

POSICIONAMIENTO ASCAD RESPECTO DE:

“LA FLEXIBILIZACIÓN Y RACIONALIZACIÓN DE LOS REQUERIMIENTOS SOBRE LOS PROFESIONALES EN CENTROS GERIASISTENCIALES.

***Contexto socioeconómico:** Crisis económica y del sistema asistencial. Necesidad legal y moral de que las prestaciones de la ley de dependencia aplicada a la gente gran sean sostenibles. Alguna normativa de referencia y nuevo marco asistencial a desarrollar dado el margen de maniobra funcional de las empresas a partir de la reforma laboral (R.D-L 3/2012)*

SOBRE LA INJERENCIA NORMATIVA: Desde ASCAD **manifestamos** que el encorsetamiento normativo actual en perfiles y ratios para centros gerontológicos sean propios, colaboradores, concertados o de gestión, no es el más adecuado a las necesidades de los mismos ni de sus usuarios. El abanico profesional debería flexibilizarse y racionalizarse... ó quizá abrirse a otros profesionales, (¿por que no?), aquellos que cada centro considere oportunos para su funcionamiento, filosofía ó complemento asistencial. Es momento de “clarificar” y perfilar la realidad que existe desde la primera línea asistencial.

INFLUENCIA DE LA LEY 39/2006 (LEY DE LA DEPENDENCIA): **Manifestamos** que si bien la idea y los requerimientos respecto de la inclusión de los profesionales fué en su día un paso adelante, con la experiencia vivida, la perspectiva del tiempo y el propio perfil asistencial que el desarrollo de la **Ley 39/2006**, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de **dependencia** ha dibujado, vemos que las necesidades de los residentes actuales han cambiado, los deterioros psicofísicos son mayores y como consecuencia han emergido puntos débiles del sistema. Hay que “resetearlo”.

INFLUENCIA DEL R. DECRETO-LEY 3/2012 DEL 10-02-2012: Lo que hace años venimos defendiendo desde ASCAD, que no es mas que la transversalidad y polivalencia funcional de los profesionales en nuestros centros, nos lo ha venido a **ratificar y justificar** legalmente la recién publicada reforma laboral abriendo esta la puerta a que el Departament de Benestar Social i Família se posicione, contemplando y respetando esta norma jurídica, respecto de diferentes temas que le son de responsabilidad directa y que tiene que regular y normalizar **urgentemente dado que desde el día 10 están en situación de dudosa legalidad**: el desarrollo normativo para que los profesionales en general (grupos sanitario, social y gerocultor así como asistencia directa/indirecta) puedan adaptarse en los centros que **organizativamente consideren oportuno** y hacerlo en cuanto a perfiles, roles y funciones mediante las compensaciones necesarias. Y como no, la imprescindible reforma del Departament de Registre e Inspecció a efectos de la introducción del **“check-list”** que elimine las interpretaciones subjetivas de la actual Llei de Serveis Socials y las actas de inspección que todos tan bien conocemos y sea un verdadero departamento de apoyo. Vamos incluso más allá: se acabó la situación actual pues **ya** es otra “de iure” y “de facto” y en consecuencia hay que replantearse “quien es quien y qué es que”... casi de todo. Sin darnos cuenta este Real Decreto-Ley se ha transformado en una verdadera carga de profundidad que hará que se replantee el sistema geroasistencial de “arriba a abajo y de derecha a izquierda”. Si es así, bienvenido sea en este aspecto,.... iera muy necesario!

CALIDAD VERSUS HIPERPROFESIONALIDAD: **Manifestamos** que calidad no es sinónimo de rellenar la vida por normativa ó imperativo legal hiperprofesionalizando el bien ganado ocio de nuestros mayores. Hay que reclamar otras alternativas adaptadas a su nivel de dependencia, al que hoy ya nos toca atender y nos tocará cada vez más el día de mañana y ante el cual la actual legislación en este aspecto es cuestionable. Hablemos de eficiencia y necesidad de crear entornos **amigables** hacia el residente eliminando que corsés como la saturación normativa, la hiperburocratización y el profesionalismo mal entendido sean los equivalentes, sinónimos ó baluartes de la calidad geroasistencial.

EL ESTADO DE BIENESTAR COMO CONQUISTA SOCIAL: Manifestamos y reiteramos la necesidad de analizar y ajustar el sistema para su sostenibilidad. Hablamos de racionalizar y **mantener los costes** en cota baja para asegurar la viabilidad geroasistencial de la dependencia, cuarto pilar irrenunciable del estado de bienestar ... y se pueden hacer cosas para conseguirlo con voluntad política y legislativa.

EL "ENTORNO" AL SERVICIO DE LA PERSONA, NO AL REVÉS: Manifestamos que nos estamos olvidando de una cuestión capital que es "como le gusta ó gustaría" a las personas a nuestros residentes vivir esta etapa de su vida, cual es su proyecto vital, cuales son sus focos de interés y cuales no, como podríamos nosotros interpretar eso, si les gusta **de verdad** que ahora los coja el/la Terapeuta, después el/la Animador, justo antes de comer hay que remeter al/la Fisio por cuestión de horario, por la tarde hablaran, si pueden, con la/el psicólogo y TS y... así cada día de cada semana de cada mes de cada año... hasta el final. O quizá esto para su situación, edad, expectativas vitales y sueño dorado no es "exactamente" lo que tenían previsto. Reflexionemos.

Algunas referencias legales interesantes:

V CONVENIO MARCO ESTATAL DE SERVICIOS DE ATENCIÓN A LAS PERSONAS DEPENDIENTES Y DESARROLLO DE LA PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL

Artículo 15.- Empleo

Con el objetivo de dotarnos de un modelo de relaciones laborales estable, que beneficie tanto a las empresas como al personal, que elimine las desigualdades que se hayan podido o se pretendan establecer en el acceso al empleo y las condiciones de trabajo con respecto a las mujeres, los jóvenes, los inmigrantes, las personas con discapacidades y para quienes tienen trabajo temporal o a tiempo parcial, que contribuya a la competitividad de las empresas, a la mejora del empleo y a la reducción de la temporalidad y rotación del mismo y con el fin de conseguir que la atención a los usuarios sea de la mayor calidad y más cualificada posible, se determinan los siguientes criterios sobre modalidades de contratación, siendo prioritaria la contratación indefinida.

Contrato a Tiempo Parcial. El contrato deberá formalizarse necesariamente por escrito, debiendo constar en él, el número ordinario de horas de trabajo al día, a la semana, al mes o al año y su distribución.

La duración mínima de las jornadas a tiempo parcial será de 25 horas semanales, a excepción de las originadas por contratos o servicios que por sus características requieran jornadas inferiores en cuyo caso **la duración mínima será de 8 horas semanales**.

Real Decreto-ley 3/2012, de 10 de febrero, de medidas urgentes para la reforma del mercado laboral.

"Asimismo, se reconoce a los trabajadores el derecho a la formación profesional dirigida a su adaptación a las modificaciones operadas en el puesto de trabajo."

Artículo 8. *Clasificación profesional.*

El artículo 22 del Texto Refundido de la Ley del Estatuto de los Trabajadores, aprobado por Real Decreto Legislativo 1/1995, de 24 de marzo, queda redactado del siguiente modo:

«Art. 22. *Sistema de clasificación profesional.*

1. Mediante la negociación colectiva o, en su defecto, acuerdo entre la empresa y los representantes de los trabajadores, se establecerá el sistema de clasificación profesional de los trabajadores por medio de grupos profesionales.

2. Se entenderá por grupo profesional el que agrupe unitariamente las aptitudes profesionales, titulaciones y contenido general de la prestación, y podrá incluir distintas tareas, funciones, especialidades profesionales o responsabilidades asignadas al trabajador.

3. La definición de los grupos profesionales se ajustará criterios y sistemas que tenga como objeto garantizar la ausencia de discriminación directa e indirecta entre mujeres y hombres.

4. Por acuerdo entre el trabajador y el empresario se asignará al trabajador un grupo profesional y se establecerá como contenido de la prestación laboral objeto del contrato de trabajo la realización de todas las funciones correspondientes al grupo profesional asignado o solamente de alguna de ellas. Cuando se acuerde la polivalencia funcional o la realización de funciones propias de más de un grupo, la equiparación se realizará en virtud de las funciones que se desempeñen durante mayor tiempo.»

Ley 44/2003, de 21 de noviembre, de ordenación de las profesiones sanitarias:

Artículo 6. Licenciados sanitarios.

2. Sin perjuicio de las funciones que, de acuerdo con su titulación y competencia específica corresponda desarrollar a cada profesional sanitario ni de las que puedan desarrollar otros profesionales, son funciones de cada una de las profesiones sanitarias de nivel de Licenciados las siguientes:

- a. **Médicos:** corresponde a los Licenciados en Medicina la indicación y realización de las actividades dirigidas a la promoción y mantenimiento de la salud, a la prevención de las enfermedades y al diagnóstico, tratamiento, terapéutica y rehabilitación de los pacientes, así como al enjuiciamiento y pronóstico de los procesos objeto de atención.

Artículo 7. Diplomados sanitarios.

- a. **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.
- b. **Fisioterapeutas:** corresponde a los Diplomados universitarios en Fisioterapia la prestación de los cuidados propios de su disciplina, a través de tratamientos con medios y agentes físicos, dirigidos a la recuperación y rehabilitación de personas con disfunciones o discapacidades somáticas, así como a la prevención de las mismas.
- c. **Terapeutas ocupacionales:** corresponde a los Diplomados universitarios en Terapia Ocupacional la aplicación de técnicas y la realización de actividades de carácter ocupacional que tiendan a potenciar o suplir funciones físicas o psíquicas disminuidas o perdidas, y a orientar y estimular el desarrollo de tales funciones.
- d. **Podólogos:** los Diplomados universitarios en Podología realizan las actividades dirigidas al diagnóstico y tratamiento de las afecciones y deformidades de los pies, mediante las técnicas terapéuticas propias de su disciplina.

Definiciones de Psicólogo, Trabajador Social y Educador Social:

Un **psicólogo** es aquel profesional especializado en un área determinada de la **psicología** (*psico*, del **griego** ψυχή, "**alma**" o "actividad mental", y *-logía*, *-λογία*, "tratado", "estudio" o "ciencia"), que es la **ciencia** que estudia los procesos mentales en sus tres dimensiones: cognitiva (**pensamiento**), afectiva (**emociones**) y comportamental (**conducta**).

El **trabajo social** se define según la **Federación Internacional de Trabajadores Sociales**¹ y la Asociación Internacional de Escuelas de Trabajo Social (IASW)² como "La profesión de trabajo social que promueve el cambio social, la resolución de problemas en las relaciones humanas, y el fortalecimiento y la liberación del pueblo, para incrementar el bienestar. Mediante la utilización de teorías sobre comportamiento humano y los sistemas sociales, el trabajo social interviene en los puntos en los que las personas interactúan con su entorno. Los principios de los Derechos Humanos y la Justicia Social son fundamentales para el Trabajo Social".

El **educador social:** (Sr. Xavier Lorente i Guerrero Coordinador Grupo de trabajo del ámbito de Gent grand. Colegio de Educadoras y Educadores Sociales de Cataluña)

La filosofía de actuación es "dar vida a los años" y de esta, se despliegan los siguientes objetivos:

Potenciar la dimensión lúdica, creativa y relacional de la persona. Generar ilusión. Contribuir que la persona reelabore y dé continuidad a su propio proyecto de vida e integrar a los familiares de los residentes en el proceso de dinamización. Potenciar la capacidad de decisión y de autogestión de la persona. Normalizar la vida de la persona mayor como persona antes de que como enfermo. Recuperar y mantener la vinculación con la institución, el entorno y la vida social. Mantener y potenciar las capacidades físicas, psíquicas y sociales teniendo en cuenta a la persona como un ser biopsicosocial y espiritual. Diseñar, planificar y evaluar las actividades de dinamización Motivar, facilitar y canalizar iniciativas. Transmitir estrategias y herramientas que faciliten la relación y la comunicación interpersonal

Orden de 11 de febrero de 1986, de la Consejería de Salud y Bienestar Social, de la Comunidad de Madrid por la que se desarrolla el Decreto 146/1985, de 12 de diciembre, de Centros, Servicios y Establecimientos Sanitarios.

3.29. Unidad de Rehabilitación.

3.29.2. Normas mínimas de funcionamiento.

Todos los tratamientos de rehabilitación deben ser **prescritos y controlados** por un médico especialista y deben ser realizados por personal cualificado.

Existirá una ficha de tratamiento por enfermo con la prescripción, tratamiento, evolución e informe final en donde conste el estado del enfermo en ese momento, firmado por el médico responsable.

Al respecto de las "competencias profesionales" y las "atribuciones profesionales" (Planes de Estudios, Ley General de Educación).

a) **Titulación:** En la medida que las personas adquirimos aptitudes estas nos convierten en competentes pero para tener las atribuciones de esas competencias necesitamos un documento que nos acredite que podemos hacer uso de esas destrezas, esto es una titulación.

b) **Competencias:** El ejercicio profesional ó una profesión es la realización regular y habitual de un conjunto de actividades que tienen en común la aplicación a la realidad de un conjunto de saberes intelectuales o técnicos. Estas tareas deben estar basadas en una construcción jurídica para que surja la profesión en sentido estricto.

A partir de aquí, un profesional titulado puede tener:

- 1) atribuciones por competencias **exclusivas**.
- 2) atribuciones por competencias **compartidas**.

1.- Grupos profesionales ACTUALES en ámbito residencial:

- a) Grupo sanitario: Médico, Enfermería, Fisioterapeuta.
- b) Grupo social: Terapeuta ocupacional, Psicólogo, Educador/a Social, Trabajador/a social
- c) Grupo gerocultor: gerocultoras.

2.- De la participación de los profesionales, grupos sanitario y social, en los centros gerontológicos: (aspectos de legalidades contractuales)

En función del tamaño de los centros ó número de plazas concertadas ó colaboradoras nos encontramos que para el cumplimiento de la norma y en consecuencia la existencia de cada uno de los perfiles de los profesionales de los grupos citados en muchas ocasiones las **relaciones contractuales con ellos están en fraude de ley, es decir, son ilegales** ya que son inferiores a la excepcionalidad que marca el convenio actual de 8h/semanales y en otras muchas la excepcionalidad contractual citada se ha convertido en normalidad.

Es mucho mejor para el profesional, el centro y el residente poder agrupar las horas de profesionales de competencias "no exclusivas" en **un solo profesional en un mismo centro** en vez de que hayan diferentes profesionales a "minicontratos" y "minijobs" repartidas en distintos centros.... simplemente porque hay que "cuadrar" los ratios con todas las figuras.

Estamos convencidos de que incluso los propios colegios profesionales ó los sindicatos verían con mejores ojos jornadas más amplias donde sus colegiados puedan ejercer más dignamente su actividad profesional.

Por ello consideramos **imprescindible** que los centros tengan la opción de agrupar las horas correspondientes a los diferentes perfiles del grupo, sea sanitario ó social, indistintamente con cualquier profesional, respetando las competencias exclusivas.

En cuanto al grupo sanitario solo tendrían especificidad los DUE y el médico, todo y que la norma **no obliga** a que la atención sanitaria del centro se cubra obligatoriamente con personal propio del mismo refiriendo a que se cubran preferentemente con los profesionales del área básica de salud.

3.- De las necesidades de los residentes: Definamos las líneas de lo que quiere decir "atención centrada en la persona"

Por otra parte y, a poco que evaluemos las necesidades de las personas con dependencia alta que requiera de atenciones institucionalizadas en un ámbito residencial, por definición sustitutorio del hogar, podremos reparar que de entrada las necesidades principales se plantean en cuanto a las ayudas de las AVD, ya que el hecho de requerir la institucionalización quiere decir, por extensión, que no pueden atenderlas en su domicilio.

Llegados aquí debemos cuestionarnos desde diferentes puntos de vista la **participación y necesidad objetiva** de algunas profesiones tituladas en el ámbito de las residencias en base a diferentes variables para la atención centrada en la persona y que partan de la premisa indiscutible de la **comprensión, aceptación y respeto del envejecimiento como proceso biológico al que debemos acompañar y no combatir desde la implicación, polivalencia y transversalidad de los profesionales tanto de primer nivel (gerocultoras) como de segundo nivel (otros profesionales)**. Estos factores básicos se facilitan con la presencia y compromiso y no se consiguen ni desarrollan desde una situación de fragmentación presencial que inducen a contratos laborales de minijornadas, minisueños y en multiempresas.

Planteemos así:

- a.- Necesidad de diferenciar la existencia ó no de la necesidad real de la persona en su contexto ó proyecto de vida diferenciando si esta es realmente una necesidad en su proceso evolutivo ó es que hemos convertido en "necesidad" a los medios, normas y organización en el centro de la atención desplazando al residente a una "cuestión periférica".
- b.- la frecuencia en que se presentan esas necesidades ó procesos.
- c.- la atribución exclusiva ó compartida del profesional en cuestión para cubrirla, atenderla ó compensarla.
- d.- si es ó no la residencia la ubicación idónea para cubrir esa necesidad.

Evidentemente, una necesidad asistencial personal que presente todos estos requisitos haría conveniente y necesaria la inclusión del profesional específico en las residencias y, a medida de que se cumplan menos "ítems" citados, mayor debería ser la **flexibilidad** en cuanto la obligatoriedad de ese profesional en concreto y, en cambio, poder contar con diferentes opciones de perfiles teniendo en cuenta otras variables normativas ó de filosofía asistencial del centro. (normativa laboral respecto contrataciones, p.e.)

4.- Conclusiones:

4.1 De los profesionales: "Redefinición de su rol en el ámbito residencial, su necesidad real y diferenciarlos y/o agruparlos en base a atribuciones exclusivas ó compartidas (polivalencia)."

Recordemos que el nuevo decreto-ley, del 10/12/2004, cita literalmente "por **acuerdo entre "el trabajador y el empresario"** (art. 8.4), por lo tanto estamos hablando de un derecho de los centros que no puede ser obviado porque la **ley obliga**. A partir de ahí, con ánimo de justificar y encauzar razonadamente la situación exponemos:

1.- Los **únicos** profesionales con aptitudes, competencias y atribuciones exclusivas en al ámbito de la salud son el médico y los DUE`S. Señalemos que los problemas de salud, a nivel general, son frecuentes en el ámbito residencial.

2.- De las **funciones** referidas anteriormente podemos ver y deducir que muchas de ellas aplicables a la población de la gent gran institucionalizada pueden ser perfectamente **compartidas** por distintas profesiones **y** en consecuencia son **fácilmente** agrupables en la misma persona. (Transversalidad, flexibilidad y polivalencia profesional)

3.- El/la Terapeuta Ocupacional no es un profesional "social" y debe ser incluido donde debe estar que es en el grupo sanitario. (Ley 44/2003 de 31 de noviembre de ordenación de las profesiones sanitarias, título I, art. 7.c). Esto cambia totalmente el criterio, parece ser de la administración, de no tocar este grupo ya que de su inclusión resulta un grupo "diferente". Ya hablamos de "otra cosa". Además de ser imperativo legal.

4.- Contemplar como necesaria la polivalencia en base a las competencias compartidas (incluidos gerocultoras/es). La visión de "rigidez funcional" por parte de los profesionales genera un modelo difícil de coaligar con los proyectos vitales de la persona mayor en la que aquellos son un "mix" de pequeñas actuaciones de ocio, conversaciones, actividades estimulativas y/o de desarrollo personal que forman parte de la vida normal de los residentes. Estas actuaciones pueden y deben ser atendidos indistintamente por cualquier profesional de primer nivel con el soporte y apoyo de profesionales de segundo nivel. Hay que potenciar modelos transversales y polivalentes en oposición a los verticales y estrictos.

5.- Actividades del tipo "mantenimiento físico" en forma de ejercicios saludables pueden desempeñarlos diferentes perfiles profesionales, ya que son competencia no exclusiva del fisioterapeuta y las pueden desempeñar tanto ellos mismos como los DUE`S, TO , monitores de educación física ó gerocultores con formación ocupacional en actividad física. (polivalencia y transversalidad asistencial). La inclusión del Fisioterapeuta nos obligaría a la formación estructural de una unidad de rehabilitación con la inclusión del prescriptor ó médico rehabilitador. (Ojo con las responsabilidades civiles profesionales y las subsidiarias a los centros ó personal directivo de los mismos)

6.- Actividades tipo animación sociocultural tampoco son atribución exclusiva de la Educación Social y puede desarrollarla cualquier otro perfil, sea del ámbito social como de la salud e incluso por cualificación en programas para gerocultoras. (Estas opciones, puntos 3, 4, 5 fomentarían la formación ocupacional continuada en los centros, la polivalencia y la transversalidad asistencial y se engarzan con todo el contenido importante de la formación que destaca de forma preferencial el nuevo decreto del 10/02/2012)

7.- Posibilidad de que **cada centro disponga de los profesionales que crea conveniente para su Plan Asistencial**, sean los que se citan en el pliego de prescripciones técnicas para la concertación u otros (logopedas, musicoterapeutas, etc..)

con un ratio mínimo horas/año/usuario del 50% por grupo.

8.- Sobre los ratios de horas/año actuales debería implementarse lo que ya se había firmado con la anterior consellera, es decir, cubrir el 50% de horas/año/usuario de cada grupo (sanitario ó social) pero con libertad a cada centro de decidir con que perfiles profesional/es lo hace procurando un mínimo de dedicación de profesional equivalente a media jornada. (calidad del empleo)

Del 50% restante debería cubrirse la mitad, es decir un 50%, con profesionales de primer nivel. (gerocultor/as).

Proponemos que podría estimarse una **aplicación temporal** de este volumen restante (el otro 50%) en controlar y/o abaratar el precio de estancia mensual ó dedicarlo a recapitalizar las empresas por los incrementos de costes continuos que han tenido en estos últimos años y que no han podido repercutir ó normalizar en sus cuentas. Si las empresas estan en asfixia económica, el sistema tampoco será viable,... y muchas lo estan.

9.- La reducción a un 50% de la ratio de profesionales (excepto geracultoras) obliga aún más a la transversalidad y polivalencia asistencial ya que sera aún más complejo y difícil el poder hacer contratos laborales sin que estos esten al margen de la ley al ser la presencia profesional requerida aún de menos horas. Es indispensable facilitar el **cumplimiento del reciente decreto-ley** de reforma laboral facilitando los acuerdos trabajador-empresa para que la medida de la disminución de la ratio al 50% se acompañe con la posibilidad de agrupar y acumular las horas en un mismo profesional. Es obvio y mejor dar cuatro horas asistenciales de contrato laboral a un profesional que dar una hora a cuatro diferentes... si nadie de ellos tiene funciones exclusivas. (otra vez polivalencia y transversalidad)

10.- Deberíamos procurar utilizar el concepto de "proporcionar el acceso a un servicio determinado" mas que no la "obligatoriedad de prestar ese servicio in situ". La propia norma lo recoge así cuando entre las obligaciones de los centros fija el procurar el acceso a la salud pero no la obligatoriedad de proporcionarlo con medios propios. Lo deja a criterio del centro. De esta forma podría contemplarse cubrir fracciones de dedicación profesional con **consultorias profesionales externas**.

11.- En el plan de formación de las gerocultoras debería contemplarse la opción de la **formación no presencial** mediante tutorías "on line". Es absurdo que si enseñanzas universitarias pueden hacerse a través de la UNED ó la UOC no puedan hacerse otras de primer nivel. Tengamos en cuenta que al día de hoy hay pocos centros acreditados en Catalunya obligando a los trabajadores a perdidas de tiempo en desplazamientos en ocasiones trascomarcales y transprovinciales que pueden soslayarse con otros métodos más propios de la época que vivimos.

12.- Propuesta clarificadora con ánimo de la simplificación: **eliminación** del concepto de los grupos actuales (gerocultoras, social y sanitario) y sustituirlo sencillamente por profesionales de primer nivel (gerocultoras) y segundo nivel (el resto). ¡Facilitaría tanta historia y alquimia rocambolesca y enredada de cuadros, compensaciones, ratios innecesarios,... en fin,... justificaciones sobre el papel pero innecesarias en la realidad con la dificultad añadida de cuadrar y no saber que hacer con los "flecros de horas residuales colgando".

13.- A efectos de cuadrar turnos y planes de horarios laborales debería contemplarse como incidental sin repercusión alguna una **oscilación** en el número de horas globales de los ratios (podría ser de +/- un 5%).

4.2 De las condiciones materiales (gimnasio, sala visitas y despacho profesionales).

La evolución del mundo geroasistencial occidental hacia modelos "housing" ó "housing asistido", debería hacernos reflexionar profundamente sobre la alternativa de sintonizar con los países que "ya han ido y vuelven" evitando pérdidas de tiempo y recursos y ganando "tiempo al tiempo" ó... seguimos en la ortodoxia superintervencionista y desfasada del modelo actual. Esto replantearía radical y globalmente los espacios, pero hasta que se defina el modelo apuntamos:

1.- Si no es necesario el fisioterapeuta, debería ser optativo la existencia de gimnasio en la residencia. Debería dejarse a criterio de los centros y su política asistencial ó a diferentes modelos asistenciales.

2.- Falta concretar qué es y que finalidad tiene la "sala de visitas". ¿Puede ser uno de los salones del centro? ¿debe estar diferenciada? ¿Para que tipo y cuantas visitas es una sala de visitas de 12 m²?, ¿ y de 6 m²? ¿es un espacio "solo" para las visitas y el resto del tiempo cerrado, es decir, espacio infrautilizado? ¿si coinciden más personas que la capacidad de la sala, que hacemos,... damos "tanda"?

3.-En función de la capacidad del centro y a efectos de rentabilizar espacios, los despachos pueden utilizarse en distintas franjas horarias como despachos polivalentes por cualquier otro profesional.

Planteamos estos temas como elementos de reflexión a tener en cuenta vista la experiencia actual, ver hacia donde vamos como modelo asistencial inmovilista desarrollado y afianzado a base de "actas de inspección sancionadoras" en la que el miedo al empapelamiento nos a transformado en un **modelo asistencial intervencionista y estancado en el que es casi imposible e inviable la investigación y/o la innovación**. Reflexionemos que la calidad no es unidireccional y vectorial sino subjetiva y plural en el que la persona cuenta como propietaria de su propia vida y proyecto vital. Reflexionemos y veamos que ha ocurrido antes en otros países de Europa que empezaron hace años con estos criterios que hoy tenemos aquí y al final los están desmontando por diferentes cuestiones (insostenible económicamente, poco funcional, alejado del interés de las personas, etc, etc,...) y que, además, en otras comunidades del estado más flexibles y menos intervencionistas dejan margen para la **innovación** evolucionando e integrando las nuevas filosofías geroasistenciales.

Algunos casos ilustrativos a modo de ejemplos:

Somos los directores los que estamos conviviendo día a día con la realidad y los que constatamos que nuestros mayores necesitan descansar física y mentalmente en ambientes alejados de modelos cuartelarios. Constatamos asimismo que en muchas ocasiones asisten forzados a las sesiones profesionales con "overbooking" de ofertas paralelas ó iguales -a coste altísimo- dirigidas a una minoría contrastando por otra parte un déficit para cubrir necesidades básicas mayoritarias y precisamente por ello más importantes. Si descontamos el tiempo que se le dedica para cubrir la AVD básicas a un residente medio, no podemos, ni debemos, colapsarlo ó saturarlo con un desfile de intervenciones profesionales en cascada que en la mayoría de los casos ni les interesa, entienden, comprenden ó colaboran todas ellas, son personas frágiles en el sentido amplio y noble del término.

Caso 1.- La presentación de un íleo obstructivo en una residencia es atribución exclusiva del cirujano general para el abordaje quirúrgico del problema, pero ni es la residencia la ubicación idónea para operarlo ni este problema es de una frecuencia cotidiana en su presentación. En consecuencia NO sería necesario, ni a nadie se le ocurriría, establecer a los cirujanos generales como profesionales obligatorios en las residencias ó la

existencia de un quirófano en las mismas. (competencia exclusiva)

Caso 2.- Podemos encontrarnos en un centro con un alto porcentaje de usuarios con MiniMental bajo (p.e.) y necesitamos hacer sesiones de estimulación ó animación. Podemos servirnos de diferentes profesionales para poder desarrollar estas sesiones ya que la animación es una competencia de distintos profesionales y no es atribución exclusiva de ninguno de ellos, por lo tanto podrían liderar esta sesión diferentes perfiles: gerocultoras, DUE, psicólogo, TS, ES/ASC y, además, podrían desarrollarse, en diferentes espacios del centro, ya que tampoco se requiere de un habitat especial. En este caso, cualquiera de los profesionales citados podría ser útil para cubrir esa necesidad. (competencia compartida, ... otra vez polivalencia y transversalidad asistencial.)

Caso 3.- Podemos tener un residente que presente una fractura de un miembro y requiera de rehabilitación. Para una adecuada progresión en su proceso de recuperación requiere de un médico rehabilitador que conozca, interprete y diagnostique el problema y sus posibles complicaciones, marque la pauta del tratamiento a seguir y en función de ello que el fisioterapeuta siga sus instrucciones (tratamiento) y que pueden ser en gimnasio, cama del hospital ó en domicilio. En este caso, todo y la existencia de un fisioterapeuta en la residencia, este **NO** puede liderar el programa de recuperación ya que **NO** puede diagnosticar, y si diagnostica puede cometer **intrusismo profesional**,... y si, además, lo hace y causa **dolo** cometería **imprudencia temeraria**, más la subsidiariedad de posibles **responsabilidades civiles** si provocase yatrogénias en su praxis que asumiría él y subsidiariamente la dirección y/o el centro.

Caso paralelo sería que un/a DUE diagnosticara e implantara tratamientos farmacológicos, por citar un ejemplo.

La reafirmación de lo expuesto es que el propio pliego de condiciones para el concurso de las 1500 plazas de 2009 (DOGC núm. 5357 - 09/04/2009) **EXCLUYE** de las funciones del fisioterapeuta el tratamiento de problemas agudos en el ámbito residencial.

Caso 4.- Ante circunstancias de trances dolorosos existen los protocolos de acompañamiento del duelo pero estos al no ser atribución exclusiva de ningún profesional pueden desarrollarlos y liderarlos otros que tengan sensibilidad, aptitud y competencia para ello. (gerocultoras, psicólogo, DUE, TS,... otra vez la polivalencia y la transversalidad asistencial).

Estas son las líneas de trabajo que os proponemos para vuestra reflexión. La reciente promulgación de la reforma del mercado laboral en el aspecto de la polivalencia marca una nueva línea facilitadora de una reforma asistencial global necesaria,... así como colocan en "¿alegalidad?" muchas normativas, actuaciones y procedimientos actuales. No olvidemos que esta reforma, además, está apoyada por el actual partido del Govern de la Generalitat. ¿A que esperan y que más necesitan en nuestra Conselleria?

Saludos.

Juli Marti

Andrés Rueda

Secretari

President.