



ALEGACIONES DEL SINDICATO DE ENFERMERÍA SATSE AL ANTEPROYECTO DE LEY DE ATENCIÓN RESIDENCIAL

En la Conferencia Ministerial sobre el Envejecimiento, León 2007, «Una sociedad para todas las edades: retos y oportunidades», los representantes de los Estados miembros de la Comisión Económica de las Naciones Unidas para Europa (CEPE) reafirmaron lo siguiente: «Promover políticas que permitan a las personas alcanzar una edad avanzada más sana y con más seguridad, así como vivir con independencia y dignidad (...) estas políticas deben ocuparse de la promoción de la salud, de los estilos de vida saludables, de la rehabilitación y del fomento de las posibilidades de acción en todas las fases de la vida, y mejorar la prevención, el tratamiento y los cuidados que exigen las enfermedades, la fragilidad y las discapacidades de la edad avanzada».

La mayor parte de los problemas de salud que afectan a las personas de edad avanzada no son consecuencias del envejecimiento biológico, sino el resultado de exposiciones antiguas y actuales a riesgos de varias clases. **Afirmar que vejez y enfermedad no son sinónimos, no debe sin embargo hacernos olvidar que la salud es uno de los problemas más importantes de la población anciana. La prevalencia e incidencia de la enfermedad son netamente superiores en el grupo de edad más avanzado, como lo son también las tasas de cronicidad, incapacidad y dependencia que inciden de forma directa en el incremento de la necesidad de cuidados.**

Existe una estrecha relación entre dependencia y edad, pues el porcentaje de individuos con limitaciones en su capacidad funcional aumenta conforme consideramos grupos de población de mayor edad, produciéndose una aceleración notable de la necesidad de cuidados continuados alrededor de los 80 años. En nuestra comunidad el 25% de la población tiene más de 65 años, alcanzando más de 80 años el 9% de la misma.

En España, en general, y en Castilla y León en particular las personas que viven en una residencia, tienen reconocido un grado de dependencia II-III. Culturalmente, y a diferencia de los países nórdicos, la persona mayor procura mantenerse en su domicilio mientras puede mantener su autonomía y cubrir sus necesidades, entendidas como ABVD (Actividades Básicas de la Vida Diaria) o estas pueden ser cubiertas por un cuidador informal, generalmente un familiar directo.

Los ancianos que viven en residencias no se pueden catalogar como enfermos agudos, son personas pluripatológicas, con enfermedades crónicas y polimedicadas, con tendencia a reagudizaciones y a la desestabilización. En los últimos años, décadas, se ha constatado que el sistema público no ha sido capaz de abarcar las necesidades de institucionalización de nuestros

mayores, por ello se ha desarrollado una oferta de residencias privadas que intentan dar cobertura a la demanda de una sociedad cada vez más envejecida y dependiente.

El hecho de cada vez sean más los fondos de inversión que invierten en este tipo de residencias, nos hace percatarnos del lucrativo negocio en el que se ha convertido la vejez, y a la vez nos tiene que hacer conscientes de que debemos desarrollar en nuestra Comunidad una ley que proteja al máximo a nuestros mayores, que blinde la posibilidad de que sean tratados como una burda mercancía, y ello pasa por asegurarnos de que quienes van a proporcionarles los cuidados que necesitan, a nivel físico, mental y social posean los conocimientos y la preparación necesaria.

Uno de los argumentos más utilizados por las empresas privadas del ámbito sociosanitario es que las residencias no son hospitales, y realmente no lo son, no hace falta recalcarlo, pero las residencias de mayores tienen que reunir unos requisitos mínimos que aseguren que los residentes van a tener cubiertas sus necesidades mediante la atención prestada por personal adecuadamente preparado y formado para ello.

En esta nueva redacción de la norma que va a regular el funcionamiento de los centros residenciales en Castilla y León, y a pesar de las diferentes reuniones mantenidas por el grupo de trabajo habilitado para que la misma fuera consensuada, no se han tenido en cuenta una serie de datos, características y prestaciones fundamentales para desarrollar una Ley de atención residencial, así como las aportaciones realizadas por los profesionales implicados en la atención a nuestros mayores.

Datos a tener en cuenta

- Castilla y León es el territorio más envejecido de Europa y el que tiene más octogenarios y nonagenarios, el 25% de su población supera los 65 años y el 9,5% los 80 años.
- En Castilla y León las personas que viven en una residencia, tienen reconocido un grado de dependencia II-III.
- La atención centrada en la persona, que es un término que se ha utilizado en numerosas ocasiones a lo largo de las diferentes mesas de trabajo desarrolladas en los últimos meses, implica que los cuidados que se prestan a nuestros mayores deben abarcar varios niveles de atención, **físico, psíquico y social**.

Si entramos a valorar al detalle el anteproyecto de Ley que se nos presenta, existen varias aseveraciones en el mismo que consideramos que se deben matizar, modificar e incluso eliminar.

Pág. 2

En la argumentación del primer párrafo en el que se señala que se pretende instaurar un modelo de atención integral centrado en la persona (ACP) no es cierto que el modelo actual "tradicional" sea fundamentalmente sanitario y que no se centre en las personas como se pretende aseverar. Esta aseveración más bien parece una excusa para, en el desarrollo de la Ley, **reducir el requisito de tener profesionales titulados sanitarios**, que si se incluían, aunque con una presencia mínima en desarrollos normativos anteriores, siendo un garante de la calidad de los cuidados que reciben los residentes.

Actualmente tenemos en Castilla y León implantado un modelo de corte social donde la parte sanitaria hasta el día de hoy presenta muchas carencias dados los escasos ratios que se encuentran regulados en cuanto a la presencia de profesionales enfermeros, profesionales que, tras la lectura de este proyecto de Ley, se intuye que esta Consejería pretende eliminar por completo sin tener en consideración la repercusión que puede tener sobre los cuidados de los residentes.

El último párrafo de esta página se centra en el concepto de dignidad de cada persona como si en el modelo instaurado actualmente no se tuviera en consideración, situación que no es, de manera alguna, acorde con la realidad.

Pág. 3

En el primer párrafo se menciona *"la atención en los centros residenciales de larga duración"* pero no se menciona que va a pasar con el resto de centros residenciales.

En el tercer párrafo se indica *"que la atención integral integrada en la persona....no son centros sanitarios"* situación nunca pretendida, como hemos indicado anteriormente ni existente actualmente ni llevada a cabo por la Gerencia de Servicios Sociales aún después de la implantación de las unidades de convivencia por lo que no entendemos la insistencia de repetir esta aseveración en el preámbulo si no es como forma de justificar la regulación de los profesionales sanitarios en este ámbito.

Pag.4

En el segundo párrafo se hace mención al programa "en mi casa" y se menciona un programa piloto de 2000 usuarios y un informe de satisfacción, desconociendo que profesionales son los que lo manifiestan, ya que **dicho informe en ningún momento se ha**

hecho público y los propios profesionales de las residencias manifiestan que ni se les ha requerido ni han podido manifestar su opinión al respecto.

En el tercer párrafo se indica *el nuevo modelo de atención residencial para los cuidados de larga duración tiene por objetivo general que las personas con necesidades de apoyos reciban cuidados en las mejores condiciones para su bienestar y calidad de vida.*

Esto actualmente ya es así, en los centros, los trabajadores desarrollan su actividad profesional con el objetivo de que los usuarios reciban los cuidados en las mejores condiciones para su bienestar y calidad de vida, por lo que este párrafo es ofensivo para los trabajadores que actualmente realizan su actividad en estos centros. Sin embargo, teniendo en cuenta que el objetivo principal del anteproyecto de ley es eliminar de las plantillas el personal más cualificado para prestar los cuidados de salud, se genera la duda de que esta Ley tenga como objetivo real mejorar las condiciones de bienestar y calidad de vida, si no, más bien, el objetivo real parece ser mejorar los beneficios de las empresas privadas de este sector.

Pág.6

Se recoge en el párrafo cuarto: *“Con relación al acceso de los usuarios a la cartera de servicios del sistema sanitario público, se garantizará por parte del sistema de salud público que el acceso a la cartera de servicios de atención primaria de salud y especialmente al plan de atención al paciente crónico y al plan de cuidados paliativos sea efectiva”.*

El sistema sanitario público ya garantiza dicho acceso. Los residentes disponen de su tarjeta sanitaria y por tanto tienen acceso a todos los servicios incluidos en la cartera de servicios, tanto de atención primaria, especializada y emergencias. Este párrafo parece indicar que actualmente los residentes están excluidos del sistema de salud cuando no es así.

Esta redacción **es una excusa para justificar la no inclusión de enfermeros y fisioterapeutas dentro de los trabajadores esenciales en los centros residenciales**, cuando éstos deben estar presentes para realizar la actividad asistencial necesaria que requieren los residentes y que no está incluida dentro de la cartera de servicios de Atención Primaria y que fuera del ámbito de cuidados informales debe ser realizado por el profesional al que la Ley le atribuye las competencias para ello, en aras a la seguridad de los residentes.

Pag.7

En el tercer párrafo donde dice que *“la GSS a través de los medios propios que estime más oportunos...”* se tendrá que definir de forma más concreta cuáles son estos medios propios.

En el penúltimo párrafo de esta misma página se recoge "*conocer a distancia y en tiempo real ...*" se debe de decir **conocer con presencia física...**, ya que es imposible realizar una evaluación real si no se verifica la información aportada por la residencias.

Pág.9.

Artículo 4. Otras Definiciones

Definición de Vivienda: Se permiten hasta 8 usuarios, siendo el único requisito el estar inscrito en el registro de la propiedad. Consideramos lamentable dicha definición ya que debería de ser una vivienda adaptada a las necesidades de los residentes y perfectamente controlada para evitar abusos y desatención de las personas residentes como ya ocurrió en el pasado con viviendas de este tipo donde el Juzgado tuvo que intervenir en varias ocasiones y trasladar a los usuarios a centro residenciales públicos por encontrarse en situaciones de desamparo y deplorables.

Pág. 10

g) Definición de cuidados de larga duración: Se circunscribe a personas en situación de dependencia o con discapacidad con lo cual es evidente la exclusión de los mayores que no sean dependientes en la actuación de dicha Ley.

Pág.14

Artículo. 7.- Actividades significativas

Apartado 3

¿Qué quiere decir la necesaria flexibilidad en diversos planos en cuanto a las funciones desempeñadas por distintos profesionales? Las funciones de los diferentes profesionales se encuentran definidas en función de su categoría y titulación profesional, no pueden determinarse por la Dirección de la residencia, debe recogerse **respetando siempre las competencias y funciones propias de cada categoría profesional.**

Pág.15

Artículo. 8. Participación de la familia y atención en la Comunidad

Punto 2

La familia del residente tendrá la consideración, en ese sentido, de pieza clave de integración en el currir cotidiano del Centro. Deberá facilitarse su participación impulsando que acompañe, visite y ayude en las actividades y tareas, sin horarios cerrados establecidos, se

debe añadir sin perjuicio de que esto interfiera en las actividades o cuidados que los diferentes profesionales tengan que desempeñar en determinados momentos.

Artículo 9. Coordinación de los apoyos

No existe el concepto *"trabajo cooperativo de todos los profesionales"*, la redacción adecuada sería **"trabajo del equipo multidisciplinar"**, cada uno dentro de sus competencias profesionales.

Pág.16

Artículo 10.- El profesional Gestor de Caso de Atención Residencial.

Se recoge en este artículo *"El Profesional Gestor de Caso es un profesional técnico"*.

El profesional más adecuado para llevar una coordinación entre sistemas así como la comunicación directa con el profesional de referencia es **la enfermera** ya que es el profesional más capacitado para identificar las necesidades de una forma holística para que la persona pueda vivir acorde a sus ideas que recoge en su Historia de Vida.

Enfermería aplica un método sistemático y científico, **que es el PAE (Proceso de Atención Enfermero)**, que permite realizar una valoración personalizada, flexible y realista, **en el que la persona marca sus propios objetivos y es partícipe de las intervenciones**, es decir **la atención de los profesionales está centrado en la persona**.

Pag.16

Artículo 11.- El profesional de referencia de atención residencial

Se debe definir a qué categoría profesional debe pertenecer el profesional de referencia y qué pasa cuando dicho profesional que normalmente trabaja a turnos no está en el centro.

Artículo 12.- Atención libre de sujeciones

Apartado 7 En el siguiente párrafo se debe añadir lo siguiente, en el caso de que se prevea un uso de fármacos psicotrópicos prolongado, por más de 7 días, el **gestor de caso del residente**, incorporará en el plan de apoyos al proyecto de vida, la motivación y **objetivos del tratamiento**, realizando un **seguimiento documentado de la conducta, estado de ánimo y función cognitiva** de la persona objeto del tratamiento, aspectos de los que informará al profesional que haya prescrito el tratamiento al objeto de su reevaluación.

Las enfermeras son los profesionales más adecuados tanto por competencias como por conocimientos para realizar dicho seguimiento e identificar las variaciones o problemas relacionados con el consumo de psicótopos prescritos.

Pág. 20

Capítulo 2 - Características de los centros

Artículo 17. Características básicas de las Viviendas

En el apartado 1.2 se recoge que las viviendas tendrán un uso individual, difícilmente un sistema público podrá mantener este apartado.

En el apartado 1.4 volvemos a reiterar que debe de existir un control exhaustivo de estas viviendas, no únicamente la documental del registro de la propiedad, ya que tienen que estar adaptadas y controladas por la autoridad competente.

Pag.21

Artículo 19.- Área unidades de convivencia

Se deben definir el número de plazas de las unidades de convivencia en función de la situación real de los residentes y de la ubicación de las zonas comunes, ya que el delimitarlas a 12 plazas supone una arbitrariedad. Los espacios polivalentes deberán de ser seguros tanto para los residentes (evitar caídas, riesgos de quemaduras, intoxicaciones, etc...) como para los propios trabajadores.

Se debe de tener en cuenta, además de lo ya recogido, que para el desarrollo de su proyecto y forma de vida, el usuario necesita una serie de requisitos a nivel estructural (Ej.: a veces no es posible tener una habitación acogedora o con los metros necesarios porque hay que tener espacio suficiente para meter una grúa, barras de apoyo, etc.) con la finalidad de prestar los cuidados necesarios en función de su grado de dependencia, sin detrimento de sus deseos y valores.

Pág.27.

CAPITULO IV. PERSONAL EN LOS CENTROS Y ATENCION SANITARIA

Artículo 28. Personal en los centros.

En el punto 2 donde dice "en los centros residenciales también podrá prestar sus servicios...", no se entiende esta redacción ni lo que se pretende por esta Consejería al incluirla. Por un lado el centro residencial debe incluir en su plantilla a profesionales sanitarios que realizan las funciones que no entran dentro de la cartera de servicios de atención primaria, y que más adelante detallamos, pero lógicamente si el centro residencial es el domicilio del residente, no es necesario incluir en esta regulación que el personal sanitario puede ejercer sus funciones en el centro residencial, ya que en ningún momento tienen vetado el acceso a los domicilios.

Art 29. Personal técnico

Apartado 1.b.- Otros profesionales técnicos...**debe recoger la categoría/as profesional/es a las que se refiere.**

Artículo 32. Ratios de profesionales

En el apartado 2 se recoge que el personal técnico podrá ser o no propio... Se debe eliminar, ya que el **personal técnico siempre tiene que ser propio del centro para asegurar la calidad y continuidad de la asistencia de los residentes.**

En el punto 3 donde dice cuando existan profesionales sanitarios en los centros...parece una declaración de intenciones, reiterando la intención de que no haya profesionales sanitarios en los centros residenciales, **es necesario eliminar ese punto.**

A la hora de determinar los ratios no debe de tenerse en cuenta sólo el número de usuarios que existan en los diferentes centros sino el grado de dependencia y discapacidad que tengan los mismos.

Pág.31

Artículo 34. Atención sanitaria en los centros

En el apartado 2 donde se recoge la normativa sanitaria regulará.... ¿a que normativa sanitaria se refiere? Si la aplicación de esta norma de atención residencial va a depender de que se desarrolle una normativa sanitaria, la misma tendría que desarrollarse de forma paralela. Si se pretende regular la normativa de la atención residencial mediante una Ley y que entre en funcionamiento según ente en vigor la Ley, esta **no puede basarse ni delegar aspectos en una normativa que no existe y que por ahora no se ha manifestado por las autoridades competentes ninguna intencionalidad en desarrollarla ni existe constancia de que para ello se hayan puesto en contacto las Consejerías implicadas.**

En el **apartado 3** se debe definir a que llaman contratados por el Sistema de Salud para realizar estas tareas.

Apartado 5 se recoge *“Todos los centros residenciales contarán con un profesional de enlace para la coordinación de la atención...Para que sea posible la Atención Integral y Centrada en la persona, el sistema de salud se coordinará con el profesional de enlace de cada centro o directamente con los profesionales responsables de la atención social.”*

Esta función de profesional de enlace debería de relegarse única y exclusivamente a los responsables de atención social **si no hay profesionales de enfermería u otros profesionales sanitarios con titulación universitaria.** La figura de enlace con el sistema sanitario debe de ser un/a enfermero/a o un médico, ya que otras titulaciones no tienen los conocimientos necesarios para coordinar la atención asistencial.

Apartado 7. Es vergonzoso que se pretenda abrir centros para dependientes con un **botiquín elemental** como el que tenemos en nuestras casas. No consideramos adecuado en una Ley la manera de expresar la necesidad de tener una sala polivalente, utilizando el término “*alguna*”. **Es necesario determinar la obligatoriedad de disponer de una sala polivalente, así como recoger el tamaño y las características de las mismas y los recursos instrumentales básicos para curas y actuaciones semejantes.**

Por mucho que se quiera obviar por parte de esta Consejería, los residentes tienen necesidades asistenciales, necesitan cuidados, se necesita un espacio adecuado para almacenar la medicación y material necesario.

Apartado 8. Nos surge la duda que si se van a derivar pacientes a plazas de convalecencia sociosanitarias a centros privados y, a mayores según se interpreta en este apartado, compartiendo espacio físico con las unidades de convivencia, algo totalmente inviable por el requerimiento de cuidados de enfermería que necesitan ya que son paciente derivados desde un hospital, con una alta necesidad de cuidados profesionales. **Este apartado incumple todo lo recogido en el Convenio de Colaboración entra SACYL y la Gerencia de Servicios Sociales en su Anexo II: Requisitos Estructurales, dotaciones de materiales, requisitos técnicos y dotación de personal de las UCSS.**

A. Exigencias de dotaciones mínimas de las UCSS.

1. Requisitos estructurales de las UCSS.

- Servicios o Unidades de Medicina General (U.1), Geriatria (U.12) y Enfermería (U.2).
- Servicios o Unidades de Fisioterapia (U.59).
- Depósito de Medicamentos (U. 84).
- Resto de Servicios o Unidades asistenciales.

2. Requisitos técnicos y equipamiento de las UCSS.

- Generales.
- Específicos:
 - Locales e instalaciones:
 - Equipamiento: Sanitario (médico y de rehabilitación) y no sanitario.

3. Requisitos de personal de los servicios sanitarios de las UCSS.

- Generales.
- Específicos.

Consideraciones generales al anteproyecto de Ley en materia de profesionales

No se pueden equiparar los **cuidados informales** que se prestan en el ámbito familiar a una persona mayor/dependiente, con los conocimientos, aptitudes y habilidades que debe tener

un profesional que se dedica a la atención de un número indeterminado de residentes en los centros residenciales de personas mayores.

La Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias recoge las competencias de los profesionales sanitarios con titulación universitaria, y señala que los profesionales del área sanitaria de formación profesional ejercerán su actividad profesional sanitaria de acuerdo con las normas reguladoras de la formación profesional, de sus distintos niveles formativos y de su concreta titulación, **en el marco del respeto a la competencia profesional, responsabilidad y autonomía propias de las profesiones sanitarias contempladas.**

Por tanto, a la hora de desarrollar la regulación normativa de las residencias de ancianos en Castilla y León y delimitar la exigencia de profesionales que deben ejercer en las mismas se debe tener muy en cuenta que determinadas funciones o competencias no pueden ser realizadas por cualquier trabajador, siendo necesaria la presencia de profesionales de determinadas categorías para evitar que se produzca cualquier delito de intrusismo, con el consiguiente riesgo a la salud y a la vida de los residentes.

Según la **Ley de Ordenación de las Profesiones Sanitarias** las competencias específicas de la categoría enfermera son las siguientes:

Enfermeros: *corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.*

Según la **Orden SAS/3225/2009:**

Enfermeros Especialistas en Geriátría: es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario.

Las funciones derivadas de la competencia enfermera no pueden ser realizadas por trabajadores que no dispongan de la titulación de Grado en Enfermería/Diplomado en Enfermería.

Existen actividades y técnicas específicas que se desarrollan en un centro residencial y que es necesario realizar diariamente y que entran dentro del ámbito y competencias de los profesionales enfermeros y **por tanto precisan de la presencia de una enfermera diaria de lunes a domingo en los centros residenciales.** Entre ellas se encuentran por ejemplo los siguientes:

- **Preparación de la medicación:** los mayores que viven en centros residenciales son ancianos polimedicados. En numerosas ocasiones los diversos medicamentos que se les administra pueden presentar interacción entre los mismos o con diversos tipos de alimentos, por lo que es necesario poseer conocimientos sobre los principios activos y las diferentes formas de administración y preparación existentes, **siendo la preparación de la medicación una función exclusiva de los profesionales sanitarios titulados que no puede ser realizada por ningún trabajador con titulación de la rama de formación profesional**, ya que conlleva una responsabilidad y un riesgo que no se puede obviar ni minimizar solo porque estemos tratando con personas mayores o dependientes.

- **Administración de medicación no enteral:** únicamente los profesionales sanitarios titulados correspondientes a la categoría enfermera y médica tienen la competencia para administrar medicación por vía subcutánea, intramuscular o endovenosa.

- **Realización de curas:** la realización de las curas, tanto de úlceras por presión como derivadas de accidentes fortuitos, la prevención de las mismas, mediante el establecimiento de cambios posturales, adaptación de la alimentación, uso de apósitos...es competencia exclusiva de los profesionales enfermeros.

- **Cuidados y cambio de sondajes urinarios, nasogástricos, gastrectomías, urostomías, colostomías...**

- **Valoración y cuidados integrales del anciano residente, desde un punto de vista holístico.**

La atención centrada en la persona pasa obligatoriamente por dar una atención de calidad y global, la cual debe ser prestada **SIEMPRE POR PROFESIONALES** y aunque si bien estas personas que viven en un centro de dependencia, son integrantes del SNS, no se debe autorizar la creación de nuevas residencias a coste de los profesionales de atención primaria ya que es imposible que desde este ámbito se cubran las necesidades de cuidados y atención continua y diaria que se prestan en las residencias, y que no están incluidas en la cartera de servicios de este ámbito.

En el anteproyecto de Ley que se nos presenta desaparece totalmente la mención a la obligatoriedad de contar con la presencia de profesionales sanitarios enfermeros y fisioterapeutas, independientemente del número de plazas que oferte la residencia.

Lógicamente esto conlleva que **este anteproyecto de Ley avale** que las funciones inherentes a estos profesionales sean desarrolladas por los trabajadores denominados de atención directa cuyo requisito es estar en posesión de una titulación de formación profesional que no les habilita para ello e incluso que sea realizada por trabajadores que no tengan ningún tipo de titulación, como es el caso de los trabajadores que solo disponen de un certificado de cualificación profesional.

Es un despropósito que en este anteproyecto de Ley no se incluya de manera expresa a los profesionales enfermeros cuando ninguna otra profesión puede realizar las funciones inherentes a la misma y cuando existe la titulación Enfermero Especialista en Geriatría, que son los profesionales más cualificados para el cuidado de las personas de edad avanzada, tras cuatro años de estudios universitarios y dos de especialización, siendo los únicos profesionales cualificados y habilitados para programar, coordinar, evaluar y hacer el seguimiento de todas las actuaciones del resto del personal sobre la atención prestada a los usuarios de los centros, ya que dichas actuaciones se engloban dentro del concepto “cuidados”. Todo ello en base a las competencias profesionales legales y vigentes que hemos recogido en anteriores apartados de estas alegaciones pero que se hace necesario recalcar:

Enfermeros (L.O.P.S.): corresponde a los Diplomados universitarios en Enfermería la dirección, evaluación y prestación de los cuidados de Enfermería orientados a la promoción, mantenimiento y recuperación de la salud, así como a la prevención de enfermedades y discapacidades.

Enfermeros Especialistas en Geriatría (Orden SAS/3225/2009): es el profesional que presta atención y cuidados de enfermería a la población anciana, estando capacitada para enseñar, supervisar, investigar, gestionar y liderar los cuidados destinados a este colectivo en situaciones complejas en las que también actúa como asesor en todos los niveles del sistema socio-sanitario

Por tanto, los enfermeros y enfermeros especialistas son los únicos profesionales que pueden asumir la tarea de dar soporte técnico a los profesionales de atención directa de los centros residenciales y realizar labores de programación, coordinación, evaluación y seguimiento de todas las actuaciones del resto del personal sobre la atención prestada a los usuarios de los mismos, por lo que resulta sorprendente e inconcebible que en este anteproyecto de Ley se elimine la figura fundamental para asegurar los cuidados de calidad a los mayores de Castilla y León que presentan la necesidad de ser ingresados en los centros residenciales.

Determinación de Ratios

A la hora de determinar los ratios debe realizarse por cada profesional que preste servicios en cada centro, es decir, **número de profesionales de una determinada categoría por cada**

número determinado de usuarios. Por poner un ejemplo, se debe establecer la obligatoriedad de una enfermera a jornada completa por cada 40 residentes (los números son orientativos), un fisioterapeuta por cada 60 residentes... **No se puede englobar a todos los profesionales dentro de un mismo grupo, como puede ser personal técnico, a efectos del cómputo de ratios, ya que ofrecen prestaciones diferentes.**

Cada profesional tiene su ámbito de trabajo y todo lo que lo sobrepase se considera **INTRUSISMO PROFESIONAL**.

Actualmente nos encontramos con residencias donde una sola enfermera tiene a su cuidado a más de 200 pacientes, y concretamente en Castilla y León tenemos un ratio de pacientes por enfermera muy superior a la media española (CyL 54-225; España 34-109).

Unidades de Convalecencia y prórroga de hospitalización de media estancia

Existen acuerdos de colaboración de SACYL con la Gerencia de Servicios Sociales y determinadas residencias privadas, por los cuales determinadas residencias reciben pacientes que requieren numerosos cuidados, la mayor parte de ellos de ámbito hospitalario y vinculados a las funciones de las enfermeras y fisioterapeuta (sueroterapia, catéteres, sondas, drenajes, rehabilitación...), utilizando en la mayoría de las ocasiones el mismo personal, que ve aumentado su carga de trabajo en deterioro de la prestación a todos los internos. Es necesario regular unos ratios específicos en aquellas residencias que presten este tipo de asistencia en base a los acuerdos con el servicio público de salud para asegurar una asistencia de calidad tanto al usuario derivado por SACYL como a los propios residentes permanentes de las mismas.

Regular la publicidad

Los centros residenciales anuncian los servicios que prestan y los profesionales con los que cuentan para hacer más atractiva su oferta. Es necesario establecer un régimen de sanciones y regulación de la publicidad cuando los profesionales que dicen ofertar son los recursos de SACYL.

Inspección de la calidad y requisitos de funcionamiento

Deben realizarse controles periódicos y auditorías sobre cumplimiento de los requisitos y estándares de calidad.

Desde hace años existe una problemática en el ámbito de los servicios sociosanitarios y es la dificultad para encontrar trabajadores y profesionales cualificados dadas las escasas



retribuciones reguladas en este sector en los convenios colectivos. No se puede obviar que las residencias de ancianos constituyen un negocio muy lucrativo y en auge, y que la generación de beneficios será mayor cuanto más se reduzcan los gastos, sobre todo los derivados de la contratación de personal, pero esa búsqueda de beneficios por parte de empresas y fondos privados no puede avalarse a través de una Ley autonómica de atención residencial que reduce al mínimo los estándares de calidad a la hora de prestar cuidados a nuestros mayores.

Si el disponer de profesionales cualificados no resulta rentable a las entidades privadas, no por ello se debe buscar la forma de eliminar el requisito de contratación. Si el prestar servicios de calidad no reporta los suficientes beneficios y conlleva una reducción de la oferta privada, será la red del sistema sociosanitario público quien deberá asegurar dicha asistencia, pero nunca se debe legislar con el objeto de reducir la carga del sistema sociosanitario de Castilla y León y **fomentar la apertura de nuevos centros residenciales a cambio de un beneficio económico mayor**, porque lo primero son nuestros mayores y lo que quede regulado en esta Ley va a condicionar los cuidados y atención de los ancianos de Castilla y León.

SATSE