

Comisión de Trabajo

“Nuevo modelo de cuidados”

ELKARGUNE DE PERSONAS

MAYORES

## INTRODUCCIÓN

Desde el Elkagurne de Personas Mayores, órgano de participación ciudadana, constituido por: agentes de distintas asociaciones de la ciudad de Vitoria-Gasteiz, representantes de grupos políticos, el Concejal del Departamento Municipal de Políticas Sociales, Personas Mayores e Infancia, así como otras personas que asisten a título particular, estamos preocupados por el Bienestar Social del colectivo de las Personas Mayores. Por eso, hemos creado una comisión de trabajo denominada Nuevo Modelo de Cuidados. Y aunque partimos de que el domicilio habitual es el lugar donde la mayoría de las personas desean ser atendidas y cuidadas, entendemos que existen casos en los que, por diversas circunstancias y situaciones, las personas mayores, sus familiares y representantes legales deben recurrir al ingreso en centros residenciales, bien como respiro o de manera continuada.

Cuando iniciamos este trabajo sabíamos que era extenso y complejo, también que los cuidados sobrepasan el ámbito municipal, pero nuestro objetivo es pensar en la atención personal e integral de los/las conciudadanos/as, por eso trataremos de abordarlo en sentido general y amplio, con el único ánimo de aportar y mejorar el modelo de atención a las personas mayores hoy en día existente.

El número total de personas con 65 y más años en la cuadrilla de Vitoria- Gasteiz, la de población más numerosa y envejecida, es **de 54.290**; 23.749 hombres y 30.541 mujeres. Le siguen la cuadrilla de Ayala, Llanada Alavesa y, en menor medida, Rioja, Montaña Alavesa, Gorbeialdea y Añana.

Los cambios sociales y a las características individuales de las situaciones, heterogéneas y con problemáticas diferentes, hacen que debamos plantearnos un nuevo modelo de atención y cuidados en Vitoria-Gasteiz. Algunos de estos cambios son:

- Aumentan el número de personas mayores de 65 años que viven solas, concretamente 12.700, según los últimos datos del Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, siendo la mayoría mujeres. El tema de la soledad nos preocupa, especialmente cuando se trata de soledad no deseada y en personas con situaciones de pobreza, dependencia y enfermedad mental. Desde una comisión de trabajo del Elkargune de Personas Mayores, se ha trabajado el tema de la soledad aportando un proyecto al Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, y estamos a la espera de conocer los resultados de otros programas y proyectos desde los que ya se está trabajando.

Adjuntamos algunas consideraciones relacionadas con el tema de la soledad en anexo I de este documento.

•Desde la Secretaría Técnica del Departamento de Políticas Sociales de la Diputación Foral de Álava nos facilitan los siguientes datos, a 31/12/2020, y que a continuación presentamos, relacionados con personas con 65 o más años en situación de dependencia, tanto en Vitoria-Gasteiz como en el resto de municipios de Álava, y que son los siguientes:

MUNICIPIO/GRUPO DE EDAD	H				M			
	G 1	G 2	G 3	TOTAL	G 1	G 2	G 3	TOTAL
VITORIA-GASTEIZ	778	596	397	1771	1730	1345	1142	4217
RESTO DE MUNICIPIOS DE ÁLAVA	317	239	171	727	566	504	476	1546
<b>TOTAL ÁLAVA</b>	<b>1095</b>	<b>835</b>	<b>568</b>	<b>2498</b>	<b>2296</b>	<b>1849</b>	<b>1618</b>	<b>5763</b>

Decir que estas personas tienen unas necesidades de atención concretas, tanto porque precisan de apoyos por parte de otras, bien por los procesos patológicos o enfermedades que padecen, como por las características del entorno. Y, sin embargo, resulta curioso que en la encuesta realizada por el Gobierno Vasco en 2018 se mencionaba que el 52% de las personas valoradas como dependientes no se beneficiaban de ningún servicio público.

De la misma manera, otro estudio-encuesta de Gobierno Vasco nos mostraban de forma comparativa la evolución en el tipo de atención de las necesidades de la vida diaria en 2006 y 2014, mencionándose los siguientes resultados en situaciones de POBLACIÓN CON DEPENDENCIA ESPECIAL:

- 1.- No recibe ninguna atención externa 2006 **46,3%** y 2014 **52,4 %**
- 2.- Acude a centro de día privado 2006 **1,6 %** y 2014 **3 %**.
- 3.- Viene una persona contratada particularmente 2006 **18,2 %** y 2014 **15,9 %**
- 4.- Viene una persona contratada por la administración 2006 **15,3 %** y 2014 **12,3 %**
- 5.- Vienen a casa familiares-amigos 2006 **23,4 %** y 2014 **16,9 %**

Deseamos que las respuestas a las necesidades sociales tanto en domicilio como en centro residencial sean rápidas y se presten servicios de calidad, desde los que se respete la dignidad de las personas. Pero, para ello, creemos que se debe de modificar el modelo que existe en la actualidad, por lo que a continuación presentamos algunas propuestas.

## MEJORAS RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS A NIVEL DOMICILIARIO

1.-El primer paso de acceso a los Servicios Sociales debe de ser una entrevista directa con la trabajadora social del Servicio Social de Base, a la cual la futura persona usuaria lleve su historial médico expedido en su Centro de Salud. También las asociaciones puedan realizar una labor coordinada y complementaria importante. Por eso, entendemos que estos servicios tienen que estar dotados de recursos humanos suficientes y las personas que en ellos trabajan deben de ser sustituidas (ante contingencias como bajas o vacaciones) de manera inmediata.

2.- Tal y como comentamos en el punto anterior, cuando las personas mayores tienen pérdida de autonomía para las actividades instrumentales y/o básicas de la vida diaria, éstas deben de ser valoradas por parte de una comisión de profesionales de los equipos de atención primaria de Osakidetza, organismo desde el que se expedirá el historial sanitario para cada persona, y en el que se determinará la necesidad o no de apoyo por parte otras. Pero si las personas mayores precisan además apoyo social, deben intervenir los Servicios Sociales de Base de forma coordinada con los servicios sanitarios. Consideramos que se tiene que realizar una valoración rápida a través de la aplicación de una herramienta o baremo social, desde el que se evalúen si las necesidades sociales conllevan riesgos, son urgentes, importantes o si, a pesar de que requieren respuesta, pueden esperar.

3.-La información a las personas mayores es un derecho, por lo que tanto en los servicios sanitarios como en los sociales deben de realizar un esfuerzo para que les llegue de manera masiva, clara y simple. Esta propuesta se debe de materializar para todas las personas con una carta personal conjunta de los servicios sanitarios y sociales, donde se les informe de todos sus derechos.

4.- Debemos de ser conscientes de que cada vez existe mayor número de personas mayores con diversas patologías. Desde las distintas instituciones y entidades con competencias, así como desde el Elkargune debemos de exigir:

a) Que se refuerce el personal de los equipos de atención primaria, tanto en los consultorios ubicados en el medio rural como en los centros de salud situados en Vitoria-Gasteiz, contando con las figuras profesionales de geriatras, psicólogos y psiquiatras.

b) Independientemente de las gestiones que se deban de realizar a posteriori para valorar el grado de dependencia de las personas mayores, **consideramos que el proceso previo de coordinación socio-sanitaria es fundamental porque, de ese modo, se puede intervenir con rapidez y sin demora ante las necesidades.**

c) También pensamos que una vez analizada la evolución de la ley de Servicios Sociales en las personas con dependencia, teniendo en cuenta el acuerdo de prioridades estratégicas 2017-2020, los servicios existentes en la actualidad no cubren ni responden a las necesidades de las personas mayores y, por eso, es imprescindible crear una cartera de servicios socio-sanitarios diferenciada de las carteras de Salud y Servicios Sociales, actualmente vigentes<sup>1</sup>

---

<sup>1</sup> En el anexo II de este documento se menciona y argumenta el porqué de esta necesidad

5.- Se deberían promover estudios de Investigación Social desde donde se recojan las características y situaciones individuales de las personas mayores que viven solas. En este sentido, creemos que también es importante la coordinación entre los servicios existentes desde las distintas Administraciones. Por ejemplo, se podrían derivar o trasladar a los Servicios Sociales de Base las incidencias sociales atendidas en el Servicio de Urgencias de Osakidetza o desde el servicio BETION de Tele-asistencia del Gobierno Vasco.

6.- Estimar la atención rápida de **situaciones excepcionales**, por ejemplo:

- Cuando una persona mayor dependiente no cumple los cinco años de empadronamiento en territorio español y, por lo tanto, no puede ser valorada como tal aunque tengan esa condición.
- Casos de personas mayores que, tras un ingreso hospitalario, deben de esperar un tiempo para valorar o revisar su situación de dependencia por considerar que las patologías que presentan, pueden ser recuperables:
  - En el caso de personas entre 65 a 79 años.....3 meses
  - Y a quienes cuentan con 80 o más años.....2 meses

Estas situaciones no pueden obviarse, ya que generalmente se deben adoptar decisiones para atender a estas personas porque precisan apoyos inmediatos de los Servicios Sociales de Base y de los Servicios Atención Primaria a Nivel Sanitario.

- También se presentan casos de personas con determinados diagnósticos de patologías no recuperables (Alzheimer, ELA, Parkinson...), en los que pensamos que, tras el ingreso hospitalario, se debería realizar tanto la valoración como la revisión de dependencia sin tiempo espera.

7.- En el **baremo a aplicar para valorar las necesidades sociales** de las personas mayores conviene tener en cuenta sus circunstancias y las variables del entorno o contexto, tales como:

- Edad de las personas cuidadoras
- Número de personas que conviven en el domicilio y edades o si la persona mayor vive sola
- Problemas de salud de la persona mayor objeto de intervención y de quienes le cuidan
- Relaciones familiares
- Si cuidan de menores o de otros mayores, así como de personas con discapacidad o dependencia
- Distancia existente entre el domicilio de las personas que dispensan la atención y el de la persona cuidada
- Turnos en la actividad laboral de las personas cuidadoras (el puesto de trabajo hay que respetarlo siempre)
- Situación de la vivienda y posibilidades de adaptación de la misma
- Necesidad o no de ayudas técnicas que puedan precisarse para la atención domiciliaria
- Detección de situaciones de riesgo y/o de maltrato

8.- Deseamos que se desarrolle al máximo la autonomía de las personas mayores y que, por lo tanto, existan protocolos o normativa para que éstas no sean sometidas a la aplicación de medidas restrictivas de sujeción a nivel domiciliario; salvo en aquellos casos que esté pautado médicamente por un motivo de salud justificado y con el consiguiente consentimiento informado.

9.- Está demostrado que la burocracia y el procedimiento administrativo común ralentizan las respuestas a las necesidades. **Se debe tratar de eliminar o reducir la burocracia**, pues es una de las medidas que creemos que propiciará ser ágiles y efectivos. Alguien dijo que “la burocracia es el arte de hacer difícil lo fácil a través de lo inútil”. Por eso, proponemos la **atención inmediata** de las necesidades sociales cuando éstas son urgentes, importantes o si existe riesgo. Se podría presentar una solicitud con datos esenciales, aunque, a posteriori, haya que aplicar otro tipo de protocolos y valoraciones, hoy por hoy, necesarios.

10.-El pago íntegro o co-pago, según la situación económica, para que las personas mayores puedan acceder a la adquisición de dispositivos de apoyo o ayudas técnicas cuando existan limitaciones que los requieran, debería de correr a cargo de la Institución Pública competente. De la misma manera que a las personas valoradas con situación de discapacidad, cuando existe necesidad de cuidados, se les cubre la adquisición de este tipo de ayudas (cojines y colchones anti-escaras, camas articuladas, elevadores de inodoro, sistemas de geolocalización etc.). Sabemos que la adquisición de este tipo de material supone un gasto importante añadido para las personas mayores.

11.- Las situaciones de las personas mayores con necesidades socio-sanitarias y las de quienes les cuidan cambian a lo largo de los procesos, por eso es conveniente ir valorando y ajustando de forma progresiva las respuestas a sus necesidades, así como la realización de un seguimiento socio-sanitario integrado, coordinado y programado.

12.-Desde esta comisión del Elkargune de Personas Mayores opinamos que, tal y como se estima desde las prestaciones contempladas por el Sistema de Dependencia, desde el Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz se debe de ofrecer la posibilidad de que las personas mayores valoradas con Grado I, con puntuación menor a 40 puntos, puedan solicitar Prestación Vinculada al Servicio con carácter respiro para estancia en un Centro de Día, y todas aquellas que estuvieran valoradas con grado I con una puntuación de 40 o más puntos, puedan acceder a esta prestación para poder permanecer en una Residencia o Vivienda Comunitaria en régimen de respiro, siempre con el tiempo de permanencia necesario y suficiente para cada caso.

13.- Se debería proponer, como mediada adicional de mejora, que se igualen las cuantías de las prestaciones económicas. Pues, tal y como aparece en la siguiente tabla del decreto publicado en BOTHA de 28 de julio de 2021, donde se establecen las cuantías máximas (euros mensuales) del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia en Álava, las diferencias de las cuantías de las prestaciones entre las tres modalidades marcadas son considerables:

GRADOS Y PUNTUACIÓN BAREMO VALORACIÓN DE DEPENDENCIA	PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULA AL SERVICIO	PRESTACIÓN ECONÓMICA VINCULADA AL SERVICIO PARA QUIENES ACREDITEN EMPADRONAMIENTO EN EL THA DURANTE 3 AÑOS CONSECUTIVOS Y SE FINANCIE EL SERVICIO DE ATENCIÓN RESIDENCIAL PERMANENTE	PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR	PRESTACIÓN ECONÓMICA PARA CUIDADOS EN EL ENTORNO FAMILIAR QUE ACREDITEN EMPADRONAMIENTO EN EL THA DURANTE 3 AÑOS CONSECUTIVOS	PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL	PRESTACIÓN ECONÓMICA DE ASISTENCIA PERSONAL QUE ACREDITEN EMPADRONAMIENTO EN EL THA DURANTE 3 AÑOS CONSECUTIVOS
	EUROS MENSUALES					
	CUANTÍA	CUANTÍA	CUANTÍA	CUANTÍA	CUANTÍA	CUANTÍA
Grado III	715,07	1.030,00	387,64	482,00	715,07	950,07
Grado II	426,12	829,00	268,79	329,00	426,12	581,12
Grado I	300,00	523,00	153,00	185,00	300,00	399,00

14.- Nos parece fundamental que exista mayor coordinación entre las distintas Administraciones con competencias en la atención a las personas mayores, así como que se creen protocolos que garanticen la continuidad de cuidados de manera inmediata.

15.- En lo que respecta al Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz, el hecho de que esta institución asuma el traspaso del SAD desde el Instituto Foral de Bienestar Social para 2022, debe de conllevar los incrementos de presupuesto necesarios. Y tal y como valoramos un trabajo anterior que trasladamos al Ayuntamiento de Vitoria-Gasteiz sobre el Servicio de Ayuda a Domicilio. Creemos que el Servicio de Ayuda a Domicilio debe de ser gratuito para aquellas personas cuyos ingresos están por debajo de Salario Mínimo Interprofesional. Así mismo, pensamos que el tiempo de SAD ofrecido a las personas con dependencia deberá duplicarse.

El Ayuntamiento tendrá que tener en cuenta la ampliación del SAD sobre todo en casos de especial atención como pueden ser:

- Hogares en los que la persona en situación de dependencia tenga a cargo a menores de edad.
- Hogares en los que la persona en situación de dependencia tenga la curatela asistencial o la tutela de otra persona.
- Hogares en los que la persona en situación de dependencia viva en soledad no deseada.

## MEJORAS RELACIONADAS CON LOS CUIDADOS EN CENTROS RESIDENCIALES

1.-En el momento en el que una persona mayor no pueda ser atendida en su domicilio, se le proporcionará respuesta a través de los centros residenciales más adecuados, procurando proporcionarle aquellos servicios más cercanos a su entorno. Respecto al copago, se tendrá en cuenta la capacidad económica de la persona, pudiendo llegar a la gratuidad según su situación.

El envejecimiento de nuestra población, anteriormente mencionado, ha generado asimismo un aumento del número de personas con dependencia severa y gran dependencia. En primer lugar, decir que las residencias se están convirtiendo en auténticos Hospitales Geriátricos, por lo que las personas usuarias requieren una atención cada vez mayor; y en segundo término que, la gran crisis económica está repercutiendo, con mayor profundidad, en las familias con personas mayores dependientes y pensionistas, etc.

Entendemos que las distintas administraciones públicas necesitan consultar a la propia población para conocer sus necesidades y opiniones. Porque debemos de entender que, estamos en una sociedad que se tiene que regir por la atención social a las personas mayores más frágiles y vulnerables como un derecho universal y subjetivo.

Pensamos que los centros residenciales, aparte de lugares donde vivir deberían de ser centros de cuidados de alta intensidad muy distintos a lo que se están convirtiendo, pues deberían de garantizar la prestación sanitaria permanente para las personas mayores dependientes. Actualmente, el modelo no garantiza este tipo de cuidado las 24 horas y 365 días del año de los residentes, en su mayoría de grados 2 y 3 de dependencia.

Por otra parte, la normativa debe de exigir la obligatoriedad de unidades socio-geriátricas y socio-sanitarias en los centros residenciales para personas mayores. Ambas tipologías son imprescindibles en la actual situación de perfiles de gran dependencia y diversidad que existe en los centros residenciales. Cada vez son más las personas mayores con procesos de deterioro cognitivo, enfermedad mental, discapacidad intelectual etc. Las residencias necesitan imperiosamente unidades de este tipo ante la mayoritaria presencia de casos de gran dependencia.

Por otro lado, entendemos que en el mismo edificio en que se emplaza un centro residencial se puedan ofrecer también servicios a otras personas mayores de edad en las que se equiparen circunstancias personales y/o sociales, conforme a la normativa que resulte de aplicación a dichos servicios. Pero también que, según la tipología de determinadas patologías, se precisa que la atención se lleve a cabo en estructuras físicas distintas.

Respecto a la formación de los cuidadores, pensamos que tiene que ser muy específica para estos casos. Hoy en día se están produciendo situaciones en las que las/loa cuidadoras y cuidadores se ven desbordados, con fatiga por empatía y, por lo tanto, se dan situaciones críticas. Entendemos que determinadas certificaciones profesionales del personal exigidas en la actualidad pueden resultar insuficientes.

Otra cuestión prioritaria que nos preocupa enormemente son los ratios generales de personal / residentes que regulan el cuidado de las personas mayores. Creemos que éstos son muy deficientes si queremos una atención digna y de calidad, teniendo en cuenta las variables del tiempo y de una atención integral y de calidad permanente las 24h del día durante los siete días de la semana.



Proponemos el diseño de tablas en las que, según el grado de dependencia, se recojan y especifiquen los mínimos de ratios generales de personas /residentes para los casos de atención diurna, atención nocturna y atención de festivos.

Atendiendo a una atención de calidad, propia de los países más avanzados de Europa, proponemos las siguientes ratios mínimas (personal /residente) para la atención diurna de personas de dependencia severa y gran dependencia de lunes a viernes:

4 cuidadoras/es por cada 10 personas usuarias para el apoyo a las actividades de la vida diaria

1 cuidador para cada 166 personas residentes para el trabajo social

1 por cada 25 para la atención de enfermería

1 por cada 90 para la atención ocupacional;

1 por cada 166 para la atención psicológica, pedagógica o psicopedagógica;

1 por cada 111 para la atención a médica y

1 por cada 111 para la atención de fisioterapia.

Asimismo, exigimos que se mantengan permanentemente, también en atención nocturna y festivos incluidos, las ratios mínimas establecidos para cuidadoras/es para el apoyo de las actividades de la vida diaria y de enfermería y, además, consideramos necesaria la presencia de la enfermería nocturna, tanto en grandes como en pequeñas residencias, por su capacidad resolutoria ante incidencias o urgencias, tan frecuentes en la atención a los mayores.

Creemos que la baja cobertura nocturna da lugar a situaciones de vulnerabilidad, mal cuidado y riesgo. Así mismo, consideramos que no se puede dejar la responsabilidad de la atención sanitaria de personas de un alto grado de dependencia exclusivamente a gerocultoras o auxiliares de enfermería.

Por otro lado, las buenas prácticas en los Centros Residenciales explicitan que los horarios de higiene, actividades y comidas se adecuen a sus costumbres y valores de las personas que allí residen. Y el hecho de levantarles demasiado temprano y comenzar con las cenas a media tarde deshumaniza.

Está claro que necesitamos un modelo de calidad muy mejorable. Hasta ahora la calidad exigida era sobre todo de tipo estructural, pero un sistema de calidad y de mejora continua debe de establecer una cartera de criterios no solo de estructura, sino de proceso y resultado, a través de indicadores que se puedan medir periódicamente, y que sirvan de base para la mejora continua de la calidad.

Cuando hablamos de calidad y de un modelo de gestión de la calidad no podemos obviar dos conceptos básicos:

2.-. **El criterio de calidad**, que define aquello que se ha de ofertar a la persona usuaria del servicio, con las aclaraciones y excepciones que requiera su perfecta definición, y deberá llevar aparejado un estándar, es decir el nivel mínimo aceptable.

3.-. **Medición periódica y plan de mejora**; es decir el modelo de mejora continua de la calidad. Recordamos que, en este sentido, que **los criterios de calidad** pueden ser de tres tipos:

- **De estructura**. Ampliamente recogidos en la normativa para Centros Residenciales en la CAPV. Pero recordamos que, la estructura, si bien influye y es uno de los factores a tener en cuenta, no garantiza la calidad total.

- **De proceso**; es decir, cómo se han de hacer las cosas.

- **De resultado**; aquellos indicadores que valoran la consecuencia de lo que hacemos.

Proponemos a las distintas administraciones trabajar en la definición de un plan de gestión de calidad, e insistimos en la creación de una cartera de criterios de calidad tanto **de proceso como de resultado** que garanticen una atención de calidad para los usuarios de centros residenciales.

En este sentido, proponemos algunos criterios de resultado:

- **Índice de desnutrición.** Aplicando el INDICE CONUT; de fácil obtención con solo tres parámetros analíticos; albúmina, colesterol y número de linfocitos. Proponemos como estándar no más de un 20% de desnutrición moderada o severa en residentes no terminales (a concretar).
- **Prevalencia de úlceras de presión en fase activa, decúbito** en residentes valorados con dependencia grado 2 y 3. Recordamos que las úlceras de decúbito se pueden prevenir en un 95% de los casos. Puede incluso ser un excelente indicador de calidad de atención. Proponemos un estándar de un 10% (ideal por debajo del 5%).
- **Porcentaje de residentes que reciben al menos dos duchas semanales.** Debe ser mayor del 95%. Actualmente se deja abierta las condiciones de higiene (“en función de sus necesidades”) lo cual es una amenaza, porque hay que plantear unos mínimos exigibles. Por ejemplo, un mínimo de 2 duchas por semana.
- Plan de atención individualizada, **el P.A.I, como uno de los requerimientos de obligado cumplimiento, realizado con una mínima periodicidad, en base a los cambios, y debería ser entregado a las propias personas usuarias o, en el caso de tener autorización o modificada la capacidad jurídica, a las familias o personas de referencia.** Hasta ahora nunca se ha recogido esta opción. Proponemos la entrega de un informe anual con un análisis de indicadores y resultados, así como una especificación de las actividades especiales. Consideramos que el P.A.I. puede ser un elemento regulador de primer orden si se sensibiliza a la persona usuaria y al familiar al respecto. Debe recoger también apartados de higiene como periodicidad mínima de duchas, limpieza ocular, bucal, de audífonos y dentaduras postizas.
- Debiera recoger si se precisan cambios de humedad nocturnos y su número. Es esencial potenciar ambos aspectos y que muestre una disposición activa para actuar en los incumplimientos del PAI ante infracciones graves.
- Deseamos que se desarrolle al máximo la autonomía de las personas mayores, y que por lo tanto existan protocolos para éstas no sean sometidas a la aplicación de medidas restrictivas de sujeción física o química, salvo en aquellos casos que esté pautado médicamente por un motivo de salud justificado y con el consiguiente consentimiento informado. Este aspecto aparece reflejado tanto en decreto BOPV 126/2019 de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la CAPV, así como en el decreto Foral 10/2021, publicado en BOTA el 9 de abril en el que se establece el Estatuto Básico de Centros de Atención Residencial, diurna y ocupacional para personas con diversidad funcional.
- Ajuste de las adaptaciones del medio físico y de las ayudas técnicas a las necesidades individuales de las personas usuarias.

4.- Pensamos que se debe de exigir conocimiento de euskera como cualificación a aquellos profesionales que trabajan en contacto directo con las personas residentes y las familias vasco parlantes, pues entendemos que tienen derecho esta lengua y una atención digna y de calidad.

5.- Mostramos preocupación por las obligaciones respecto al personal. Si no exige un empleo estable y de calidad se puede generar una situación de desatención a nuestros mayores que

necesitan personas cuidadoras referentes de una forma permanente. En este último término, exigimos que las bajas y permisos de los cuidadores se cubran inmediatamente, desde el primer día.

6.- Creemos que los protocolos de los centros residenciales deberían de ser públicos y mejorables. La administración debería regularlos y asegurarse de que estén en disposición de las personas usuarias.

Necesitamos medidas y reglamentos que pongan en valor un modelo de atención para personas mayores en los que tenga cabida la participación ciudadana como un componente básico, en el mismo nivel que lo deben tener la atención integral y centrada en la persona, la garantía de sus derechos y el modelo de gestión de la calidad. También deseamos que en estos reglamentos se haga una referencia mínima a los instrumentos de cooperación, donde se especifiquen los distintos foros de participación para la ciudadanía y los distintos agentes que participan en los centros residenciales: familias, trabajadores, organizaciones empresariales y privadas sin ánimo de lucro, agentes comunitarios etc.

Tanto las personas usuarias como las familias y otros agentes que toman parte en la vida de los centros residenciales (trabajadores, dirección, etc.) deberían de tener el derecho a participar en el modelo de atención de éstos, tanto en la formulación de planes y objetivos generales, como en los estatutos, reglamentos y en la evaluación de los resultados de ejecución.

7.-Respecto a las inspecciones a los centros residenciales, se deben de realizar sin previo aviso, más aún cuando existen quejas por escrito.

Desde el Servicio de Registro e Inspección de Servicios Sociales de la Diputación Foral de Álava se deben de revisar los criterios para la apertura de residencias (de titularidad pública y privada), siendo de obligado cumplimiento que dispongan de espacio al aire libre y habitaciones individuales. Así mismo, se debe de comprobar que en el tiempo siguen reuniendo estas condiciones.

Se debería concretar, en base a las características de cada centro residencial, la autorización del número de plazas que tiene para personas autónomas y número de plazas según niveles de dependencia.

Que todas las personas que figuren en la relación de reasignación de vacantes para una plaza en Centro Residencial de titularidad pública, puedan tener en todo momento acceso directo a la información de su puesto por orden en la lista, a través de medios o claves a través de los cuales se respete la protección de datos.

8.- La Prestación Vinculada al Servicio para centros residenciales, asociada al Sistema de Dependencia, nace como una medida provisional y ha pasado a ser definitiva, en algunos casos hasta el final de la vida de la persona beneficiaria. Consideramos que esta prestación no debe enmascarar la necesidad de respuesta de una plaza pública homologada por lo que debería desaparecer y, de forma alternativa, las políticas sociales deben de crear más centros residenciales de titularidad pública.

9.- Los Centros Residenciales no deben de tener demasiadas plazas, pero éstas sí que tienen que ser suficientes para atender a las personas que lo necesitan, contar con ratios adecuados y que el personal disponga de empleos estables y salarios dignos. En relación a las personas mayores deseamos que se respete el arraigo, sus costumbres y los valores, así como que se les presten cuidados individualizados que precisan. Debemos de entender los cuidados como una inversión y no como un gasto.

10.-Deseamos que se aborde la reforma comprometida en la Residencia de San Prudencio, para la creación de 60 nuevas plazas de personas de grado 2 y 3, teniendo en cuenta la enorme lista de espera. También valoramos necesaria la realización de un Convenio para las Residencias Privadas de Álava, convenio que condicionará todas las ayudas de la Prestación Vinculada al Servicio con las empresas que no se adhieran al mismo.

11.- Por otro lado, deseamos que el Centro Arana se habilite como Centro Sociosanitario, en coordinación con Osakidetza, para paliar de forma permanente, el peso socio-sanitario que llevan otros centros residenciales, por ejemplo en la actualidad el Centro Referencial Zadorra, condicionado por la atención permanente a las personas derivadas leves del COVID-19 y que, por lo tanto, durante ese tiempo pierde en parte su capacidad en más de 30 plazas que se utilizan para ese uso.

12.-Se hace necesario un protocolo o reglamento único en las Residencias Públicas y Privadas. De tal manera, que las visitas de familiares se garanticen con dignidad, y las decisiones de aislamiento tras la visita en las fiestas a sus familiares, sean del mismo tipo que se aplican a las trabajadoras y/o a otras personas, no haciendo distinciones por el hecho de ser mayores y dependientes.

13.-Nos parece criticable el sistema de concierto entre lo público y lo privado, el dinero público no debe de ser beneficio de lo privado, y también opinamos que debe de existir más control.

14.-Se debería de proceder al análisis de las Viviendas Comunitarias Privadas, varias de ellas atienden directamente a personas con grados 2 y 3, sin tener en cuenta que este tipo de servicios no están homologados para atender a personas con perfil asistido y psico-geriátrico y con niveles más altos de dependencia.

15.-Como punto final, deseamos que además de las desgravaciones fiscales en el IRPF, asociadas a las valoraciones de dependencia, deduzcan todos aquellos gastos derivados de los cuidados, así como que se revisen los precios de copago de servicios y de medicamentos.

## **ANEXO I**

### **Soledad**

*La Soledad no deseada* se define como una carencia involuntaria de compañía, que produce sufrimientos físicos, psíquicos y sociales y se caracteriza porque no se desea decirlo ni comunicarlo a nadie, ya que resulta muy negativo tanto para la persona que la sufre como para su familia.

Esta soledad es un sentimiento de *vacío existencial* que se produce en la vida de cada uno, es un problema real, alarmante para toda la población, que se ha de resolverse tanto a nivel individual como social y comunitario.

-Supone un gran impacto en la **salud**: *biológica-física, psicológica* (mente y afectos) y *social-relacional* y en definitiva en la calidad de vida de cada persona.

-En el ámbito **Físico**: se pueden incrementar los dolores, los déficits sensoriales, la movilidad, las enfermedades coronarias, vasculares y cardiovasculares, problemas musculares, del sistema inmune, empeora la nutrición, mayor riesgo de resfriados o catarros y enfermedades, más caídas, pérdidas de equilibrio, neumonías y gripes, pérdida de la autonomía y en consecuencia mayor vulnerabilidad, fragilidad y dependencia. Los cuidados en la higiene personal, el aspecto externo, la ropa y la alimentación se descuidan.

-En el aspecto **Psíquico**: se producen sobre todo deterioros cognitivos y/o mentales, pérdidas de memoria, de lenguaje, desorientación espacio-temporal, más depresiones, aumentan los problemas del sueño, mayor riesgo de padecer Alzheimer u otras demencias.

Todo esto implica un gran cambio a nivel *Conductual* o de *Comportamiento*: mayor riesgo a adicciones (alcohol), trastornos del sueño (insomnio), trastornos alimenticios como deshidrataciones, pérdidas o incrementos de peso, etc. Mayor riesgo de sufrir accidentes domésticos. En algunos casos se puede generar un aumento de ideas suicidas y mayor riesgo de morir prematuramente.

-En lo que respecta al ámbito **Socio-Relacional**: se intensifica un aislamiento y un gran déficit en las relaciones sociales. De ahí la importancia primordial de tener que incrementar las redes de apoyo sociales, para que las personas mayores se sientan queridas y aceptadas.

Con este panorama tan alarmante hay que ayudar y colaborar sin demora a poner soluciones con todo tipo de medios y/o recursos: personales, económicos, tecnológicos, sociales, administrativos.

Resumiendo, la soledad es un sentimiento *subjetivo*, negativo y de sufrimiento. Cada persona la vive de manera distinta, nos acontece y no podemos salir de ella. Se puede producir por múltiples circunstancias o motivos: la viudedad, la muerte de las personas de nuestro entorno, problemas económicos, deterioro de las relaciones familiares o vecinales, cuidado de una persona dependiente, déficits personales, etc.

Resulta muy difícil expresar este sentimiento de soledad, por eso hay que ayudar a prevenirlo, contactar con esta población, hacer un diagnóstico de cada caso y sobre todo actuar con inmediatez a través de programas o charlas sobre **Envejecimiento Activo y Saludable**, que algunas asociaciones de la ciudad están impartiendo en los Centros Socioculturales de Mayores (**BIZAN**) con muy buenos resultados, además de otras iniciativas como **Activa tu Barrio**, la nueva **Escuela de la Soledad** de Álava a Punto o Proyecto Berakah en coordinación con Cáritas “**No te sientas solo**” .

## **ANEXO II**

### **ANÁLISIS DE LA EVOLUCIÓN DE LA LEY DE SERVICIOS SOCIALES EN PERSONAS CON DEPENDENCIA**

En el acuerdo del G.V., Diputación Araba, Diputación de Bizkaia, Diputación de Gipuzkoa, EUDEL. (Objetivo las Personas), firmado el 1-1-2018, se hace una mención especial a los 20 años de la supuesta Coordinación Socio-sanitaria entre las instituciones, pero se deben reconocer las carencias durante estas dos décadas.

El sistema y la cartera (financiación) de Osakidetza con el Sistema de Servicios Sociales que prestan Diputaciones y Ayuntamientos, no funcionan en coordinación, ni en personal propio, ni en recursos económicos diferenciados. Tampoco funcionan en coordinación en infraestructuras propias, y ni siquiera existe una estructura de mandos intermedios para realizar la gobernanza diferenciada.

Según el propio Plan Estratégico 2017-2020:

Pág. 15: (DEBILIDADES): a) Falta de referentes claros y falta de implicación. b) Ausencia de objetivos comunes. c) Falta de comunicación. d) Recursos limitados ante las necesidades socio-sanitarias crecientes.

(AMENAZAS): 1) Estructura jurídica de CVASS poco ajustada y resolutive para las necesidades detectadas. 2) Financiación poco definida dentro de los presupuestos. 3) Oferta de la cartera limitada a los RR existentes.

Por todo ello, se hace un CRONOGRAMA con una temporalidad hasta el 2020, pero mientras el año 2017 se fue escapando se firmó el plan el 1 de enero del 2018: 1) El manual de las Comisiones Socio-sanitarias (Inicio 1/2018 fin 6/2018). 2) Catálogo Socio-sanitario. (Inicio 1/2018 fin 12/2018). 3) Aprobación del Decreto (Inicio 6/2018 fin 6/2019). 4) Modelo de Prevención Socio-sanitaria. (Inicio 1/2018 fin 12/2019). 5) Marco de financiación. (Inicio 1/2018 fin 1/2020). 6) Diseño de Cuadro de Mando. (Inicio 1/2018 fin 12/2020).