

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADO EN LA PERSONA / PROYECTO DE VIDA

REFLEXIÓN PLANTEADA

1. El decreto actual habla de un **modelo de atención integral y centrada en la persona**. Se debería especificar con mayor detalle, el significado y los pilares que debe cumplir un modelo de estas características, (ejemplo: Esta especificidad ya ha sido recogida en otras comunidades, como la de Cantabria, que explica el modelo en su Orden UMA/11/2019, de 14 de marzo).

2. En el **Art. 26**, sobre la atención integral, debería concretarse mejor a qué se llama **una atención global de salud y bienestar**. En el Decreto se indica que se deberán considerar debidamente coordinados entre sí los aspectos sanitarios, físicos, sociales, psicológicos, ambientales, convivenciales, relacionales, culturales entre otros. ¿Hay un orden de prioridades entre ellos? por ejemplo, con la pandemia han quedado más manifiestamente claras algunas necesidades de salud que otras. La experiencia de la pandemia ha dejado algunas carencias más claramente demostradas que otras, por lo que debiera de ser de aplicación práctica para el futuro.

3. Unificar **criterios en los tres territorios**, para que no haya agravios comparativos

El Decreto no ha permitido la homogeneización de criterios que permitan aplicar el mismo modelo en todos los territorios ni en las organizaciones, ya que algunos aplican los mínimos y otros los superan potenciando la personalización.

Se deberían ir **homologando y unificando para los tres territorios** criterios como:

- Tasas de provisión de servicios por unidades territoriales (comarcales, subcomarcales, locales, territoriales).
- Criterios de acceso en las listas de espera para centros residenciales y de día.
- Ratios de plantillas.
- Precios públicos.
- Protocolos mínimos aplicables en función del tipo de centro y situación.
- Indicadores de procesos y de resultados (sanitarios y sociales).

4. Se pueden definir elementos de transición que permitan pasar del modelo de convivencia institucional al modelo de convivencia doméstica:

- Creación de ambiente doméstico / transformación de espacios: nevera, cocina con acceso con restricciones mínimas.
- Flexibilización en cuanto a participación del entorno, no sólo en cuanto a visitas, sino en cuanto a participación en actividades de cuidado como comidas, en situación de enfermedad, utilización de espacios de forma flexible, etc.
- Generación de espacios de intimidad, en función de lo que permita la situación de la persona, de forma que la persona cuente su espacio propio que puede mantener según sus preferencias, al que el personal tiene que llamar a un timbre para entrar, en el que recibir a la familia, contactos, etc.

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADO EN LA PERSONA / PROYECTO DE VIDA

REFLEXIÓN PLANTEADA

- 5.. Cabría plantear la opción de que el nivel de recursos económicos también figurara entre los criterios de acceso y no exclusivamente el nivel de dependencia o la edad.
6. Vinculado a la reflexión sobre el modelo de residencias, estaría la necesidad de revisar de forma más global la Cartera de Servicios Sociales.
7. Los mecanismos de participación de los familiares se recogen en la normativa, pero en muchos casos no funcionan en la práctica, hay quejas por parte de las asociaciones de familiares. Sería conveniente regular este aspecto
8. A la hora de concertación de plazas, **se prioriza la Dependencia de grado III**, debido a lo cual:
 - ✓ El **ámbito sanitario adquiere más peso**. El modelo no está respondiendo a esta situación, ya que se está prestando el servicio con unas ratios y unas estructuras pensadas para la situación previa.
 - ✓ El acompañamiento de **final de vida y los cuidados paliativos** deben tener un espacio recogido en la legislación.
 - ✓ Es necesario profundizar en las necesidades **diferenciadas que plantean los grados de dependencia**.
9. **Art. 31**, es necesario hacer un **cambio de enfoque del PAI al concepto de Proyecto de Vida** en el que se profundice más en diseñar un plan no sólo individualizado, sino además personalizado. Introducir concepto de **Plan de apoyo personal a su Proyecto de Vida**. Ahora en muchos casos el PAI se gestiona con un mero trámite, pero no como una herramienta efectiva para la calidad asistencial. Se debe, por tanto, incluir en la historia de cada persona residente los datos relevantes para la persona y que se incluyan sus valores. En este sentido, sería un objetivo conocer y reconocer la *vida Biográfica* del usuario. Se debiera recoger en el PAI, la manera como le gustaría ser atendido en determinadas circunstancias de la vida: situaciones de agravamiento de su salud, empeoramiento súbito, etc., así como dejar constancia en la Historia Clínica de Osabide, si tiene voluntades previas, si deja algunas instrucciones de cómo ser tratado en situación terminal, la posibilidad de rechazar determinados tratamientos en situaciones determinadas, etc.....

MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL Y CENTRADO EN LA PERSONA / PROYECTO DE VIDA

REFLEXIÓN PLANTEADA

10. Es necesario revisar la terminología y definiciones que se utilizan a lo largo del Decreto. Potenciar los elementos más significativos para la implantación del Modelo AICP, por ejemplo:

- ✓ Sustituir el concepto de módulos por “unidades de convivencia” e incluso por “espacios de bienestar”
- ✓ Sustituir el PAI, por “Plan de apoyo personal al proyecto de vida”.
- ✓ Gestión de caso

11. Art. 34.2, Sujeción física : Si se inicia un proceso de sujeción mecánica, esta intervención quedará reflejada en la historia clínica del usuario con las explicaciones adecuadas que den razón de la medida tomada. La medida será revisada con la periodicidad oportuna, la proporcionalidad de la medida adoptada con la gravedad, y el riesgo de la situación para el usuario quedará reflejado, y se suspenderá lo más precozmente posible. El responsable de las medidas estará siempre dispuesto a justificar y dar razón de su indicación.

12. Las Plazas de Respiro, son para estancias temporales que deben de establecerse un número mínimo en base poblacional, con elección de fechas por parte de las familias, para que se realice la función de respiro, según su necesidad y no en las fechas que determine la institución. Estos servicios deben establecerse con un enfoque de proximidad a las poblaciones, al menos con distribución geográfica comarcal.

13. Incluir la obligatoriedad de **medir el nivel de dependencia** que tienen las personas residentes, que podría ser obligado hacerlo cada año en general y siempre que sus condiciones hayan sufrido un cambio (en cualquiera de los parámetros que se valoran para determinar la dependencia).

UNIDADES CONVIVENCIALES

REFLEXIÓN PLANTEADA

14. El modelo de estructura modular deja de tener sentido actualmente; se debe avanzar hacia unidades más reducidas y se debe plantear el modelo de unidad de convivencia como mayoritario de cara a futuro, pudiendo ofrecer algún modelo alternativo, a ambos lados del espectro (unidades psicogerítricas en el lado de mayor supervisión y para personas con mayor grado de autonomía en el lado en el que menos supervisión se necesita).

Art. 24, Unidad de convivencia. Todos los centros estarán organizados en base a unidades de convivencia, independientemente de su dimensión. ***Esta organización de las residencias actuales es clave para la transformación de los actuales centros residenciales en “otra cosa”, por lo que es necesaria su implantación en todo tipo de centros, independientemente de su dimensión.*** Habrá que concretar las ratios profesionales que como mínimo, deben existir en este tipo de unidades. Hay que tener en cuenta que esta adaptación de los Centros Residenciales, necesitará de un tiempo (en función de su estructura actual) para su adaptación. También sería necesario plantear los **criterios de composición** de las unidades convivenciales (edad, nivel de dependencia, afinidades, ...)

15. Art. 22, Unidades de Psicogeriatría. Todos los centros de alta intensidad de personas dependientes (artículo 3, b), dispondrán de al menos una unidad de psicogeriatría destinada a personas con demencia y problemas de comportamiento y/o riesgo de fugas, diferenciándola de los colectivos de personas con enfermedad mental y de las personas con discapacidad intelectual. Se deben definir y cuantificar detalladamente las ratios por tipo de profesional de las Unidades de psicogeriatría y el número de plazas existentes.

16. Art.23, Unidades Sociosanitarias. Son unidades que requieren atención sanitaria y social coordinada y estable, y ajustada al principio de continuidad de la atención. Estos presentan mayores necesidades de atención sanitaria – cargas de enfermería, etc. – que no pueden ser atendidas en los centros residenciales locales. Se deben definir y cuantificar detalladamente las ratios por tipo de profesional de estas Unidades Sociosanitarias.

17. La falta de rotación del personal en unidades convivenciales: a priori es un aspecto deseable desde el punto de vista de las personas usuarias, pero penaliza a los profesionales que atiendan a grupos más demandantes, con problemas de comportamiento, por ejemplo. Es un factor de riesgo en materia de salud laboral, debido a la gran carga física y emocional.

18. Con respecto a la **polivalencia o plurifuncionalidad** que se vinculan con la flexibilidad de funciones necesaria para el buen funcionamiento de las unidades de convivencia, preocupa porque favorece un fenómeno que se está dando de derivación de determinadas tareas desde personal más cualificado / especializado a personal menos cualificado por motivos de menor coste salarial, incluyendo tareas que por su criticidad o por el grado de conocimientos que requieren no deberían asumir.

RATIOS, PERFILES Y MODELO LABORAL

REFLEXIÓN PLANTEADA

19. El tratamiento que se hace en el Decreto de los perfiles profesionales y de las funciones asociadas no es el adecuado para la implantación del modelo ACP.

- ✓ Falta definición de funciones en general, y de forma específica las de enfermería.
- ✓ Se contempla un coordinador, pero se considera importante que se contemple que debe haber **un responsable de cuidado**, integrado en un equipo multidisciplinar.

20. El **Art. 27, Profesional de referencia**. Parece oportuno puntualizar que no quedan suficientemente claras las **funciones de este profesional**. Tener una visión global de la organización debe ser explicado con más claridad. Es importante explicitar qué formación debe de tener, qué titulación, qué grado de experiencia tiene en su práctica de atención geriátrica, su grado de autonomía e iniciativa profesional.

21. Se reivindican las distintas figuras profesionales:

- ✓ Las sanitarias especializadas en geriatría (geriatra y enfermera geriátrica) que pueden dar atención realmente especializada.
- ✓ Importancia de la fisioterapia
- ✓ Las auxiliares de enfermería, a las que se tiende a encomendar la realización de tareas domésticas y sería deseable liberarlas de ellas.

22. Sería necesario replantear la formulación de los ratios. En el Decreto están calculadas en base a disponibilidad de recursos con una base anual y no tiene sentido, ya que no garantiza una dedicación estable, distribuida en el tiempo, que es lo que garantizaría la dedicación de recursos mínimos por plaza o residente. Por ejemplo, no se garantiza la atención nocturna, sobre todo si los espacios físicos a cubrir. Habría que cambiarla por ratios presenciales (nº de personas por plaza) quizá con algunas salvedades en algunas disciplinas que puedan estar disponibles por horas.

23. En el Decreto solo se establecen dos ratios en función del nivel de dependencia para autónomos, (grado 0 y I) y dependientes (grados II y III). En este momento, las personas autónomas son muy poco frecuentes en las residencias, mientras que en el interior de este gran grupo (II y III), las diferencias de necesidades de atención son muy importantes, y por tanto se deberán de exigir unos ratios más acordes con esta situación, diferenciando los niveles.

24. Que se iguale en el Decreto los ratios de auxiliar de geriatría al exigido por la DFG para la concertación.

RATIOS, PERFILES Y MODELO LABORAL

REFLEXIÓN PLANTEADA

25. El **Art. 40.2**, relativo a la cualificación profesional de la Dirección, debe mantenerse la exigencia de cualificación profesional universitaria oficial (sin excepción), en todos los Centros Residenciales de Personas Dependientes, ya que es un puesto que debe estar cualificado y con conocimientos en Gestión de Centros.

26. Debería hablarse además de la carga de trabajo efectiva para cada persona, es decir, cada persona qué tiene que hacer y cuánto tiempo supone.

27. Con respecto a la mejora que pudiera suponer a la hora de organizar la carga de trabajo el reorganizar las tareas y liberar de las tareas de apoyo (trabajos domésticos, logísticos) al personal de atención directa, hay que tener presente que en cualquier caso, aunque se subcontrataran, supondrían unos recursos adicionales.

ASPECTOS SANITARIOS / COORDINACIÓN SANITARIA

REFLEXIÓN PLANTEADA

28. El **Art. 18**, trata del Área Sanitaria, que básicamente refiere aspectos relativos a la estructura de los espacios y dependencias destinadas a esta función. Sin embargo, se echa en falta en este apartado, aspectos relacionados con la **funcionalidad de las actividades sanitarias** y el **registro** de las mismas por los diferentes profesionales sanitarios.

29. En el **Art. 29**, sobre las Condiciones y contenidos mínimos del servicio residencial para personas mayores, divide en varios apartados las prestaciones. Las prestaciones de contenido sanitario deberían incluirse en un mismo punto, diferenciando si se atienden por médicos, enfermeras, fisioterapeutas y/o terapeutas ocupacionales, en función de la actividad relacionada con la prestación concreta que se quiera definir.

30. Dado que la Asistencia Sanitaria de las personas residenciadas depende de los Servicios de Salud de cada Comunidad, debe ser de obligado cumplimiento para los profesionales sanitarios, registrar sus intervenciones y los datos clínicos obtenidos en una Historia Clínica única de cada persona residente (paciente en tanto que reciben asistencia), según lo establecido en la Ley 41/2002, de 14 de noviembre, básica reguladora de la autonomía del paciente y de derechos y obligaciones en materia de información y documentación clínica y en el artículo 14 de la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de Cohesión y Calidad del Sistema Nacional de Salud.

✓ La Historia Clínica de Osakidetza se ha desplegado en todos los Centros Residenciales de la CAPV así como la Prescripción Electrónica de medicamentos y otros productos farmacéuticos, por lo que , existiendo un acceso a la misma, debe exigirse a los profesionales el registro de todas sus intervenciones así como garantizar su acceso a la lectura de los mismos.

EVALUACIÓN E INSPECCIÓN

REFLEXIÓN PLANTEADA

- 31. Los servicios de inspección no tienen un enfoque adecuado:** no son una herramienta efectiva de identificación de áreas de mejora.
- 32.** En el Decreto solo se plantea que se debe contar con un **modelo de evaluación de la calidad**, pero no se especifica apenas nada más. Se considera que contar con un indicadores y puntuación mínima a obtener para poder homologarse o concertarse puede ser interesante.
- 33.** Establecer **Indicadores de Calidad de la Asistencia Sanitaria** del mismo tipo que los utilizados en Atención Primaria y en Unidades de Convalecencia, y dejar claro quién debe ser el organismo que los evalúe. Sería deseable que fuera el mismo que evalúe los resultados de los compromisos asistenciales incluidos en los Contratos Programa del Departamento de Salud, adaptándolos a la realidad de los Centros Residenciales. La calidad de la atención Sanitaria, deberá ser la misma exigible, resida la persona en su domicilio o en una residencia.
- 34.** Los Servicios de Inspección de los Territorios Históricos deberán publicar memorias territoriales de los Servicios de Inspección de los centros residenciales, con especial atención a los protocolos de actuación recogidos en el artículo 36, apartado i). En este sentido, habría que pensar en considerar la función de Alta Inspección dependiente del G.V. para avanzar en la detección de diferencias existentes y promocionar las mejoras prácticas. Sus actuaciones consistirán, según el Art. 4.2 del Decreto 238/2010 de Alta Inspección en materia de Servicios Sociales, en:
- ✓ La realización de análisis, investigaciones o estudios de los servicios sociales del País Vasco dirigidos a comprobar el funcionamiento correcto y equilibrado del sistema en su conjunto, que darán lugar a informes (cuando el escrito se emita por propia iniciativa) o dictámenes (cuando el escrito se le solicite) y,
 - ✓ En caso de incumplimiento de la normativa vigente, propuestas de requerimiento dirigidas a la Administración correspondiente.
- 35.** En relación a la participación de los y las trabajadoras, se sugiere crear un canal anónimo para trasladar cuestiones que surjan como la escasez de materiales o cuestiones importantes que se escapan a lo estrictamente laboral.

MODELO DE GESTIÓN

REFLEXIÓN PLANTEADA

36. Valorar la **incorporación de funciones de gestión de casos**, siempre de forma coordinada con las funciones de profesional de referencia, potenciando y definiendo de forma más clara dichas funciones.

37. Se debe ajustar el tamaño de las unidades de gestión. En principio a mayor nivel de dependencia, mayor beneficio al disminuir el tamaño. Sólo en el caso de necesidades de supervisión mínima puede no ser relevante. Es complejo establecer un nº fijo ya que estamos condicionados con las condiciones ambientales y especialmente arquitectónicas de los espacios actuales.

38. En relación con la situación de las personas residenciadas durante la Pandemia actual (Covid- 19), creemos que no se han podido respetar en su totalidad los principios en los que se basa una atención centrada en la persona, y que deberían establecerse **planes de contingencia para futuras situaciones similares**, que los pudieran garantizar. Basta como ejemplo mencionar la situación de aislamiento que en general se ha vivido, llegando en alguna ocasión a un final de vida sin acompañamiento de familiar o allegado.

39. Art. 34. La **seguridad del usuario** será siempre uno de los objetivos prioritarios. En situación COVID u otras circunstancias de índole similar, se acentuará la vigilancia de posibles contagios y se reforzarán los recursos dedicados a atención y a la protección de los profesionales (EPI) y de las personas residentes, poniendo en marcha las directrices y protocolos que establezcan las autoridades de referencia sanitaria y social.

40. Se desconoce la situación en cuanto a la participación democrática real de las personas usuarias o de sus familias, ya que dicha información no está disponible. Solamente cuando existe una crisis parece hablarse de este tema y en esas situaciones, por lo general, la Administración está cuestionada. Un cauce de participación habitualmente ejercitado podría garantizar a los usuarios el ejercicio de sus derechos.