

PROPUESTAS ASOCIACIÓN DE AFECTADOS POR LA GESTIÓN DE LAS RESIDENCIAS EN CASTILLA Y LEÓN

TEXTO ANTEPROYECTO	PROPUESTA
<p>Artículo 1.- Objeto y ámbito de aplicación 1. El objeto de esta Ley es establecer el régimen jurídico del nuevo modelo de atención integral de la persona, en los centros de servicios sociales de carácter residencial para cuidados de larga duración, así como la organización, funcionamiento, régimen de autorización, evaluación de calidad y principios que deben regir en aquellos. 2. El ámbito de aplicación se extenderá a todos los centros de carácter social para la atención a las personas en situación de dependencia y a personas con discapacidad, ya sean de titularidad pública o privada, con o sin ánimo de lucro, así como a los titulares de los mismos, que desarrollen su actividad en el ámbito territorial de la Comunidad de Castilla y León.</p>	<p>El cuidado de las personas mayores y dependientes debe entenderse como un servicio público, no como un negocio. Debe suprimirse con ánimo de lucro.</p>
<p>Artículo 12. Atención libre de sujeciones</p>	<p>SUJECIONES Hay que eliminar las sujeciones farmacológicas o químicas y las mecánicas o físicas a las que se ven sometidos los residentes en demasiadas ocasiones, porque no resuelven los problemas, sino que los agravan, además de suponer un atentado a la dignidad de las personas y la vulneración de un derecho fundamental como es el de la libertad. No basta con el consentimiento informado, que a veces se obtiene por presión a las familias, debe autorizarse por el juez y controlar en las inspecciones que no se oculten entre la ropa del residente. El uso de fármacos psicotrópicos debe autorizarse y seguir su evolución por el médico de Atención Primaria.</p>
<p>Artículo 14.- Derechos de las personas usuarias. De conformidad con la normativa reguladora en materia de servicios sociales y sobre la atención y protección a las personas en situación de dependencia y personas con discapacidad de Castilla y León, la Consejería competente en materia de servicios sociales velará por que se garanticen los derechos de las personas usuarias de los centros de carácter social, en especial los dirigidos a:</p>	<p>PROTECCIÓN A LOS DERECHOS FUNDAMENTALES Y PREVENCIÓN DEL MALTRATO Se debe garantizar el respeto a los derechos fundamentales de los residentes, a la libertad de movimientos, a la salud, a la vida familiar, a la intimidad, a la propia imagen, a la libertad de expresión, el derecho de reunión y de asociación, etc. En todas las residencias deben existir protocolos contra el maltrato, donde se describan los distintos</p>

tipos de maltrato y los indicadores o signos de alarma para detectarlos y cómo actuar ante ellos. 9 Asimismo, debe impartirse con regularidad formación a los trabajadores en prevención del maltrato. Frente al maltrato, tolerancia cero. Las faltas muy graves comportaran la sanción de retirada de la gestión y darán lugar a la exclusión de la empresa y responsables directos para futuros concursos de gestión en cualquier ámbito de la Administración, aunque se constituya nueva sociedad. En las residencias privadas deberá comportar su cierre. En todo caso, deberá ofrecerse una alternativa a los residentes afectados. En el resto de las sanciones, se deberán restar puntos del total obtenido por la empresa en cualquier concurso al cual pueda concurrir. Se deben promover las modificaciones legislativas que sean necesarias para que los servicios de urgencias de los hospitales y los Centros de Atención Primaria tengan la obligación de informar al Ministerio Fiscal cuando detecten la posible existencia de un caso de maltrato.

**VISITAS Y SALIDAS DE LOS RESIDENTES.
SANCIONES POR INCUMPLIMIENTO DE LOS
PROTOCOLOS**

Hay que garantizar a los residentes la libertad de movimientos, de interacción social y los derechos de ciudadanía de manera integral, igual que se garantizan para el resto de población. Por eso se tiene que priorizar la aplicación de recursos para hacerlos posible antes de los confinamientos y los aislamientos. Exigimos que en todas las residencias libres de COVID o con brotes controlados se puedan hacer visitas diarias, mínimo una hora y que se vaya ampliando en la medida que avance la vacunación entre la población hasta la normalidad absoluta.

11 Se tiene que garantizar que en todas las residencias libres de COVID o con brotes controlados, los residentes pueden salir al exterior para hacer paseos, así como efectuar salidas de uno o más días. Se tiene que establecer algún sistema que permita mantener contacto físico entre familiares y residentes con Alzheimer o deficiencias cognitivas. Las direcciones de las residencias no pueden tener ningún margen de decisión

	<p>respecto de las visitas y las salidas. No hay que olvidar que la gestión se encuentra, en gran parte, en manos de empresas privadas y los derechos de las personas no pueden estar en sus manos. La Administración tiene que garantizar que las familias reciben información puntual y detallada de la situación del residente, así como de cualquier información que afecte a sus derechos. Los poderes públicos no pueden avalar ni permitir la actual política de opacidad por parte de las empresas gestoras. Es necesario que se adopten medidas para asegurar el cumplimiento en todas las residencias de los Planes o Protocolos de visitas establecidos por las CCAA e imponer las sanciones que correspondan por su incumplimiento. Se tiene que establecer un canal de comunicación, preferentemente telefónico, entre las familias y la Administración, para resolver de forma eficaz las dudas y problemas que encuentran muchas personas, puesto que a menudo las direcciones de las residencias impiden o limitan las visitas/salidas al exterior a sus familiares. No se trata de hacer un canal de reclamación o de denuncia, se trata de tener una herramienta que permita una resolución muy rápida, como máximo dos días. Las personas mayores lo único que no tienen es tiempo, por eso una respuesta lenta no es una solución. Las Administraciones deben asegurar una vigilancia y control exhaustivo de las residencias, incluso interviniendo aquellas que tengan un brote infecto-contagioso descontrolado, para evitar riesgos a los residentes, además de recuperar los contactos con sus familiares y sus derechos constitucionales.</p>
<p>Artículo 17. Características básicas de las Viviendas 1.3. Cuando la vivienda se destine a personas con discapacidad, la ocupación total máxima será de 8 plazas. No obstante cuando la vivienda sea de nueva implantación y se trate de personas usuarias con discapacidad por enfermedad mental, la ocupación no podrá ser superior a 4, distribuidas en habitaciones individuales o dobles.</p>	<p>Las habitaciones deben ser individuales para preservar la intimidad y la dignidad de las personas usuarias, excepto un porcentaje que se destine a personas que así lo deseen porque les unan vínculos familiares o afectivos.</p>

<p>Artículo 18. Características Básicas de los centros residenciales. 2.2. En núcleos urbanos entre 10.000 y 20.000 habitantes su ocupación total máxima no podrá ser superior a 72 personas. En núcleos urbanos de menos de 10.000 habitantes, la ocupación total máxima no podrá ser superior a 60 plazas</p>	<p>Frente al modelo hotelero imperante, se debe buscar un modelo de atención centrada en la persona, que tenga en cuenta las necesidades de los residentes, garantice sus derechos y respete sus deseos en la atención y la vida cotidiana. En definitiva, un hogar en el que vivir plenamente la última etapa de su vida. Consideramos que las residencias no deben superar las 60 plazas, con habitaciones individuales para procurar el respeto a la intimidad y la mejora de sus condiciones de vida, ofreciéndoles un espacio vital propio; a la vez que facilite un adecuado aislamiento, de forma que se pueda minimizar el riesgo de contagios entre los residentes. Establecimiento de un periodo transitorio para el redimensionamiento de las actuales residencias.</p>
<p>Artículo 19.- Área unidades de convivencia</p>	<p>Acceso por parte de los residentes al wifi o conexiones de internet de los centros, ya que actualmente muchos de los residentes son usuarios de las nuevas tecnologías.</p>
<p>Artículo 25.- Funciones de la dirección del centro c) Impulsar, organizar, coordinar y gestionar los medios humanos, técnicos y materiales, promoviendo la fidelización de los trabajadores con el centro.</p>	<p>Impulsar, organizar, coordinar y gestionar los medios humanos cumpliendo escrupulosamente y en todo momento las ratios exigidas de personal teniendo en cuenta la modificación de la situación de los y las residentes en su grado de dependencia, atención especial y temporal requerida,..etc. Es imprescindible que la dirección promueva la fidelización de los trabajadores con el centro: planes de formación, turnos adecuados que faciliten la conciliación familiar, incentivos materiales,..etc</p>
<p>Artículo 27.- El Consejo de centro. Es el órgano de asesoramiento de la dirección del centro y reúne las aportaciones de los representantes de todos los estamentos del centro. Tiene carácter de órgano consultivo y reúne a la representación de la entidad titular del centro, de los profesionales, de los usuarios y de los familiares de referencia de los usuarios. El consejo de centro deberá ser consultado para ante cualquier cambio con un impacto significativo en el funcionamiento del centro y especialmente, en toda modificación del reglamento de régimen interior, en especial</p>	<p>Representación institucional de familiares y usuarios en todas las instancias donde se tomen decisiones que les afecten (Comisiones, mesas, etc.). Las personas mayores y dependientes y las organizaciones de sus familiares tienen derecho a expresar su opinión en todos aquellos foros institucionales donde se vaya a discutir su presente y su futuro, en el planteamiento y reforma de la concepción contemporánea de los servicios sociales, de la Ley de Dependencia, y la discusión sobre el nuevo o nuevos modelos de residencias, promoviendo su presencia activa en los órganos participativos y consultivos de las</p>

<p>en lo referente a información actualizada de la situación del centro ante alarma sanitaria, régimen de visitas, salidas de residentes y actividades en el centro y en la comunidad.</p>	<p>Administraciones públicas Representación de familiares y usuarios en las residencias Establecimiento de órganos de representación en todas las residencias, con independencia de su titularidad, pública o privada, con participación de familiares y residentes. Estos Consejos u Órganos de representación deben tener capacidad de decisión en los aspectos que conciernen directamente la vida de los residentes, así como en todo aquello relativo al funcionamiento del centro y al cumplimiento de la normativa que regule su funcionamiento. Las reuniones tienen que ser, como mínimo, trimestrales, salvo que circunstancias excepcionales aconsejen la celebración de reuniones con mayor asiduidad, a petición de cualquier miembro del Consejo. Participación activa de los residentes en cualquier aspecto de la vida interna del centro que les afecten directamente, alimentación, actividades, terapias, etc.</p>
<p>Artículo 28 . Personal en los centros.</p>	
<p>Artículo 29. Personal técnico 3. La titulación exigida será la que se acuerde por el Consejo territorial de Dependencia, y en su defecto, la formación universitaria exigida a este tipo de profesionales se circunscribirá a los siguientes ámbitos: salud, atención psicosocial, integración social, promoción de la autonomía o del envejecimiento activo de las personas usuarias de los centros, tales como, personal médico, de enfermería, fisioterapia, nutrición y dietética, terapia ocupacional, educación social, psicología o trabajo social. Además, estos profesionales, deberán contar con formación complementaria en dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, u otras áreas relacionadas con el ámbito de atención a la dependencia</p>	<p>A las titulaciones se debe añadir la de Logopedia, es fundamental que en un equipo donde puede haber profesionales de la rehabilitación se incluya a las personas encargadas de la rehabilitación de problemas de comunicación oral (lenguaje, habla voz, audición) y de rehabilitar los trastornos de la deglución - Disfagia</p>
<p>Artículo 30.- Personal de atención directa. 2. El personal que desempeñe estas funciones deberá poseer los conocimientos y capacidades que le permitan ejercer sus funciones con garantías de calidad y profesionalidad. Para ello, deberá contar con la titulación del sistema de formación profesional en materia de atención a</p>	<p>2. Para una adecuada atención a los residentes, para el personal gerocultor se requerirá, como mínimo, formación reglada como auxiliar de enfermería con especialidad en geriatría.</p>

<p>personas en situación de dependencia, o con el respectivo certificado de profesionalidad o la cualificación profesional de atención sociosanitaria a personas en situación de dependencia en instituciones sociales, acordados por el Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios del citado sistema.</p> <p>3. Los centros que cuenten con unidades de convivencia tendrán asignados a estos profesionales a una de ellas y se procurará el mínimo de rotación posible para facilitar el vínculo con las personas a las que se prestan los apoyos.</p>	<p>3. Para evitar la rotación y favorecer el vínculo entre profesional y paciente es necesario incentivar y fidelizar la permanencia de profesionales tanto en el centro residencial como en las unidades de convivencia</p>
<p>Artículo 32. Ratios de profesionales.</p> <p>1. La dotación de personal específica de cada centro, sin perjuicio de cumplir con las ratios mínimas exigidas, deberá ser proporcional a las necesidades que presente el centro, teniendo en cuenta sus dimensiones y estructura, los servicios prestados, el número de personas usuarias y las cargas de trabajo derivadas de los planes de apoyo a sus proyectos de vida. En todo caso, se ajustará a las ratios y cualificaciones que se fijen en los acuerdos del Consejo Territorial de Dependencia.</p> <p>2. El personal técnico y el de servicios generales podrá ser o no, propio y su dotación será proporcional a las necesidades que presente el centro, teniendo en cuenta tanto el número de personas usuarias del centro, como todos los servicios que se presten y sus dimensiones y estructura.</p> <p>3. Cuando existan profesionales sanitarios en los centros, que amparados por la autorización sanitaria de funcionamiento ejerzan funciones propias del sistema sanitario público por encomienda de éste o por las mutualidades habilitadas a tal fin o como oferta adicional por parte de la entidad titular del centro, esa dedicación no podrá ser computada a los efectos del cumplimiento de las ratios mínimas exigidas para el funcionamiento de los centros de atención residencial para cuidados de larga duración.</p> <p>4. Cuando el centro cuente con plazas sociosanitarias, deberá imputarse cada profesional a cada una de las ratios exigidas,</p>	<p>RATIOS</p> <p>La existencia del personal suficiente para la atención necesaria de los residentes, marca la frontera entre vivir los años en una residencia con calidad y dignidad, o convertirlos en un infierno. Cuando se habla en la RESOLUCIÓN de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, del 0,47 a nivel general y del 0,28 para gerocultores, no se está garantizando que haya 0,47 trabajadores, ni 0,28 gerocultores por cada residente durante las 24 horas del día, ni los 365 días del año. Las actuales ratios están establecidas contando a todos los trabajadores como si estuvieran en la residencia, igual que los residentes, las 24 horas del día y los 365 días del año. Por ello, son engañosos. Las ratios hay que establecerlas de una forma objetiva, científica, de acuerdo con las necesidades reales de los usuarios, por turnos y por puestos de trabajo, y como mínimo:</p> <p>- Hay que modificar la ratio de personal gerocultor, para que se establezca una ratio mínima de un puesto de gerocultor para cada cuatro personas en el turno de mañana y en el de tarde, respectivamente, y uno para cada diez en el turno de noche; medida que tiene que quedar claramente recogida sin necesidad de efectuar cálculo alguno. Las ratios son de presencia, con</p>

<p>la social y la sanitaria. Cuando por un mismo profesional se realicen funciones para ambos sistemas, se deberán detallar e imputar las jornadas totales o parciales a cada uno de los ámbitos a los efectos de cómputo de ratios mínimas.</p> <p>5. En la normativa de desarrollo se establecerán las ratios mínimas con las que deberán contar los centros de carácter social.</p> <p>6. En atención a las necesidades de incremento de la asistencia a las personas usuarias derivadas de supuestos de situaciones extraordinarias por causa de salud pública, aquellas personas calificadas como usuarias no dependientes que resulten afectadas por dichas situaciones computarán, a efectos de exigencia de ratios de personal de los centros, como personas en situación de dependencia.</p>	<p>independencia del número de personal que sea preciso para su cumplimiento.</p> <p>- Disponer de servicio médico y de enfermería 24 horas al día. Actualmente, un alto porcentaje de ciudadanos que viven en residencias geriátricas son pacientes con una alta comorbilidad, que sufren diversas patologías crónicas que los hacen altamente vulnerables. La atención en las residencias tiene que contar con recursos asistenciales, tanto humanos como de equipamiento sanitario, para atender durante 24 horas al día las descompensaciones y reagudizaciones de estas personas. - Ampliación de las horas establecidas para el resto de personal técnico (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, educadores sociales, trabajadores sociales...), imprescindibles para la salud integral de los residentes</p>
<p>Artículo 33. Formación de los profesionales.</p>	<p>FORMACIÓN</p> <p>Para una adecuada atención a los residentes, para el personal gerocultor se requerirá, como mínimo, formación reglada como auxiliar de enfermería con especialidad en geriatría. Todo el personal que trabaje en residencias debe tener formación en pandemias. No puede volver a repetir el caos sufrido, porque para los residentes una buena organización marca la diferencia entre la vida y la muerte. Es necesario evitar la rotación permanente de personal, para lo que es imprescindible establecer un sistema de contratación indefinida e inmediata, con cobertura de incidencias y bajas incluidas y unos salarios dignos.</p> <p>Es tarea de la dirección del Centro incentivar la formación continua de los y las profesionales, así como, la evaluación de los objetivos alcanzados. Todo el personal que trabaje en residencias debe tener formación en pandemias. No se puede volver a repetir el caos sufrido, porque para los residentes una buena organización marca la diferencia entre la vida y la muerte.</p>
<p>Artículo 34.- Atención sanitaria en los centros.</p>	<p>ATENCIÓN SANITARIA DE LOS RESIDENTES</p> <p>A. La atención médica y el control de la salud de los residentes deben hacerse desde la sanidad pública, siendo los referentes los Centros de Atención Primaria, aunque las residencias dispongan de su</p>

	<p>propio servicio médico, que en todo caso será complementario y estará coordinado con los servicios públicos de salud. Debe reforzarse el personal de los Centros de Atención Primaria en función de las residencias que tengan a su cargo. Hay que garantizar que los residentes no sufren restricciones en el acceso a los especialistas ni en las derivaciones hospitalarias. Los y las residentes mantendrán sus derechos sanitarios en igualdad de condiciones que el resto de los ciudadanos. El Centro de Atención Primaria que corresponda al Centro residencial tendrá en cuenta y notificará a su Gerencia de Atención Primaria los posibles pacientes que forman parte de su posible población a asistir. El/la Coordinadora de Centro asignará a cada profesional el número de personas residentes que debe atender y estudiarán cada caso , particularmente aquellos que precisen visita domiciliaria periódica. Los y las profesionales de Atención primaria coordinarán los tratamientos evitando la polimedicación. Debe hacerse un seguimiento por parte los Centros de Atención Primaria, tanto de las pautas médicas, como de la higiene que presentan los residentes. El incumplimiento de las normas de higiene en los cuidados, frecuentemente por escasez de personal, es una causa importante de transmisión de infecciones dérmicas y urinarias.</p> <p>B. Atención psicológica.- Es imprescindible reforzar la atención psicológica a los residentes, muy afectados por la propia pandemia y por el aislamiento de sus familiares. En los casos en que no existan estos profesionales o que sean insuficientes, en tanto no se resuelva, esta carencia debe asumirse de forma externa en colaboración con los servicios de psicología clínica de la sanidad pública</p> <p>C. Equipamiento médico.- Dotar a las residencias de un equipamiento mínimo indispensable: electrocardiograma, disposición de oxígeno, posibilidad de hacer tratamientos endovenosos (suero, antibióticos...). Existencia de un stock de EPI's, como mínimo para un mes. Uno de los problemas que sufren con más frecuencia los residentes es la deshidratación, ya que</p>
--	---

	<p>cualquier enfermedad respiratoria o intestinal les impide ingerir el líquido que necesitan, especialmente a las personas con disfagia; lo que se podría evitar si el personal sanitario de la residencia pudiera administrarles suero por vía endovenosa.</p> <p>D. Prioridad en la atención a las personas mayores. Hay que buscar mecanismos que agilicen y prioricen la atención a las personas mayores en Centros de Salud, Centros de Especialidades y urgencias hospitalarias, evitando esperas prolongadas.</p> <p>E. Retomar y reforzar inmediatamente las actividades de estimulación cognitiva, atención psicológica, Logopedia terapia ocupacional, fisioterapia, etc.; además de la interacción entre los propios residentes, con las medidas de protección necesarias, con paseos y actividades comunitarias. Asimismo, hay que retomar actividades fuera del centro, como excursiones y visitas a teatros, museos, etc.</p>
<p>Artículo 34.- Atención sanitaria en los centros.</p> <p>2. A estos efectos, la atención sanitaria pública se prestará desde los dispositivos de atención primaria de salud, a través de la atención especializada y hospitalaria y mediante profesionales sanitarios que presten servicios en los propios centros residenciales. La normativa sanitaria regulará en qué centros y con qué profesionales sanitarios deberán contar los centros residenciales así como la fórmula de gestión y financiación de éstos.</p> <p>3. Los equipos de atención primaria que tuvieran que realizar la atención en los centros residenciales y aquellos contratados por el sistema de salud para realizar estas tareas, contarán con profesionales de apoyo a nivel hospitalario, en especial con el geriatra de referencia, la Unidad de Cuidados Continuados, así como los equipos de cuidados paliativos o de hospitalización a domicilio.</p>	<p>El punto 2 del artículo no está nada clara la fórmula de gestión y financiación que regulará esa normativa sanitaria que ahora mismo se desconoce cuál es, y mientras no se concrete en qué términos creemos que este punto debería eliminarse o concretarse, no se puede fiar la atención sanitaria de los centros a una normativa desconocida.</p> <p>3. No creemos que deba haber personal específicamente contratado por el sistema de salud para realizar estas tareas sino que los centros de atención primaria que lo necesiten por el número de residencias que puedan tener asignadas dentro de su área deberán contar con equipos lo suficientemente dimensionados para atender las necesidades de los residentes en centros, no debe haber en un centro de salud profesionales que se dediquen solo a la atención de los residentes y otros al resto de usuarios del sistema público de salud.</p>
<p>Artículo 37.- Control y seguimiento.</p>	<p>Inspecciones.- Las inspecciones y sus resultados requieren,</p>

	<p>por higiene democrática y por derecho, transparencia, por lo cual es conveniente una reformulación normativa de las inspecciones que permita el escrutinio público de las denuncias, su procedimiento y conclusiones, tal como sucede, por ejemplo, en diversos países europeos y americanos con una sistemática avanzada en este sentido. Transparencia e información abierta, continuada.</p> <p>La acción inspectora, por principio, debe ser garantista, y lamentablemente constatamos, ya desde hace lustros, actuaciones mayoritarias y continuas en favor de las empresas operadoras que han provocado un descrédito notorio a los servicios de inspección y el convencimiento en familiares y usuarias de que no merece la pena ejercer el derecho a la reclamación porque no existe una tramitación rigurosa y justa, lo que redundaría en cierto empoderamiento observado en las empresas gestoras, avalado por la impunidad en la que habitan, donde los actos negligentes o malas prácticas o vulneraciones de normativas no tienen consecuencias. La sanción casi es una entelequia. Las inspecciones requieren independencia del poder político y de los intereses empresariales, y con equidistancia ante los agentes auditados en la acción inspectora. Habilitar y garantizar herramientas o canales fluidos y de actuación expés en aquellas cuestiones que requieran una solución o restitución urgentes. Sustitución progresiva de las obsoletas Hojas de Reclamaciones en papel autocopiativo por mecanismos más acordes a los tiempos tecnológicos. Las inspecciones y controles, tanto las rutinarias como las efectuadas a raíz de denuncias, tendrán que ser REALES y SIN PREAVISO. Se deberá informar del resultado de estas inspecciones a los Consejos u Órganos de participación de familiares y usuarios. Para poder llevar a cabo las necesarias inspecciones y controles de la calidad de los servicios es imprescindible disponer de personal suficiente, por eso exigimos el aumento de las plantillas de inspectores, así como garantizar que realizan su trabajo con total independencia. Es preciso asegurar que estos funcionarios tengan la adecuada y</p>
--	--

	<p>continua formación, así como una buena metodología de trabajo. Por último, deberá ser obligatoria la existencia de un Registro Único de Entidades Prestadoras de Servicios que recoja los datos societarios de las empresas gestoras, sus centros, el número de plazas, descripción y cuantificación del personal, y los servicios e instalaciones con los que se cuenta; informaciones clave para la eficacia de la actuación inspectora, el control del funcionamiento de la operadora y el ejercicio esencial del derecho a la información en el gran público.</p>
<p>Artículo 38.- Calidad en los centros residenciales.</p>	<p>Controles de la calidad de los servicios. Las Administraciones Públicas tienen que efectuar los controles periódicos continuos para garantizar unos niveles adecuados de limpieza, temperatura ambiente, material, aseo y cuidado de los residentes, calidad de los menús ofrecidos, atención médica y sustitución del personal en caso de vacaciones, ausencias, etc. Se deberá recabar información de los representantes de familiares y usuarios, e informar del resultado a los Consejos u Órganos de participación de familiares y usuarios. La medición de la calidad de atención a las personas debiera hacerse mediante criterios de calidad. A modo de ejemplo:6</p> <ul style="list-style-type: none"> • Prevalencia de úlceras por presión: % de mayores con úlceras por presión en el momento de la inspección. • Número de caídas al año por residente. • Porcentaje de residentes con desnutrición ligera, moderada y severa. • Porcentaje de residentes con ataduras físicas o químicas. <p>Alimentación. - Mención específica merece el apartado de la alimentación, debido al modelo extremadamente economicista y usurero que han implantado las compañías operadoras de las residencias, con la connivencia o inacción de las administraciones públicas, que ha determinado que muchas de estas empresas hayan buscado asegurarse el mantenimiento o crecimiento de sus beneficios a base de restringir sobre todo el gasto en la alimentación de los residentes. Así nos encontramos con menús de ínfimas</p>

	<p>calidades, con deficiente aporte nutricional, de escasa variedad, que ha redundado en un deterioro progresivo de la salud de los residentes, con falta de hierro y otras deficiencias. Hay que revisar horarios de las comidas, para que sean más acordes a una vida normal. Los medicamentos que tengan unos intervalos de tomas, no podrán estar vinculados a los horarios de las comidas, porque eso supone el incumplimiento de la pauta médica establecida. Urge la intervención y regulación de la alimentación en las residencias: la evaluación del estado nutricional, los factores de riesgo y patologías asociadas a la alimentación; la intervención nutricional en los síndromes geriátricos; la calidad nutritiva de los alimentos, etc. Por ello, se precisa un control público que garantice la adquisición de alimentos frescos de proximidad y la elaboración de menús y dietas saludables, supervisadas por nutricionistas y endocrinos. Asimismo, debe controlarse que los contratos que vinculan a empresas gestoras y a prestadoras del servicio de cocina no rebajen los importes pagados por los menús, para evitar que a los residentes se les ofrezca comida basura.</p>
<p>Artículo 38 Calidad en los centros residenciales. 8. Mediante Resolución del Gerente de Servicios Sociales se fijará la puntuación mínima que deben obtener los servicios prestados en los centros residenciales para poder acceder a la concertación o a la prórroga de la misma. La puntuación que se fije como mínima para la acción concertada será asimismo objetivo de calidad mínimo para los centros de titularidad pública. Cuando la evaluación de un servicio de titularidad pública no alcance esta puntuación mínima deberá establecerse un plan de mejora aprobado por el responsable del servicio público con todas las medidas necesarias para corregir las deficiencias que se hayan evidenciado. El plan de mejora fijará el plazo de implantación que no podrá ser superior a un año.</p>	<p>CALIDAD EN IGUALDAD DE CONDICIONES La evaluación de los servicios debe hacerse por igual en los centros de titularidad pública y privada que son la mayoría. El plan de mejora aprobado por el responsable del servicio público no puede tener un plazo de implantación de como máximo 1 año, si los servicios son deficientes, hay personas que están recibiendo una atención deficiente y se está arriesgando su salud y su calidad de vida, por eso deben tener un plazo de implantación de 3 meses como máximo.</p>
<p>Artículo 40. Concertación de plazas.</p>	<p>LAS RESIDENCIAS ENTENDIDAS COMO UN SERVICIO PÚBLICO. REVERSIÓN DE LA PRIVATIZACIÓN DE CENTROS DE</p>

TITULARIDAD PÚBLICA

El cuidado de las personas mayores y dependientes debe entenderse como un servicio público, no como un negocio para enriquecer a empresas del IBEX-35, grupos multinacionales y fondos de inversión. Por ello demandamos servicios públicos de gestión pública, porque es la única manera de evitar la especulación con los derechos de personas mayores y dependientes.⁷ No es conveniente que el 73,2% de las plazas residenciales sean de titularidad privada, alcanzando en algunas CCAA más del 80%. Existe, a nivel estatal, un déficit de más de 75.000 plazas residenciales, si se quiere cumplir con las recomendaciones de la OMS, que cifra en un 5% la necesidad de plazas residenciales en relación con la población superior a 65 años. Es imprescindible un reequilibrio entre lo público y lo privado, a favor de lo público. Dada la escasez de plazas, es imprescindible el establecimiento de planes urgentes en todas las CCAA para la construcción o creación de residencias públicas, para cubrir como mínimo ese déficit y garantizar el acceso a plazas públicas a todas las personas que lo necesiten, manteniéndolas en su entorno más próximo. Es inaceptable desarraigar a las personas mayores de entorno social y familiar, concediéndoles plazas a 200 km. de distancia. Hay que revertir la privatización de las residencias, asumiendo la Administración la gestión directa una vez finalicen las correspondientes concesiones. Los directores y las directoras de los Centros deberán contar con titulación universitaria y haber realizados formación complementaria en dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, dirección de Centros Residenciales, u otras áreas de conocimiento relacionadas con el ámbito de atención a la dependencia; tal y como establece la Resolución de 2 de diciembre de 2008, de la Secretaría de Estado de Política Social, Familias y Atención a la Dependencia y a la Discapacidad. Asimismo, hay que diseñar un plan que garantice la atención a las personas a lo largo de su vida, en función de la evolución de sus necesidades y grado de dependencia (servicio de atención domiciliaria, pisos tutelados, etc.).

<p>Disposición adicional tercera En el plazo de un año desde la entrada en vigor de la presente ley, todos los centros que cuenten con algún usuario al que se le esté aplicando alguna sujeción que no tenga la consideración de actuación de urgencia, deberán desarrollar e implantar un plan de eliminación de sujeciones en el centro.</p>	<p>Dan un plazo de 1 año para hacer un plan de eliminación de sujeciones y no tiene que ser un plazo tan largo, sino que cuando entre en vigor la Ley debe establecerse el plan para eliminarlas en 1 mes o 2 meses y esos planes deben ser públicos, tanto para las administraciones como para los familiares.</p>
<p>Disposición adicional quinta Medidas de transparencia para las entidades y empresas titulares de centros residenciales de servicios sociales para cuidados de larga duración con financiación pública de la Administración Autonómica. 1. Las entidades y empresas titulares de centros residenciales de servicios sociales para cuidados de larga duración a personas mayores y a personas con discapacidad, cualquiera que sea su forma jurídica, que reciban financiación pública de la Administración general o institucional de la Comunidad de Castilla y León que suponga más de un 50% de total de sus ingresos, deberán cumplir los siguientes requisitos de transparencia:</p>	<p>Este porcentaje del 50% hay que eliminarlo, porque solo por el hecho de recibir financiación pública ya debe haber transparencia total. Tanto en el apartado 1 como en el apartado 2 de la disposición se hace referencia a ese porcentaje del 50%.</p>
<p>Disposiciones finales. Artículo 16. Centros para cuidados de larga duración. <i>Los centros residenciales y centros de día con unidad de estancias diurnas</i> para la atención a personas mayores mencionados en este decreto, estarán englobados dentro de la definición de centros para cuidados de larga duración y su autorización será equivalente a la dispuesta para estos por la normativa reguladora del modelo de atención residencial para cuidados de larga duración en Castilla y León.</p>	<p>Así como los centros residenciales son diarios debería ser lo mismo para los centros de día, porque hasta ahora los centros de día solo funcionan de lunes a viernes y el anciano y sus cuidadores viven los 7 días de la semana sin descansar los fines de semana.</p>
<p>Disposiciones finales. Artículo 20.- Centros residenciales. a) Habitaciones: dobles o individuales. Cuando el centro tenga autorizada una capacidad superior a 60 plazas, el porcentaje de habitaciones de uso individual será de al menos del 20%. La superficie mínima del dormitorio será de 8 metros cuadrados en habitación individual y de 12 metros cuadrados en habitación doble.</p>	<p>El porcentaje debe ser mayor, al menos del 50% se debe potenciar el uso de habitaciones individuales para procurar el respeto a la intimidad y la mejora de sus condiciones de vida, ofreciéndoles un espacio vital propio; a la vez que facilite un adecuado aislamiento, de forma que se pueda minimizar el riesgo de contagios entre los residentes.</p>