

JORNADA ASCAD: Inspección y modelo.

MESA II: EL MODELO ASISTENCIAL.

Conclusión de consenso: Es importante y necesario cambiar el modelo actual.

Preguntas claves:

¿Podría aguantar un modelo educativo en el que un porcentaje equivalente al 50% de los niños escolarizados estuvieran SIN escolarizar?. NO.

¿Podría aguantar un modelo sanitario en el que el 50% de las personas hospitalizadas estuvieran SIN atención sanitaria?. NO.

¿Podría aguantar el estado un sistema impositivo en el que el equivalente al 50% de las personas que deben pagar impuestos sean opacas fiscalmente sin que eso conlleve una actuación?. NO.

¿Por qué no se construyen más plazas residenciales?

Concluimos en que modelos que no tengan respuesta a estas situaciones, necesariamente deben someterse a revisión urgente.

CAPÍTULO DE DATOS:

A pesar de la **opacidad informativa** de la Conselleria TASiF. (estamos en julio y nuestra Conselleria no ha dado ni un solo dato de la atención a la dependencia en Cataluña en todo el año 2019)

Veamos que pasa en cifras de la dependencia de Cataluña: (IMSERSO mayo/2019)

- **159.884 dependientes atendidos**
- **74.332** dependientes con resolución aprobada y en **lista de espera**.
- Se estima que **cada día fallecen 6 personas** en la lista de espera (AEDGSS)
- **Limbo estadístico** de 16.685 personas (dic/2018)

Datos en cuanto al perfil de los residentes actuales:

Mayor pérdida de autonomía: dependencias severas.

Afloramiento y descompensación de cronicidades latentes y complicaciones agudas sobrevenidas sobre la cronicidad.

Mayor necesidad de atención de trastornos cognitivos.

Expectativa vital media al ingreso en residencia 15 meses.

El perfil de los nuevos residentes es de importancia capital para el concepto de los nuevos espacios/nuevas necesidades totalmente diferentes a las de hace tan solo un lustro.

Datos: Proyección evolutiva sobre la dependencia a corto, medio y largo a partir de los datos del Primer Trimestre 2019:

| | Datos Actuales | Proyección de 03/19 a: | | | | | |
|---|---------------------|-------------------------------|------------|------------|------------|------------|------------|
| MESES | | | 96 | | 216 | | 336 |
| AÑOS | 30-3-19 | 2021 | 2026 | 2031 | 2036 | 2041 | 2046 |
| POBLACIÒN ESPAÑA: | 46.733.000 | 46.416.500 | 46.100.000 | 45.800.000 | 45.500.000 | 45.100.000 | 44.700.000 |
| % POBLACION MAYORES 65 AÑOS | % 18,60 | Datos estimados: | | | | | |
| | 8.692.338 | 20,65 | 22,70 | 25,80 | 28,60 | 31,71 | 34,30 |
| ESPAÑA: <u>depend c/derecho</u> | 1.318.141 | 1.446.193 | 1.574.244 | 1.765.919 | 1.957.594 | 2.132.030 | 2.306.465 |
| Depend. c/prestación | 1.054.275 | 1.161.758 | 1.269.241 | 1.423.780 | 1.578.319 | 1.718.958 | 1.859.597 |
| lista. espera: | 253.346 | 279.175 | 305.003 | 342.139 | 379.276 | 413.072 | 446.868 |
| CATALUÑA: <u>dependientes c/derecho</u> | 232.508 | 253.644 | 277.682 | 310.851 | 345.302 | 375.297 | 406.839 |
| depend. c/prestación | 158.340 | 174.483 | 190.625 | 213.835 | 237.045 | 258.168 | 279.290 |
| Gr. II - III | 26.382 | 29.290 | 32.197 | 36.382 | 40.566 | 44.608 | 48.651 |
| GR. I | 47.786 | 52.658 | 57.530 | 64.534 | 71.539 | 77.913 | 84.288 |
| lista espera cat: total | 74.168 | 79.161 | 87.057 | 97.016 | 108.256 | 117.129 | 127.549 |
| Nº PLAZAS RESIDENCIA CAT: (RESES 2018) | 59.888 | Necesidades estimadas: | | | | | |
| | | 65.994 | 72.099 | 80.878 | 89.656 | 97.645 | 105.634 |
| Necesidad de Incrementar: | Incre. Total plazas | 6.106 | 12.211 | 20.990 | 29.768 | 37.757 | 45.746 |
| Crear nº plazas/mes (para mantener el nivel actual de atención/desatención). | Incre. Plazas/mes | | 127 | | 138 | | 136 |

Datos respecto la creación de plazas Catalunya: (fuente RESES)

2015: 58.667 plazas.

2018: 59.888 plazas.

Es decir, en Cataluña se han creado en los tres últimos años 1.221 plazas.

Si las necesidades para mantener el deficitario nivel de cobertura actual trasladable al año 2021 sería crear 6.106 plazas, el dato de estos tres últimos años nos dice que el ritmo de cobertura real **será aún más catastrófico que las previsiones.**

Concluimos: que el modelo ya se ha agotado y ahora actúa con efecto boomerang siendo un **modelo inadecuado** ... y una vergüenza de país mantenerlo en exclusiva. Comparativamente con Sanidad o Educación, la Dependencia de las personas está en situación de abandono y desamparo extremo, de verdadera **alarma social**. No se puede hablar de modelos de excelencia, ni tan solo de eficacias, cuando hay 1/3 de beneficiarios evaluados con derechos reconocidos fuera de la cobertura.

Proponemos:

1.- Las **líneas** sobre qué debería moverse el cambio para un modelo de futuro debieran pasar por tomar conciencia a la población que se dirige y ser un modelo:

- **Vivable:** que atiende a nivel de mínimos suficientes, no estamos en situación de crear modelos de excelencia que simplemente se conviertan en “derechos de papel para quedar bien” destinados a unos privilegiados.
- **Viable económicamente:** tanto a nivel de creación de plazas como a nivel de los presupuestos necesarios para su mantenimiento.
- **Equitativo:** Un derecho subjetivo NO puede descansar sobre la “suerte o el azar” de ser atendido en una proporción de casi el 2 a 1. El niño no puede “con suerte” ir a la escuela... La administración pública ha de ser equitativa **NECESARIAMENTE**.

2.- El **orden** en el criterio de los elementos a contemplar por el modelo, en analogía con la ACP:

- Es un sistema de atención a personas: El modelo en sí mismo no puede convertirse en un obstáculo para la finalidad en que se genera. El perfil residencial también ha cambiado y se ha sanitizado. Necesitamos avanzar entre la cooperación socio-sanitaria pero teniendo en cuenta un criterio “holístico” entre ambos, lo social y lo sanitario.
- Necesidades materiales: Deben partir del realismo y que una primera premisa debería ser el “no exilio necesario” de las personas fuera de sus entornos habituales.
- No ha de haber demasiada definición de las “condiciones materiales”, aunque se hagan unas normas mínimas necesarias, para que la adaptación a las necesidades sea ágil.
- Lo “mínimo - óptimo - excelente”:
Mínimo: lo suficiente,
Óptimo: algo de elección,
Excelente: para cada persona es diferente: objetivo de futuro.
No confundamos nuestras expectativas de excelencia con nuestra desgraciada realidad... de **abandono** asistencial. Entendemos que la línea actual debe moverse hacia **ensanchar** la asistencia, en consecuencia entre lo “mínimo y lo óptimo”:

3.- ¿Que tiene que **hacer** la normativa? (formas de intervenir):

- Espacio adaptado.
- Equipos profesionales.
- Directrices en cuanto a la forma de hacer las cosas.

- Atender a que los cambios de verdad se precipitan también desde la demanda y no exclusivamente desde la oferta, teniendo en cuenta que el modelo ACP es un “proceso en si mismo y no un fin.”
- Ante la grave desatención actual vemos prioritario que el modelo avance a corto plazo sobre prestaciones PEVS, -quitar prestaciones directas y dejarlo en PEVS-, pero con gran flexibilidad. (Convertir “derecho en dinero” que se “usa para servicio”).
- Empoderar a las personas.
- En cuanto a financiación, la normativa no debe beneficiar a “unos privilegiados que heredan” a costa del “esfuerzo impositivo de todos”. El copago debiera contemplar un reconocimiento de deuda (tipo Asturias) y no olvidar la directriz del Código Penal en cuanto al derecho de alimentos entre parientes.
- Respecto a los equipos, contemplar que los profesionales de los centros viven continuamente un final de la vida y esto provoca gran estrés y desgaste. Tenemos un grandísimo problema laboral y el recurso humano en un muy elevado número es personas es procedente de otras culturas y territorios. ¡¡Y menos mal!!

Advertimos algunas consideraciones y reflexiones previas sobre:

1.- Que se establezca un límite al número de camas por habitación o espacio de convivencia:

No conocemos ningún informe académico ni profesional que determine **como norma general** una mejor atención y orientación con habitaciones individuales, compartidas o múltiples Todo tiene sus ventajas e inconvenientes y está determinado por diferentes variables como son el estado de la persona, la especificidad del centro y los objetivos, entre otros.

Si habitaciones compartidas pueden tener sus pros y contras, el aislamiento y soledad es también, en principio, un elemento cuestionable y muy perjudicial para la persona. Vemos en entornos de países europeos socialmente avanzados -que ya pasaron hace años por planteamientos que hoy aquí nos parecen auténticos “TOTEMS asistenciales”- como están modulado sus criterios y en situaciones especiales de demencias evolucionadas o grandes dependencias priorizan habitaciones / espacios compartidos. El concepto “residencial & hotelero” es realmente escaso y antiguo. Tenemos la referencia, y hemos visitado, residencias de diferentes países con centros que son referencia internacional que ya trabajan hace tiempo con los denominados “**oasis asistenciales**”. En un mismo centro hay derentes alternativas asistenciales: desde habitaciones dobles hasta los conceptos de oasis de 6-7 o incluso 11 personas con perfiles predefinidos.

<https://dependencia.info/noticia/2733/visto-en-la-red/canal-inforesidencias.com-vemos-un-oasis-de-atencion-por-dentro-en-el-viaje-geroasistencial-a-zurich.html>

<https://dependencia.info/noticia/2443/innovacion/sabe-que-es-un-oasis-o-un-refugio-de-atencion.html>

2- Fijar unos horarios de levantarse, comer o ducharse con un estándar socialmente admitido. Otra barbaridad, la rigidez horaria.

Quien debe fijar los mejores horarios para los Residentes?, La Administración desde sus despachos?. El Residente con su familia y el Equipo multidisciplinar?. Las necesidades de la persona?. Sus disfunciones fisiológicas?. La organización de los centros?. El sentido común?.

Son aspectos funcionales muy complejos de manejar con diferentes lecturas y alternativas prácticas. Todos estamos aprendiendo y es un tema que no se resolverá por Ley sino por necesidades.

3- Cuestionamos la obligatoriedad de disponer de:

1 Despacho específico para los Profesionales

1 Sala específica para las Visitas/Familiares

1 Gimnasio

Y además, según el Modelo actual, con los mismos m2 independientemente del número de Residentes.

Su existencia o no ha de venir determinada tanto por el tamaño del centro, en cuanto al número de residentes, como por políticas asistenciales.

Gimnasio: El debate de si “los residentes han de ir al gimnasio” o tenemos que “introducir actividades saludables desde el punto de vista físico en las AVD de los residentes en diferentes espacios” es un debate abierto que también depende de diferentes factores y/o estrategias. Nos inclinamos más por no dogmatizar y procurar espacios polivalentes donde se puedan realizar diferentes actividades saludables motivadoras con apalancamientos de unas sobre otras, llámese área polivalente o como se llame. Es una cuestión de nomenclatura pero determinante.

Despacho específico para profesionales: Que puedan coincidir en el mismo horario más de 2-3 profesionales en centros pequeños es muy difícil. Los despachos también los consideramos como áreas polivalentes.

Sala específica para las Visitas/Familiares: También es complejo definir cuantitativamente este tema.

Imaginemos un 20% de visitas, que si bien en centros pequeños es un cifra irrelevante de familiares, en cambio, en centros con un número elevado de residentes, es mucho con lo que si es necesario e imprescindible su existencia.

4- Ratios de atención directa e indirecta. En cuanto a la negación o malinterpretación de la polivalencia y transversalidad y la imposibilidad de que las Auxiliares puedan desarrollar tareas cotidianas denominadas Atención Indirecta.

Si la atención centrada u orientada a la persona (ACP) debe de ser nuestro eje y la residencia la sustitución del hogar, no podemos llevar a cabo ni integrar esta filosofía sin la participación polivalente y transversal de los que son precisamente el eje central en esta atención (¡¡¡Las/os gerocultora/es!!!). Actividades domésticas como adecuar la habitación de los residentes, limpiar algún plato, barrer, doblar ropa, preparar un bocadillo o comida, etc..., hechas conjuntamente o acompañados/acompañando al residente en su realización son incluso positivas y una terapia proactiva basada en sus reminiscencias y roles domésticos de toda la vida y en las que precisamente hay mayor disponibilidad de participación de las personas institucionalizadas.

En consecuencia a lo anterior no podemos disociar con tanta exquisitez si es atención directa o indirecta. Debemos hablar de “atención integral” y personas calificadas para hacerlo. Esto es un debate superado hace muchos años en la Europa social que aquí se mantiene incomprensiblemente con criterios muy añejos. Utilizando la idea de un experto del sector con una gran dosis de “cumplimiento o cumpla-y-miento”

En otro orden es fácil comprender, y difícil de conseguir, que un centro pueda tener servicio de limpieza y lavandería las 24 horas del día con presencia física de atención indirecta.

Con un enfoque pragmático, ¿quien limpia en un momento determinado el suelo de un wc mojado accidentalmente de orina, o un vómito inesperado, o el comedor después de cenar??... el personal de atención indirecta al día siguiente y se deja allí la suciedad horas y horas???

Alguien duda de que esta norma de separación radical y absoluta de funciones no se cumple ni se puede cumplir ???. La pregunta es “porque existe aún” siendo tan anti funcional y actuando EN CONTRA de la atención a la persona. Obviamente este criterio no va en contra que el centro que por sus características opte por la separación de funciones y lo mantenga operativo 24h. No vemos ningún inconveniente a que lo haga.

5- La redistribución obligatoria de porcentajes dentro de los tiempos de Atención

Indirecta. Es una verdadera barbaridad sobreañadida al punto anterior.

Hoy en día la existencia de tecnologías/maquinarias tanto a nivel de lavandería, planchado-doblado, limpieza de suelos, programas de software, etc... hacen que no se deba de generar la imposición de unos determinados ratios de “**Atención Indirecta dentro de la Atención Indirecta**” dado que cada Centro es una unidad casi única y peculiar y la evolución y la tecnología están para algo. Es conocido por todos que en otros países ya se recurre incluso a la robótica para funciones delegables. Debemos diferenciar entre indicadores de procesos e indicadores de resultados, así de simple y sencillo.

Citemos dos ejemplos: Si la antigüedad de las instalaciones del centro determina sus necesidades de mantenimiento., ¿cómo podemos aplicarle un mismo ratio a unas instalaciones muy antiguas que a otras recién hechas?. O respecto a la ropa, lo evaluable es que la ropa esté limpia, sea porque lo laven a mano diez personas o que lo haga una lavadora industrial. (diferencia entre indicadores de proceso versus indicadores de resultados).

Esta indicación de normativa intervencionista con filosofía de cuando subian las piedras de las pirámides a empujones es la antítesis del I+D+I que tanto reclamamos... y que cuando existe no podemos desestimar.

6- La posible obligatoriedad de 2 Auxiliares como mínimo por la noche independientemente del tamaño del Centro.

Es básicamente un tema de costes y diferentes estrategias.

Esta norma desde hace ya más de 20 años no ha existido para centros de menos de 35 plazas y en estos las posibles incidencias derivadas de estar 1 Auxiliar se han resuelto con protocolos y medios de actuación alternativos como la obligatoriedad de contar con personal de “guardia no presencial”, de llevar un sistema de contacto (teléfono y

hoy en día mejor aún con la existencia del mecanismos de alarma por caídas o voluntario con la Compañía Securitas Direct y CaixaBank p.e.), la ayuda de la Policía Local en caso de precisarla, la localización permanente y obligatoria del Director, Médico, DUE, etc., cámaras de grabación y circuitos cerrados de vigilancia. El hecho de que haya podido ocurrir algún desgraciado suceso en algún centro lo que ha de determinar es la actuación sobre ese Centro en concreto y no tabla rasa al conjunto.

7- La actual exigencia de cada uno de los múltiples profesionales debiera revisarse:

Director, Médico, DUE, T. Social, Psicólogo, T. Ocupacional, Fisioterapeuta, RHS....

No existe ningún informe académico ni profesional que indique que este tipo de Asistencia y con estas proporciones reporte beneficios.

De hecho en diferentes CC.AA se contemplan diferentes ratios y diferentes profesionales, prueba de que nuestra normativa es muy cuestionable. Para los Países avanzados Socialmente es un Modelo que hace muchos años abandonaron y hoy se inclinan por la desaparición parcial de profesionales y la Polivalencia de las Auxiliares con una mayor especialización más el soporte de Enfermería o centros de referencia externa. Debieran reducirse inputs de profesionales de segundo nivel e incrementar de primer nivel con formaciones ocupacionales plurales.

8- El Modelo actual está determinando la desaparición de centros de pequeño y mediano tamaño y de proximidad a los Residentes así como debería contemplar las diferentes especializaciones

de centros que generen diferentes opciones de elección para los usuarios en contra del encorsetamiento actual de "meter a todo el mundo en el mismo molde" cuando las personas y las necesidades diferentes. La pluralidad de la ACP invita a la atención en grupos de residentes o unidades de convivencia reducidas y con identidades diferentes. En Cataluña el 55% de las plazas tienen menos de 50 residentes, algo hacemos mal cuando tenemos una realidad, propiciamos conceptos de evolución de futuro en línea con nuestra realidad ... y al tiempo la "hacemos desaparecer"!... cuando lo que parece es que debieramos trabajar sobre formas de mejorar y adaptar la realidad existente. Kafkiano.

Estas modalidades de convivencia reducida, estén en un centro grande o directamente pequeño, son las de primera elección de los Residentes cuando se les pregunta sobre valores como: El calor, afecto, contacto, proximidad... etc.

La dicotomía de centros grandes o pequeños es un tema en el que no nos gusta dogmatizar porque son debates asistenciales que conviene contextualizarlos, pero en la lógica asistencial un modelo no puede propiciar la desaparición del modelo que sugiere, esté en el inmueble que sea: grande, mediano o pequeño.

Atte.

Andrés Rueda

President ASCAD

Barcelona, 04/07/2019

ASCAD

ASSOCIACIÓ PROFESSIONAL CATALANA DE
DIRECTORS/ORES DE CENTRES I SERVEIS D'ATENCIÓ A LA DEPENDENCIA
C/ NARCÍS GIRALT, 56 1º C 08202 SABADELL infoascad@gmail.com NIF: G65248767

ASSOCIACIÓ PROFESSIONAL

Inscrita al Registre General d'Associacions, del Departament de Justícia de la Generalitat de Catalunya, amb el núm. 40652,
a l'empara de la Llei 7/2006, de 31 de maig, de l'exercici de les

PROFESSIONS TITULADES i dels COL·LEGIS PROFESSIONALS