La Mesa Aragonesa por la Sanidad pública de Aragón **(MAS)** reivindica las siguientes propuestas para mejorar el estado actual de los Centros Residenciales de personas Mayores en Aragón y con discapacidad:

**1-ELIMINAR EL MODELO RESIDENCIAL DESPERSONALIZADO. NECESIDAD DE OTROS MODELOS DE ATENCIÓN**

**Avanzar hacia un modelo que ponga la vida en el centro, con una perspectiva de género, acabando con la precarización y feminización de los cuidados.**

Eliminar estructuras físicas inadecuadas, donde se dispensan cuidados estandarizados, rutinarios, despersonalizados y en ocasiones con coacciones a personal y residentes para silenciar sus quejas.

Modificar el actual modelo de residencia tanto para las personas con dependencia física como para personas con discapacidad psíquica o personas con enfermedad mental.

**Residencias de menor tamaño**. Adecuar los espacios, hacia los cuidados dignos y al número de residentes. Deberán de tener un jardín o acceso a una zona verde para que las personas puedan pasear por él.

Favorecer entornos inclusivos y dotarlos de medios tecnológicos que faciliten las actividades de la vida diaria y la comunicación con las familias y amigos, garantizando la seguridad y la accesibilidad.

Adoptar un enfoque integrado “centrado en la persona”, protegiendo su derecho a tener una vida que merezca la pena ser vivida y que estimule la independencia y la actividad física y mental. Centros abiertos a la comunidad en la que viven (facilitando la sociabilización e integración).

**Un cambio normativo y legislativo basado en la calidad de los cuidados, centrado en la dignidad de las personas y en los derechos fundamentales.** Tener cuidados dignos está basado principalmente en “no sujetar”, ni con contenciones físicas ni con medicalización.

Prevención de la soledad, evitar el desarraigo y evitar también la posibilidad de que ocurran apariciones de demencias o depresiones por esta cuestión.

**2-BÚSQUEDA DE SOLUCIONES ALTERNATIVAS A LAS RESIDENCIAS**

Buscar soluciones más creativas, respetuosas y que permitan envejecer en los propios domicilios y en el propio entorno el máximo de tiempo posible. La propia ley de dependencia se denomina “ley de promoción de autonomía personal y atención a personas con dependencia” y esa promoción de la autonomía es válida también en sus domicilios, por eso una adecuada atención de profesionales como, fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales y además auxiliares a domicilio evitarán y retardarán el ingreso en los centros residenciales.

Fomentar la atención domiciliaria con el objetivo de llegar un 15% de la población mayor de 65 años.

Prohibición de concesión de permisos para residencias de mayores en pisos.

Construir centros residenciales que **NO** sean macro edificios para evitar la masificación y la despersonalización de los residentes y así que sea fácil la integración como vecinos del barrio o pueblo donde se instalen, en ese sentido de vecindad, es muy importante el trabajo colaborativo entre usuarios residentes y entre los alumnos de primaria y secundaria; es imprescindible trabajar la “intergeneracionalidad “como método de aprendizaje y experiencias en ambos sentidos.

Buena comunicación de medios de transporte para favorecer las visitas o salidas de la residencia de los familiares y de los trabajadores/as.

Impulsar nuevos modelos convivenciales: viviendas compartidas, tuteladas, colaborativas u otras similares, mediante actuaciones e inversiones directas, cesión de suelo público u otras medidas de apoyo.

**3- FINAL DE LA VIDA**

Debe abandonarse la cosificación de las personas mayores sin escuchar sus deseos y opiniones y contar solamente con la de sus familiares. Evitar el encarnizamiento terapéutico, información clara sobre el Testamento Vital a familiares y mayores. **Creación de un Observatorio de la muerte digna.**

**4-ADECUADO AFRONTAMIENTO DE LA PANDEMIA**

No vamos a olvidar a las víctimas de esta pandemia ocurridas en las Residencias y creemos que ya es momento de hacer una investigación en profundidad que ponga encima de la mesa qué ha fallado, para que no se vuelva a repetir y se diriman responsabilidades.

**El aislamiento social y la prohibición de las visitas, acelera el deterioro** de los/las residentes y supone un abuso, un maltrato y una negación de los derechos humanos.

**Visitas con seguridad** (suficiente equipamiento EPI y protocolo de control de infecciones): con suficiente personal y recursos. Cumplimiento de las **ratios de personal**. **Incrementar los controles e inspecciones** del funcionamiento interno de las residencias.

**Mayor tiempo diario de actividad ocupacional, física y mental y considerar las necesidades emocionales** y afectivas de las personas mayores como algo fundamental para su salud. Apertura de los centros de día, con las medidas de seguridad adecuadas.

Establecer protocolos claros de derivación a los centros intermedios, garantizando su carácter no sustitutorio de atención sanitaria por criterio de edad y patologías.

**5-SOLUCIONES ADECUADAS Y URGENTES POR PARTE DE LA ADMINISTRACIÓN PÚBLICA**

**Un modelo sociosanitario 100% universal y de calidad con una coordinación eficiente entre el SALUD, los Servicios Sociales y Salud Pública**. Todas las nuevas residencias que se abran deberán de ser de titularidad y gestión pública, a fin de garantizar unos indicadores similares a los países de la Unión Europea.

Alcanzar al menos un 40% de las plazas residenciales en 5 años. A medio plazo, **recuperar para la gestión pública las residencias de Titularidad Pública que hayan externalizado la gestión con empresas y grupos privados**; a largo plazo, reintegrar**TODAS** al sistema público de atención a la dependencia.

Hasta que se implante el modelo de titularidad y gestión pública 100% hay que hacer una profunda revisión y **actualización de los pliegos de condiciones técnicas**, con inspecciones periódicas y con un sistema de sanción efectivo y cuantioso sino se cumplen. Que no salga más barato pagar una multa que cumplir con los pliegos.

Adjudicar las plazas vacantes existentes tanto en residencias públicas como concertadas y agilizar las listas de espera existentes en plazos no superiores a los seis meses desde la aprobación de los PIA (Planes Individualizados de Ayuda) de la ley de Dependencia. ¿Paga la DGA por las plazas concertadas vacantes?

Hasta que no se reviertan al sistema totalmente público, pedimos la presencia periódica de un/a funcionario/apara velar por el correcto funcionamiento del centro residencial.

**Aumento de la financiación pública** a través de los impuestos centrales y autonómicos y supresión de las actuales deducciones fiscales que sólo favorecen a los que disponen de más poder adquisitivo. Elaborar una Ley (con perspectiva de género) que ponga el foco en las necesidades reales de las personas.

Inspecciones y auditorías permanentes de calidad.

Realizar un estudio sobre la situación de todas las residencias en Aragón, lo que permitirá establecer criterios obligatorios adecuados en cuanto a los recursos y servicios.

**6-INTERVENCIONESDE LA DIRECCIÓN GENERAL DE SALUD PÚBLICA**

Asesoramiento a las residencias y establecer un modelo de vigilancia (screening periódicos …). Elaboración de planes de contingencia.

**Formación específica del personal** de las residencias acerca de aspectos relacionados con medidas preventivas y existencia de un equipo COVID dentro de la residencia que sea el referente con Atención Primaria y con Salud Pública

**7-COORDINACIÓN ADECUADA CON EL SISTEMA SANITARIO**

Los centros residenciales deberán de estar directamente asignados a unidades sanitarias concretas, Equipos de Atención Primaria debidamente especializadas, con medios y personal suficientes. Insistimos en la urgencia de tener una adecuada coordinación entre A. Primaria, Salud Pública y la Administración sanitaria para mejorar la atención sanitaria de los/las usuarios/as de residencias.

Continuar con el plan EDORE (Equipo de Atención Domiciliaria de Residencias) en toda la Comunidad autónoma dotándolo de personal y presupuesto suficiente.

Definición y concreción de cómo debe ser y funcionar la asistencia sanitaria en residencias de mayores (públicas y privadas) en un protocolo específico del SALUD.

Incluir en cartera de servicios de AP los programas de prevención y promoción de salud (Paciente Crónico Complejo) en las residencias geriátricas que se ponen en marcha en el resto de la población aragonesa. Los y las residentes son personas con plenos derechos en salud y no gente a la que aparcar para que no se les vea y no molesten.

Legislar y especificar en la necesidad del personal sanitario cualificado (medicina y enfermería) que se necesita para atender con calidad en las residencias de mayores y de forma planificada, en relación a número de residentes y grado de dependencia, y estableciendo el número mínimo de horas semanales de asistencia presencial del personal sanitario.

**8-PERSONAL CON FORMACIÓN ADECUADA Y CONDICIONES LABORALES DIGNAS**

Cumplimiento con la Ley 31/95 de Prevención de riesgos laborales, realizando las distintas evaluaciones de los puestos de trabajo y las respectivas cargas que conllevan; además de una dotación de EPI´S adecuada y material suficiente para realizar el trabajo diario (grúas, bañeras…)

Incremento del personal que trabaja en las residencias. Ratios adecuadas basadas en los grados de dependencia de las personas residentes.Urge resolver problemas como la falta de personal en la Residencia de Javalambre (Teruel). Condiciones laborales dignas y con formación continuada, todo esto desde una perspectiva de género.

Formación al personal en los derechos al final de la vida.

Actualización y revisión del convenio laboral. Los Cuidados Dignos deben de estar bien remunerados. Suprimir la brecha de género para ello. Tender a la equiparación progresiva con las retribuciones del sector público que trabajan en el mismo sector.

Aprobar una norma estatal para adecuar las ratios profesionales, desglosadas por categorías profesionales.

Se tienen que formar, dentro del ámbito sociosanitario, equipos multidisciplinares en los que se trabaje de forma horizontal evitando tanto la violencia que se ejerce de manera vertical hacia las trabajadoras y horizontalmente entre ellas pues repercute directamente en la calidad de los cuidados que afectan directamente a las personas residentes.

**9-COMUNIDAD DE CUIDADOS CON PARTICIPACIÓN DE RESIDENTES, FAMILIARES Y PERSONAL DE LOS CENTROS**

Garantizar los derechos de los usuarios contemplados en el Decreto 111/1992, en su artículo 33 apartado, a) Derecho a la información y b) Derecho a la participación y en su artículo 34, dice que los Reglamentos de Régimen Interno de las residencias deberán incluir “un sistema de participación de usuarios en órganos de gestión”. **Constitución inmediata de los órganos contemplados en la legislación vigente** y reformarla para dejar claro que está permitida la participación del familiar que se declare como guardador de hecho.

La información debe ser totalmente **transparente** y puesta a disposición de las personas residentes y familiares de manera sencilla y comprensible.Dar informes y memorias anuales a usuarios y a familias.

Las medidas que adopten las administraciones públicas y las propias residencias respecto al funcionamiento de las mismas, deberían ser consensuadas con las personas residentes y sus familiares y se debería fomentar el asociacionismo de las personas residentes y sus familiares.

**El derecho a mantener contacto** (visitas) de las personas residentes con sus familiares, así como, salir de la residencia debe garantizarse de manera prioritaria, adoptando las medidas de seguridad necesarias en cada momento.Considerar a un familiar o allegado de los usuarios de residencias como “colaborador necesario” para su acompañamiento emocional, ayuda y compañía, diferenciado de lo que es una visita ordinaria y que se le permite el acceso de manera regular en cualquier situación, adoptando las medidas que sean pertinentes.

**Crear dentro de cada centro o unidad sociosanitaria una “Comunidad de cuidados”** para dar participación a las trabajadoras y trabajadores, a residentes y a sus familiares, para seguimiento y control de la gestión, de los estándares de calidad del Centro, con informes y evaluaciones periódicas al IASS. Representación de la “Comunidad de cuidados” en los Consejos de Salud de zona, a través de esta persona del IASS.

Incorporar la realización de consentimientos informados, hojas de reclamaciones oficiales y Carta de derechos del residente.

Creación de Concejalía exclusiva municipal, comarcal de Mayores. **Figura del Defensor del Mayor…**

**MESA ARAGONESA DE SALUD** (ADSPA, CGT SANIDAD, FORO PRESIDENTES C. S. Z., FABZ, PSM, PLATAFORMA CONTRA PRIVATIZACIÓN DE LA SANIDAD, CAVAragón).