. ESTO NO ES REAL NI ESTÁ ADAPTADO A LA NORMATIVA VIGENTE NI A LA SITUACIÓN REAL DE LOS SED:

El artículo 3.q de la ley 39/2006 de dependencia recoge que Las personas en situación de gran dependencia serán atendidas de manera preferente

El artículo 24. 2. De la ley 39/2006, establece que La tipología de centros se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia. Es necesario actualizar la tipología de los Centros de día, en función de la demanda y atención de las personas que acceden a los mismos, siendo el perfil actual, y desde hace varios años, grado II y III, personas dependientes severas y grandes dependientes que acceden al recurso para mantener y evitar un empeoramiento de su situación de dependencia, y poder permanecer en su domicilio, con apoyo extenso de la familia, pero con necesidades familiares de respiro y conciliación de ese cuidado y atención que requieren.

Es importante adecuar y equiparar el ratio de atención del perfil profesional de estos centros a residencias, siendo el mismo perfil de dependencia el que se atiende, Así mismo, hay que tener en cuenta la estructura de Centros de día de la región, no existiendo suficientes Centros específicos, debiendo de contemplar que en las localidades en lo que no exista este centro, los Centros de día serán mixtos, adecuando el personal técnico y reforzando el personal al tener que atender diversidad de perfiles, tanto grandes dependientes, demencias con alteraciones de conducta y riesgos de fuga, y deterioros cognitivos. ESTE ES EL VERDADERO PERFIL DE LA MAYORÍA DE LOS CENTROS DE DÍA / SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS DE CASTILLA LA MANCHA, con datos contrastables y verificables con las memorias anuales enviadas a la Consejería en las que se especifica el grado de dependencia, el número de personas con demencia, el número de personas en silla de ruedas, el número de personas que necesitan apoyo para la comida...etc.

SEGUNDO.- Artículo 1. El objeto del decreto pasa del compromiso de la administración de regular una condiciones mínimas exigibles (según la definición recogida en el artículo 1 de la Orden de 21/05/2001) a “pretender incorporar niveles de exigencia básicos”, no siendo la misma connotación, ES NECESARIO QUE LA ADMINISTRACIÓN SE COMPROMETA A UNAS CONDICIONES MÍNIMAS EXIGIBLES, DANDO EJEMPLO EN SUS CENTROS PÚBLICOS, Y DEMANDANDO LA MISMA CALIDAD PARA LOS CONCERTADOS.

TERCERO.- Artículo 3. Tipología de centros. TODOS LAS DEFINICIONES DEBEN RECOGER EL CARÁCTER SOCIAL DE ESTOS RECURSOS, Y REFLEJAR LA DEFINICIÓN DE LO QUE SON, ACORDE CON LA NORMATIVA DE RANGO SUPERIOR:

3.1. a) Residencias. La definición esta sacada del artículo 37.g de la ley 14/2010 de servicios sociales, obviando el objetivo de este recurso, y con él, la parte que le diferencia de otros recursos de alojamiento, éste es específico de atención social especializada de mayores porque busca la promoción de habilidades personales y sociales que contribuyan a una mayor autonomía. Debe de ampliarse la definición recogiendo lo establecido en la normativa que regula estos recursos, COMO CENTROS DE CARÁCTER SOCIAL, QUE OFRECEN UNA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS MAYORES DESDE UN ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL, recogido en normativa de rango superior (artículo 25 ley 39/2006 de dependencia, artículo 6 Orden de 21/05/2001, artículo 13 Decreto 26/01/2016 de catálogo de servicios y prestaciones de dependencia, y artículo 14 Decreto 186/2010 de centros y servicios especializados de personas mayores de CLM.

Artículo 3.1.b, el concepto de vivienda de mayores se distingue de cualquier otro alojamiento por lo recogió en el artículo 13.2 de la Orden 21/05/2001: en todas las viviendas de mayores existirá un equipo profesional con adecuada cualificación que tendrá funciones de valoración, información y orientación social a las personas usuarias.... En las viviendas de titularidad pública, este equipo contará con la participación de los profesionales de los Servicios Sociales de Zona.

Artículo 3.2. Centros de día. La definición de este recurso es un copia y pega de lo recogido en el artículo 37.e de la ley 14/2010 de servicios sociales, obviando lo más importante, el tipo de atenciones de nivel técnico y el segundo objetivo del centro de día, que es el asesoramiento e información a las familias, desarrollado por la figura del/la trabajadora social.

Este Decreto debe recoger literalmente la definición completa de un Centro de día, como RECURSOS SOCIALES QUE OFRECE UNA ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL DÍA DE CARÁCTER ASISTENCIAL, REHABILITADOR Y PSICOSOCIAL, CON EL OBJETIVO DE MEJORAR O MANTENER EL MEJOR NIVEL DE AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYAR ALAS FAMILIAS O CUIDADORES, DESDE UN ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL FAVORECIENDO LA PERMANENCIA EN SU AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL, recogida en normativa de rango superior como el artículo 24 de la Ley 39/2006, en el artículo 18 de la Orden de 21/05/2001, en el artículo 11 del Decreto de 26/01/2016 del catalogo de servicios y prestaciones de dependencia, y el artículo 4 del Decreto 186/2010 de régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores, Y en el artículo 2 de la Orden de 09/03/2011 de régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en

Inmagr

Castilla La Mancha.

Artículo 3.2.c Centros de mayores. Esta definición se ha modificado de la que venía recogida en el artículo 14 de la Orden de 21/05/2001 a la del nuevo Estatuto de Centros de Mayores, todavía sin aprobar, y aunque es una definición consensuada por los y las profesionales que trabajan en la red de estos Centros, se ha omitido en ese Decreto una parte importante de la definición, y la misma debe recoger que SON CENTROS DE CARÁCTER SOCIAL Y DE CONVIVENCIA.... Y QUE PRESTARÁN SERVICIOS BÁSICOS DE INOFRMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN SOCIAL.

Este decreto debe incluir que en los Centros de mayores se desarrolla una de las prestaciones técnicas de atención especializada: recogida en el artículo 37.2.a de la Ley 14/2010, prestación de apoyo para el envejecimiento activo, que tiene por objeto promover al máximo las oportunidades de la persona de tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida.

Es importante adaptar este Decreto a la situación actual, destacando que dentro de los Centros de Mayores, y atendiendo a las posibilidades y características físicas del mismo, y con dotación de personal específica, los Centros de Mayores podrán prestar servicios complementarios orientados a la promoción de la autonomía personal, como Servicios de Estancias Diurnas (SED) o Servicio de Prevención y Autonomía Personal de Atención a la Dependencia (SEPAD).

Los Centros Mayores podrán servir de apoyo para la realización de actividades socioculturales y la prestación de Servicios Sociales, dentro del ámbito local y comarcal en las condiciones que se establezcan por la Administración.

Y prestarán como servicios básicos la información, orientación y asesoramiento, servicio de acompañamiento, función preventiva y de apoyo a través de trabajadores sociales.

CUARTO.- Y respecto a la tipología de lo Centros de día, distinguiendo entre Generales y específicos,

El artículo 24. 2. De la ley 39/2006, establece que La tipología de centros se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia.

Es necesario actualizar la tipología de los Centros de día, en función de la demanda y atención de las personas que acceden a los mismos, siendo el perfil actual, y desde hace varios años, grado II y III, personas dependientes severas y grandes dependientes que acceden al recurso para mantener y evitar un empeoramiento de su situación de dependencia, y poder permanecer en su domicilio, con apoyo extenso de la familia, pero con necesidades familiares de respiro y conciliación de ese cuidado y atención que requieren.

Es importante adecuar y equiparar el ratio de atención del perfil profesional de estos centros a residencias, siendo el mismo perfil de dependencia el que se atiende, Así mismo, hay que tener en cuenta la estructura de Centros de día de la región, no existiendo suficientes Centros específicos, debiendo de contemplar que en las localidades en lo que no exista este centro, los Centros de día serán mixtos, adecuando el personal técnico y reforzando el personal al tener que atender diversidad de perfiles, tanto grandes dependientes, demencias con alteraciones de conducta y riesgos de fuga, y deterioros cognitivos. ESTE ES EL VERDADERO PERFIL DE LA MAYORÍA DE LOS CENTROS DE DÍA / SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS DE CASTILLA LA MANCHA, con datos contrastables y verificables con las memorias anuales enviadas a la Consejería en las que se especifica el grado de dependencia, el número de personas con demencia, el número de personas en silla de ruedas, el número de personas que necesitan apoyo para la comida...etc.

QUINTO.- Artículo 5. Modelos y principios de la atención. Debe recoger en su punto 1 la definición más completa de modelo de atención integral centrada en la persona, y en su punto 2. Se prestará una atención especializada adaptada a las necesidades de cada persona, mediante la elaboración del Plan Individual de Atención Personalizado (PIAP), donde participará el equipo interdisciplinar, y será acordado con la persona usuaria y familia.

SEXTO.- En relación a los CAPÍTULO II Condiciones materiales y arquitectónicas generales de los centros: es necesario reflejar la ATENCIÓN SOCIAL, Y EL CARÁCTER DE CONFIDENCIALIDAD QUE NECESITA, REFLEJANDO UN ESPACIO/DESPACHO PARA ESTE FIN:

Artículo 13. Área de acogida y organización. Incluir la ATENCIÓN SOCIAL: Es el espacio destinado a las funciones de recepción de las personas usuarias, dirección, atención social, administración y gestión del centro. Contarán como mínimo con tres espacios, uno destinado a la dirección del centro y a trabajo social con despacho individual para respetar la intimidad de la persona

Artículo 21. Área de dirección-administración. Para las funciones directivas y administrativas el centro contará con un despacho con espacio suficiente para al menos dos puestos de trabajo, respetando siempre un despacho individual para la atención social por la protección de la intimidad de la persona.

La figura de trabajador/a social de referencia será el vínculo inicial y de acompañamiento a la persona desde su derivación al recurso y durante su acogida, adaptación y seguimiento de sus necesidades en el servicio, así como de comunicación con la familia.

Artículo 22. Área de atención personalizada.

Artículo 25. Área de dirección-administración.

Los centros de mayores de titularidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha contarán con un despacho para las funciones directivas y administrativas. Debiendo de respetar un despacho individual para la atención social.

SÉPTIMO.- Se propone la introducción de un artículo nuevo, en relación a los servicios de los Centros de Mayores, como recursos que se han readaptado a las nuevas demandas y necesidades de la población mayor:

Artículo 28. Servicios específicos complementarios

Los Centros de mayores, podrán prestar servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía, pudiendo desarrollarse en los mismos Centros de día, y Sepap, debiendo de disponer de instalaciones para prestar estos servicios, así como servicios específicos recogidos en el nuevo estatuto de Centros de Mayores,

Servicio de actividades promocionales orientadas a personas con incipiente pérdida de capacidades. Adaptación de servicios y actividades para integrar a personas con más edad o deterioro en las actividades, recursos y servicios generales de los Centros de Mayores, permitiendo así una integración efectiva, normalización de la diversidad funcional y contención del deterioro propiciando su participación diaria. Este servicio puede estar desarrollado por terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales, que analizarán cada caso y valorarán las acciones integradoras a realizar.

Asimismo, podrán tener integradas las dependencias necesarias para la prestación de Servicios complementarios para personas dependientes o con dificultades en su autonomía personal.

OCTAVO.- En relación a la Organización de los Centros, es imprescindible introducir la figura de trabajo social:

Artículo 31. Estructura y coordinación. Todos los centros de atención a las personas mayores en Castilla-La Mancha, a excepción de las viviendas y apartamentos, y los centros de mayores que no sean de titularidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, contarán con un órgano de dirección y de trabajo social.

Artículo 34. Organización de los centros de día. Deberán contar con una persona que ejerza la dirección y, en caso de ausencia, el / la trabajadora social asumirá las funciones que le son encomendadas en su nombre.

Artículo 36. Organización de los centros de mayores.

En función de las características del centro, el mismo podrá DEBERÁ contar con una persona que ejerza la dirección y será la responsable de la organización, gestión, mantenimiento, y el correcto funcionamiento.

Podrán DEBERÁN existir profesionales del trabajo social con la función de prestar atención social a las personas asociadas al centro y servir como nexo con los recursos sociales del entorno. Asegurando la prestación del servicio básico de atención social recogido en el estatuto básico de los Centros de mayores, así como en el artículo 19 y 37.2.a de la Ley 14/2010 de Servicios Sociales de Castilla La Mancha.

Se promoverá la creación del servicio especializado de atención social a personas mayores en coordinación con atención primaria que se desarrollará desde este recursos social.

NOVENO.- En relación a la SECCIÓN 3.ª RECURSOS DE PERSONAL DE LOS CENTROS

Artículo 37. 2: La dotación de personal técnico y de atención directa de los centros de servicios sociales de atención especializada destinados a las personas mayores, vendrá determinada por la aplicación, sobre el número de personas usuarias, de las proporciones previstas en el presente decreto. SERÁ EL ADECUADO EN NÚMERO Y ESPECIALIZACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES Y DEBERÁ GARANTIZAR ATENCIÓN SUFICIENTE Y CONTINUADA DURANTE LOS HORARIOS DE CADA RECURSO. (ARTÍCULO 8 ORDEN 21/05/2001)

Artículo 38. Procedimiento de cálculo de ratios/proporciones.

La determinación de personal técnico y de profesionales de atención directa se realizará sobre la base del número de personas mayores que ocupan plaza en los centros y del grado de dependencia. Cuando compartan ubicación dos o más recursos sociales asistenciales!!!! la determinación del personal de atención directa se hará independientemente para cada uno de ellos

EN ESTE ARTÍCULO 38.1, SE REFLEJA LA VERDADERA INTENCIONALIDAD DE ESTE DECRETO, QUE LOS RECURSOS SOCIALES PASEN A SER RECURSOS ASISTENCIALES!!!!
ELIMINACIÓN DEL APARTADO 3 DEL ARTICULO 38

Artículo 39.1. Personal técnico. Dirección. Introducción de criterios de prioridad de trabajo social,

La persona que ejerza la dirección de los centros en los que sea obligatoria esta figura, deberá contar con titulación universitaria, preferentemente trabajo social Tendrán prioridad para ejercer funciones de dirección de estos Centros, la figura del trabajador/a social que haya desempeñado funciones en estos recursos de atención a personas mayores. (Ya que el currículo formativo de trabajo social ya incluye formación específica para el desempeño de estas funciones, que otras titulaciones universitarias no recogen)

Artículo 42. 2. Personal técnico de las residencias: añadir que :Se asegurará la cobertura del personal técnico imprescindible para la elaboración y desarrollo del PIAP: trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional.

Artículo 42.2.d Otro personal técnico titulado. Personal técnico , introducir el criterio: Se exigirá la presencia física de un profesional de trabajo social, de fisioterapia y de terapia ocupacional a jornada completa, pudiendo ampliar con la participación de las personas residentes en la elección, en lugar de decir que Las residencias podrán elegir de entre los perfiles profesionales los más adecuados a su tipología y al perfil de las personas residentes

Artículo 42.3.b Auxiliar de referencia. TRABAJADOR/A SOCIAL DE REFERENCIA

La figura de la auxiliar de referencia, figura que deriva del modelo de atención centrada a la persona, pero a la cuál se le atribuyen funciones directamente propias de la categoría de trabajo social, recogidas en el artículo 19, la ley 14/2010 de Servicios Sociales de Castilla La Mancha. Así mismo, recoge en su artículo 22, que el PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL será una herramienta de valoración social de la persona... Y el artículo 24 de la ley 14/2010 establece como figura el PROFESIONAL DE REFERENCIA, destacando en su artículo 24.3 cuando la persona usuaria sea derivada a una prestación de atención especializada, se designará igualmente un profesional de referencia de este nivel

Si bien, consultando el REAL DECRETO 546/1995. de 7 de abril. por el que se. establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas, en su artículo 2.1 recoge el perfil profesional, competencias y funciones, no viniendo recogida ninguna de las anteriores Pero en cambio, si consultados las funciones recogidas en el artículo 6 del Estatuto de la profesión de diplomado/a en Trabajo Social/asistente social, esas funciones se engloban entre las principales funciones a desarrollar por los/las trabajadores/as sociales en su ejercicio profesional.

Artículo 44. Personal de los centros de día.

El centro de día contará con un grupo de profesionales que compondrá el equipo multidisciplinar integrado, al menos, por el siguiente personal:

Un equipo multidisciplinar no es auxiliar, conductor y directora.

EN LOS CENTROS DE DÍA SON IMPRESCINDIBLES TRABAJADORA SOCIAL, FISIOTERAPEUTA Y TERAPISTA OCUPACIONAL.

La trabajadora social, podrá compaginar sus funciones técnicas con la coordinación del Servicio, y trabajo en red con la Dirección del Centro.

Los Centros de día se ubican en Centros de Mayores y Residencias, pudiendo compartir la Dirección de ambos recursos la misma persona.

Artículo 44.b y 44.c:

b) añadir que cuando se atiende a grado I. Y entre 120 horas y 160 horas cuando se atiendan a grado II y III.

c)añadir que cuando se atiende a grado I. Y entre 120 horas y 160 horas cuando se atiendan a grado II y III.

Según lo recogido en los artículos 43, 44 y 45, el ratio para personas sin dependencia de una vivienda de mayores sería de 2 auxiliares a jornada completa por cada 10 plazas. Y en residencia, con dependencia severa o gran dependencia, sería de 3 auxiliares por cada 20 personas residentes (1 menos que en viviendas) Y en Centros de día, que atienden grado III y grado II, sería de 2,5 auxiliares por 20 personas usuarias. Son cálculos incongruentes y no adaptados para la necesidad de apoyo y atención que necesitan el perfil de personas usuarias de estos recursos.

Artículo 46. Personal de los centros de mayores. Añadir la figura como mínimo de trabajador/a social, como recoge el artículo 16 de la Orden de 21/05/2001

Los centros de mayores de titularidad de la Junta de Comunidades contarán como mínimo con una persona que ejerza la dirección y una trabajadora social que podrá compaginar sus funciones cuando el Centro disponga de Centro de Día o Sepap y el personal necesario en número suficiente para cubrir el horario de apertura y cierre del centro, así como de los profesionales adecuados para el desarrollo de los programas y actividades que se realicen en el mismo. (artículo 16 Orden e 21/05/2001)

DÉCIMO.- INTRUSISMO PROFESIONAL

Artículo 49. Requisito de edad para acceder a los centros. 65 años o necesidad avalada por informe técnico: ESTE INFORME DEBE DE SER INFORME SOCIAL, SEGÚN DICTA TODA LA NORMATIVA DE RANGO SUPERIOR A ESTE DECRETO:

Según recoge el artículo Artículo 21 de la Ley 14/2010. Urgencia social. 1. Se considera urgencia social a la natural o extraordinaria y puntual de las personas que requiere de una actuación inmediata, sin la cual podría producirse un deterioro o agravamiento de la situación de necesidad acaecida. 2. La atención y respuesta a situaciones de urgencia social será prioritaria frente a cualquier otra y cuando se requiera un servicio o prestación de atención especializada éste podrá prestarse sin que sean precisos para el acceso todos o algunos de los requisitos establecidos para ello. 3. Para la atención de estas situaciones se requiere de la coordinación y complementariedad de los dos niveles del Sistema Público de Servicios Sociales

Así, el Código deontológico del Trabajo Social, define el informe social como instrumento: "Dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del Trabajo Social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional".

El Código Deontológico de Trabajo Social, la normativa legal de carácter estatutario y los Estatutos del Consejo General del Trabajo Social, recogen la exclusividad del INFORME SOCIAL como documento que sólo puede desarrollar y firmar el o la trabajadora social.

El artículo 9.1 del decreto 186/2010 de régimen jurídico de centros y servicios especializados, recoge que para acceder a las plazas y servicios especializados, deberán presentar solicitud, acompañada de informe social y de salud

Artículo 50. Servicios de apoyo a la comunidad por parte de los centros. La prestación de estos servicios de apoyo deberá estar previamente inscrita en el Registro de Servicios Sociales. AÑADIENDO Y su necesidad valorada por el o la trabajadora social del Centro de Mayores.

ARTICULO 53.1.B Documentos de carácter social y sanitario: Para la correcta elaboración del Plan Individual de Atención Personalizado de cada residente, todos los profesionales que tenga el centro mantendrán actualizado el expediente individual, con los datos sociales, sanitarios, psicológicos

INTRUSISMO PROFESIONAL: EN EL EXPEDIENTE DEBE FIGURAR LOS DATOS SOCIALES REALIZADOS POR UN/UNA TRABAJADORA SOCIAL, EXCLUSIVAMENTE, al igual que los sanitarios los tendrá que elaborar personal sanitario.

ARTÍCULO 9.2.d. de la Orden de 21/05/2001 Documentos de carácter social y sanitario que contendrá cada expediente individual de la persona residente:

Informes sociales
Historia clínica
Otros.

UNDÉCIMO.- En relación a los servicios

Artículo 54.2.e. Programa de servicios y actividades de la residencia. En todas las residencias deberán garantizarse, al menos, los siguientes servicios (artículo 8.1. Orden 21/05/2001) Incluirá al menos:

Programa ATENCIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA psicosocial que garantice la atención integral del de la persona residente y su familia.

2º integración y participación

3º comunicación con la familia

Recogido literalmente en el artículo 8.1.2 de la Orden de 21/05/2001

En la SECCIÓN 4.ª FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA

Artículo 57. Solo refleja como servicios que se prestan en Centros de Día, servicios de higiene y de transporte dejando los servicios de rehabilitación y terapia ocupacional al sescam

Los Centros de día NO SON RESIDENCIAS, tienen otro objetivo y otra finalidad, creo que la administración podría al menos dedicarle unos minutos a definir los servicios que se prestan, Según lo recogido en el artículo 8 de la Orden 09/03/2011, los Centros de día estarán constituidos por los siguientes programas de intervención:

Atención personalizada y cuidados básicos que incluye

- a) actuaciones socio-sanitarias preventivas y rehabilitadoras
- b) Seguimiento del estado de salud y de los tratamientos prescrito
- c) Servicios de higiene personal ,movilizaciones,interacción social
- d) Actuaciones para la prevención, el mantenimiento y la recuperación de las capacidades y habilidades básicas para la realización de las actividades de la vida diaria.
- e) Realización de actividades participativas que favorezcan el ocio, las relaciones personales y el desarrollo sociocultural.
- f) Información periódica sobre su situación, evaluación y adaptación a las personas cuidadoras principales y familiares, así como orientación precisa sobre la atención y cuidados que precise.
- g) Fomento de la colaboración familiar y de quienes se ocupan regularmente de las tareas de cuidado para desarrollar, en su medio habitual, las atenciones de apoyo o actividades complementarias.
- h) Apoyo, supervisión y protección de las personas usuarias

Restauración

Transporte adaptado

IMPRESINDIBLE
TRABAJO SOCIAL
EN TODOS LOS
CENTROS (30)

Como elementos imprescindibles para revisar y modificar del decreto:

PRIMERO.- Artículo 3. Tipología de centros. TODOS LAS DEFINICIONES DEBEN RECOGER EL CARÁCTER SOCIAL DE ESTOS RECURSOS, Y REFLEJAR LA DEFINICIÓN DE LO QUE SON, ACORDE CON LA NORMATIVA DE RANGO SUPERIOR:

3.1. a) Residencias. La definición esta sacada del artículo 37.g de la ley 14/2010 de servicios sociales, obviando el objetivo de este recurso, y con él, la parte que le diferencia de otro recursos de alojamiento, éste es específico de atención social especializada de mayores porque busca la promoción de habilidades personales y sociales que contribuyan a una mayor autonomía. Debe de ampliarse la definición recogiendo lo establecido en la normativa que regula estos recursos, COMO CENTROS DE CARÁCTER SOCIAL, QUE OFRECEN UNA ATENCIÓN INTEGRAL A PERSONAS MAYORES DESDE UN ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL, recogido en normativa de rango superior (artículo 25 ley 39/2006 de dependencia, artículo 6 Orden de 21/05/2001, artículo 13 Decreto 26/01/2016 de catálogo de servicios y prestaciones de dependencia, y artículo 14 Decreto 186/2010 de centros y servicios especializados de personas mayores de CLM. Artículo 3.1.b, el concepto de vivienda de mayores se distingue de cualquier otro alojamiento por lo recogió en el artículo 13.2 de la Orden 21/05/2001: en todas las viviendas de mayores existirá un equipo profesional con adecuada cualificación que tendrá funciones de valoración, información y orientación social a las personas usuarias.... En las viviendas de titularidad pública, este equipo contará con la participación de los profesionales de los Servicios Sociales de Zona.

Artículo 3.2. Centros de día. La definición de este recurso es un copia y pega de lo recogido en el artículo 37.e de la ley 14/2010 de servicios sociales, obviando lo más importante, el tipo de atenciones de nivel técnico y el segundo objetivo del centro de día, que es el asesoramiento e información a las familias, desarrollado por la figura del/la trabajadora social. Este Decreto debe recoger literalmente la definición completa de un Centro de día, como RECURSOS SOCIALES QUE OFRECE UNA ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL DÍA DE CARÁCTER ASISTENCIAL, REHABILITADOR Y PSICOSOCIAL, CON EL OBJETIVO DE MEJORAR O MANTENER EL MEJOR NIVEL DE AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYAR ALAS FAMILIAS O CUIDADORES, DESDE UN ENFOQUE BIOPSIOSOCIAL FAVORECIENDO LA PERMANENCIA EN SU AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL, recogida en normativa de rango superior como el artículo 24 de la Ley 39/2006, en el artículo 18 de la Orden de 21/05/2001, en el artículo 11 del Decreto de 26/01/2016 del catalogo de servicios y prestaciones de dependencia, y el artículo 4 del Decreto 186/2010 de régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores, Y en el artículo 2 de la Orden de 09/03/2011 de régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en Castilla La Mancha.

Artículo 3.2.c Centros de mayores. Esta definición se ha modificado de la que venía recogida en el artículo 14 de la Orden de 21/05/2001 a la del nuevo Estatuto de Centros de Mayores, todavía sin aprobar, y aunque es una definición consensuada por los y las profesionales que trabajan en la red de estos Centros, se ha omitido en ese Decreto una parte importante de la definición, y la misma debe recoger que SON CENTROS DE CARÁCTER SOCIAL Y DE CONVIVENCIA.... Y QUE PRESTARÁN SERVICIOS BÁSICOS DE INOFMRACIÓN, ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN SOCIAL. Este decreto debe incluir que en los Centros de mayores se desarrolla una de las prestaciones técnicas de atención especializada: recogida en el artículo 37.2.a de la Ley 14/2010, prestación de apoyo para el envejecimiento activo, que tiene por objeto promover al máximo las oportunidades de la persona de tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida. Es importante adaptar este Decreto a la situación actual, destacando que dentro de los Centros de Mayores, y atendiendo a las posibilidades y características físicas del mismo, y con dotación de personal específica, los Centros de Mayores podrán prestar servicios complementarios orientados a la promoción de la autonomía personal, como Servicios de Estancias Diurnas (SED) o Servicio de Prevención y Autonomía Personal de Atención a la Dependencia (SEPAD). Los Centros Mayores podrán servir de apoyo para la realización de actividades socioculturales y la prestación de Servicios Sociales, dentro del ámbito local y comarcal en las condiciones que se establezcan por la Administración. Y prestarán como servicios básicos la información, orientación y asesoramiento, servicio de acompañamiento, función preventiva y de apoyo a través de trabajadores sociales.

SEGUNDO.- Y respecto a la tipología de lo Centros de día, distinguiendo entre Generales y específicos, El artículo 24. 2. De la ley 39/2006, establece que La tipología de centros se adecuarán a las peculiaridades y edades de las personas en situación de dependencia. Es necesario actualizar la tipología de los Centros de día, en función de la demanda y atención de las personas que acceden a los mismos, siendo el perfil actual, y desde hace varios años, grado II y III, personas dependientes severas y grandes dependientes que acceden al recurso para mantener y evitar un empeoramiento de su situación de dependencia, y poder permanecer en su domicilio, con apoyo extenso de la familia, pero con necesidades familiares de respiro y conciliación de ese cuidado y atención que requieren. Es importante adecuar y equiparar el ratio de atención del perfil profesional de estos centros a residencias, siendo el mismo perfil de dependencia el que se atiende, Así mismo, hay que tener en cuenta la estructura de Centros de día de la región, no existiendo suficientes Centros específicos, debiendo de contemplar que en las localidades en lo que no exista este centro, los Centros de día serán mixtos, adecuando el personal técnico y reforzando el personal al tener que atender diversidad de perfiles, tanto grandes dependientes, demencias con alteraciones de conducta y riesgos de fuga, y deterioros cognitivos. ESTE ES EL VERDADERO PERFIL DE LA MAYORÍA DE LOS CENTROS DE DÍA / SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS DE CASTILLA LA MANCHA, con datos contrastables y verificables con las memorias anuales enviadas a la Consejería en las que se especifica el grado de dependencia, el número de personas con demencia, el número de personas en silla de ruedas, el número de personas que necesitan apoyo para la comida...etc.

TERCERO.- Artículo 5. Modelos y principios de la atención. Debe recoger en su punto 1 la definición más completa de modelo de atención integral centrada en la persona, y en su punto 2. Se prestará una atención especializada adaptada a las necesidades de cada persona, mediante la elaboración del Plan Individual de Atención Personalizado (PIAP), donde participará el equipo interdisciplinar, y será acordado con la persona usuaria y familia.

CUARTO.- En relación a los CAPÍTULO II Condiciones materiales y arquitectónicas generales de los centros: es necesario reflejar la ATENCIÓN SOCIAL, Y EL CARÁCTER DE CONFIDENCIALIDAD QUE NECESITA, REFLEJANDO UN ESPACIO/DESPACHO PARA ESTE FIN:

Artículo 13. Área de acogida y organización. Incluir la ATENCIÓN SOCIAL: Es el espacio destinado a las funciones de recepción de las personas usuarias, dirección, atención social, administración y gestión del centro. Contarán como mínimo con tres espacios, uno destinado a la dirección del centro y a trabajo social con despacho individual para respetar la intimidad de la persona

Artículo 21. Área de dirección-administración. Para las funciones directivas y administrativas el centro contará con un despacho con espacio suficiente para al menos dos puestos de trabajo, respetando siempre un despacho individual para la atención social por la protección de la intimidad de la persona. La figura de trabajador/a social de referencia será el vínculo inicial y de acompañamiento a la persona desde su derivación al recurso y durante su acogida, adaptación y seguimiento de sus necesidades en el servicio, así como de comunicación con la familia.

leo

Artículo 22. Área de atención personalizada.

Artículo 25. Área de dirección-administración.

Los centros de mayores de titularidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha contarán con un despacho para las funciones directivas y administrativas. Debiendo de respetar un despacho individual para la atención social.

QUINTO.- Se propone la introducción de un artículo nuevo, en relación a los servicios de los Centros de Mayores, como recursos que se han readaptado a las nuevas demandas y necesidades de la población mayor:

Artículo 28. Servicios específicos complementarios Los Centros de mayores, podrán prestar servicios de prevención de la dependencia y promoción de la autonomía, pudiendo desarrollarse en los mismos Centros de día, y Sepap, debiendo de disponer de instalaciones para prestar estos servicios, así como servicios específicos recogidos en el nuevo estatuto de Centros de Mayores,

Servicio de actividades promocionales orientadas a personas con incipiente pérdida de capacidades. Adaptación de servicios y actividades para integrar a personas con más edad o deterioro en las actividades, recursos y servicios generales de los Centros de Mayores, permitiendo así una integración efectiva, normalización de la diversidad funcional y contención del deterioro propiciando su participación diaria. Este servicio puede estar desarrollado por terapeutas ocupacionales, fisioterapeutas y trabajadores sociales, que analizarán cada caso y valorarán las acciones integradoras a realizar.

Asimismo, podrán tener integradas las dependencias necesarias para la prestación de Servicios complementarios para personas dependientes o con dificultades en su autonomía personal.

SEXTO.- En relación a la Organización de los Centros, es imprescindible introducir la figura de trabajo social:

Artículo 31. Estructura y coordinación. Todos los centros de atención a las personas mayores en Castilla-la Mancha, a excepción de las viviendas y apartamentos, y los centros de mayores que no sean de titularidad de la Junta de Comunidades de Castilla-La Mancha, contarán con un órgano de dirección y de trabajo social.

Artículo 34. Organización de los centros de día. Deberán contar con una persona que ejerza la dirección y, en caso de ausencia, el / la trabajadora social asumirá las funciones que le son encomendadas en su nombre. Artículo 36. Organización de los centros de mayores.

En función de las características del centro, el mismo podrá DEBERÁ contar con una persona que ejerza la dirección y será la responsable de la organización, gestión, mantenimiento, y el correcto funcionamiento.

Podrán DEBERÁN existir profesionales del trabajo social con la función de prestar atención social a las personas asociadas al centro y servir como nexo con los recursos sociales del entorno. Asegurando la prestación del servicio básico de atención social recogido en el estatuto básico de los Centros de mayores, así como en el artículo 19 y 37.2.a de la Ley 14/2010 de Servicios Sociales de Castilla La Mancha.

Se promoverá la creación del servicio especializado de atención social a personas mayores en coordinación con atención primaria que se desarrollará desde este recursos social.

SÉPTIMO.- En relación a la SECCIÓN 3.ª RECURSOS DE PERSONAL DE LOS CENTROS

Artículo 37. 2: La dotación de personal técnico y de atención directa de los centros de servicios sociales de atención especializada destinados a las personas mayores, vendrá determinada por la aplicación, sobre el número de personas usuarias, de las proporciones previstas en el presente decreto. SERÁ EL ADECUADO EN NÚMERO Y ESPECIALIZACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES Y DEBERÁ GARANTIZAR ATENCIÓN SUFICIENTE Y CONTINUADA DURANTE LOS HORARIOS DE CADA RECURSO. (ARTÍCULO 8 ORDEN 21/05/2001)

Artículo 38. Procedimiento de cálculo de ratios/proporciones.

La determinación de personal técnico y de profesionales de atención directa se realizará sobre la base del número de personas mayores que ocupan plaza en los centros y del grado de dependencia. Cuando compartan ubicación dos o más recursos sociales iijiasistenciales!!!! la determinación del personal de atención directa se hará independientemente para cada uno de ellos

EN ESTE ARTÍCULO 38.1, SE REFLEJA LA VERDADERA INTENCIONALIDAD DE ESTE DECRETO, QUE LOS RECURSOS SOCIALES PASEN A SER RECURSOS

ASISTENCIALES!!!! ELIMINACIÓN DEL APARTADO 3 DEL ARTICULO 38 Artículo 39.1. Personal técnico. Dirección. Introducción de criterios de prioridad de trabajo social, La persona que ejerza la dirección de los centros en los que sea obligatoria esta figura, deberá contar con titulación universitaria, preferentemente trabajo social Tendrán prioridad para ejercer funciones de dirección de estos Centros, la figura del trabajador/a social que haya desempeñado funciones en estos recursos de atención a personas mayores. (Ya que el currículo formativo de trabajo social ya incluye formación específica para el desempeño de estas funciones, que otras titulaciones universitarias no recogen)

Artículo 42. 2. Personal técnico de las residencias: añadir que :Se asegurará la cobertura del personal técnico imprescindible para la elaboración y desarrollo del PIAP: trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional.

Artículo 42.2.d Otro personal técnico titulado. Personal técnico , introducir el criterio: Se exigirá la presencia física de un profesional de trabajo social, de fisioterapia y de terapia ocupacional a jornada completa, pudiendo ampliar con la participación de las personas residentes en la elección, en lugar de decir que Las residencias podrán elegir de entre los perfiles profesionales los más adecuados a su tipología y al perfil de las personas residentes

Artículo 42.3.b Auxiliar de referencia. TRABAJADOR/A SOCIAL DE REFERENCIA La figura de la auxiliar de referencia, figura que deriva del modelo de atención centrada a la persona, pero a la cuál se le atribuyen funciones directamente propias de la categoría de trabajo social, recogidas en el artículo 19, la ley 14/2010 de Servicios Sociales de Castilla La Mancha. Así mismo, recoge en su artículo 22, que el PLAN DE ATENCIÓN SOCIAL será una herramienta de valoración social de la persona... Y el artículo 24 de la ley 14/2010 establece como figura el PROFESIONAL DE REFERENCIA, destacando en su artículo 24.3 cuando la persona usuaria sea derivada a una prestación de atención especializada, se designará igualmente un profesional de referencia de este nivel Si bien, consultando el REAL

DECRETO 546/1995. de 7 de abril. por el que se. establece el título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería y las correspondientes enseñanzas mínimas, en su artículo 2.1 recoge el perfil profesional, competencias y funciones, no viniendo recogida ninguna de las anteriores Pero en cambio, si consultados las funciones recogidas en el artículo 6 del Estatuto de la profesión de diplomado/a en Trabajo Social/asistente social, esas funciones se engloban entre las principales funciones a desarrollar por los/las trabajadores/as sociales en su ejercicio profesional. Artículo 44. Personal de los centros de día. El centro de día contará con un grupo de profesionales que compondrá el equipo multidisciplinar integrado, al menos, por el siguiente personal: Un equipo multidisciplinar no es auxiliar, conductor y

directora. EN LOS CENTROS DE DÍA SON IMPRESCINDIBLES TRABAJADORA SOCIAL, FISIOTERAPEUTA Y TERAPISTA OCUPACIONAL. La trabajadora social, podrá compaginar sus funciones técnicas con la coordinación del Servicio, y trabajo en red con la Dirección del Centro. Los Centros de día se ubican en Centros de Mayores y Residencias, pudiendo compartir la Dirección de ambos recursos la misma persona.

Artículo 44.b y 44.c: b) añadir que cuando se atiendan a grado I. Y entre 120 horas y 160 horas cuando se atiendan a grado II y III. c)añadir que cuando se atiendan a grado I. Y entre 120 horas y 160 horas cuando se atiendan a grado II y III. Según lo recogido en los artículos 43, 44 y 45, el ratio para personas sin dependencia de una vivienda de mayores sería de 2 auxiliares a jornada completa por cada 10 plazas. Y en residencia, con dependencia severa o gran dependencia, sería de 3 auxiliares por cada 20 personas residentes (1 menos que en viviendas) Y en Centros de día, que atienden grado III y grado II, sería de 2,5 auxiliares por 20 personas usuarias. Son cálculos incongruentes y no adaptados para la necesidad de apoyo y atención que necesitan el perfil de personas usuarias de estos recursos. Artículo 46. Personal de los centros de mayores. Añadir la figura como mínimo de trabajador/a social, como recoge el artículo 16 de la Orden de 21/05/2001 Los centros de mayores de titularidad de la Junta de Comunidades contarán como mínimo con una persona que ejerza la dirección y una trabajadora social que podrá compaginar sus funciones cuando el Centro disponga de Centro de Día o Sepap y el personal necesario en número suficiente para cubrir el horario de apertura y cierre del centro, así como de los profesionales adecuados para el desarrollo de los programas y actividades que se realicen en el mismo. (artículo 16 Orden e 21/05/2001) OCTAVO.- INTRUSISMO PROFESIONAL

Artículo 49. Requisito de edad para acceder a los centros. 65 años o necesidad avalada por informe técnico: ESTE INFORME DEBE DE SER INFORME SOCIAL, SEGÚN DICTA TODA LA NORMATIVA DE RANGO SUPERIOR A ESTE DECRETO: Según recoge el artículo Artículo 21 de la Ley 14/2010. Urgencia social. 1. Se considera urgencia social a aquella situación excepcional o extraordinaria y puntual de las personas que requiere de una actuación inmediata, sin la cual podría producirse un deterioro o agravamiento de la situación de necesidad acaecida. 2. La atención y respuesta a situaciones de urgencia social será prioritaria frente a cualquier otra y cuando se requiera un servicio o prestación de atención especializada éste podrá prestarse sin que sean precisos para el acceso todos o algunos de los requisitos establecidos para ello. 3. Para la atención de estas situaciones se requiere de la coordinación y complementariedad de los dos niveles del Sistema Público de Servicios Sociales Así, el Código deontológico del Trabajo Social, define el informe social como instrumento: "Dictamen técnico que sirve de instrumento documental que elabora y firma con carácter exclusivo el profesional del Trabajo Social. Su contenido se deriva del estudio, a través de la observación y la entrevista, donde queda reflejada en síntesis la situación objeto, valoración, un dictamen técnico y una propuesta de intervención profesional". El Código Deontológico de Trabajo Social, la normativa legal de carácter estatutario y los Estatutos del Consejo General del Trabajo Social, recogen la exclusividad del INFORME SOCIAL como documento que sólo puede desarrollar y firmar el o la trabajadora social. El artículo 9.1 del decreto 186/2010 de régimen jurídico de centros y servicios especializados, recoge que para acceder a las plazas y servicios especializados, deberán presentar solicitud, acompañada de informe social y de salud

Artículo 50. Servicios de apoyo a la comunidad por parte de los centros. La prestación de estos servicios de apoyo deberá estar previamente inscrita en el Registro de Servicios Sociales. AÑADIENDO Y su necesidad valorada por el o la trabajadora social del Centro de Mayores. ARTICULO 53.1.B Documentos de carácter social y sanitario: Para la correcta elaboración del Plan Individual de Atención Personalizado de cada residente, todos los profesionales que tenga el centro mantendrán actualizado el expediente individual, con los datos sociales, sanitarios, psicológicos INTRUSISMO PROFESIONAL: EN EL EXPEDIENTE DEBE FIGURAR LOS DATOS SOCIALES REALIZADOS POR UN/UNA TRABAJADORA SOCIAL, EXCLUSIVAMENTE, al igual que los sanitarios los tendrá que elaborar personal sanitario. ARTÍCULO 9.2.d. de la Orden de 21/05/2001 Documentos de carácter social y sanitario que contendrá cada expediente individual de la persona residente:

Informes sociales

Historia clínica

Otros.

NOVENO.- En relación a los servicios

Artículo 54.2.e. Programa de servicios y actividades de la residencia. En todas las residencias deberán garantizarse, al menos, los siguientes servicios (artículo 8.1.

Orden 21/05/2001) Incluirá al menos:

Programa ATENCIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA psicosocial que garantice la atención integral del de la persona residente y su familia.

2ªintegración y participación 3ª comunicación con la familia Recogido literalmente en el artículo 8.1.2 de la Orden de 21/05/2001

En la SECCIÓN 4.ª FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA

Artículo 57. Solo refleja como servicios que se prestan en Centros de Día, servicios de higiene y de transporte dejando los servicios de rehabilitación y terapia ocupacional al sescam Los Centros de día NO SON RESIDENCIAS, tienen otro objetivo y otra finalidad, creo que la administración podría al menos dedicarle unos minutos a definir los servicios que se prestan, Según lo recogido en el artículo 8 de la Orden 09/03/2011, los Centros de día estarán constituidos por los siguientes programas de intervención:

Atención personalizada y cuidados básicos que incluye

a) actuaciones socio-sanitarias preventivas y rehabilitadoras b) Seguimiento del estado de salud y de los tratamientos prescrito c) Servicios de higiene personal ,movilizaciones,interacción social d) Actuaciones para la prevención, el mantenimiento y la recuperación de las capacidades y habilidades básicas para la realización de las actividades de la vida diaria. e) Realización de actividades participativas que favorezcan el ocio, las relaciones personales y el desarrollo sociocultural. f) Información periódica sobre su situación, evaluación y adaptación a las personas cuidadoras principales y familiares, así como orientación precisa sobre la atención y cuidados que precise. g) Fomento de la colaboración familiar y de quienes se ocupan regularmente de las tareas de cuidado para desarrollar, en su medio habitual, las atenciones de apoyo o actividades complementarias. h) Apoyo, supervisión y protección de las personas usuarias

Restauración

Transporte adaptado

<p>Aportaciones COFTO-CLM Proyecto de Decreto Centros de Mayores (31)</p>	<p>Aportaciones del Colegio Oficial de Terapeutas Ocupacionales de Castilla-La Mancha al Proyecto de Decreto por el que se establecen las condiciones básicas de los centros de servicios sociales de atención especializada, destinados a las personas mayores en Castilla-La Mancha Una vez estudiado el Borrador del Proyecto de Decreto alojado en el Portal de Participación de Castilla-La Mancha nuestro Colegio Profesional expone las siguientes</p> <p>APORTACIONES PRIMERA En la exposición de motivos observamos una importante incongruencia a la hora de plasmar el análisis de la situación de las personas mayores en cuanto a su nivel de enfermedad vs dependencia. Si damos por bueno que el nivel de dependencia está mediado por la presencia pasada y/o presente y/o crónica de algún proceso patológico podemos asumir que ambos conceptos está íntimamente interrelacionados. Leemos en la citada exposición: “En relación con la atención por personal sanitario en las residencias de mayores, dado que la actividad principal en las mismas se orienta a facilitar que la vida de las personas se parezca lo más posible a la que tenían en su entorno habitual, hay que entender que no debe tratárseles como a personas hospitalizadas, ya que las personas mayores que viven en residencias no están más enfermas que las personas de su edad que residen en sus propios domicilios. Por ello, el ingreso en un centro residencial de mayores por carecer de apoyos para las actividades de la vida diaria, o por su propia elección, no minora el derecho a la atención del sistema sanitario.”. Nos resulta difícil inferir cual ha sido la fuente que la Administración ha utilizado para realizar la afirmación referida al “grado de enfermedad” de la población residente mayor, más si cabe cuando en el resto de la introducción del decreto se viene a justificar la naturaleza de las modificaciones propuestas en el mismo apoyadas en el elevado grado de dependencia de la misma población. Recordamos que, según El Decreto 3/2016, de 26 de enero, por el que se establece el catálogo de servicios y prestaciones económicas del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en la Comunidad Autónoma de Castilla-La Mancha y se determina la intensidad de los servicios y el régimen de compatibilidades aplicable se establece que las personas en situación de dependencia con Grado III (Gran Dependencia) y Grado II (Dependencia Severa) son los que pueden acceder a un recurso de carácter residencial permanente recogida en el Capítulo III Intensidad de los servicios y prestaciones del catálogo.</p> <p>SEGUNDA Dentro del Artículo 3, Tipología de centros, la definición que figura de las Residencias no nos parece la más adecuada, por incompleta. De manera coherente con lo dispuesto en el artículo 13 del anteriormente citado Decreto 3/2016, de 26/01/2016, proponemos la siguiente alternativa: “a) Residencias. Son residencias de mayores los centros que tienen por objeto atender a las personas mayores que no disponen de alojamiento, o que teniéndolo carecen de los apoyos necesarios para permanecer en él, de manera permanente o temporal, en condiciones adecuadas de convivencia y seguridad. Este servicio ofrecerá una atención integral, continuada y permanente, de carácter personal, social y sanitario, teniendo en cuenta la naturaleza de la dependencia, grado de la misma e intensidad de los cuidados que precise la persona. Conforme a su tamaño, las residencias se clasifican en: 1.º Mini residencias: hasta 45 plazas. 2.º Residencias de tamaño medio: entre 46 y 80 plazas. 3.º Grandes residencias: más de 80 plazas.”</p> <p>TERCERA En artículo 5, Modelos y principios de la atención, punto 1 se lee que “Los centros de servicios sociales de atención especializada para personas mayores ajustarán su funcionamiento a modelos de atención centrada en la persona que pretende cuidar facilitando que las personas puedan seguir teniendo control en su entorno, en sus capacidades y en su vida cotidiana, apoyando su autodeterminación”. Estando de acuerdo en el espíritu de la redacción y la “filosofía” que enmarca y que es inherente a la filosofía, valores y principios de nuestra profesión desde sus orígenes (no se entiende la aplicación de tratamientos de terapia ocupacional si no es desde una perspectiva centrada en la persona), tenemos que señalar que dejar el punto tal y como está puede resultar un ejercicio de indefinición peligroso y nada conveniente. Nos aparecen varias incógnitas: ¿Quién(es)/Con qué criterios se fijarán los baremos mínimos que se deben cumplir en cada centro?; ¿Qué organismo/departamento público asume la competencia de auditar y certificar de una manera objetiva y transparente que se cumple ese ajuste en cada centro?; ¿Quién se encarga de obtener, registrar, almacenar, procesar y dar salida a toda la información que ese proceso de ajuste genere?. Creemos que es necesario abrir un proceso de reflexión y trabajo cooperativo en el que han de participar las entidades representativas de los profesionales, el tercer sector, la patronal de las residencias de mayores y por supuesto las propias personas mayores afectadas.</p> <p>CUARTA Proponemos la sustitución en el texto del Decreto del término “ayudas técnicas” o al menos su acompañamiento por el actualmente vigente “Productos de apoyo”. En 2007, en la revisión de la Norma ISO 9999 se produjo el cambio de manera oficial en la denominación.</p> <p>QUINTA Artículo 16. Área de atención especializada. Punto 1. a). Salas para actividades, terapia ocupacional y estimulación multisensorial, para fomento de actividades con las personas usuarias. Dispondrán de espacio alicatado con lavabo accesible. Dispondrán de espacios de al menos 0,5 m²/persona usuaria, con un mínimo de 20 m² Consideramos que su redacción es del todo incorrecta, inaceptable por abarcar diferentes conceptos de una manera agregada y por ser ambigua al poder interpretarse como una única sala de “usos múltiples” y además no viene a respetar lo dispuesto en la Orden de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de 25 de noviembre de 2008, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de terapia ocupacional. Proponemos como redacción alternativa la siguiente en lo referido al espacio para la prestación de tratamientos de terapia ocupacional: “Sala de terapia ocupacional con las características dispuestas en la Orden de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de 25 de noviembre de 2008, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de terapia ocupacional. Como mínimo dispondrá de un espacio de al menos 0,5 m²/persona usuaria, con un mínimo de 20 m²”.</p> <p>SEXTA Artículo 22. Área de atención. Punto 1 e) Sala de terapia ocupacional y actividades recreativas, con una superficie mínima de 30 m². Proponemos, por los motivos anteriormente expuestos, la siguiente redacción alternativa en lo referido al espacio para la prestación de tratamientos de terapia ocupacional: “Sala de terapia ocupacional, con las características dispuestas en la Orden de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de 25 de noviembre de 2008, de los requisitos técnico-sanitarios de los centros y servicios de terapia ocupacional, con una superficie mínima de 30 m²”.</p> <p>SEPTIMA Artículo 29. Derechos de las personas usuarias. Punto 6. Excepcionalidad respecto de la no aplicación de alguno de estos derechos, únicamente en aquellos supuestos de personas que presenten trastornos psíquicos y/o se encuentren incapacitadas judicialmente.</p>	<p>COFTOCLM</p>		<p>COLEGIO OFICIAL DE TERAPEUTAS OCUPACIONALES DE CASTILLA-LA MANCHA (COFTO-CLM)</p>
---	--	-----------------	--	--

Recordamos que la reciente promulgación de la Ley 8/2021, de 2 de junio, por la que se reforma la legislación civil y procesal para el apoyo a las personas con discapacidad en el ejercicio de su capacidad jurídica hace que el término “incapacitado Judicialmente” no esté vigente en el momento actual. Aparte de ello nos resulta llamativa y alarmante la redacción del punto ya que deja entender que el hecho de presentar un trastorno psíquico impediría el disfrute de los derechos enumerados en los 5 puntos anteriores. Proponemos la eliminación de la citada referencia a los “trastornos psíquicos”.

OCTAVA

Artículo 32. Organización de las residencias. Punto 6. Las contenciones físicas y/o químicas requerirán prescripción facultativa y siempre se aplicará el procedimiento de consentimiento informado.

Consideramos que en la población mayor la utilización de contenciones físicas y/o químicas ha de ser el último recurso de los disponibles, ser una actuación normativamente excepcional y solo recurrir a ellas de forma puntual, racional y proporcional, cuando todas las medidas previas hayan sido ineficaces.

Por todo ello recomendamos una redacción alternativa al citado punto 6. “Los centros deberán contar con un protocolo de obligado cumplimiento relativo al uso de contenciones físicas y/o químicas. Dicho protocolo ha de recoger las medidas de contención como el último de los recursos disponibles para abordar la situación de riesgo para la persona mayor. El protocolo deberá contar con un sistema de registro de las acciones relativas al uso de contenciones. Las contenciones físicas y/o químicas requerirán prescripción facultativa y siempre se aplicará el procedimiento de consentimiento informado.”

NOVENA

Artículo 36. Organización de los centros de mayores. Punto 1. En función de las características del centro, el mismo podrá contar con una persona que ejerza la dirección y será la responsable de la organización, gestión, mantenimiento, y el correcto funcionamiento.

La redacción deja la existencia de la dirección del centro como opcional, consideramos que debe ser obligatoria.

DÉCIMA

Artículo 39. Personal técnico. Punto 2. Otro personal técnico en los centros. Es el personal titulado universitario que lleva a cabo las funciones propias de su profesión, en aquellos centros que cuenten en su organigrama con uno o varios de estos perfiles profesionales. La titulación universitaria exigida a este tipo de profesionales se circunscribirá a los siguientes ámbitos: salud, atención psicosocial, 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 de otras áreas de conocimiento que determine el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia.

Artículo 42. Personal de las residencias. Punto 2. Personal técnico. Apartado d) Las residencias podrán elegir de entre los perfiles profesionales los más adecuados a su tipología y al perfil de sus residentes, con la finalidad de conseguir la mejor prestación de servicios de atención médica, psicosocial, integración social, promoción de la autonomía o del envejecimiento activo.

Artículo 44. Personal de los centros de día.

El centro de día contará con un grupo de profesionales que compondrá el equipo multidisciplinar integrado, al menos, por el siguiente personal:

- a) La persona que ejerce la dirección podrá prestar servicio a media jornada o compatibilizar con otra actividad profesional en el centro el resto de la jornada. En los casos en que la dirección se ejerza a media jornada, la otra media podrá ser desempeñada por otra profesión técnica, a elección del centro según las características de las personas usuarias.
- b) 80 horas semanales de personal auxiliar/gerocultor o gerocultora para un centro de 15 o menos personas usuarias, incrementándose en 20 horas más por cada 5 adicionales.
- c) 100 horas semanales de personal auxiliar/gerocultor o gerocultora para un centro de 15 o más personas usuarias, incrementándose en 20 horas más por cada 5 usuarias adicionales cuando preste atención especializada para personas con Alzheimer u otros trastornos neurocognitivos.
- d) Contará con las horas necesarias de personal para el transporte adaptado, teniendo en cuenta que, en ningún caso, ninguna persona usuaria tendrá un desplazamiento superior a 45 minutos por viaje.

La consecuencia de la redacción conjunta de estos tres artículos deviene en una indefinición de los componentes técnicos de los equipos de las residencias y los centros de día de mayores. Consideramos que es un deber inexcusable de la Consejería de Bienestar Social el regular de manera clara e inequívoca este aspecto y queda patente que la redacción actual del Decreto constituye una desregulación de facto, dejando al criterio subjetivo y totalmente arbitrario de las entidades titulares de los centros la elección de los perfiles técnicos de los mismos, quedando abierta de par en par la posibilidad de que predominen motivaciones que nada tengan que ver con la idoneidad y la calidad de los servicios prestados. En líneas sucesivas extenderemos nuestro razonamiento en lo relativo a nuestra disciplina, la terapia ocupacional.

No es aceptable que a lo largo del articulado cuando se hace referencia a las condiciones organizativas, arquitectónicas y los programas/servicios que se deben llevar a cabo de forma obligatoria en los diferentes recursos haya referencias claras e inequívocas a la obligatoriedad de espacios dedicados y a la prestación de servicios e intervenciones de terapia ocupacional (Art.16.1a; Art.22.1e; Art.50.d; Art.54.2.f.5; Art.57.c) mientras que se deja sin regular de manera específica la obligatoriedad de la presencia de terapeutas ocupacionales en los recursos. La terapia ocupacional es una profesión regulada y con reserva de actividad, únicamente los poseedores de la titulación habilitante (Diplomatura o Grado en terapia Ocupacional) pueden realizar intervenciones y tratamientos de terapia ocupacional. La redacción actual del Decreto, que por una parte obliga a ofrecer intervenciones de terapia ocupacional y disponer de espacios para realizarlas y no cierra la obligatoriedad de la presencia de ese perfil profesional permitiendo que no existan terapeutas ocupacionales en los recursos de mayores da pie a situaciones de intrusismo profesional auspiciado y regulado normativamente por la propia Consejería. Lo que consideramos un hecho de extrema gravedad y un factor de riesgo grave potencial para los mayores atendidos en los recursos.

De no existir terapeutas ocupacionales en los recursos cabe preguntarse quién se encargará de:

Planificar y/o llevar a cabo junto con residentes y usuarios ocupaciones/actividades significativas.

Realizar entrenamientos con residentes/usuarios de actividades de la vida diaria.

Llevar a cabo el asesoramiento y entrenamiento en el uso de ayudas técnicas/ productos de apoyo.

Planificar y asesorar modificaciones y/o adaptaciones del entorno domiciliario, residencial o del centro.

Planificar y acompañar en Actividades de ocio y tiempo libre tanto dentro del centro como en la comunidad.
Coordinar y llevar a cabo Programas de entrenamiento funcional y Programas de recuperación y mantenimiento de las capacidades.
Desarrollar y asesorar en el equipo acerca de estrategias de protección articular y conservación de la energía.
Llevar a cabo programas de rehabilitación cognitiva y estimulación sensorial.
Estructurar y desarrollar Programas de prevención en caídas y promoción de la actividad física.
Implementar programas de educación para la salud basadas en el desempeño de ocupaciones cotidianas.
En definitiva consideramos que la composición de los equipos técnicos de los centros no debe dejarse en el nivel de (des)regulación que propone el borrador del Decreto y en lo referente a la figura del profesional de terapia ocupacional cabe recuperar la regulación de la Orden de 21/5/2001, que fijaba la presencia de 1 Terapeuta Ocupacional por cada 25 residentes/usuarios o fracción en cada centro.

<p>FIGURA TSOICIAL COMO SERVICIO BASICO Y CENTROS DE CARÁCTER SOCIAL (32)</p>	<p>3 MODIFICACIONES INEXCUSABLES: - ARTÍCULO 3: TIPOLOGÍA DE CENTROS: TODAS LAS DEFINICIONES DEBEN DE REFLEJAR QUE SON RECURSOS SOCIALES DE ATENCIÓN INTEGRAL</p> <p>Artículo 3.2. Centros de día. Este Decreto debe recoger literalmente la definición completa de un Centro de día, como RECURSOS SOCIALES QUE OFRECE UNA ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL DÍA DE CARÁCTER ASISTENCIAL, REHABILITADOR Y PSICOSOCIAL, CON EL OBJETIVO DE MEJORAR O MANTENER EL MEJOR NIVEL DE AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYAR ALAS FAMILIAS O CUIDADORES, DESDE UN ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL FAVORECIENDO LA PERMANENCIA EN SU AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL, recogida en normativa de rango superior como el artículo 24 de la Ley 39/2006, en el artículo 18 de la Orden de 21/05/2001, en el artículo 11 del Decreto de 26/01/2016 del catalogo de servicios y prestaciones de dependencia, y el artículo 4 del Decreto 186/2010 de régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores, Y en el artículo 2 de la Orden de 09/03/2011 de régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en Castilla La Mancha.</p> <p>Es importante adecuar y equiparar el ratio de atención del perfil profesional de estos centros a residencias, siendo el mismo perfil de dependencia el que se atiende, Así mismo, hay que tener en cuenta la estructura de Centros de día de la región, no existiendo suficientes Centros específicos, debiendo de contemplar que en las localidades en lo que no exista este centro, los Centros de día serán mixtos, adecuando el personal técnico y reforzando el personal al tener que atender diversidad de perfiles, tanto grandes dependientes, demencias con alteraciones de conducta y riesgos de fuga, y deterioros cognitivos. ESTE ES EL VERDADERO PERFIL DE LA MAYORÍA DE LOS CENTROS DE DÍA / SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS DE CASTILLA LA MANCHA, con datos contrastables y verificables con las memorias anuales enviadas a la Consejería en las que se especifica el grado de dependencia, el número de personas con demencia, el número de personas en silla de ruedas, el número de personas que necesitan apoyo para la comida...etc.</p> <p>Artículo 3.2.c Centros de mayores. Esta definición se ha modificado de la que venía recogida en el artículo 14 de la Orden de 21/05/2001 a la del nuevo Estatuto de Centros de Mayores, todavía sin aprobar, y aunque es una definición consensuada por los y las profesionales que trabajan en la red de estos Centros, se ha omitido en ese Decreto una parte importante de la definición, y la misma debe recoger que SON CENTROS DE CARÁCTER SOCIAL Y DE CONVIVENCIA.... Y QUE PRESTARÁN SERVICIOS BÁSICOS DE INOFRMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN SOCIAL.</p> <p>Este decreto debe incluir que en los Centros de mayores se desarrolla una de las prestaciones técnicas de atención especializada: recogida en el artículo 37.2.a de la Ley 14/2010, prestación de apoyo para el envejecimiento activo, que tiene por objeto promover al máximo las oportunidades de la persona de tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida.</p> <p>Artículo 13. Área de acogida y organización. Incluir la ATENCIÓN SOCIAL: En relación a la Organización de los Centros, es imprescindible introducir la figura de trabajo social: Y en relación a LOS RECURSOS DE PERSONAL DE LOS CENTROS</p> <p>Artículo 37. 2: La dotación de personal técnico y de atención directa de los centros de servicios sociales de atención especializada destinados a las personas mayores, vendrá determinada por la aplicación, sobre el número de personas usuarias, de las proporciones previstas en el presente decreto. SERÁ EL ADECUADO EN NÚMERO Y ESPECIALIZACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES Y DEBERÁ GARANTIZAR ATENCIÓN SUFICIENTE Y CONTINUADA DURANTE LOS HORARIOS DE CADA RECURSO. (ARTÍCULO 8 ORDEN 21/05/2001)</p> <p>Artículo 38. Procedimiento de cálculo de ratios/proporciones. La determinación de personal técnico y de profesionales de atención directa se realizará sobre la base del número de personas mayores que ocupan plaza en los centros y del grado de dependencia. Cuando compartan ubicación dos o más recursos sociales asistenciales!!!! la determinación del personal de atención directa se hará independientemente para cada uno de ellos. EN ESTE ARTÍCULO 38.1, SE REFLEJA LA VERDADERA INTENCIONALIDAD DE ESTE DECRETO, QUE LOS RECURSOS SOCIALES PASEN A SER RECURSOS ASISTENCIALES!!!! ELIMINACIÓN DEL APARTADO 3 DEL ARTICULO 38</p> <p>Artículo 39.1. Personal técnico. Dirección. Introducción de criterios de prioridad de trabajo social,</p> <p>Artículo 42. 2. Personal técnico de las residencias: añadir que :Se asegurará la cobertura del personal técnico imprescindible para la elaboración y desarrollo del PIAP: trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional.</p> <p>CENTRO DE DIA: Se exigirá la presencia física de un profesional de trabajo social, de fisioterapia y de terapia ocupacional a jornada completa, pudiendo ampliar con la participación de las personas residentes en la elección, en lugar de decir que Las residencias podrán elegir de entre los perfiles profesionales los más adecuados a su tipología y al perfil de las personas residentes</p> <p>Artículo 42.3.b Auxiliar de referencia. SE CAMBIARÁ POR TRABAJADOR/A SOCIAL DE REFERENCIA</p> <p>Artículo 44. Personal de los centros de día.El centro de día contará con un grupo de profesionales que compondrá el equipo multidisciplinar integrado, al menos, por el siguiente personal: EN LOS CENTROS DE DÍA SON IMPRESCINDIBLES TRABAJADORA SOCIAL, FISIOTERAPEUTA Y TERAPUETA OCUPACIONAL.</p> <p>Artículo 44.b y 44.c: b) añadir que cuando se atiendan a grado I. Y entre 120 horas y 160 horas cuando se atiendan a grado II y III. c)añadir que cuando se atiendan a grado I. Y entre 120 horas y 160 horas cuando se atiendan a grado II y III. Según lo recogido en los artículos 43, 44 y 45, el ratio para personas sin dependencia de una vivienda de mayores sería de 2 auxiliares a jornada completa por cada 10 plazas. Y en residencia, con dependencia severa o gran dependencia, sería de 3 auxiliares por cada 20 personas residentes (1 menos que en viviendas) Y en Centros de día, que atienden grado III y grado II, sería de 2,5 auxiliares por 20 personas usuarias. Son cálculos incongruentes y no adaptados para la necesidad de apoyo y atención que necesitan el perfil de personas usuarias de estos recursos.</p> <p>Artículo 46. Personal de los centros de mayores. Añadir la figura como mínimo de trabajador/a social, como recoge el artículo 16 de la Orden de 21/05/2001</p>	<p>MARIAF</p>		

Los centros de mayores de titularidad de la Junta de Comunidades contarán como mínimo con una persona que ejerza la dirección y una trabajadora social que podrá compaginar sus funciones cuando el Centro disponga de Centro de Día o Sepap y el personal necesario en número suficiente para cubrir el horario de apertura y cierre del centro, así como de los profesionales adecuados para el desarrollo de los programas y actividades que se realicen en el mismo. (artículo 16 Orden e 21/05/2001)

Artículo 54.2.e. Programa de servicios y actividades de la residencia.

En todas las residencias deberán garantizarse, al menos, los siguientes servicios (artículo 8.1. Orden 21/05/2001) Incluirá al menos:

Programa ATENCIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA psicosocial que garantice la atención integral del de la persona residente y su familia.

2º integración y participación

3º comunicación con la familia

Recogido literalmente en el artículo 8.1.2 de la Orden de 21/05/2001

En la SECCIÓN 4.ª FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA

Artículo 57. Solo refleja como servicios que se prestan en Centros de Día, servicios de higiene y de transporte dejando los servicios de rehabilitación y terapia ocupacional al sescam

Los Centros de día NO SON RESIDENCIAS, tienen otro objetivo y otra finalidad, creo que la administración podría al menos dedicarle unos minutos a definir los servicios que se prestan, Según lo recogido en el artículo 8 de la Orden 09/03/2011, los Centros de día estarán constituidos por los siguientes programas de intervención:

Atención personalizada y cuidados básicos , terapia, fisioterapia, atención social, socioctural, integración en el entorno

Restauración

Transporte adaptado

<p style="text-align: center;">CENTROS DE CARACTER SOCIAL Y EQUIP TECNICO TSOCIA, TERAP Y FISIO (33)</p>	<p>MODIFICACIONES INEXCUSABLES: - ARTÍCULO 3: TIPOLOGÍA DE CENTROS: TODAS LAS DEFINICIONES DEBEN DE REFLEJAR QUE SON RECURSOS SOCIALES DE ATENCIÓN INTEGRAL</p> <p>Artículo 3.2. Centros de día. Este Decreto debe recoger literalmente la definición completa de un Centro de día, como RECURSOS SOCIALES QUE OFRECE UNA ATENCIÓN INTEGRAL DURANTE EL DÍA DE CARÁCTER ASISTENCIAL, REHABILITADOR Y PSICOSOCIAL, CON EL OBJETIVO DE MEJORAR O MANTENER EL MEJOR NIVEL DE AUTONOMÍA PERSONAL Y APOYAR ALAS FAMILIAS O CUIDADORES, DESDE UN ENFOQUE BIOPSICOSOCIAL FAVORECIENDO LA PERMANENCIA EN SU AMBIENTE FAMILIAR Y SOCIAL, recogida en normativa de rango superior como el artículo 24 de la Ley 39/2006, en el artículo 18 de la Orden de 21/05/2001, en el artículo 11 del Decreto de 26/01/2016 del catalogo de servicios y prestaciones de dependencia, y el artículo 4 del Decreto 186/2010 de régimen jurídico de los centros y servicios especializados para la atención a las personas mayores, Y en el artículo 2 de la Orden de 09/03/2011 de régimen jurídico y el sistema de acceso a los servicios de estancias diurnas en Castilla La Mancha.</p> <p>Es importante adecuar y equiparar el ratio de atención del perfil profesional de estos centros a residencias, siendo el mismo perfil de dependencia el que se atiende, Así mismo, hay que tener en cuenta la estructura de Centros de día de la región, no existiendo suficientes Centros específicos, debiendo de contemplar que en las localidades en lo que no exista este centro, los Centros de día serán mixtos, adecuando el personal técnico y reforzando el personal al tener que atender diversidad de perfiles, tanto grandes dependientes, demencias con alteraciones de conducta y riesgos de fuga, y deterioros cognitivos. ESTE ES EL VERDADERO PERFIL DE LA MAYORÍA DE LOS CENTROS DE DÍA / SERVICIOS DE ESTANCIAS DIURNAS DE CASTILLA LA MANCHA, con datos contrastables y verificables con las memorias anuales enviadas a la Consejería en las que se especifica el grado de dependencia, el número de personas con demencia, el número de personas en silla de ruedas, el número de personas que necesitan apoyo para la comida...etc.</p> <p>Artículo 3.2.c Centros de mayores. Esta definición se ha modificado de la que venía recogida en el artículo 14 de la Orden de 21/05/2001 a la del nuevo Estatuto de Centros de Mayores, todavía sin aprobar, y aunque es una definición consensuada por los y las profesionales que trabajan en la red de estos Centros, se ha omitido en ese Decreto una parte importante de la definición, y la misma debe recoger que SON CENTROS DE CARÁCTER SOCIAL Y DE CONVIVENCIA.... Y QUE PRESTARÁN SERVICIOS BÁSICOS DE INOFRMACIÓN, ORIENTACIÓN Y ATENCIÓN SOCIAL.</p> <p>Este decreto debe incluir que en los Centros de mayores se desarrolla una de las prestaciones técnicas de atención especializada: recogida en el artículo 37.2.a de la Ley 14/2010, prestación de apoyo para el envejecimiento activo, que tiene por objeto promover al máximo las oportunidades de la persona de tener un bienestar físico, psíquico y social durante toda la vida.</p> <p>Artículo 13. Área de acogida y organización. Incluir la ATENCIÓN SOCIAL: En relación a la Organización de los Centros, es imprescindible introducir la figura de trabajo social: Y en relación a LOS RECURSOS DE PERSONAL DE LOS CENTROS</p> <p>Artículo 37. 2: La dotación de personal técnico y de atención directa de los centros de servicios sociales de atención especializada destinados a las personas mayores, vendrá determinada por la aplicación, sobre el número de personas usuarias, de las proporciones previstas en el presente decreto. SERÁ EL ADECUADO EN NÚMERO Y ESPECIALIZACIÓN PARA LA PRESTACIÓN DE LOS SERVICIOS CORRESPONDIENTES Y DEBERÁ GARANTIZAR ATENCIÓN SUFICIENTE Y CONTINUADA DURANTE LOS HORARIOS DE CADA RECURSO. (ARTÍCULO 8 ORDEN 21/05/2001)</p> <p>Artículo 38. Procedimiento de cálculo de ratios/proporciones. La determinación de personal técnico y de profesionales de atención directa se realizará sobre la base del número de personas mayores que ocupan plaza en los centros y del grado de dependencia. Cuando compartan ubicación dos o más recursos sociales asistenciales!!!! la determinación del personal de atención directa se hará independientemente para cada uno de ellos. EN ESTE ARTÍCULO 38.1, SE REFLEJA LA VERDADERA INTENCIONALIDAD DE ESTE DECRETO, QUE LOS RECURSOS SOCIALES PASEN A SER RECURSOS ASISTENCIALES!!!! ELIMINACIÓN DEL APARTADO 3 DEL ARTICULO 38</p> <p>Artículo 39.1. Personal técnico. Dirección. Introducción de criterios de prioridad de trabajo social,</p> <p>Artículo 42. 2. Personal técnico de las residencias: añadir que :Se asegurará la cobertura del personal técnico imprescindible para la elaboración y desarrollo del PIAP: trabajo social, fisioterapia, terapia ocupacional.</p> <p>CENTRO DE DIA: Se exigirá la presencia física de un profesional de trabajo social, de fisioterapia y de terapia ocupacional a jornada completa, pudiendo ampliar con la participación de las personas residentes en la elección, en lugar de decir que Las residencias podrán elegir de entre los perfiles profesionales los más adecuados a su tipología y al perfil de las personas residentes</p> <p>Artículo 42.3.b Auxiliar de referencia. SE CAMBIARÁ POR TRABAJADOR/A SOCIAL DE REFERENCIA</p> <p>Artículo 44. Personal de los centros de día.El centro de día contará con un grupo de profesionales que compondrá el equipo multidisciplinar integrado, al menos, por el siguiente personal: EN LOS CENTROS DE DÍA SON IMPRESCINDIBLES TRABAJADORA SOCIAL, FISIOTERAPEUTA Y TERAPUETA OCUPACIONAL.</p> <p>Artículo 44.b y 44.c: b) añadir que cuando se atienda a grado I. Y entre 120 horas y 160 horas cuando se atiendan a grado II y III. c)añadir que cuando se atienda a grado I. Y entre 120 horas y 160 horas cuando se atiendan a grado II y III. Según lo recogido en los artículos 43, 44 y 45, el ratio para personas sin dependencia de una vivienda de mayores sería de 2 auxiliares a jornada completa por cada 10 plazas. Y en residencia, con dependencia severa o gran dependencia, sería de 3 auxiliares por cada 20 personas residentes (1 menos que en viviendas) Y en Centros de día, que atienden grado III y grado II, sería de 2,5 auxiliares por 20 personas usuarias. Son cálculos incongruentes y no adaptados para la necesidad de apoyo y atención que necesitan el perfil de personas usuarias de estos recursos.</p> <p>Artículo 46. Personal de los centros de mayores. Añadir la figura como mínimo de trabajador/a social, como recoge el artículo 16 de la Orden de 21/05/2001</p>	<p>santos</p>		
--	--	---------------	--	--

	<p>Los centros de mayores de titularidad de la Junta de Comunidades contarán como mínimo con una persona que ejerza la dirección y una trabajadora social que podrá compaginar sus funciones cuando el Centro disponga de Centro de Día o Sepap y el personal necesario en número suficiente para cubrir el horario de apertura y cierre del centro, así como de los profesionales adecuados para el desarrollo de los programas y actividades que se realicen en el mismo. (artículo 16 Orden e 21/05/2001)</p> <p>Artículo 54.2.e. Programa de servicios y actividades de la residencia.</p> <p>En todas las residencias deberán garantizarse, al menos, los siguientes servicios (artículo 8.1. Orden 21/05/2001) Incluirá al menos:</p> <p>Programa ATENCIÓN SOCIAL Y PSICOLÓGICA psicosocial que garantice la atención integral del de la persona residente y su familia.</p> <p>2º integración y participación</p> <p>3º comunicación con la familia</p> <p>Recogido literalmente en el artículo 8.1.2 de la Orden de 21/05/2001</p> <p>En la SECCIÓN 4.ª FUNCIONAMIENTO DE CENTROS DE DÍA</p> <p>Artículo 57. Solo refleja como servicios que se prestan en Centros de Día, servicios de higiene y de transporte dejando los servicios de rehabilitación y terapia ocupacional al sescam</p> <p>Los Centros de día NO SON RESIDENCIAS, tienen otro objetivo y otra finalidad, creo que la administración podría al menos dedicarle unos minutos a definir los servicios que se prestan, Según lo recogido en el artículo 8 de la Orden 09/03/2011, los Centros de día estarán constituidos por los siguientes programas de intervención:</p> <p>Atención personalizada y cuidados básicos , terapia, fisioterapia, atención social, socioctural, integración en el entorno</p> <p>Restauración</p> <p>Transporte adaptado</p>			
<p>SED PUERTOLLANO I (34)</p>	<p>MI MARIDO ES USUARIO DEL CENTRO DE DÍA, ES UN GRADO III Y NECESITA ATENCIÓN FUNCIONAL, ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL, CUIDADOS BÁSICOS Y UNA ATENCIÓN SOCIAL Y ASESORAMIENTO A NOSOTROS, SU FAMILIA.</p> <p>NO CONCIBO ESTE SERVICIO SIN ESTOS GRANDES PROFESIONALES, TRABAJADORA SOCIAL , FISIOTERAPUETA, TERAPEUTA OCUPACIONAL , AUXILIARES (QUE CON TRES QUE ESTÁN DEBEN DE HACER UN ESFUERZO ENORME) Y CONDUCTOR DE TRANSPORTE.</p> <p>SOLICITO QUE LA PERSONA QUE TENGA QUE PUBLICAR ESTE DECRETO, VISITE ESTE CENTRO, Y HABLE CON LAS PERSONAS QUE ALLÍ ESTAN, Y CON LOS FAMILIARES QUE SIN ESTE CENTRO Y EL PERSONAL QUE DISPONE NO PODRÍA ATENDER EN CONDICIONES DIGNAS Y DE CALIDAD A M IMARIDO EN SU ENTORNO, EN SU DOMICILIO, Y CON LA CALIDAD QUE SE MERECE.</p> <p>SOLICITO QUE APAREZCA EN EL DECRETO LO QUE SON, RECURSOS SOCIALES, DE ATENCIÓN INTEGRAL, CON OBLIGACIÓN DE QUE EN TODOS EXISTA LAS FIGURAS DE ESTOS TRES TECNICOS, DE CONDUCTOR Y DE UN RATIO DE AUXILIARES DIGNO PARA ATENDER A GRANDES DEPENDIENTES, MÍNIMO 4 POR CADA 20 USUARIOS, GRACIAS.</p>	<p>pilarlopez</p>		

CENTROS DE DIA DIGNOS (35)	<p>TENGO UN FAMILIAR USUARIO DEL CENTRO DE DÍA, ES UN GRADO III Y NECESITA ATENCIÓN FUNCIONAL, ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL, CUIDADOS BÁSICOS Y UNA ATENCIÓN SOCIAL Y ASESORAMIENTO A NOSOTROS, SU FAMILIA.</p> <p>NO CONCIBO ESTE SERVICIO SIN ESTOS GRANDES PROFESIONALES, TRABAJADORA SOCIAL , FISIOTERAPUETA, TERAPEUTA OCUPACIONAL , AUXILIARES (QUE CON TRES QUE ESTÁN DEBEN DE HACER UN ESFUERZO ENORME) Y CONDUCTOR DE TRANSPORTE.</p> <p>SOLICITO QUE LA PERSONA QUE TENGA QUE PUBLICAR ESTE DECRETO, VISITE ESTE CENTRO, Y HABLE CON LAS PERSONAS QUE ALLÍ ESTAN, Y CON LOS FAMILIAIRES QUE SIN ESTE CENTRO Y EL PERSONAL QUE DISPONE NO PODRÍA ATENDER EN CONDICIONES DIGNAS Y DE CALIDAD A M IMARIDO EN SU ENTORNO, EN SU DOMICILIO, Y CON LA CALIDAD QUE SE MERECE.</p> <p>SOLICITO QUE APAREZCA EN EL DECRETO LO QUE SON, RECURSOS SOCIALES, DE ATENCIÓN INTEGRAL, CON OBLIGACIÓN DE QUE EN TODOS EXISTA LAS FIGURAS DE ESTOS TRES TECNICOS, DE CONDUCTOR Y DE UN RATIO DE AUXILIARES DIGNO PARA ATENDER A GRANDES DEPENDIENTES, MÍNIMO 4 POR CADA 20 USUARIOS, GRACIAS.</p>	anabarba		
CENTROS DE DIA DIGNOS (36)	<p>MI MADRE ES USUARIA DEL CENTRO DE DÍA, ES UN GRADO II Y NECESITA ATENCIÓN FUNCIONAL, ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL, CUIDADOS BÁSICOS Y UNA ATENCIÓN SOCIAL Y ASESORAMIENTO A NOSOTROS, SU FAMILIA.</p> <p>NO CONCIBO ESTE SERVICIO SIN ESTOS GRANDES PROFESIONALES, TRABAJADORA SOCIAL , FISIOTERAPUETA, TERAPEUTA OCUPACIONAL , AUXILIARES (QUE CON TRES QUE ESTÁN DEBEN DE HACER UN ESFUERZO ENORME) Y CONDUCTOR DE TRANSPORTE.</p> <p>SOLICITO QUE LA PERSONA QUE TENGA QUE PUBLICAR ESTE DECRETO, VISITE ESTE CENTRO, Y HABLE CON LAS PERSONAS QUE ALLÍ ESTAN, Y CON LOS FAMILIAIRES QUE SIN ESTE CENTRO Y EL PERSONAL QUE DISPONE NO PODRÍA ATENDER EN CONDICIONES DIGNAS Y DE CALIDAD A M IMARIDO EN SU ENTORNO, EN SU DOMICILIO, Y CON LA CALIDAD QUE SE MERECE.</p> <p>SOLICITO QUE APAREZCA EN EL DECRETO LO QUE SON, RECURSOS SOCIALES, DE ATENCIÓN INTEGRAL, CON OBLIGACIÓN DE QUE EN TODOS EXISTA LAS FIGURAS DE ESTOS TRES TECNICOS, DE CONDUCTOR Y DE UN RATIO DE AUXILIARES DIGNO PARA ATENDER A GRANDES DEPENDIENTES, MÍNIMO 4 POR CADA 20 USUARIOS, GRACIAS.</p>	eloisa		
CENTROS DIA CON TSOCIAL, TERAPIA Y FISIO OBLIGATORIO (37)	<p>TENGO UN FAMILIAR USUARIA DEL CENTRO DE DÍA, ES UN GRADO II Y NECESITA ATENCIÓN FUNCIONAL, ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL, CUIDADOS BÁSICOS Y UNA ATENCIÓN SOCIAL Y ASESORAMIENTO A NOSOTROS, SU FAMILIA.</p> <p>NO CONCIBO ESTE SERVICIO SIN ESTOS GRANDES PROFESIONALES, TRABAJADORA SOCIAL , FISIOTERAPUETA, TERAPEUTA OCUPACIONAL , AUXILIARES (QUE CON TRES QUE ESTÁN DEBEN DE HACER UN ESFUERZO ENORME) Y CONDUCTOR DE TRANSPORTE.</p> <p>SOLICITO QUE LA PERSONA QUE TENGA QUE PUBLICAR ESTE DECRETO, VISITE ESTE CENTRO, Y HABLE CON LAS PERSONAS QUE ALLÍ ESTAN, Y CON LOS FAMILIAIRES QUE SIN ESTE CENTRO Y EL PERSONAL QUE DISPONE NO PODRÍA ATENDER EN CONDICIONES DIGNAS Y DE CALIDAD A M IMARIDO EN SU ENTORNO, EN SU DOMICILIO, Y CON LA CALIDAD QUE SE MERECE.</p> <p>SOLICITO QUE APAREZCA EN EL DECRETO LO QUE SON, RECURSOS SOCIALES, DE ATENCIÓN INTEGRAL, CON OBLIGACIÓN DE QUE EN TODOS EXISTA LAS FIGURAS DE ESTOS TRES TECNICOS, DE CONDUCTOR Y DE UN RATIO DE AUXILIARES DIGNO PARA ATENDER A GRANDES DEPENDIENTES, MÍNIMO 4 POR CADA 20 USUARIOS, GRACIAS.</p>	JOSE V		
CENTROS DIA CON TSOCIAL, TERAPIA Y FISIO OBLIGATORIO (38)	<p>MI ABUELA ES USUARIA DEL CENTRO DE DÍA, ES UN GRADO III Y NECESITA ATENCIÓN FUNCIONAL, ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL, CUIDADOS BÁSICOS Y UNA ATENCIÓN SOCIAL Y ASESORAMIENTO A NOSOTROS, SU FAMILIA.</p> <p>NO CONCIBO ESTE SERVICIO SIN ESTOS GRANDES PROFESIONALES, TRABAJADORA SOCIAL , FISIOTERAPUETA, TERAPEUTA OCUPACIONAL , AUXILIARES (QUE CON TRES QUE ESTÁN DEBEN DE HACER UN ESFUERZO ENORME) Y CONDUCTOR DE TRANSPORTE.</p> <p>SOLICITO QUE LA PERSONA QUE TENGA QUE PUBLICAR ESTE DECRETO, VISITE ESTE CENTRO, Y HABLE CON LAS PERSONAS QUE ALLÍ ESTAN, Y CON LOS FAMILIAIRES QUE SIN ESTE CENTRO Y EL PERSONAL QUE DISPONE NO PODRÍA ATENDER EN CONDICIONES DIGNAS Y DE CALIDAD A MI ABUELA EN SU ENTORNO, EN SU DOMICILIO, Y CON LA CALIDAD QUE SE MERECE. ADEMÁS DE SERVIR DE APOYO Y CONCILIACIÓN AL CUIDADO QUE LE PRESTA MI MADRE COMO HIJA</p> <p>SOLICITO QUE APAREZCA EN EL DECRETO LO QUE SON, RECURSOS SOCIALES, DE ATENCIÓN INTEGRAL, CON OBLIGACIÓN DE QUE EN TODOS EXISTA LAS FIGURAS DE ESTOS TRES TECNICOS, DE CONDUCTOR Y DE UN RATIO DE AUXILIARES DIGNO PARA ATENDER A GRANDES DEPENDIENTES, MÍNIMO 4 POR CADA 20 USUARIOS, GRACIAS.</p>	FELICIANO		

<p>CENTROS DIA CON TSOCIAL, TERAPIA Y FISIO OBLIGATORIO (39)</p>	<p>MI MADRE ES USUARIA DEL CENTRO DE DÍA, ES UN GRADO III Y NECESITA ATENCIÓN FUNCIONAL, ATENCIÓN DE TERAPIA OCUPACIONAL, CUIDADOS BÁSICOS Y UNA ATENCIÓN SOCIAL Y ASESORAMIENTO A NOSOTROS, SU FAMILIA. NO CONCIBO ESTE SERVICIO SIN ESTOS GRANDES PROFESIONALES, TRABAJADORA SOCIAL , FISIOTERAPUETA, TERAPEUTA OCUPACIONAL , AUXILIARES (QUE CON TRES QUE ESTÁN DEBEN DE HACER UN ESFUERZO ENORME) Y CONDUCTOR DE TRANSPORTE. SOLICITO QUE LA PERSONA QUE TENGA QUE PUBLICAR ESTE DECRETO, VISITE ESTE CENTRO, Y HABLE CON LAS PERSONAS QUE ALLÍ ESTAN, Y CON LOS FAMILIAIRES QUE SIN ESTE CENTRO Y EL PERSONAL QUE DISPONE NO PODRÍA ATENDER EN CONDICIONES DIGNAS Y DE CALIDAD A M MADRE EN SU ENTORNO, EN SU DOMICILIO, Y CON LA CALIDAD QUE SE MERECE. ADEMAS DE PRESTAR ALGO QUE NO PRESTAN EL RESTO DE CENTROS, UNA ATENCIÓN A LA FAMILIA Y RESPIRO Y CONCILIACIÓN PARA LAS CUIDADORAS QUE TENEMOS QUE TRABAJAR. SOLICITO QUE APAREZCA EN EL DECRETO LO QUE SON, RECURSOS SOCIALES, DE ATENCIÓN INTEGRAL, CON OBLIGACIÓN DE QUE EN TODOS EXISTA LAS FIGURAS DE ESTOS TRES TECNICOS, DE CONDUCTOR Y DE UN RATIO DE AUXILIARES DIGNO PARA ATENDER A GRANDES DEPENDIENTES, MÍNIMO 4 POR CADA 20 USUARIOS, GRACIAS.</p>	<p>MERE</p>		
<p>NO PERMITAMOS RETROCEDER 50 AÑOS (40)</p>	<p>ESTUDIÉ TRABAJO SOCIAL POR VOCACIÓN. MI TÍO TENÍA SINDROME DE DOWN, Y CUANDO ÉL NACIÓ, HACE 58 AÑOS, NO EXISTÍAN CENTROS DE ATENCION INTEGRAL, SOLO CENTROS DONDE RECIBIR CUIDADOS BÁSICOS PARA QUIEN NO LOS PUDIERA ATENDER EN SU CASA... MI ABUELA NO QUERÍA ESO PARA SU HIJO, QUERÍA UNA ATENCIÓN PROFESIONAL, ALGUIEN QUE PUDIERA OFRECERLE LA ATENCIÓN QUE ELLA NO PODÍA DARLE, UNA EDUCACIÓN Y TRATAMIENTO ACORDE A SU DISCAPACIDAD Y A SU SITUACIÓN, PUDIENDO MANTENERSE EN SU DOMICILIO CON SU FAMILIA. ESTUDIÉ TRABAJO SOCIAL PARA PODER PROMOVER ESTE TIPO DE RECURSOS, PARA ORIENTAR A PERSONAS COMO MI ABUELA QUE SE SENTÍAN PERDIDAS ANTE UNA SITUACIÓN INESPERADA EN SU VIDA.... SOLO PUEDO SENTIR IMPOTENCIA TRAS LEER ESTE DECRETO Y VER QUE VOLVEMOS A RETROCEDER 60 AÑOS, DONDE LOS CENTROS VUELVEN A SER ASISTENCIALES, CENTROS PARA ESTAR, NO PARA VIVIR, NI MUCHO MENOS PARA VIVIR CON DIGNIDAD Y CALIDAD DE VIDA... AÚN HAY TIEMPO PARA VALORAR LO QUE YA TENEMOS, PARA FOMENTARLO Y REMUNERARLO, Y VOLVER A SER UNA DE LAS COMUNIDADES PIONERAS EN SERVICIOS SOCIALES, DE ESOS DE DE CALIDAD, SERVICIOS PÚBLICOS DE ACCESO A TODO EL MUNDO, Y NO DE FOMENTAR UNA INDUSTRIA SOCIAL DONDE INTERESE MÁS QUE LAS EMPRESAS QUIERAN INVENTIR EN PERSONAS A PRECIO QUE LES SALGA RENTABLE. MI ABUELO, CON 92 AÑOS, ME HA DADO PERMISO PARA QUE CUENTE LA HISTORIA DE MI TIO, Y LA HAGO EN SU NOMBRE.</p>	<p>JULIAN R</p>		