



BUTLLETÍ OFICIAL DEL PARLAMENT DE CATALUNYA

XIV* legislatura · setè període · número 775 · dimarts 27 de febrer de 2024

TAULA DE CONTINGUT

1. Tramitacions closes amb text aprovat o closes en la formulació

1.10. Acords i resolucions

Acord 10/XIV del Parlament de Catalunya, d'aprovació de l'informe amb les conclusions del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències
266-00001/13

Acord sobre l'informe 5

1.20. Interpel·lacions

Interpel·lació al Govern sobre les polítiques de joventut

300-00437/13

Substanciació 138

Interpel·lació al Govern sobre l'ús de les llengües a l'escola

300-00438/13

Substanciació 138

Interpel·lació al Govern sobre la resposta del Departament d'Acció Exterior i Unió Europea a l'informe del Parlament Europeu sobre els usos lingüístics a les escoles

300-00439/13

Substanciació 138

Interpel·lació al Govern sobre la cultura popular

300-00440/13

Substanciació 138

Interpel·lació al Govern sobre la transició justa i els canvis en el mercat de treball

300-00441/13

Substanciació 139

Interpel·lació al Govern sobre les zones de baixes emissions

300-00442/13

Substanciació 139

Interpel·lació al Govern sobre el Pla únic d'obres i serveis de Catalunya

300-00443/13

Substanciació 139

Interpel·lació al Govern sobre les causes de la ruïna del sector primari

300-00444/13

Substanciació 139

Interpel·lació al Govern sobre les polítiques d'habitatge

300-00445/13

Substanciació 139

Interpel·lació al Govern sobre les perspectives financeres i pressupostàries per al 2024

300-00446/13

Substanciació 139

2. Tramitacions closes per rebuig, retirada, canvi o dècaïment

2.15. Mocions subsegüents a interpellacions

Moció subsegüent a la interpellació al Govern sobre els pressupostos
302-00392/13
Rebuig 140

Moció subsegüent a la interpellació al Govern sobre la dificultat d'accés a l'habitatge per les polítiques de la Generalitat
302-00395/13
Rebuig 140

3. Tramitacions en curs

3.01. Projectes i proposicions de llei i altres propostes de norma

3.01.01. Projectes de llei

Projecte de llei de modificació de la Llei 16/2014, del 4 de desembre, d'acció exterior i de relacions amb la Unió Europea
200-00022/13
Nomenament d'un relator 141

Projecte de llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya
200-00026/13
Pròrroga del termini per a proposar compareixences 141

3.01.02. Proposicions de llei

Proposició de llei de creació del Fons agrari
202-00069/13
Nomenament d'un relator 141

3.10. Procediments que es clouen amb l'adopció de resolucions

3.10.25. Propostes de resolució

Proposta de resolució sobre l'Institut Escola Els 30 Passos, de Barcelona
250-01283/13
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes 142

Proposta de resolució sobre el millorament de l'educació superior
250-01284/13
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes 142

Proposta de resolució sobre el millorament del ferrocarril a l'Empordà
250-01285/13
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes 142

Proposta de resolució sobre les condicions del servei d'atenció domiciliària
250-01286/13
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes 142

Proposta de resolució sobre la construcció d'un nou centre escolar a Forallac, al Baix Empordà
250-01287/13
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes 143

Proposta de resolució sobre el millorament de l'Escola Oficial d'Idiomes de l'Hospitalet de Llobregat
250-01288/13
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes 143

Proposta de resolució sobre la depuradora i els regadius de Manresa
250-01289/13
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes 143

Proposta de resolució sobre el tancament de línies d'I3 i de primer d'ESO el curs 2024-2025 a Sant Feliu de Llobregat
250-01290/13
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes 143

Proposta de resolució sobre la inseguretat viària de la carretera C-55 al pas per Sant Martí de Torroella
250-01291/13
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes 143

Proposta de resolució sobre el desplegament normatiu de la figura del bé cultural d'interès local que estableix la Llei 9/1993, del patrimoni cultural català	
250-01292/13	
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes	144
Proposta de resolució sobre la reconversió del futur centre d'alta resolució Vicente Ferrer en un hospital comarcal de referència	
250-01293/13	
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes	144
Proposta de resolució sobre la implantació de coeficients reductors en l'edat de jubilació dels treballadors de la indústria química i de refinament del petroli	
250-01294/13	
Pròrroga del termini de presentació d'esmenes	144
 4. Informació	
4.45. Composició dels òrgans del Parlament	
4.45.12. Comissions específiques de seguiment	
Composició de la Comissió de Seguiment del Desplegament de les Actuacions de l'Agenda Rural de Catalunya	
411-00003/13	
Constitució, ratificació de la presidenta, elecció de la vicepresidenta i elecció del secretari	145
 4.50. Compliment de resolucions i de mocions	
4.50.02. Compliment de mocions	
Control del compliment de la Moció 220/XIV, sobre la protecció dels infants davant els desnonaments	
390-00220/13	
Sol·licitud de criteri de la Comissió	146
 4.53. Sessions informatives, compareixences, audiències i debats	
4.53.15. Sessions informatives, compareixences i audiències d'autoritats, de funcionaris i d'altres persones	
Compareixença en ponència d'Esteve Riambau, director de la Filmoteca de Catalunya, amb relació al Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya	
353-01484/13	
Substanciació	146
Compareixença en ponència d'Edgar Garcia Casellas, director de l'Institut Català de les Empreses Culturals, amb relació al Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya	
353-01485/13	
Substanciació	146
Compareixença en ponència de la presidenta del Consell Nacional de la Cultura i de les Arts amb relació al Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya	
353-01494/13	
Substanciació	146
Compareixença en ponència d'una representació del Gremi de Cinemes de Catalunya amb relació al Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya	
353-01498/13	
Substanciació	147
 4.70. Comunicacions del president de la Generalitat i comunicacions del Govern i d'altres òrgans	
4.70.01. Composició del Govern, delegacions de funcions i encàrrecs de despatx	
Encàrrec del despatx de la consellera de Justícia, Drets i Memòria al conseller d'Interior	
330-00292/13	
Presentació: president de la Generalitat	147
 4.90. Règim interior	
4.90.10. Càrrecs i personal	
Resolució de cessament i nomenament de personal eventual del Parlament de Catalunya	
Assistents del Grup Parlamentari de Junts per Catalunya	147

Aquesta publicació és impresa en paper ecològic (definició europea ECF), en compliment del que estableix la Resolució 124/III del Parlament, sobre la utilització del paper reciclat en el Parlament i en els departaments de la Generalitat, adoptada el 30 d'abril de 1990.

Els documents publicats en el *Butlletí Oficial del Parlament de Catalunya* (BOPC) són una reproducció fidel dels documents originals presentats al Registre General del Parlament.

La numeració del BOPC no està necessàriament vinculada a una sola data.

Imprès al Parlament

ISSN: 0213-7798

DL: B-20.066-1980

www.parlament.cat

1. Tramitacions closes amb text aprovat o closes en la formulació

1.10. Acords i resolucions

Acord 10/XIV del Parlament de Catalunya, d'aprovació de l'informe amb les conclusions del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències

266-00001/13

ACORD SOBRE L'INFORME

Comissió de Drets Socials, 14.02.2024, DSPC-C 833

La Comissió de Drets Socials, en la sessió tinguda el dia 14 de febrer de 2024, d'acord amb l'article 55 del Reglament del Parlament, ha examinat l'informe amb les conclusions del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (reg. 122771) i ha adoptat el següent:

Acord

1. S'amplia l'epígraf V de l'informe amb la inclusió de les propostes preparatòries per a la votació de les conclusions presentades al desembre del 2023 pel Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar (reg. 117779), pel Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana (reg.117762), pel Grup Parlamentari de Junts per Catalunya (reg. 117757), pel Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar (reg. 118136) i pel Grup Parlamentari d'En Comú Podem (reg. 117752).

2. S'aprova l'informe amb les conclusions del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències, que es reproduïx a continuació:

Informe i conclusions del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (tram. 266-00001/13)

I. Antecedents

II. Composició del Grup de Treball

III. Pla de treball

IV. Treballs del Grup de Treball

V. Propostes de conclusions presentades pels grups parlamentaris

VI. Conclusions i constatacions aprovades pel Grup de Treball

I. ANTECEDENTS

1. Acords de creació del Grup de Treball

La Comissió de Drets Socials, en la sessió tinguda el 16 de febrer de 2022, d'acord amb l'article 55 del Reglament, va aprovar la constitució del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (tram. 251-00002/13) mitjançant l'adopció de l'acord següent:

«Acord 2/XIV del Parlament de Catalunya, de creació del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències

»Adopció

»Comissió de Drets Socials, sessió 14, 16.02.2022 DSPC-P. 199

»La Comissió de Drets Socials, en la sessió tinguda el 16 de febrer de 2022, d'acord amb l'article 55 del Reglament del Parlament, ha aprovat la creació del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 a les Residències (tram. 251-00002/13) mitjançant l'adopció del següent

»Acord

»S'acorda de crear el Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (GTAICRE)

»Motivació i objectius

»La Covid-19, fins avui, ha causat la mort de 23.694 persones a Catalunya segons dades del Departament de Salut. Un 27,3% d'aquestes morts corresponen a persones

amb més de 90 anys, un 40,9% a persones d'entre 80 i 89 anys, i un 19,3% a persones d'entre 70 i 79 anys. D'aquestes franges d'edat, a les residències de Catalunya han causat èxits 4.598 residents.

»En relació amb la situació actual, cal esmentar que, segons dades que va fer públiques el Departament de Salut el propassat 8 de setembre, un total de 42 centres residencials de serveis socials tenen algun cas actiu de Covid-19 entre les persones residents, 33 dels quals són centres per a gent gran.

»A més, en data del 8 de setembre hi havia 114 residents positius de Covid-19 i durant la setmana de 29 d'agost al 4 de setembre hi va haver 15 defuncions. Pel que fa als professionals dels centres residencials, 126 havien donat positiu els darrers 14 dies, amb 2 professionals ingressats en un centre hospitalari.

»Les dades d'impacte de la Covid-19 en l'àmbit residencial han anat disminuint els darrers mesos gràcies especialment a l'evolució positiva del procés de vacunació dels residents i professionals del sector. També han influït en el control de la pandèmia altres mesures, adoptades tant pel Govern com per les diverses patronals del sector.

»Tot i que la lluita contra la Covid-19 no ha acabat, ara es donen les condicions idònies per a fer una anàlisi acurada, amb perspectiva, sobre les causes de l'impacte de la pandèmia en les residències per a gent gran i per a persones amb discapacitat i sobre com va ésser capaç de reaccionar el sistema social i sanitari, els àmbits en què hi ha recorregut de millora i les febleses del sistema, i també, fonamentalment, sobre els canvis que cal engegar per a enfortir el sistema residencial present i futur.

»En aquest sentit, el Parlament de Catalunya, durant la dotzena legislatura, va substanciar els treballs de la Comissió d'Estudi de les Polítiques per al Millorament de les Condicions de Vida de la Gent Gran i la Comissió d'Investigació sobre la Gestió de les Residències per a Gent Gran i va celebrar un ple específic sobre la gestió de les residències per a gent gran i per a persones amb discapacitat durant la pandèmia de Covid-19, que va donar lloc a la Resolució 849/XII del Parlament de Catalunya, que instava el Govern a dur a terme una sèrie d'actuacions en relació amb el model assistencial i sociosanitari, les residències, els drets i la dignitat, l'atenció social i sanitària integrada i l'atenció a la discapacitat, entre d'altres.

»Així mateix, al desembre del 2020, el Govern va presentar les conclusions de la taula d'experts a qui el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies havia encarregat al juny una revisió del sistema català d'autonomia i d'atenció a les persones que necessiten suport de llarga durada en l'entorn comunitari.

»Aquests primers acords del Parlament, fruit del ple monogràfic, i els informes que deriven de la Comissió d'Estudi són uns documents en què participen les forces polítiques amb representació parlamentària i que dibuixen alguns dels problemes, de les solucions i del canvi de model que el Parlament considera que s'hauria desplegar els pròxims anys. D'altra banda, el finiment dels treballs de la Comissió d'Investigació per la finalització de la dotzena legislatura no va permetre de tenir un document de conclusions, tot i que les compareixences que s'hi van fer són aprofitables.

»És l'hora de fer una anàlisi definitiva del que va passar, partint dels treballs duts a terme i afegint-hi l'expertesa de persones coneixedores del sector, que poden ajudar a identificar les febleses i a proposar solucions. Per a fer-ho, cal un format diferent del d'una comissió d'investigació, que se centri més en els aspectes tècnics que permetin disposar d'una anàlisi objectiva per a encetar el debat sobre el canvi de model residencial. Un format que permeti d'obtenir en un termini fixat les conclusions que posteriorment ha de valorar el Parlament.

»L'afectació que la pandèmia ha tingut en l'àmbit residencial obliga, per respecte a les víctimes i a llurs familiars i per responsabilitat política, a crear un grup de treball dins la Comissió de Drets Socials, amb la voluntat constructiva dels grups

participants i amb el compromís de les parts de valorar i aplicar els canvis que es proposin.

»*Composició*

»El Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències està compost per un representant de cada grup parlamentari. Es designa relatora la presidenta de la Comissió de Drets Socials.

»*Funcionament*

»S'han de designar professionals de l'àmbit sociosanitari que, voluntàriament, es comprometin a accomplir una tasca de seguiment i anàlisi de l'impacte de la Covid-19 en el sistema residencial durant les sessions del Grup de Treball.

»S'ha de convocar una reunió mensual amb la presència dels representants parlamentaris i dels experts per a posar en comú l'evolució dels treballs.

»S'ha d'afavorir el treball autònom dels professionals, tant en el Grup de Treball com en les altres trobades que es facin fora d'aquest grup.

»*Resultat dels treballs*

»Els treballs han de donar lloc a un informe que reculli la proposta del grup de treball i les recomanacions i conclusions corresponents, i també les propostes d'iniciatives parlamentàries, si s'escauen.

»*Termini de lliurament de l'informe*

»L'informe amb la proposta i els resultats s'ha de lliurar a la Comissió de Drets Socials en el termini de sis mesos a comptar de la constitució del Grup de Treball.»

2. Acords de modificació de l'acord de creació

«Acord 5/XIV del Parlament de Catalunya, de modificació de l'Acord 2/XIV del Parlament de Catalunya, de creació del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències

»La Comissió de Drets Socials, en la sessió tinguda el dia 18 de gener de 2023, d'acord amb l'article 55 del Reglament del Parlament, ha aprovat la modificació de l'Acord 2/XIV del Parlament de Catalunya, de creació del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (tram. 251-00002/13), mitjançant l'adopció del següent

»Acord

»S'amplia a sis mesos el termini de lliurament de l'informe a la Comissió de Drets Socials.»

«Acord 8/XIV del Parlament de Catalunya, de modificació de l'Acord 5/XIV, de modificació de l'Acord 2/XIV, de creació del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències

»La Comissió de Drets Socials, en la sessió tinguda el dia 5 de juliol de 2023, d'acord amb l'article 55 del Reglament del Parlament, ha aprovat la modificació de l'Acord 5/XIV del Parlament de Catalunya, de modificació de l'Acord 2/XIV, de creació del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (tram. 251-00002/13), mitjançant l'adopció del següent

»Acord

S'amplia fins al 28 de juliol de 2023 el termini de lliurament de l'informe a la Comissió de Drets Socials.»

3. Marc reglamentari

L'article 55 del Reglament del Parlament regula la creació dels grups de treball:

«1. A més de les ponències a què fa referència l'article 120, les comissions poden, a proposta de llur mesa o de dos grups parlamentaris, acordar la constitució de grups de treball integrats per un representant o més d'un de cada grup parlamentari perquè estudiïn i preparin els assumptes encomanats a la comissió, o qualsevol qüestió que per raó de la matèria sigui de llur competència.

»2. L'acord de creació ha de determinar l'objecte concret de la tasca encomanada, el termini de lliurament de l'informe o de les conclusions, quin tipus de document s'ha de sotmetre a la comissió i, si escau, les directrius a les quals el grup de treball ha d'acomodar les seves tasques.

»3. L'informe o les conclusions han de recollir l'opinió majoritària dels membres del grup de treball i a aquest efecte s'ha d'atendre el criteri del vot ponderat, segons el qual cada membre representa un nombre igual al de diputats que integren el seu grup parlamentari; també s'han de trametre a la comissió, en el cas que n'hi hagi, els vots particulars formulats per les minories i no incorporats a l'informe.

»4. La comissió, per majoria de dos terços dels diputats, també pot nomenar, pel mateix procediment establert per l'apartat 1, un relator únic.»

II. COMPOSICIÓ DEL GRUP DE TREBALL

1. Aprovació de la composició del Grup de Treball

L'Acord de la Mesa del Parlament del 10 de maig de 2022 (tram. 409-00002/13), publicat el 20 de maig de 2022 (BOPC 313/13-14), va aprovar la composició del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències en els termes següents: «El Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències es compon d'un representant de cadascun dels grups parlamentaris».

2. Membres del Grup de Treball

El Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (tram. 409-00002/13) es va constituir en la sessió del 10 de maig de 2022, d'acord amb l'article 55 del Reglament del Parlament, amb els membres següents:

Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar

Raúl Moreno Montaña

Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana

Najat Driouech Ben Moussa

Grup Parlamentari de Junts per Catalunya

Glòria Freixa i Vilardell

Grup Parlamentari de VOX en Cataluña

María Elisa García Fuster

Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar

Laia Estrada Cañón

Grup Parlamentari d'En Comú Podem

Jessica González Herrera

Grup Parlamentari de Ciutadans

Anna Grau Arias

Grup Mixt

Lorena Roldán Suárez

3. Nomenament de la relatora

El Grup de Treball, així mateix, de conformitat amb l'Acord 2/XIV del Parlament de Catalunya, de creació del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències, va nomenar relatora la presidenta de la Comissió de Drets Socials, Mónica Ríos García.

4. Designació d'experts de l'àmbit social i sanitari

El Grup de Treball va convidar a participar en les seves sessions els experts de l'àmbit social i sanitari següents, per a fer el seguiment i l'anàlisi de l'impacte de la Covid-19 en el sistema residencial:

Josep Farrés Quesada (proposat pel GP PSC-Units)
José Augusto García Navarro (proposat pel GP ERC)
Esther Campmoll i Aymerich (proposat pel GP JxCat)
Roser Huete Calderón (proposada pel GP CUP-NCG)
María José Carcelén Romero (proposada pel GP ECP)
Martín Eusebio Barra López (proposat pel GP Cs)

5. Assistència tècnica

El Grup de Treball va ésser assistit per la lletrada Clara Marsan Raventós, per l'assessor lingüístic Enric Jofré Castillo i per les gestores parlamentàries Carme Alonso Belmonte i Montserrat Ayats Maynou.

III. PLA DE TREBALL

1. Pla de treball acordat

El Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències, en la sessió del 10 de maig de 2022, va aprovar el pla de treball següent:

Pla de treball del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències

Reunions del grup de treball

El Grup de Treball es reuneix el divendres de la setmana en què es convoca el primer ple del Parlament del mes, a les 9.30 h. Es convoca una sessió mensualment.

Publicitat de les sessions

Les sessions són públiques i l'aforament presencial es limita als diputats, experts i compareixents.

El Grup de Treball pot determinar, d'una manera excepcional, per majoria de dos terços dels seus membres, si alguna de les sessions ha d'ésser a porta tancada.

Redacció de l'informe

El Grup de Treball es compromet a elaborar un informe en el termini de sis mesos a comptar de l'inici de les tasques que té encomanades. El Grup de Treball pot decidir ampliar o reduir aquest termini en funció del desenvolupament dels treballs duts a terme.

Audiències

L'ordre del dia de cada sessió ha d'incloure un màxim de sis audiències. Les persones que compareguin en aquestes audiències tenen deu minuts per a l'exposició i deu minuts per a la resposta. Així mateix, els grups parlamentaris tenen cinc minuts per a respondre a l'exposició dels compareixents.

El Grup de Treball té autonomia absoluta per a determinar les audiències que es fan i la participació dels experts.

Directrius a les quals els membres del Grup de Treball han d'acomodar llur tasca

– Designar un professional de l'àmbit social i sanitari que, voluntàriament, es compromet a fer una tasca de seguiment i anàlisi de l'impacte de la Covid-19 en el sistema residencial durant les sessions del Grup de Treball.

– Convocar una reunió mensual amb la presència dels representants parlamentaris i dels experts per a posar en comú l'evolució dels treballs.

– Afavorir el treball autònom dels professionals, ja sigui en el Grup de Treball o en altres trobades fora d'aquest grup.

– Demanar al Govern que es compromet a facilitar tota la informació que requereixin els experts, i també les dades de contacte de les entitats que considerin necessàries per a dur a terme llur tasca. Els grups parlamentaris sotasignats es comprometen a facilitar la informació que els sigui sol·licitada.

Amb relació a l'autonomia dels experts en el Grup de Treball, aquests tenen les funcions d'assistir a les sessions, prestar assessorament i participar en els debats.

El mitjà per a fer les peticions d'informació al Govern és la Comissió de Drets Socials, que té la capacitat de sol·licitar al Govern la informació que consideri, que s'ha de tractar, si s'escau, en el Grup de Treball.

La relatora té, únicament, la funció de convocar les sessions del Grup de Treball i ordenar els debats.

Els experts designats pels grups parlamentaris no són convocats com a compareixents, sinó com a experts convidats a participar en el Grup de Treball.

Audiències presencials

Institucions i organismes

– Chakir El Homrani, exconseller de Treball, Afers Socials i Famílies (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari de Ciutadans), i Sr. Oriol Amorós March, exsecretari general de Treball, Afers Socials i Famílies (compareixença per substanciar conjuntament)

– Alba Vergés i Bosch, exconsellera de Salut (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari de Ciutadans), Sr. Marc Ramentol Sintas, exsecretari general de Salut, i Sra. Laura Pelay i Bargalló, exsecretària general de Salut (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari de Ciutadans) (compareixença per substanciar conjuntament)

– Francesc Iglesias Riumalló, exsecretari general d'Afers Socials i Famílies

– Yolanda Lejardi i Estevez, directora gerent de l'Institut Català de la Salut (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana)

– Rosa Llor Serra, cap del Servei d'Inspecció i Registre del Departament de Drets Socials

– Gemma Tarafa Orpinell, regidora de Salut, Envel·liment i Cures de l'Ajuntament de Barcelona

– Ingrid Roca Burgueño, delegada de la consellera de Salut durant el Pla d'acció Covid-19 a les residències de Terres de l'Ebre

– Aina Plaza, directora general de Planificació de Salut (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana)

– Núria Torres, exdirectora de l'Àrea d'Atenció no Presencial del Sistema d'Emergències Mèdiques

– Antoni Encinas i Piñol, exdirector del Sistema d'Emergències Mèdiques

– Anna Fontquerni, exdirectora d'operacions del Sistema d'Emergències Mèdiques

– Adrià Comella, exdirector general del Servei Català de la Salut

– Manel Balcells, expresident del Consell Assessor de Salut de Catalunya

– Jaume Estany, gerent del Consorci Sanitari de Barcelona

– Marc Antoni Broggi i Trias, president del Comitè de Bioètica de Catalunya

Fundacions, entitats, associacions i plataformes d'afectats

– Francesc Brosa, director general del Grup MUTUAM

– Cinta Pascual, presidenta de l'Associació Catalana de Recursos Assistencials (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari Junts per Catalunya)

– Andrés Rueda, president de l'Associació Catalana de Directors de Centres i Serveis d'Atenció a la Dependència

– Vicente Botella, president de la Unió de Petites i Mitjanes Residències –UPMIR (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari de Junts per Catalunya)

- Una representació del Collectiu Residències 5+1 (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar)
- Mónica López, en representació de l'Associació d'Empreses de Serveis per la Dependència (AESTE)
- Montserrat Falguera Julià, presidenta de la Federació d'Entitats d'Assistència a la Tercera Edat (FEATE)
- Maria Vidal Vidal, president de SUMAR - Serveis Públics d'Acció Social de Catalunya
- María José Abraham, directora general d'Edat&Vida Viure (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari Junts per Catalunya)
- Victor Bayarri Catalán, portaveu de Llars per Viure (Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar i Grup Parlamentari Junts per Catalunya)
- Daniel Martínez Ortega, familiar d'una persona resident a la Casa Asil de Sant Andreu
- Una representació del Col·legi de Metges de Barcelona
- Una representació del Col·legi d'Infermeres i Infermers de Barcelona
- Una representació de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia
- Una representació del Consorci de Salut i Social de Catalunya
- Una representació de COCARMÍ
- Una representació de DINCAT
- Una representació de la Coordinadora de Centres per a Persones amb Discapacitat Intel·lectual de Catalunya
- Una representació de la Federació de Salut Mental de Catalunya
- Una representació d'Ammfeina
- Una representació de la Taula del Tercer Sector Social de Catalunya
- Una representació de Moviment contra el Maltractament a la Gent Gran
- Una representació de La Unió
- Una representació d'AACELLEC
- Una representació d'Amnistia Internacional
- Una representació del Moviment de Residències de Catalunya
- Una representació de la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya

Organitzacions sindicals

- Una representació de Comissions Obreres (Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar i Grup Parlamentari d'En Comú Podem)
- Una representació de la Unió General de Treballadors (Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar i Grup Parlamentari d'En Comú Podem)

Experts i acadèmics

- Sílvia Bofill Bosch, experta en antropologia i processos d'envelliment
- Antoni Vilà Mancebo, doctor en pedagogia i acadèmic investigador de l'IGOP de la UAB
- Begoña Roman, doctora en filosofia
- Jordi Ambàs Novellas, professor de la Universitat de Vic i investigador del grup de recerca en cronicitat de la Catalunya Central
- José Augusto García Navarro, professional de l'àmbit sociosanitari
- Fernando Flores, professor de dret
- Dolors Comas d'Argemir, catedràtica d'antropologia social de la Universitat Rovira i Virgili
- Sara Moreno Colom, Universitat Autònoma de Barcelona i Centre d'Estudis Sociològics de la Vida Quotidiana

- Sandra Ezquerro Samper, Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya i Grup de Recerca Societat, Polítiques i Comunitats Inclusives (SoPCI)
- Elba Mansilla, Coòpolis - Ateneu Cooperatiu de Barcelona i La ciutat invisible, SCCL

Compareixences per escrit

- Josep Ginesta i Vicente, exsecretari general de Treball
- Francesc Xavier Soley Manuel, director de la residència pública Ramón Berenguer, de Santa Coloma de Gramenet
- Director de la residència Barcelona - Sant Adrià
- José Manuel Ramírez, president de l'Associació Estatal de Directores i Gerentes de Serveis Socials
- María José Alarcón Vicente, representant d'Afectados BB Serveis
- Eliseu Oriol i Pagés, exdirector dels serveis territorials de Barcelona del Departament de Drets Socials
- Una representació d'ACEBA
- Una representació del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona
- Una representació del Col·legi de Treball Social de Catalunya
- Una representació d'ACAD
- Una representació de l'Associació Estatal d'Entitats de Serveis d'Atenció a Domicili
- Una representació d'ESOCAT
- Una representació de FEATE
- Una representació de la Federació ECOM
- Una representació de FEPCCAT
- Una representació de La Confederació
- Una representació de la Confederació del Tercer Sector Social de Catalunya
- Pilar Rodríguez Rodríguez, presidenta de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal
- Francisca López, representant de familiars i residents de la Residència Domusvi de l'Hospitalet de Llobregat
- Manuel Rico, periodista
- Una representació de Metges sense Fronteres
- Una representació d'Estels Silenciats
- Una representació de l'Associació de Centres d'Atenció a la Dependència
- Una representació de l'Associació Més que Cures
- Una representació de CO.BAS
- Una representació de la CGT
- Una representació de IAC
- Una representació de I-CSC
- Una representació de COS
- Cristina Pérez García, familiar d'una persona resident a la Residència Mossèn Vidal i Aunós
- Xavier Casanovas Portillo, familiar d'una persona resident a la Residència Bertran i Oriola
- Clàudia Garcia Rocabert, treballadora de la Residència Bertran i Oriola

Documentació sol·licitada al Govern

1. Actes de les reunions del Procicat tingudes en el període de confinament.
2. Actes i missatges de correu electrònic informatius enviats a les famílies per part de la Residència Pública Ramón Berenguer en el període de confinament.
3. Tots els protocols publicats pel Sistema d'Emergències Mèdiques en el període de confinament que continguin recomanacions o obligacions amb relació a l'àmbit residencial català.

4. Criteris i quantitat de derivacions hospitalàries fetes des de les residències als hospitals en què hagin fet d'intermediaris el 061 i el Sistema d'Emergències Mèdiques durant la pandèmia i qualsevol modificació que hi hagi hagut durant aquest període.

5. Dades relacionades amb l'afectació de la Covid-19 en tot l'àmbit residencial català, tant públic com privat. Entre d'altres, hauran d'especificar: residents amb casos positius de Covid-19; casos sospitosos; èxits; recursos econòmics i materials aportats directament per la Generalitat i els aportats pel Govern de l'Estat, els ajuntaments i les diputacions; derivacions hospitalàries; denegacions de derivacions hospitalàries; accions de desinfecció en equipaments realitzades pel Govern, per la UME, per empreses privades o per les mateixes residències; desinfeccions denegades per part del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies; professionals que han causat baixa, i reposició de professionals per part de la Generalitat. Totes aquestes dades hauran d'ésser publicades i desglossades per a cada centre residencial de gent gran, d'infància i de persones amb discapacitat.

6. Relació de les residències per a gent gran titularitat de la Generalitat, amb la identificació de la forma de gestió i els costos del 2015 al 2021 que ha fet efectius el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

7. Relació de les residències per a gent gran que no són titularitat de la Generalitat, amb la identificació dels ajuts, les subvencions o els altres drets reconeguts per la Generalitat, que haurà de lliurar el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

8. Relació de les residències per a gent gran que són titularitat de la Generalitat gestionades de manera indirecta, amb la identificació dels costos que han comportat del 2015 al 2021 i amb el desglossament dels imports pagats i la concreció del concepte pel qual es fan efectius, que haurà de lliurar el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

9. Procediments administratius per infraccions o sancions en les residències per a gent gran del 2015 al juny del 2021, que haurà de lliurar el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

10. Plans d'actuació successius durant les fases de l'epidèmia. Modificacions de finançament públic fetes pel departament responsable durant les diverses fases de l'epidèmia.

11. Dades de l'efecte de l'epidèmia en les residències per a gent gran d'altres països desenvolupats. Documentació amb relació al Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària. Efectes comparatius amb altres comunitats autònomes de l'Estat.

12. Documents de planificació per a canviar el model d'atenció elaborat els anys 2020 i 2021 per part del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies. Plans d'actuació recomanats per les societats científiques de geriatria per a la pandèmia (societats catalana, espanyola, britànica i americana, per exemple).

13. Situació del control de la infecció nosocomial en les residències abans de la pandèmia.

14. Relació actualitzada i detallada de les places de residència, indicant-ne la titularitat i la tipologia, i també les característiques arquitectòniques dels centres, els serveis i les prestacions que ofereixen i la distribució territorial.

15. Informe que analitzi tant la gestió de les residències com la gestió feta pel Govern de la crisi sanitària de la Covid-19, i també de l'impacte que ha tingut la pandèmia en aquests centres residencials.

16. Relació de les mesures preventives en les residències abans de la declaració de l'estat d'alarma.

17. Informació sobre les mesures de protecció i la quantitat d'unitats que es van facilitar a les residències per part de la Generalitat setmanalment. Es demana el desglossament per tipologia de material.

18. Informació sobre els decessos que es van produir per Covid-19, desglossats setmanalment, sobre la quantitat de residents positius de Covid-19 setmanalment i els tests de detecció ràpida facilitats per la Generalitat des de la declaració de l'estat d'alarma.

19. Informació sobre les mesures preventives que s'han pres setmanalment en les residències des de la declaració de l'estat d'alarma fins a l'actualitat.

20. Informació sobre el material de protecció i la quantitat d'unitats facilitades a les residències setmanalment per la Generalitat. Es demana el desglossament per tipologia de material.

21. Informació sobre residents positius de Covid-19 en les residències setmanalment des de la declaració de l'estat d'alarma.

22. Informació sobre la quantitat de tests de detecció ràpida facilitats setmanalment per la Generalitat.

23. Informació sobre les mesures que s'han pres setmanalment en les residències des de la declaració de l'estat d'alarma fins a l'actualitat.

2. Modificació del pla de treball inicial, acordada el 22 de desembre de 2022, en la sessió 8 del Grup de Treball

El Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències, en la sessió número 8, del 22 de desembre de 2022, va acordar que les audiències presencials següents passessin a ésser aportacions per escrit:

- Rosa Llor Serra, cap del Servei d'Inspecció i Registre del Departament de Drets Socials

- Gemma Tarafa Orpinell, regidora de Salut, Envel·liment i Cures de l'Ajuntament de Barcelona

- Ingrid Roca Burgueño, delegada de la consellera de Salut durant el Pla d'acció Covid-19 a les residències de Terres de l'Ebre

- Jaume Estany, gerent del Consorci Sanitari de Barcelona

- Marc Antoni Broggi i Trias, president del Comitè de Bioètica de Catalunya

- Mónica López, en representació de l'Associació d'Empreses de Serveis per la Dependència (AESTE)

- Daniel Martínez Ortega, familiar d'una persona resident a la Casa Asil de Sant Andreu

- Una representació d'AACELLEC

- Una representació d'Amnistia Internacional

- Una representació del Moviment de Residències de Catalunya

- Una representació de Comissions Obreres (Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar i Grup Parlamentari d'En Comú Podem)

- Una representació de la Unió General de Treballadors (Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar i Grup Parlamentari d'En Comú Podem)

- Begoña Roman, doctora en filosofia

- Sandra Ezquerro Samper, Universitat de Vic - Universitat Central de Catalunya i Grup de Recerca Societat, Polítiques i Comunitats Inclusives (SoPCI)

IV. TREBALLS DEL GRUP DE TREBALL

1. Reunions del Grup de Treball

Sessió 1, del 10 de maig de 2022

Sessió constitutiva del Grup de Treball

- Composició del Grup de Treball (tram. 409-00002/13).

- Aprovació del pla de treball (tram. 394-00007/13).

- Establiment, si escau, del pla de treball, del funcionament i del calendari de reunions.

Sessió 2, del 10 de juny de 2022

- Elba Mansilla, investigadora i docent en economia feminista i economia solidària (tram. 367-00003/13)
- Josep Maria Vidal Vidal, president de Sumar - Serveis Públics d'Acció Social de Catalunya (tram. 367-00004/13)
- Jordi Amblàs Novellas, professor de la Universitat de Vic i investigador del Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central (tram. 367-00007/13)
- Cinta Pascual Montañés, presidenta de l'Associació Catalana de Recursos Assistencials (tram. 367-00005/13)
- Vicente Botella, president de la Unió de Petites i Mitjanes Residències (tram. 367-00006/13)

Sessió 3, del 8 de juliol de 2022

- Dolors Comas d'Argemir, catedràtica d'antropologia social de la Universitat Rovira i Virgili (tram. 367-00001/13)
- Sara Moreno Colom, en representació de la Universitat Autònoma de Barcelona i el Centre d'Estudis Sociològics de la Vida (tram. 367-00002/13)
- M. José Abraham Buades, directora general de la Fundació Edat&Vida Viure (tram. 367-00008/13)
- Montserrat Falguera, presidenta de la Federació d'Entitats d'Assistència a la Tercera Edat (FEATE) (tram. 367-00009/13)
- Andrés Rueda Sánchez, president de l'Associació Catalana de Directors de Centres i Serveis d'Atenció a la Dependència Gerontològica (Ascad) (tram. 367-00010/13)

Sessió 4, del 7 d'octubre de 2022

- Una representació del Col·legi Oficial de Metges de Barcelona (tram. 367-00017/13)
- Una representació del Col·legi Oficial d'Infermeres i Infermers de Barcelona (tram. 367-00018/13)
- Francesc Brosa, director general del Grup Mutuam (tram. 367-00014/13).
- Víctor Bayarri Catalán, portaveu de Llars per Viure (tram. 367-00015/13)
- Una representació de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia (tram. 367-00019/13)

Sessió 5, de l'11 de novembre de 2022

- Fernando Flores, professor de dret (tram. 367-00016/13).
- Una representació de la Coordinadora de Centres per a Persones amb Discapacitat Intel·lectual de Catalunya (tram. 367-00022/13).
- Una representació de Discapacitat Intel·lectual de Catalunya (tram. 367-00023/13).
- Una representació del Comitè Català de Representants de Persones amb Discapacitat (tram. 367-00024/13).
- Una representació de l'associació Ammfeina (tram. 367-00026/13).
- Una representació de la Federació Salut Mental Catalunya (tram. 367-00027/13).

Sessió 6, del 16 de desembre de 2022

- Una representació de l'Associació d'Entitats Sanitàries i Socials, Unió Catalana d'Hospitals (tram. 367-00031/13)
- Una representació del Consorci de Salut i Social de Catalunya (tram. 367-00032/13)
- Una representació de la Coordinadora Familiars de Residències 5+1 (tram. 367-00033/13)
- Una representació del Moviment per Aturar el Maltractament a les Persones Grans (tram. 367-00034/13)

- Una representació de la Federació d'Associacions de Gent Gran de Catalunya (tram. 367-00035/13)

Sessió 7, del 22 de desembre de 2022

- Qüestions relatives al funcionament del Grup de Treball.
- Trasllat d'algunes compareixences acordades a aportació per escrit (vegeu l'epígraf 3.2 d'aquest informe).

Sessió 8, del 24 de febrer de 2023

- Yolanda Lejardi Estévez, directora gerent de l'Institut Català de Salut (tram. 367-00036/13)
- Aina Plaza Tesías, directora general de Planificació en Salut (tram. 367-00037/13)
- Adrià Comella i Carnicé, exdirector general del Servei Català de la Salut (tram. 367-00040/13)
- Núria Torres, exdirectora de l'Àrea d'Atenció no Presencial del Sistema d'Emergències Mèdiques (tram. 367-00038/13)
- Antoni Encinas i Piñol, exdirector del Sistema d'Emergències Mèdiques (tram. 367-00039/13) (videoconferència).
- Anna Fontquerni, exdirectora d'Operacions del Sistema d'Emergències Mèdiques (tram. 367-00045/13)

Sessió 9, del 17 de març de 2023

- Chakir el Homrani, exconseller de Treball, Afers Socials i Famílies (tram. 367-00048/13)
- Oriol Amorós March, exsecretari general de Treball, Afers Socials i Famílies (tram. 367-00049/13)
- Francesc Iglesias Riumalló, exsecretari d'Afers Socials i Famílies (tram. 367-00050/13)
- Alba Vergés i Bosch, exconsellera de Salut (tram. 367-00051/13)
- Marc Ramentol Sintas, exsecretari general de Salut (tram. 367-00052/13)
- Laura Pelay i Bargalló, exsecretària general de Salut (tram. 367-00053/13)

Sessió 10, del 19 de gener de 2024

- Elaboració de l'informe i document final de conclusions.

2. Documentació complementària lliurada pels compareixents

Els compareixents següents han aportat documentació complementària a llur compareixença:

- Jordi Amblàs Novellas, professor de la Universitat de Vic i investigador del Grup de Recerca en Cronicitat de la Catalunya Central, a la sessió del 10 de juny de 2022.
- Dolors Comas d'Argemir, catedràtica d'antropologia social de la Universitat Rovira i Virgili, a la sessió del 8 de juliol de 2022.
- M. José Abraham Buades, directora general de la Fundació Edat&Vida Viure, a la sessió del 8 de juliol de 2022.
- Víctor Bayarri Catalán, portaveu de Llars per Viure, a la sessió del 7 d'octubre de 2022.
- Una representació de la Societat Catalana de Geriatria i Gerontologia, a la sessió del 7 d'octubre de 2022.
- Coordinadora Familiars de Residències 5+1, a la sessió del 16 de desembre de 2022.

La documentació aportada pels compareixents es pot consultar a l'Arxiu del Parlament.

3. Aportacions per escrit al Grup de Treball

- Aportació per escrit de Rosa Llor Serra, cap del Servei d'Inspecció i Registre del Departament de Drets Socials, al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00018/13)
- Aportació per escrit de Josep Ginesta i Vicente, exsecretari general de Treball, Afers Socials i Famílies, al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00019/13)
- Aportació per escrit de José Manuel Ramírez Navarro, president de l'Associació Estatal de Directores i Gerentes de Serveis Socials, al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00020/13)
- Aportació per escrit de Manuel Rico, periodista, al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00021/13)
- Aportació per escrit de Marc Antoni Broggi Trias, president del Comitè de Bioètica de Catalunya, al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00022/13)
- Aportació per escrit de la Intersindical - Confederació Sindical Catalana al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00023/13).
- Aportació per escrit de la Federació Ecom al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00024/13)
- Aportació per escrit de Metges sense Fronteres al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00025/13)
- Aportació per escrit d'Amnistia Internacional al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00026/13)
- Aportació per escrit del Col·legi Oficial de Treball Social de Catalunya al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00027/13)
- Aportació per escrit d'Eliseu Oriol i Pagès, exdirector dels Serveis Territorials del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies a Barcelona, al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00028/13)
- Aportació per escrit de l'Associació Catalana d'Entitats de Base Associativa al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00029/13)
- Aportació per escrit del Col·legi de Farmacèutics de Barcelona al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00030/13)
- Aportació per escrit de la Federació de la Paràlisi Cerebral i la Pluridiscapacitat de Catalunya al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00031/13)
- Aportació per escrit de l'Associació de Centres d'Atenció a la Dependència de Catalunya al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00032/13)
- Aportació per escrit de la Unió General de Treballadors al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00033/13)
- Aportació per escrit de l'Asociación Estatal de Entidades de Servicios de Atención a Domicilio al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00034/13)
- Aportació per escrit de la Confederació Patronal del Tercer Sector Social de Catalunya al Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències (344-00035/13)

4. Documentació aportada pel Govern

4.1. Documentació tramesa pel conseller d'Interior en data del 18 d'abril de 2023 (reg. 98121)

Acta de les reunions del Procicat celebrades en el període de confinament. Aquesta informació va acompanyada de les indicacions següents:

«Des del dia 3 de març de 2020 fins al 28 d'abril de 2022 es van celebrar reunions del Comitè Tècnic del Pla Procicat, activat en el seu procediment per a emergències associades a malalties transmissibles emergents amb potencial alt risc.

»El Comitè Tècnic és un grup de treball de caràcter tècnic que té com a funció principal analitzar i valorar la situació de risc, la seva possible evolució i les actuacions a realitzar per a minimitzar les conseqüències. Les reunions es convocaven periòdicament sense ordre del dia fixat i s'iniciaven amb l'explicació de les dades epidemiològiques i assistencials actualitzades, i a continuació els membres presentaven aquelles qüestions que es considerava convenient exposar o tractar. No es realitzaven actes formals d'aquestes reunions; les valoracions del Comitè Tècnic es traslladaven al Comitè de Direcció del Pla.

»La direcció del pla correspon a un comitè de direcció format pel conseller d'Interior i pel conseller de Salut. No es disposa d'actes d'aquest comitè de direcció; les seves decisions es traslladaven públicament a través de les resolucions que es publicaven en el DOGC (les podeu consultar a la pàgina https://portaljuridic.gencat.cat/ca/normativa/dret-a-catalunya/Normativa_SARS-CoV-2/#seccio_06).

»La informació, derivada de les diferents àrees de treball al respecte en l'àmbit del Pla, es traslladava al Comitè de Direcció per a la seva valoració a través del secretaris generals dels departaments.

»Pel que fa a la informació relativa als aspectes epidemiològics, és informació pública (<https://dadescovid.cat/>). Específicament sobre els informes emesos en relació a les resolucions que determinen les mesures en matèria de salut pública per a la contenció del brot epidèmic de la pandèmia de Covid-19 a Catalunya, podeu trobar la informació a la pàgina: https://salutweb.gencat.cat/ca/el_departament/juridics/resolucions/.»

4.2. Documentació elaborada pel Departament de Salut i el Departament de Drets Socials, tramesa pel director general de Relacions Institucionals i amb el Parlament en data del 22 de maig de 2023 (reg. 99597)

– L'accés al portal habilitat amb tota la informació relativa al virus de la Covid-19: <https://canalsalut.gencat.cat/ca/salut-a-z/c/covid-19/>

– Recull d'instruccions, procediments i materials vinculats amb la gestió i prevenció de la Covid-19 en l'àmbit residencial: <https://scientiasalut.gencat.cat/discover?scope=%2F&query=COVID+residencies>

– Informe del Síndic de Greuges «Salut i drets en la crisi de la Covid-19», relatiu a l'atenció assistencial, amb un esment especial al punt «2.1. La situació de les unitats de cures intensives i el possible triatge de pacients per accedir-hi» (p.12) (document annex)

– Document «Procediment per a la sectorització: consideracions per trencar la cadena de transmissió de la Covid-19» (març del 2020): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4886>

– Document informatiu «Coronavirus SARS-CoV-2: informació sobre les actuacions preventives en referència al nou coronavirus SARS-CoV-2 en l'àmbit de la residència» (19 de març de 2020): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4763>

– Document «Pla d'acció per la gestió de persones en l'àmbit residencial i l'assistència sanitària en situació de pandèmia per Covid-19» (abril del 2020): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4847>

– Document d'instruccions «Procediment d'actuació davant una persona amb infecció per Covid-19: residències» (abril del 2020): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4887>

– Document «Criteris de reubicació de persones que viuen en centres residencials durant la pandèmia de Covid-19» (abril del 2020): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4884>

- Document «Guia d'actuació enfront de casos d'infecció pel nou coronavirus SARS-CoV-2 a les residències» (abril del 2020): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4778>
- Document informatiu «Coronavirus SARS-CoV-2: criteris per a l'aïllament de persones que viuen en residències» (maig del 2020): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4929>
- Document «Pla de desescalada en centres residencials» (maig del 2020): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/4965>
- Document «Pla de contingència per a residències per a la tardor de 2020» (juny del 2020): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5163>
- Document «Vacunació Covid-19: guia d'actuació residències» (gener del 2021): <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/5561>
- Dades de l'impacte epidemiològic a les residències de Catalunya, amb els casos confirmats, les proves realitzades, el risc de rebrot en cada moment, l'índex de vacunació, les persones ingressades, la mitjana d'edat i l'èxitus, agrupades setmanalment: https://dadescovid.cat/?drop_es_residencia=1
- Llista de desinfeccions en residències per a gent gran realitzades entre el 23 de març fins al 23 de juny de 2020. En total s'han realitzat 619 desinfeccions en 453 centres diferents. La distribució per comarques ha estat la següent:

Comarca	Nombre de desinfeccions	Comarca	Nombre de desinfeccions
Alt Camp	3	Garrotxa	3
Alt Empordà	1	Gironès	3
Alt Penedès	8	Maresme	41
Alt Urgell	1	Noguera	5
Alta Ribagorça	1	Osona	7
Anoia	3	Pallars Jussà	2
Bages	17	Pallars Sobirà	1
Baix Camp	11	Pla d'Urgell	1
Baix Empordà	7	Priorat	1
Baix Llobregat	107	Ripollès	4
Baix Penedès	10	Segarra	2
Barcelonès	1	Segrià	20
Barcelonès	183	Selva	9
Berguedà	4	Tarragonès	8
Conca de Barberà	1	Urgell	2
Garraf	6	Vallès Occidental	93
		Vallès Oriental	53
Total	619		

- Relació d'establiments i serveis d'atenció per a gent gran, indicant-ne la titularitat, el finançament i el tipus:
https://dretssocials.gencat.cat/ca/ambits_tematicos/gent_gran/residencies_centres_de_dia_i_habitatges_tutelats/residencies/
- Inspeccions i sancions: 160 visites realitzades durant el període de la pandèmia per registre, denúncies i a instància del Departament.

Serveis durant el 2019:

a) Tipologia de serveis denunciats l'any 2019:

Serveis residencials assistits per a gent gran	340
Serveis de centre de dia per a gent gran	6
Serveis de centres residencials temporals o permanents per a persones amb discapacitat intel·lectual	12
Llars residència temporals o permanents per a persones amb discapacitat intel·lectual	10
Serveis de llars residència temporals o permanents per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental	7
Serveis de centres residencials temporals o permanents per a persones amb discapacitat física	4
Servei de teràpia ocupacional	6
Servei de centre residencial d'acció educativa (CRAE)	1
Servei de centre residencial d'acció educativa intensiva (CRAI)	1
Serveis de tutela per a persones amb malaltia mental	4
Servei de llar amb suport per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental	2
Servei d'ajut a domicili	5
Altres serveis	10
Total	408

b) Activitats de la Inspecció de Serveis Socials durant l'any 2019:

Nombre total d'actuacions inspectores (informes)	4.056
Actes esteses	2.112
Seguiment de denúncia	349
Propostes d'incoació de procediments sancionadors	65
Seguiment del procés de tancament de serveis (residències gent gran)	11

Règim sancionador:

a) Procediments sancionadors iniciats l'any 2019: 87

b) Procediments sancionadors finalitzats l'any 2019: 85

Inspecció i sancions durant el 2020 (font: informe direcció inspeccions a 2023, lliurat al Grup de Treball per escrit):

Actuacions inspectores

1. La Inspecció de Serveis Socials va participar a partir del dia 12.03.2020 en l'equip Covid-19.tsf, creat per donar resposta immediata a les demandes de les entitats que gestionen centres, i també a les consultes de persones usuàries i les seves famílies.

Es van assumir torns de cobertura de l'atenció dels telèfons de contacte amb el Departament i també de l'atenció de la bústia de correu covid-1.tsf@gencat.cat, creats per facilitar un canal de comunicació amb els centres per gestionar de la manera més urgent possible les seves necessitats en els primers dies de la crisi sanitària.

2. En una primera fase, publicada la Instrucció 6/2020 de la Secretaria General del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies sobre els centres residencials del sistema català de serveis socials en relació amb l'emergència sanitària provocada pel Covid-19, de 23.03.2020, el SIR va programar visites d'inspecció en els centres residencials on s'havia identificat alguna situació excepcional (manca de mitjans personals o materials, manca de mesures d'aïllament, etc., d'acord amb el Protocol de l'actuació inspectora en centres residencials de serveis socials on es detectaven

situacions molt greus que podien posar en risc la salut i la seguretat de les persones usuàries derivades del Covid-19).

3. Abril 2020: es va analitzar l'actuació de la Inspecció de Serveis Socials amb motiu de la publicació dels decrets llei següents:

– Decret llei 12/2020: els centres socials de caràcter residencial quedaven subjectes a la inspecció dels serveis sanitari amb competències per a les actuacions que siguin necessàries per complir les normes vinculades al control de la crisi sanitària originada per la Covid-19.

– Decret llei 13/2020: va centrar les competències en els centres residencials per a gent gran i persones amb discapacitat, tot i que el Servei d'Inspecció i Registre mantenia les funcions previstes per l'article 6 de la Llei 16/1996, del 27 de novembre, reguladora de les actuacions inspectores i de control en matèria de serveis socials, especialment per garantir els drets de les persones usuàries de serveis socials i vetllar pel compliment de la normativa de serveis socials, i podia actuar per donar suport a SLT, a requeriment de la inspecció sanitària.

Per dur a terme les visites d'inspecció a requeriment de SLT en la fase inicial de la pandèmia, es va preveure un protocol d'actuació inspectora de serveis socials en l'àmbit dels centres residencials de gent gran i de persones amb discapacitat, on es desenvolupaven els criteris de l'actuació inspectora en visites a petició de la inspecció sanitària i també en visites de suport a l'Agència de Salut Pública de Catalunya i dels EAP, que van assumir la competència inspectora en aquestes centres a l'inici de la pandèmia.

4. Resolució TSF/1312/2020, de 9 de juny, per la qual s'establien els criteris per l'obertura de centres i serveis socials d'atenció diürna de persones grans i persones amb discapacitat es va iniciar la recuperació a la normalitat amb la reobertura dels centres diürns.

A l'empara d'aquesta instrucció es van començar a programar visites d'inspecció en els centres diürns de gent gran i de persones amb discapacitat que volien reiniciar la seva activitat.

5. Balanç

Activitats de la Inspecció en Serveis Socials durant l'any 2020

Nombre total d'actuacions inspectores	2.318
---------------------------------------	-------

Tipus d'actuacions de la Inspecció

Inspeccions d'ofici:	783
Inspeccions a demanda del RESES	543
Inspeccions a demanda de la instructora del procediment sancionador	68
Actuacions de la Inspecció per denúncia	288
Altres tipus d'actuació (assessorament, compareixença, actes amb termini, adequació a concert)	470
Sol·licitud de la DGPSE-Departament	134
Per seguiment de centres	9
Per seguiment de tancament de centres	23
Total	2.318

Tipologia de residència	Nombre d'inspeccions
Gent Gran	973
Discapacitats intel·lectuals	41
Discapacitats físics	13

Denúncies

Durant l'any 2020 es van rebre 262 denúncies, de les quals 206 corresponen al Servei Territorial de Barcelona, 11 al de Girona, 22 al de Lleida, 20 al de Tarragona i 3 al de Terres de l'Ebre.

Servei Territorial BCN	206
Servei Territorial Girona	11
Servei Territorial Lleida	22
Servei Territorial Tarragona	20
Servei Territorial Terres de l'Ebre	3
Total	262

Els serveis residencials per a gent gran són la tipologia de servei que percentualment han rebut més queixes (78,24%). Un 65,64% de les denúncies han estat interposades per familiars dels usuaris, i els aspectes més denunciats són de caire assistencial (31,29%) i respecte a l'organització higienicosanitària i directiva (31,29%).

a) Tipologia de serveis denunciats:

Serveis residencials assistits per a gent gran	204
Serveis de centre de dia per a gent gran	10
Serveis de centres residencials temporals o permanents per a persones amb discapacitat intel·lectual	6
Llars residència temporals o permanents per a persones amb discapacitat intel·lectual	6
Serveis de llars residència temporals o permanents per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental	2
Serveis de centres residencials temporals o permanents per a persones amb discapacitat física	7
Servei de teràpia ocupacional	7
Servei d'ocupació i inserció	3
Serveis de tutela per a persones amb malaltia mental	2
Servei de llar amb suport per a persones amb problemàtica social derivada de malaltia mental	2
Servei d'ajut a domicili	2
Altres serveis	11
Total	262

b) Qualificació dels titulars dels serveis denunciats

Iniciativa pública	66
Iniciativa social	49
Iniciativa mercantil	147
Total	262

c) Aspectes denunciats més freqüents

Assistencial: (higiene, horaris, manca d'atenció continuada, etc.)	31,29%
Incorrecta organització higienicosanitària o de direcció	31,29%
Tracte inadequat a les persones usuàries sense consideració o el respecte degut a llur dignitat, intimitat o situació psíquica o física	25,95%
Personal (incompliment de ràtios, rotació, personal poc qualificat, etc.)	18,32%
Condicions materials	17,93%
Condicions econòmiques	13,74%
Alimentació (poca qualitat, insuficient, no ajustada a la necessitat de la persona, etc.)	11,45%
Caigudes (sense avís a la família, amb conseqüències, lesions sense causa aparent, sense seguiment sanitari)	9,54%
Medicació (administració no prescrita, caducada, errors en l'administració, etc.)	9,16%
Ocupació (manca d'activitats, no són significatives per a la persona)	8,01%
Incompliments dels deures previstos a l'article 13 de la Llei 12/2007	1,14%
Vulneració del dret de participació (article 12.i de la Llei 12/2007)	1,14%
Contencions (sense prescripció, mala utilització)	0,76%
Manca d'autorització administrativa	0,38%

Total de queixes, consultes i suggeriments rebuts a través de l'eina virtual CQS: 293

La majoria, gestionades com a consultes i s'han respost directament a través de l'aplicació.

D'altres han sigut derivades a altres serveis i un percentatge més reduït s'ha tractat com a denúncia (amb la intervenció del Servei d'Inspecció).

Plataforma Gestor Covid, (que recull totes les «consultes» contestades des de la bústia a partir del març del 2020): en consten 291.

d) Procediments sancionadors

Incoats a residències assistides de gent gran i discapacitats finalitzats l'any 2020:

Serveis per a discapacitat i salut mental	7
Serveis residencials assistits per a la gent gran	73
Total	80

Residències intervingudes i situació actual (2023)

Residència	Població	Tipologia	Places	Entitat gestora inicial	Entitat gestora durant la intervenció	Data intervenció	Final Intervenció	Situació actual
Residència Ballús	Valls	Col·laboradora	62	Ballús SL	Fundació Vilaniu	25/3/2020	1/5/2020	Retorn a l'entitat d'origen
						16/4/2020		
Residència Ca N'Amell	Premià de Mar	Col·laboradora + PEV	272	Domus Vi. Geriatros SAU	Consorci Sanitari del Maresme	17/4/2020	01/10/2020	Nova gestora
					L'Onada	1/8/2020		
Residència d'Avis «Casa de Repòs Verge de Salut i Sant Camil»	Vilanova del Vallès	PEV Acreditada	34	Fundació Privada Verge de la Salut i Sant Camil	STS Gestió de Serveis Sociosanitaris, SL	16/4/2020	10/07/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Residència MARVIPARK	BCN	Col·laboradora	66	Line Investment	Fundació Privada Vella Terra	9/4/2020	24/7/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Residència Nostrallar	Els Pallaresos	Concert	25	Fundació Catalana Privada de Suport a la Gent Gran	STS Gestió de Serveis Sociosanitaris, SL	14/4/2020	1/8/2020	Nova gestora
Hotel Residència Prat	Tona	Concert	68	Hotel Prat i residència	OHL Servicios Ingesan	4/4/2020	1/10/2020	Nova gestora
Residència Sant Adrià	Sant Adrià el Besós	Concert	25	Residència Sant Adrià	Fundació Consorci de Salut i Social de Catalunya	31/3/2020	5/8/2020	Tancament del servei
Residència Ullastrell	Ullastrell	Col·laboradora	34	Apaser Residencial, SL	Fundació Vallparadís	16/4/2020	16/7/2020	Tancament del servei
Residència Municipal Sant Cebrià	Tiana	Col·laboradora + concertada	96	BROFAR, concesiones y Servicios, SL	Badalona Serveis Assistencials, SA - Canvi a Fundació Vellaterra	21/4/2020	15/9/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Residència Bertran i Oriola	BCN	Pròpia Gestió Delegada	92	EULEN	Germanes Hospitalàries del Sagrat Cor de Jesús	27/4/2020	16/7/2020	Nova gestora
Residència Mossèn Vidal i Aunós	BCN	Pròpia Gestió Delegada	112	EULEN	Fundació Privada Vella Terra	5/5/2020	16/7/2020	Nova gestora
Residència i Llar Sardà i Salvany	Sabadell	No acredita da	125	Hermanitas de los ancianos desamparados	Corporació Sanitària Parc Taulí	14/5/2020	27/7/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Residència Salarich-Calderer	Bagà	Concertada	77	Fundació Residència Salarich-Calderer	STS Gestió de Serveis Sociosanitaris, SL	24/5/2020	5/8/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Residència Sant Sebastià	Alcarràs	Concertada	207	Grup Caberol de Serveis	Gestió Serveis Sanitaris	31/7/2020	21/8/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Residència Calafell Park Residencial	Calafell		88	Calafell Park. Adquisición, Conservación y Explotación de Bienes Inmuebles ACEBI, SL	Fundació Privada Sociosanitària Santa Tecla Tarragona	1/10/2020	15/10/2020	Nova gestora

Residència	Població	Tipologia	Places	Entitat gestora inicial	Entitat gestora durant la intervenció	Data intervenció	Final Intervenció	Situació actual
Llar Mare Marcel·lina	Verdú		50	Hermanitas de los Pobres de San Pedro Claver	Associació Benestar i Desenvolupament (ABD)	22/10/2020	16/11/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Residència Les Vinyes	Falset	col·laboradora	135	Corfalin, SL	STS, Gestió de Serveis Sociosanitaris, SL	19/10/2020	10/12/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Mini-residència Geriàtrica de Bellver de Cerdanya	Bellver de Cerdanya	concertada	30	Ajuntament de Bellver de Cerdanya	Fundació Hospital de Puigcerdà	19/10/2020	07/11/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Minipark	Pineda	concertat + PEV	60	Grup Avebar Geriàtrics SL	Acurat	28/10/2020		En procés de tancament
Templis Atlantis	Cubelles	PEV Acreditada	63	Residència Templis Atlantis SLU	STS Gestió de Serveis Sociosanitaris, SL	29/10/2020	12/1/2021	Retorn a l'entitat d'origen
La Teva Llar	Lleida	concert	31	La teva Llar SLU	Sant Joan de Déu de Terres de Lleida	28/10/2020	12/11/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Itaca Fortuny	Reus		81	Itaca Fortuny SL	STS Gestió de Serveis Sociosanitaris, SL	1/11/2020	27/11/2020	Retorn a l'entitat d'origen
Residencial EL Colomer	La Bisbal del Penedès		28	Residencial El Colomer SL	Mutual Gestión Integral	13/11/2020	17/12/2020	Retorn a l'entitat d'origen
La Llar de l'Hotel Maricel Tercera Edat	Canet de Mar		64	Romà i Serra, SL	SUARA Serveis, SCCL	16/11/2020	01/04/2021	Tancament del servei
Cugat residencial	Vilanova i la Geltrú	PEV Acreditada	50	Cugat Residencial SL	Germanes Hospitalàries Hospital Mare de Déu de la Mercè	26/11/2020	12/2/2021	Retorn a l'entitat d'origen amb compro misosignats
Residència Barcino	Vallirana	Col·laboradora	32	Alex Augusta SL	STS Gestió de Serveis Sociosanitaris, SL	30/11/2020	01/01/2021	Retorn a l'entitat d'origen
Residència geriàtrica Sant Hospital de Tremp	Tremp		150	Fundació Sant Hospital de Tremp. Fundació Fiella	Gestió de Serveis Sanitaris	28/11/2020		Pendent canvi entitat gestora
				Sant Joan de Déu de Terres de Lleida	8/1/2021			En procés de tancament
Llar d'Avis Cal Garret	Sant Fost de Camp-sentelles	PEV Acreditada	39	Llar d'Avis Cal Garret, SL	SUARA Serveis, SCCL	16/12/2020	24/03/2021	Retorn a l'entitat d'origen
Centro Evangélico FIEIDE de Asistencia a la Tercera Edad	Reus		22	Centro Evangélico FIEIDE de Asistencia a la Tercera Edad	SAGESSA, SA	8/1/2021	27/1/2021	Retorn a l'entitat d'origen
Residència Les Alzines	Tarragona	Col·laboradora	151	Bastón de Oro (Mayorex SL)	Fundació Vallparadís	14/1/2021	26/02/2021	Retorn a l'entitat d'origen

BOPC 775 27 de febrer de 2024									
Residència	Població	Tipologia	Places	Entitat gestora inicial	Entitat gestora durant la intervenció	Data intervenció	Final Intervenció	Situació actual	
Residència Els Josepets	Vilanova i la Geltrú	Col·laboradora i PEV	139	Assistència Integral Social i Sanitària AISSA	STS Gestió de Serveis Sociosanitaris, SL	25/1/2021	06/03/2021	Retorn a l'entitat d'origen	
Residència Sant Josep-Malpartit	Alpicat		49	Una gran família 2014 SL	ABD Associació Benestar i Desenvolupament	25/1/2021	22/02/2021	Retorn entitat d'origen	
Residencia Hermanas del Sagrado Corazón de Jesús y Santos Ángeles	BCN	Privada	155	Hermanas del SCDJ y Santos Angeles	Residències Mutuam, SLU	26/1/2021	19/02/2021	Retorn a l'entitat d'origen	
Residència Font de l'Avi	Vallirana	Privada	17	Residència Font de l'Avi, SL	Suara Serveis, SCCL	27/1/2021	29/01/2021	Tancament del servei	
Residència Hospital sant Antoni Abat	L'Arboç	Col·laboradora	45	Grup Gran Vida	Fundació Vilaniu per l'Atenció a la Dependència	29/1/2021	17/03/2021	Retorn entitat d'origen	

– Informe de revisió de la vigilància de la Covid-19 en residències per a la gent gran i contextualització amb la vigilància epidemiològica de països de l'entorn:

<https://salutpublica.gencat.cat/ca/detalls/Article/revisio-vigilancia-de-la-COVID-19-en-residencies-per-a-la-gent-gran>

– Accés als expedients de contractació pública tramitada d'emergència durant la pandèmia de la Covid-19:

<https://contractacio.gencat.cat/ca/difusio/publicacions/indicadors/grafics/contractes-emergencia-covid-19/>

– Informe «Anàlisi de les defuncions observades i esperades durant l'epidèmia de Covid-19 a Catalunya»:

https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2020/analisi_defuncions_covid19_catalunya_aquas2020.pdf

– Informe sobre les característiques sociodemogràfiques i clíniques i els factors pronòstics dels pacients amb el diagnòstic de Covid-19 a Catalunya (abril del 2020):

https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2020/caracteristiques_sociodemografiques_pronostics_covid19_aquas2020.pdf

– Informe «Anàlisi de les defuncions observades i esperades durant l'epidèmia de Covid-19 a Catalunya»:

https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2020/analisi_defuncions_covid19_catalunya_aquas2020.pdf

– Informes mensuals de vigilància epidemiològica des del març del 2020: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6053/recent-submissions?offset=15>

– Informe «Innovació tecnològica sanitària per la crisi de la Covid-19»: https://aquas.gencat.cat/web/.content/minisite/aquas/publicacions/2020/innovacio_tecnologica_sanitaria_covid19_aquas2020.pdf

– Pàgina de recull de la normativa vinculada amb la pandèmia de la Covid-19: <https://scientiasalut.gencat.cat/handle/11351/6053/recent-submissions?offset=15>

– Informe del Síndic de Greuges «Salut i drets en la crisi de la Covid-19» (juny del 2020).

V. PROPOSTES DE CONCLUSIONS PRESENTADES PELS GRUPS PARLAMENTARIS

1. Propostes de conclusions presentades pels grups parlamentaris al juliol del 2023

1.1. Proposta de conclusions del Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar (reg. 109296)

Consideracions prèvies

Malgrat que ja s'ha dit en diverses ocasions i per molts àmbits i institucions, cal començar, una vegada més, manifestant el record del Parlament de Catalunya de les persones que ens van deixar a causa dels efectes de la pandèmia de la Covid-19 i expressar la solidaritat, la tristesa i el dolor per la seva pèrdua, així com traslladant el condol i tot l'afecte a les persones que han perdut els seus éssers estimats o s'han vist afectades d'alguna manera per la malaltia.

Igualment, el personal sanitari i de les residències mereixen tota la gratitud i el reconeixement de la societat catalana i les seves institucions. Sense ells, sense els treballadors i treballadores del sistema de salut, del sistema social i dels centres i residències per a la gent gran, sense el seu compromís per abordar un repte sense precedents, hauria estat impossible afrontar aquesta crisi sanitària.

L'inici de la pandèmia de la Covid-19 a Espanya va marcar un moment crucial i desafiador en la història del país. A finals de l'any 2019, van sorgir els primers informes sobre un nou coronavirus a la ciutat xinesa de Wuhan. Aviat, aquest virus es va estendre ràpidament per tot el món, i Espanya no va ser una excepció.

Va ser a principis del 2020 quan es van detectar els primers casos de Covid-19 a Espanya. El 31 de gener, es va confirmar el primer cas a La Gomera, a les illes Canàries. No obstant això, va ser a partir de finals de febrer i principis de març quan el nombre de casos va començar a augmentar de manera significativa.

El 9 de març, el govern espanyol va anunciar mesures de contenció per a frenar la propagació del virus. Entre aquestes mesures s'hi trobava la declaració de l'estat d'alarma, que atorgava al govern poders excepcionals per a prendre decisions ràpides i efectives. Es van tancar escoles, es van limitar les activitats socials i es va restringir la mobilitat de les persones.

La situació va empitjorar ràpidament. El nombre de casos i morts es va disparar i el sistema hospitalari va entrar en tensió. La recerca d'equips de protecció personal i respiradors es va convertir en un desafiament per al sistema de salut i social, i, de forma concreta, pel que ens ocupa, per a l'àmbit residencial.

El confinament es va convertir en la norma. Durant diversos mesos, la població va haver de quedar-se a casa, només es permetien sortides essencials i el distanciament social es va convertir en una pràctica fonamental. Aquesta situació va tenir un impacte significatiu en l'economia del país, amb el tancament de moltes empreses i la pèrdua d'ocupació, fet que va obligar el Govern d'Espanya a impulsar mesures en l'àmbit social i econòmic (ERTO, ingrés mínim vital, entre moltes altres) per a reduir els efectes negatius de la situació mundial.

A mesura que avançava la pandèmia, es van implementar diferents fases de desconfinament, permetent una gradual represa de les activitats. No obstant això, al llarg del 2020 i el 2021, Espanya va experimentar diverses onades de contagis, la qual cosa va portar la implementació de noves restriccions i confinaments localitzats.

La recerca d'una vacuna per fer front a la Covid-19 va exigir una gran col·laboració internacional, on destaca la tasca de coordinació dels països de la UE i del sector mèdic i farmacèutic d'arreu del món. Aquesta cooperació va ser clau per arribar, en temps rècord, a una solució efectiva davant la pandèmia, optant per polítiques de vacunació conjunta i universal de tots els ciutadans i ciutadanes europeus.

La disponibilitat de la vacuna va representar un canvi qualitatiu en la situació, però tanmateix calia organitzar la campanya de vacunació, que va començar a la fi del desembre del 2020, brindant esperança a la població. El procés de vacunació va ser gradual i es va trobar amb alguns desafiaments logístics i de subministrament i de gestió de la seva aplicació.

A mesura que avancem cap a l'any 2022 i més enllà, la situació de la pandèmia va anar evolucionant a Espanya. Sense cap mena de dubte, el procés de vacunació que es va portar a terme a tota Europa i a Espanya va marcar un abans i un després en l'evolució de la pandèmia. De forma gradual, els ciutadans i ciutadanes van poder recuperar la normalitat, sense perdre de vista el necessari control de la pandèmia, encara necessari, tot i que amb casos molt per sota d'altres malalties més comuns. Podem afirmar, per tant, que entrem en una fase post-Covid-19, de recuperació de normalitat, i també d'un necessari anàlisi de les mesures i conseqüències que la pandèmia ha tingut en el nostre sistema social, especialment, en l'àmbit residencial. Tot i que s'han aconseguit importants avenços en termes de vacunació i control de la propagació del virus, la pandèmia continua essent una preocupació i s'han de mantenir mesures de precaució.

L'inici de la pandèmia a Espanya va deixar una profunda petjada en la societat. Es van perdre moltes vides i la crisi sanitària i econòmica va ser desafiadora per al país. No obstant això, també van sorgir mostres de solidaritat, resiliència i cooperació entre els ciutadans, els treballadors de la salut, el sector social i les comunitats autònomes, la qual cosa va permetre fer front a aquesta crisi de manera unida i trobar esperança en moments difícils.

L'impacte de la Covid-19 en les residències d'Espanya i d'Europa ha estat significatiu i devastador. També a Catalunya. Les residències de persones grans s'han convertit en un dels llocs més afectats per la pandèmia. A continuació, es descriuen alguns dels principals impactes que s'han observat.

Alta taxa de mortalitat: la gent gran és un dels grups més vulnerables enfront del virus, i moltes d'elles resideixen en aquestes institucions. La combinació de la fragilitat dels residents i la facilitat de propagació del virus ha resultat en una alta taxa de mortalitat en les residències. Molts residents han mort a causa de la malaltia, la qual cosa ha generat una gran preocupació i tristesa.

Contagis massius: les condicions en les residències, com la proximitat entre els residents, han facilitat la propagació del virus. Els brots de Covid-19 han estat freqüents en aquestes institucions, afectant tant els residents com el personal que hi treballa.

Saturació dels serveis d'atenció: la ràpida propagació del virus en les residències va tensionar els serveis d'atenció. Moltes residències s'han enfrontat a dificultats per a proporcionar atenció adequada als residents a causa de la falta de personal i recursos suficients. A més, l'alt nombre de baixes entre els treballadors de les residències, a causa de les quarantenes i els propis contagis, va agreujar encara més aquesta situació.

Desprotecció dels residents: durant els primers mesos de la pandèmia, es va observar una falta d'equips de protecció personal adequats tant per als residents com per al personal de les residències. Això va exposar als residents a un major risc de contagi i també va posar en perill la seguretat dels treballadors i les treballadores.

Impacte psicològic: el confinament i la falta de contacte amb els seus éssers estimats han tingut un fort impacte psicològic en els residents. La solitud, l'ansietat i la depressió s'han incrementat significativament, la qual cosa ha empitjorat la seva qualitat de vida i el seu estat de salut.

Durant els primers mesos de la pandèmia, les residències a Catalunya van experimentar un brot massiu de casos de Covid-19. La ràpida propagació del virus entre els residents i el personal va requerir una atenció més intensa i especialitzada, i per tant es va traduir en un alt nombre d'hospitalitzacions i, malauradament, un gran

nombre de defuncions. Segons dades del Departament de Salut, es van confirmar 71.437 casos de Covid-19 i 10.229 persones van morir a les residències des de l'inici de la pandèmia fins a final del 2022. Les mesures de prevenció i control van resultar insuficients en molts casos, la qual cosa va contribuir a la propagació del virus dins d'aquestes instal·lacions.

Un dels majors desafiaments a què es van enfrontar les residències de Catalunya va ser la falta de recursos i personal adequat per a fer front a la crisi. L'escassetat d'equips de protecció personal (EPP) i la falta de personal mèdic i d'infermeria suficient van dificultar l'atenció adequada dels residents infectats. A més, la falta de proves de detecció massives i ràpides va dificultar la identificació primerenca dels casos i la implementació de mesures de control.

L'impacte emocional també ha estat significatiu tant per als residents com per a les seves famílies. Les visites es van restringir o es van suspendre per complet durant llargs períodes de temps, la qual cosa va provocar aïllament social i una deterioració en el benestar emocional dels residents. Molts d'ells van patir una sensació de solitud i aïllament, la qual cosa va tenir un impacte negatiu en la seva salut mental.

A mesura que la pandèmia va continuar, es van prendre mesures per a millorar la situació en les residències de Catalunya. Es van implementar protocols més estrictes de prevenció i control, inclosa la realització regular de proves, la provisió adequada d'EPP i la contractació de personal addicional. També es van dur a terme campanyes de vacunació massives per a protegir els residents i el personal de les residències.

No obstant això, malgrat aquests esforços, la pandèmia ha deixat al descobert les deficiències en el sistema d'atenció a llarg termini a Catalunya i en altres llocs. S'han plantejat preguntes sobre la qualitat d'atenció, la infraestructura de les residències i la necessitat d'una major inversió en la cura de les persones grans.

En resum, la Covid-19 ha tingut un impacte significatiu en les residències de Catalunya. Ha exposat les deficiències en la preparació i resposta davant emergències, així com la necessitat de millorar l'atenció i els recursos en aquestes instal·lacions. És fonamental aprendre d'aquesta experiència per a enfortir el sistema d'atenció a llarg termini i protegir els residents més vulnerables en el futur.

La Comissió de Drets Socials del Parlament de Catalunya, en data del 10 de maig de 2022, mitjançant l'Acord 2/XIV va crear el Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències per a Gent Gran i per a Persones amb Discapacitat (GTAICRE).

Des del 10 de juny de 2022 fins al 17 de març de 2023, s'han realitzat 7 sessions de treball (10.06.2022, 08.07.2022, 07.10.2022, 11.11.2022, 24.02.2023 i 17.03.2023), amb la participació d'un total de 37 compareixents, representants de tots els àmbits implicats, administració, associacions de familiars i persones afectades, àmbit acadèmic, corporacions professionals, organitzacions patronals i sindicals i experts rellevants. Alguns dels compareixents han aportat documentació i treballs sobre les causes i les mesures per prendre en el futur, que han realitzat sobre la problemàtica per estudiar. Així mateix, s'han rebut i analitzat 344 aportacions escrites de tots els actors esmentats i altres actors implicats.

De tot el que s'ha treballat es poden treure les següents constatacions/consideracions clau, compartides per la majoria dels participants i també més rellevants. Durant totes les sessions, i també en la redacció d'aquest document, el Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar ha comptat amb la col·laboració de l'expert Josep Farrés, metge de salut pública amb una llarga i dilatada experiència en la gestió pública i privada dels sistemes sanitari i social.

Les anàlisis es fan en un sentit genèric, defugint expressament els casos particulars i sobretot aquells que estan judicialitzats i pendants de la resolució judicial. Aquest abordatge genèric permet treure conclusions aplicables al conjunt del siste-

ma, així com propostes d'actuació en les diverses àrees que en conformen la totalitat.

Constatació 1. L'arribada de la Covid-19

La situació a Catalunya de les residències prèvia a la pandèmia es caracteritza per un sistema feble organitzativament i en la dotació de recursos, amb treballs precaritzats i amb poc reconeixement social. La pandèmia de la Covid-19 va fer visibles totes aquestes debilitats estructurals del nostre sistema de cures.

Les competències en matèria de serveis socials són una competència transferida a les comunitats sota la protecció de l'article 148 de la Constitució. En concret, l'article 166 de l'Estatut atribueix a la Generalitat la competència exclusiva en matèria de serveis socials, entre d'altres, i estableix que aquesta competència inclou, en tot cas, la regulació i l'ordenació de l'activitat de serveis socials, les prestacions tècniques i les prestacions econòmiques amb finalitat assistencial o complementàries d'altres sistemes de previsió pública; la regulació i l'ordenació de les entitats, els serveis i els establiments públics i privats que presten serveis socials a Catalunya; la regulació i l'aprovació dels plans i els programes específics dirigits a persones i col·lectius en situació de pobresa o de necessitat social, i la intervenció i el control dels sistemes de protecció social complementària privats.

Durant la crisi del coronavirus, el Govern d'Espanya va declarar les residències serveis essencials i va reforçar l'autoritat i la capacitat d'intervenció de les comunitats autònomes a tots els centres de gent gran, tant públics com privats, per tal de garantir millor els seus recursos i poder sol·licitar informació als responsables de la seva gestió per fer seguiment dels efectes de la pandèmia. La competència, per tant, continuava essent de les comunitats autònomes.

El departament al capdavant de la gestió de les residències a Catalunya durant la Covid-19 va ser, inicialment, Treball, Afers Socials i Famílies. Durant aquesta primera etapa, que coincidiria aproximadament amb el primer mes de la pandèmia, el mes de març, es constaten greus deficiències en elements bàsics de coordinació en el sistema. Les comunicacions fetes pel Govern de la Generalitat no arribaven a totes les residències del país, amb diferències entre aquelles que formaven part de patronals i les que no. A més, es va trigar setmanes a contactar amb més del 20% de residències de Catalunya. Va existir, per tant, una manca de coordinació intersectorial i amb les institucions locals, a més d'una relació poc fluida, per no dir inexistent amb l'atenció primària de salut.

En el grup de treball que ens ocupa, el conseller El Homrani, va afirmar que només el 35% de les residències estaven en condicions «d'atendre mínimament» els efectes de la pandèmia. Reconeix que es va haver de buscar un vincle amb els serveis residencials i que existien dèficits en els sistemes d'informació, per la qual cosa es va posar en marxa un sistema de monitoratge (GIR), però, en realitat, aquest sistema no va ser útil de cara a la intervenció. El departament va posar en marxa un recurs residencial al Paral·lel, de Barcelona –insuficient–, i s'afirma que es van produir 624 trasllats entre residències i 432 al sistema sanitari en les cinc primeres setmanes només a la ciutat de Barcelona.

L'escassetat d'equips de protecció personal (EPP) i la falta de personal mèdic i d'infermeria suficient van dificultar l'atenció adequada dels residents infectats. Cal tenir en compte que la pandèmia va esdevenir una situació de màxima complexitat imprevisible, a escala mundial. Cap sistema sanitari i social estava preparat per fer front a una pandèmia d'aquesta magnitud. La resposta inicial a l'emergència sanitària va estar condicionada pel desconeixement sobre la malaltia de la Covid-19, els vectors de transmissió, l'evolució clínica, el diagnòstic, les mesures d'abordatge, els tractaments més eficaços i la resposta immunitària de l'organisme. Totes aquestes incerteses i la manca de plans de contingència i d'experiència en el maneig de crisis epidèmiques de gran magnitud van fer que s'actués tard.

A finals de març, la situació era crítica. El 27 de març de 2020, l'alcaldesa de Barcelona i altres alcaldes i alcaldesses de Catalunya van denunciar la situació d'abandonament provocada pel Departament de Treball, Afers Socials i Famílies (DTASF), a causa de la falta d'equips de protecció per als professionals, la falta d'assistència hospitalària als residents i la falta d'informació per als familiars dels residents. Des del 15 de març s'havien produït 54 defuncions per coronavirus a les residències de Barcelona i 150 defuncions a les residències catalanes.

Aquest desconeixement en l'inici va provocar una allau d'informació que anava arribant als centres, moltes vegades diferent en curts períodes de temps (en un mateix dia es podien rebre instruccions diferents, inadecuadament filtrades i amb gran dificultat pel seu processament «quan ja s'havia après i aplicat una mesura, arribava un nova instrucció contradictòria»). Tot això, agreujat per la manca d'interlocució de proximitat i la disponibilitat de referents que poguessin aclarir els dubtes o rebre les aportacions de la pròpia experiència dels centres d'aplicar alguna de les recomanacions.

El mètode d'assaig i error, lògicament, va ser una pràctica generalitzada en totes les institucions i nivells. Alguns centres fins i tot van iniciar actuacions, aïllaments, mesures de detecció espontàniament, abans de rebre les instruccions de l'Administració. Tot plegat va ocasionar una òbvia confusió inicial en les mesures per aplicar i en els recursos necessaris per fer-ho.

En aquells moments, la presència dels professionals de salut a l'àmbit residencial era baixa, tant pel tensionament del sector sanitari en aquells moments com perquè la presència de l'àmbit sanitari al sector residencial era, fins al moment, residual i/o inexistent. «Els serveis d'atenció primària no havien entrat mai a les residències. Es van trobar malalts crònics que no coneixien l'existència d'aquestes persones», afirmava la presidenta de FEATE durant les compareixences del Grup de Treball. Per la seva part, el representant de la Coordinadora de Centres per a Persones amb Discapacitat Intel·lectual de Catalunya va sostenir que durant la pandèmia «mai van tenir la visita dels metges de capçalera. Van desaparèixer».

Conclusions:

1. Les competències en la gestió de centres residencials per a persones grans i persones amb discapacitat eren de les comunitats autònomes abans, durant i després de la pandèmia de la Covid-19. Durant la pandèmia, aquestes competències es van veure incrementades per tal de donar una resposta comuna i coordinada al conjunt del sistema.

2. El primer mes de la pandèmia va estar caracteritzat per una greu manca de coordinació i comunicació amb les residències de Catalunya i amb els ens locals, així com amb el conjunt del sector residencial. No es va establir cap comunicació ni coordinació amb el sector sanitari. La gestió per part del departament va ser nefasta.

3. L'escassetat d'equips de protecció, generalitzat en els moments inicials de la pandèmia, i el desconeixement del virus (vectors de transmissió, l'evolució clínica, el diagnòstic, les mesures d'abordatge, etc.) van tenir una afectació directa entre els residents i els treballadors i treballadores de les residències.

4. Es posa de manifest la inexistència de comunicació i coordinació entre el sector social i sanitari, així com les dificultats de derivació dels centres residencials als centres hospitalaris.

Constatació 2. L'atenció sanitària i la vacunació

No va ser fins gairebé un mes després, el 5 d'abril de 2020, que el Servei Català de la Salut (CatSalut) va publicar la primera guia d'actuació, reconeixent implícitament les deficiències detectades, ja que es parlava de la identificació dels casos, però sense realitzar cap prova diagnòstica, i es parlava de les mascaretes i els guants com a únics elements de protecció.

El 8 d'abril de 2020, el Departament de Salut, amb l'Honorable Consellera Alba Vergés, va assumir part de les competències en residències per a gent gran. En concret, l'atenció sanitària de les persones residents. Aquest canvi, reivindicat durant el primer mes per diverses formacions polítiques, societat civil i agents socials, va significar un canvi positiu en l'atenció de les persones residents dins, és clar, de la complexitat del moment. És una conclusió generalitzada en les compareixences substanciades pel Grup de Treball.

La gent gran és un grup especialment vulnerable a la malaltia produïda pel SARS-CoV-2. En tots els països, l'impacte més gran de la Covid-19 ha estat en la població més envellida, fràgil, amb malalties cròniques complexes que, com hem dit, eren els residents en els centres per a gent gran. D'igual manera, l'afectació de la pandèmia en el sistema residencial ha estat un problema que ha afectat de manera similar a tot el món, Catalunya, Espanya, els països de la Unió Europea i altres països desenvolupats, cadascun amb les seves especificitats.

L'impacte en termes de morbiditat va ser semblant a totes les residències, mentre que en termes de mortalitat va ser menor entre els centres residencials per a persones amb discapacitat o amb problemes de salut mental. No es constata cap diferència en aquests dos elements entre residències de gestió pública, delegada o privada. Òbviament el factor edat i fragilitat prèvia ha estat l'element crític. Cal tenir en compte que el canvi demogràfic a Catalunya va produir que quasi la totalitat dels usuaris dels centres residencials per a gent gran fossin i siguin persones d'alta dependència (graus III i II) amb múltiples malalties cròniques complexes en estadis molt avançats, amb fragilitat extrema i amb atenció de maneig complex.

Entre altres mesures adoptades, el Departament de Salut va designar 19 persones delegades per a la coordinació de residències; es van fusionar les regions sanitàries del CatSalut amb les àrees d'intervenció social, designant interlocutors de l'àmbit social i formant equips duals amb un interlocutor sanitari i un de social com a referents dels centres dels seus territoris, i es va enfortir la figura del responsable «higienicosanitari» amb jornades de formació obertes a tot el personal, en què van participar, segons dades de la directora de Planificació en Salut, més de 9.000 persones. El solapament de les regions i sectors sanitaris i socials fou una de les mesures que van ajudar molt en la interlocució amb els dispositius assistencials i residencials.

El 10 d'abril de 2020, el CatSalut va posar en marxa el Pla d'acció per a la gestió de les residències geriàtriques, amb l'objectiu de garantir l'atenció sanitària integral en l'àmbit residencial, que va implicar incorporar dades de seguiment epidemiològic per part dels Serveis de Vigilància Epidemiològica i el seguiment de les mesures higièniques i sanitàries. Per altra banda, es va procedir a fer una classificació de les residències en funció de si comptaven amb professionals suficients i capacitat d'aïllament.

No va ser fins al juliol del 2020 que es van començar a tenir tractaments per canviar l'orientació de la malaltia. Tal com afirma el secretari general de Salut del moment, el Sr. Marc Ramentol, «Fins aquell moment eren acompanyants del curs de la malaltia».

En aquesta situació, els professionals i les professionals de l'àmbit sanitari comencen a intervenir en l'àmbit residencial i s'observen els primers problemes, alguns heretats de moments prepandèmics.

En aquells moments, i encara avui, moltes residències no compartien el sistema informàtic sanitari (ECAP), fet que provoca que els professionals residencials no puguin accedir, tampoc el metge o metgessa de la residència, a l'expedient clínic del pacient. Un extrem que el Departament de Salut del moment considera que no era així, però alguns responsables de residències consultats confirmen la inexistència d'aquest sistema informàtic en l'àmbit social.

Per altra banda, cada dia es coneixien noves evidències sobre la Covid-19 que obligaven a refer els protocols d'actuació. Tot i això, el gran nombre de protocols i instruccions en constant canvi van generar moltes dificultats en el disseny de mesures d'actuació, obligant els equips a fer canvis constants, alguns dels quals contradictoris, i demostrant un desconeixement del sector, especialment el sector residencial de persones amb discapacitat. Segons els representants de la Fundació Catalònia, es van publicar 114 plans i ordres diferents en 15 mesos, entre 7 i 8 documents al mes, arribant a publicar-se'n un de nou cada dos dies el Nadal del 2020. Sortosament, aquesta situació va anar canviant en les onades posteriors i, sobretot, a partir de la disponibilitat de vacunes eficaces i la celeritat del procés de vacunació.

El 27 de desembre de 2020 s'inicia el procés de vacunació a les residències catalanes. És, sense cap mena de dubte, l'element que permet traçar un abans i un després en la gestió de la pandèmia. Salut va crear un total de 25 equips de vacunació a tot el territori i va existir un tracte prioritari en la vacunació de les persones que vivien a les residències. Entre gener i febrer de l'any 2021, la mortalitat en residències per la vacunació va caure un 60%. Al juny del 2021, el 95% dels residents i el 85% dels treballadors i treballadores havien estat vacunats amb la pauta completa.

Conclusions:

1. L'entrada del Departament de Salut en la gestió de la Covid-19 al sistema residencial va ser positiu. Va permetre establir nous canals de comunicació, la fusió d'àrees socials i sanitàries, la identificació de casos i l'establiment d'indicadors de progrés de la malaltia.

2. S'evidencia un desconeixement de l'àmbit sanitari amb relació a l'àmbit residencial. Funcionen amb sistemes d'informació diferents i sense bases de dades compartides. Els responsables mèdics i d'infermeria de les residències no tenen accés a l'expedient clínic de l'usuari o usuària.

3. El gran nombre de protocols i instruccions que es feien segons es coneixien novetats sobre la Covid-19 va dificultar un seguiment acurat de les mesures a portar a terme.

4. La incorporació de les PCR i, sobretot, el procés de vacunació van ser cabdals per frenar el gran nombre d'èxits a les residències.

Constatació 3. Les persones residents

La situació de crisi sanitària generada arran de la pandèmia causada per la Covid-19 va esdevenir, a causa de l'especial afectació a les persones d'edat avançada, una emergència que va donar lloc a necessitats assistencials i materials de gran volum en les residències de gent gran i persones dependents, tant de titularitat pública com privada.

Aquestes necessitats es van detectar especialment davant l'escassetat de materials de protecció per als treballadors i treballadores d'aquestes residències, així com per a les persones residents, i la manca de personal deguda als confinaments per contactes i al contagi de la malaltia. Igualment, es va detectar un increment exponencial en les necessitats de neteja d'aquestes instal·lacions i de condicionament dels espais per tal de poder garantir la deguda separació entre les persones residents afectades per la Covid-19 d'aquelles que no ho estaven, amb el problema afegit del desconeixement de la situació real d'afectació tant per manca de tests de detecció o la situació d'interval finestra des del contagi fins a l'aparició de símptomes o canvis immunitaris detectables pels tests.

Les greus dificultats, en tots els àmbits i a nivell mundial, sobretot en les primeres onades, per disposar de recursos materials, EPI, proves diagnòstiques, medicació i, sobretot, dispensadors d'oxigen, com també dels recursos humans i professionals de tot nivell –sanitaris, auxiliars de geriatria, personal de suport–, la seva substitució quan emmalaltien, exceptuant alguns casos aïllats que també s'han explicat, va ser una tasca difícil. Així mateix, el desconeixement sobre la malaltia va

dificultar calcular l'impacte emocional entre els professionals de primera línia que massa sovint es van trobar desbordats, impotents i sobrecarregats per peticions múltiples de dades i informació que difícilment podien elaborar i transmetre.

Les persones residents es van veure aïllades a les seves habitacions durant un llarg període de temps i es van veure privades del contacte personal o telemàtic amb les seves famílies. La incertesa inicial sobre els casos asimptomàtics i la poca fiabilitat dels tests diagnòstics disponibles va acabar portant sovint a la implantació de mesures d'aïllament dels residents i a la restricció o denegació de comiats, visites o mobilitat dins de la residència. Aquest fet va tenir també conseqüències físiques i psicosocials greus per als més grans, que, a més, no comptaven amb suport emocional. Les mesures de contenció i control de la transmissió adoptades van ser estrictes per a les persones residents. Moltes d'elles van morir sense acompanyament i sense poder acomiadar-se dels seus familiars.

A més, el confinament a les residències va posar a prova també quina és la relació entre els centres, les persones residents i els seus familiars. En algunes residències de Catalunya, es va constatar una manca d'informació de l'estat de salut de la persona resident als seus familiars, dels tractaments que s'estaven fent, de les mesures de confinament i dels règims de visites. D'altres van optar per mecanismes més transparents, fins i tot innovadors, per millorar la comunicació amb els familiars, fet que té una relació directa amb la millora de la qualitat de salut dels residents.

Pel que fa als criteris de derivació de les persones residents als hospitals, el SEM va publicar, el 25 de març de 2020, un document titulat «Recomanacions per suport a les decisions d'adequació de l'esforç terapèutic (AET) per pacients amb sospita d'infecció per Covid-19 i insuficiència respiratòria aguda (IRA) Hipoxèmica», en què s'expliciten recomanacions i criteris per seguir per a aquestes derivacions.

Les residències, llocs pensats per a la convivència i la cura i no per al tractament medicalitzat, van haver de practicar unes cures per a les quals no estaven preparades. No tenien recursos, infraestructura, formació o responsabilitat per a l'atenció mèdica i tampoc hi va haver una resposta immediata, adequada i coordinada amb els serveis assistencials i de salut.

Es constata, per tant, que les indicacions publicades pel SEM basades en criteris mèdics van marcar les pautes de derivació de les persones residents als centres hospitalaris. La situació de tensionament dels llits disponibles en el sistema de salut va provocar un accés desigual al sistema sanitari, que va afectar de forma notòria les persones que vivien en les residències. Els criteris de derivació, segons diversos compareixents del Grup de Treball, es van adoptar en bloc sense una valoració individualitzada i alguns representants de centres residencials han expressat la incapacitat, tot i sol·licitar-ho, de traslladar els residents més greus als hospitals.

Fruit d'aquestes situacions, de mala gestió o mala praxi d'alguns centres residencials, el Govern de Catalunya va intervenir 29 residències, i es van produir canvis d'entitat gestora, la imposició de sancions econòmiques o, fins i tot, el tancament o suspensió dels serveis.

Durant la pandèmia s'ha evidenciat que una persona gran en una residència no rep la mateixa atenció que la que rep una persona gran al seu domicili, tot i que totes dues tenen una metgessa o metge de família i una infermera o infermer del CS assignats.

Conclusions:

1. En el moment que es van tenir PCR i dosis de vacunació, davant l'afectació que la pandèmia va tenir en els centres residencials, el Govern d'Espanya va decidir perioditzar els cribratges i la vacunació a les persones residents i dels treballadors i treballadores dels centres.

2. Els criteris de derivació per decidir si una persona resident era traslladada al sistema hospitalari van ser mèdics i van ser publicats pel SEM. El tensionament del

sistema sanitari i la manca de coordinació amb el sector residencial va provocar un accés desigual als centres hospitalaris.

3. Les persones residents van ser confinades a les seves habitacions com a mecanisme per a frenar la propagació del virus. Aquests aïllaments van comportar conseqüències físiques i psicològiques en les persones residents que, pel seu estat de salut, sovint no entien què passava i es van veure privades del contacte personal amb el personal de la residència i amb els seus familiars.

4. Algunes residències van vulnerar el dret a la informació sobre l'estat de salut i l'evolució de les persones residents als seus familiars.

Constatació 4. Els professionals i les professionals de l'àmbit residencial

Està fora de discussió i àmpliament acceptada per tothom la importància cabdal dels professionals en els sistemes d'atenció a les persones, i molt més encara en el sistema de cures de llarga durada. La seva capacitat, la correcta definició dels perfils professionals, el seu reconeixement retributiu i reconeixement social, tal com s'ha dit ja diverses vegades, estan molt lluny del desitjable.

Cal destacar la feina i la disponibilitat d'una gran majoria dels professionals, de totes les categories, que amb gran compromís social van multiplicar la seva dedicació per mantenir l'atenció als residents, sobretot en les primeres onades. Les professionals es van haver d'enfrontar a un virus desconegut, en un servei residencial –no sanitari–, amb una manca de recursos d'autoprotecció en els primers mesos i amb una alta càrrega d'esgotament físic i psicològic.

El virus es va escampar amb molta rapidesa a les residències amb unes professionals en continu contacte amb els residents i amb sistemes de protecció insuficients fins mesos després de l'inici de la pandèmia. Això va provocar un alt nombre de baixes de personal, per contagi i esgotament físic i psicològic, que ha incidit de forma directa en l'atenció als residents i a la incidència de la Covid-19 a les residències. Es constata que la manca de professionals ha estat un dels principals problemes d'atenció de la pandèmia al sector residencial. S'hi va sumar una infradotació de professionals a nivell general, però amb un impacte especial en determinats perfils professionals i la capacitat/formació d'alguns professionals de substitució.

Algunes residències van poder cobrir les baixes de personal mitjançant altres professionals de serveis tancats, com els centres de dia. Altres van fer contractacions directes a persones sense una titulació dirigida a les cures. Per part del Govern, al mes de maig de 2020, el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies, amb el portal de Feina Activa del SOC, va obrir una borsa de treball perquè professionals de l'àmbit, i també persones sense experiència, donada la urgència de la situació, poguessin sumar-se als equips d'atenció dels centres, i també dels nous equipaments que es van obrir per poder aïllar els positius o les persones grans que havien passat la malaltia i encara no podien tornar a les seves llars. A les 4.000 persones inscrites se'ls va oferir la possibilitat de fer una formació en línia a través d'una plataforma virtual que van posar en marxa el SOC i el Consorci per a la Formació Contínua, per tal de garantir que desenvolupessin la seva feina amb el major rigor i la major professionalitat.

Aquesta va ser una mesura positiva que s'entén per la situació de màxima complexitat, però deixa palesa la manca de professionalització del sector de les cures, un dels grans problemes del sector social i residencial de Catalunya. Qualsevol persona, sense la formació adequada i amb un curs de formació, es posava a fer tasques de cura de persones malaltes, que necessiten d'una atenció especialitzada. Si tenim en compte les dificultats d'algunes auxiliars de geriatria per fer tasques sanitàries que no són de la seva competència, contractar persones sense formació dificultava encara més una atenció mínima de qualitat. La presidenta de FEATE, la Federació d'Entitats d'Assistència a la Tercera Edat, va afirmar en compareixença que les borses de treball de la Generalitat «no van funcionar».

Tot i la borsa de treball, la necessitat de personal sempre ha estat present. Algunes residències van haver de fer contractacions extraordinàries per atendre els residents de les places *buffer* instal·lades en algunes residències.

El Govern de Catalunya va anunciar al mes de juny del 2020 una paga extra a la nòmina d'agost de les professionals de les residències, com a compensació per la immensa tasca realitzada. Se'n van beneficiar les persones que van treballar entre l'1 de març i el 31 de maig, i també aquells professionals que van estar de baixa pel coronavirus. Tot i la implementació d'aquesta mesura, limitada a aquelles residències amb places públiques o amb finançament públic, la mesura no va arribar al conjunt de professionals per manca de seguiment d'una tramitació difícil i no automàtica.

La Covid-19 va tensionar les professionals dels serveis de residències de persones grans i persones amb discapacitat, que ja venien de condicions laborals molt precàries que, un cop superada la Covid-19, encara persisteixen. Entre tots els problemes destaquen la manca d'una titulació adequada, sous baixos, l'alta rotació de personal i una ràtio desequilibrada que no s'actualitza des de l'any 2011. Encara avui, el sector pateix la manca de professionals, ja que en altres sectors de la cura, com pot ser el sanitari, les condicions laborals són millors i, per tant, decideixen fer el canvi. No deixa de ser contradictori voler reconèixer el sector residencial com a essencial quan existeix una precarietat sistèmica.

Conclusions:

1. La tasca de les professionals de les residències, en condicions molt adverses, va ser cabdal per atenuar la incidència de la Covid-19 a les residències de Catalunya. Cal reconèixer la seva tasca i contribució a la cura de les persones grans i persones amb discapacitat de Catalunya.

2. Els professionals i les professionals de l'àmbit residencial van ser colpejats per la pandèmia per contagi i esgotament físic i psicològic, fet que va provocar un important nombre d'incapacitats temporals, que van afectar greument l'atenció de persones residents.

3. L'alt nombre de baixes va provocar la contractació de personal sense una formació suficient per a la correcta atenció dels residents.

4. Les condicions laborals de les professionals de les residències és precària i urgeix establir millores que vagin en la línia d'incrementar ràtios, millorar sous i horaris laborals, així com establir una formació continuada que permeti consolidar aquests professionals en l'àmbit residencial.

Constatació 5. El sistema social i sanitari a Catalunya

Una de les febleses del sistema de cures a Catalunya que també es va evidenciar durant la pandèmia és el desconeixement i dèficits pel que fa a la coordinació amb el sistema sanitari, públic i privat. D'una banda, encara que, normativament, les residències de gent gran han de comptar amb el suport de personal sanitari, mèdic i d'infermeria (en diversos formats, personal propi, equips externs de suport, servei de suport residencial (SAR) o CAP de referència), la seva capacitat de resolució ha estat històricament insuficient i reduïda, en tot cas, al suport administratiu per a la prescripció farmacèutica. D'una altra banda, un element cabdal que ha dificultat aquest mínim coneixement són les diferents cultures organitzatives i una ordenació territorial diferent entre el sistema sanitari i social, tant en els serveis socials bàsics i l'atenció primària de salut com en les regions sanitàries i els serveis territorials basats en les demarcacions provincials en el sistema social.

Sovint, la manca de coneixement de la realitat dels centres residencials per part dels professionals d'assistència sanitària i dels serveis de salut pública va dificultar el diàleg i la interlocució entre els professionals dels diversos sistemes implicats; per exemple, pel que fa al condicionant de l'estructura física, espais disponibles per àrees d'aïllaments en els centres i la dificultat per aplicar les recomanacions en

molts casos, i també la conseqüència d'agreujament dels trastorns cognitius que generava aquesta recomanació.

El règim d'inspecció va ser insuficient. S'ha expressat per diversos compareixents i en alguns documents la crítica als serveis d'inspecció que, a més de la seva habitual pràctica normativista, poc orientada al servei i a la solució dels problemes, augmentava la confusió i donava ordres contradictòries sobre els criteris de derivació a centres *buffer* en l'agrupació de persones segons els resultats de les proves, test d'antígens i PCR, obviant el valor predictiu i els períodes finestra en la positivació dels tests. Els problemes amb la inspecció continuen avui dia. Tant el sector, com les associacions representants dels residents i els professionals reclamen un nou sistema d'inspecció i un major control per part de les administracions per al compliment de les condicions acordades als plecs de condicions per aquells serveis residencials de gestió pública i delegada.

Es considera de molta utilitat i exitosa la mesura d'harmonitzar, unificar i homogeneïtzar l'ordenació territorial dels sistemes sanitaris i social. L'estructuració en sectors, regions socials, d'àmbit equivalent al sanitari va permetre un treball integrat que va complementar i facilitar la interlocució entre els diversos departaments, l'Administració de la Generalitat amb els centres afectats i l'Administració local. També en aquest sentit va ser de molta utilitat la creació d'una única estructura per afrontar el problema que va permetre el treball integrat dels departaments de salut i treball, afers socials i famílies. Tot i això, cal lamentar l'aparició d'algunes instruccions emeses per alguns pseudoexperts espontanis, assaigs de recerca sense legitimació ni supervisió, que s'atribuïen més o menys justificadament el recolzament d'algunes estructures administratives de la Generalitat, fet que va incrementar encara més la sensació de caos.

Pel que fa al sector residencial, la manca de polítiques en aquest àmbit per part del Govern en la darrera dècada han provocat el seu estancament. No s'han generat sistemes de coordinació, ni d'informació compartida, ni d'informatització comuna. No s'ha actualitzat la Cartera de serveis socials des de l'any 2011, fet que ha provocat la pràctica congelació de les tarifes i la desactualització dels serveis que es presten. Els recents increments del 4% són anecdòtics atesa la congelació de tants anys. Aquest fet provoca, a més, una impossibilitat de millora salarial per part de les treballadores del sector. Tampoc s'han incrementat les ràtios d'atenció en la darrera dècada, tot i l'increment dels graus de dependència de les persones que ocupen places residencials, amb les seves derivades: sous baixos, grans càrregues de treball per part de les treballadores i una atenció insuficient de les persones residents. Sovint, es parla molt de generar un nou model de cures a Catalunya, que posi la persona en el centre, però actualment podem constatar que el sistema pateix un infrafinançament crònic que no permet arribar a estàndards de qualitat bàsics exigibles per a la cura de la nostra gent gran.

Conclusions:

1. Els sistemes social i sanitari no es coordinen. Actuen com dos sistemes diferenciats que es desconeixen mútuament, fet que va contribuir a dificultar les derivacions hospitalàries i l'atenció mèdica més bàsica a les residències durant la pandèmia.
2. Cal un sistema social i sanitari unificat que garanteixi un continu assistencial, que posi l'atenció a la persona en el centre, que comparteixi sistemes informàtics i que garanteixi l'assistència mèdica a les persones residents.
3. El règim d'inspecció és insuficient. S'imposa un nou model d'inspecció, amb més personal, més dotat econòmicament i amb nous criteris. Cal recordar que la competència en inspecció és del Govern de la Generalitat de Catalunya.
4. Cal actualitzar la Cartera de serveis socials, incrementar les ràtios de professionals per incrementar el nombre de professionals (especialment auxiliars de geri-

atria) d'atenció directe, incrementar els mòduls i definir un nou sistema residencial i de cures a Catalunya.

Conclusions finals

1. La situació que va viure la gent gran a les residències durant la pandèmia va estar molt condicionada per diversos factors:

a) Una situació prèvia d'un sistema residencial de cures de llarga durada feble, amb una població fràgil i molt vulnerable en un sistema de serveis social amb poc reconeixement social, deficitari en dotació de recursos, que ha d'afrontar una crisi de gran magnitud.

b) L'aparició d'una malaltia desconeguda, letal en molts casos, amb una disponibilitat limitada de recursos materials i humans.

c) Una mala coordinació o desconeixement amb el sistema sanitari que, encara que estigui millor dotat, també pateix la crisi d'afrontar una malaltia desconeguda que desborda totes les estructures assistencials.

2. Posteriorment, un millor coneixement de la malaltia, el valor predictiu de les proves diagnòstiques, el maneig i tractament de la malaltia i els seus símptomes, l'increment de la dotació de recursos, i la disponibilitat d'una estructura unificada i integrada de gestió, amb disponibilitat de referents territorials, també integrals dels dos sistemes, van permetre la contenció i l'ordenació de les accions a realitzar.

3. Així mateix, la disponibilitat de les vacunes i una adequada estructuració logística de la seva aplicació van mostrar-se les mesures més eficaces per revertir la situació. Les persones residents van ser el primer col·lectiu vacunat en totes les seves fases.

Recomanacions

La pandèmia ha de servir com a punt d'inflexió per a repensar el model residencial i el sistema de cures a Catalunya, tasques pendents des de fa massa temps. Com a propostes a implementar en el futur:

1. Reconèixer les víctimes i familiars i els professionals i les de tot el sector social per la seva implicació i dedicació durant la pandèmia.

2. La definició d'un nou model de centres residencials per a gent gran i la seva vinculació i suport amb el sistema sanitari, a partir de les lliçons apreses de la pandèmia i assegurant la participació de residents i familiars, així com de la societat civil que treballa i representa la gent gran.

3. Òbviament, l'estructuració d'òrgans de gestió integrals socials i sanitaris, compartint l'ordenació i desplegament territorial de manera que la participació i vinculació amb les altres administracions esdevingui indispensable per a facilitar els resultats que s'esperen obtenir.

4. Adequar les plantilles del personal de residències a les necessitats reals d'atenció a les persones residents, millorant el necessari reconeixement dels professionals, incrementant urgentment les ràtios d'atenció i les seves condicions laborals i salarials, equiparant-les a les del sector públic, a la vegada que s'imposa un increment de mòduls i ràtios i l'actualització de la Cartera de serveis socials.

5. Cal establir uns programes, currículums i criteris formatius que garanteixin una correcta formació dels treballadors i treballadores de les residències, tant de forma inicial com de manera continuada.

6. Generar un nou sistema d'inspeccions dels centres residencials per dotar-los de més recursos, més transparència i assegurar que presta especial atenció a les condicions i conductes que poden afectar els drets de les persones residents.

7. L'atenció mèdica dels centres residencials ha de deixar de ser privada i s'ha de prestar des del sistema públic de salut, especialment, des dels professionals dels centres d'atenció primària, la qual cosa implicarà un increment de professionals. No es pot donar una atenció diferenciada pel que fa al dret a l'atenció sanitària a aquelles persones que viuen en residències d'aquelles que ho fan al seu domicili.

8. Elaborar un procediment unificat de recollida i subministrament de dades sobre persones grans en residències, homologable i compatible amb els sistemes d'informació català, espanyol i europeu. Aquestes dades i indicadors han de servir per desenvolupar polítiques públiques adreçades a millorar l'accessibilitat, l'assequibilitat i la qualitat del sistema de cures per a tota la població.

1.2. Proposta de conclusions del Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana (reg. 109311)

Bloc 1. Qüestions prèvies

Aquest informe ha estat realitzat gràcies a l'expertesa de persones coneixedores del sector de residències de gent gran, que, gràcies a les seves compareixences, han ajudat els membres del Grup de Treball, així com dels professionals experts que els acompanyaven, a realitzar una anàlisi definitiva per identificar les febleses i proposar solucions a les polítiques socials en l'àmbit residencial. Així com per analitzar l'impacte que va tenir la malaltia de la Covid-19 en les residències.

A Catalunya, com a la resta del món, la mortalitat per Covid-19 va afectar, en gran mesura, les persones d'edat avançada i amb major càrrega de malaltia crònica. Segons el registre de mortalitat, el 90% de totes les persones que han mort per Covid-19 tenien més de 65 anys (independentment de si vivien o no en una residència). Dins d'aquest col·lectiu, aquelles persones que vivien en residències de gent gran van ser les que van patir una major afectació.

A l'àmbit estatal, el percentatge de morts per Covid-19 va situar-se al 66%, un percentatge similar que es reproduïx a múltiples països europeus amb alta diversitat pel que fa als estàndards del seu sistema de benestar, com poden ser Islàndia, Noruega o França.

A Catalunya, s'estima que les defuncions en residències equivalen, almenys, a un 50% del total de defuncions per la Covid-19 que s'han produït al nostre país. Alhora, hi ha estudis que situen prop del 18% la mortalitat en residències com a conseqüència de la Covid-19 a Catalunya, mentre que en altres territoris de l'estat el percentatge és més elevat: 47% a la Comunitat de Madrid o 25,9% a Castelló, en són alguns exemples.

Més enllà de la mortalitat, durant el confinament social establert, les persones que vivien en alguna residència de gent gran van estar sotmeses a una situació d'alta complexitat motivada per l'aïllament dels seus contactes habituals i dels seus familiars, fet que va provocar un increment de les situacions de fragilitat i risc social (pèrdua de mobilitat, absència de contacte social, etc.) i un increment d'insomni, ansietat i depressió, entre altres simptomatologies destacades.

Aquesta situació va ser especialment greu per les persones que patien algun tipus de demència (que a les residències catalanes representen, gairebé, el 50% de la població), ja que van patir més desorientació, més trastorns del comportament i major risc d'accidents.

Durant les primeres setmanes de pandèmia, l'aïllament va afectar també les persones que es trobaven en una situació de final de vida, atesa la necessitat de restringir el contacte amb els seus familiars directes per evitar la transmissió del virus i el trencament de les cadenes de transmissió.

Tot i aquesta situació, el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies conjuntament amb el Departament de Salut varen impulsar instruccions i informacions per als professionals per definir d'una forma clara l'acompanyament dels familiars i dels residents en el procés de final de vida.

En un primer moment de la pandèmia, el focus es va haver de centrar en «salvar vides» per part dels professionals sanitaris, amb un coneixement molt limitat i amb constants canvis sobre tractaments i la transmissió, i prioritant absolutament la protecció de les persones. Així es va tractar en tots els contextos, domicilis, residències

i atenció primària, i, evidentment, també per les persones que arribaven amb malaltia i situació de gravetat als hospitals.

En fases posteriors, les residències van estar subjectes a protocols i guies d'actuació vers la protecció de la transmissió segons la situació epidèmica. Això va suposar que la resta de drets de les persones residents se supeditessin a la protecció vers el virus.

La situació va poder començar a canviar amb la vacunació a les residències, que es va iniciar el 27 de desembre de 2020, i posteriorment a la població en general.

Així mateix, la pandèmia per la Covid-19 també va afectar els professionals que treballen dins de l'àmbit residencial, ja que van haver de compaginar períodes de baixa laboral amb períodes d'enorme estrès laboral per poder donar compliment a la cura digna i adequada dels residents.

Els professionals tant del sector de residències com de salut tenien un gran repte organitzatiu i professional, ja que havien d'integrar protecció, seguretat i recuperar la normalitat i les interaccions socials a les residències. Els protocols es van anar adaptant balancejant la protecció i el benestar emocional al llarg del temps, i sempre que la situació epidemiològica ho permetia. S'ha de tenir en compte que no és fins el mes de maig del 2020 que el Govern espanyol va iniciar el procés de desescalada, i la normalitat decretada per l'Estat espanyol no arriba fins finals de juny del 2020, la qual cosa comporta recuperar la mobilitat de la població a la comunitat. En el cas de les residències, a partir del mes de maig es va treballar per incorporar de manera progressiva una certa normalitat de les activitats quotidianes: activitats grupals, sortides, visites a les persones que hi viuen, etc.

També convé recordar que aquesta crisi sanitària va fer aflorar moltes qualitats i aspectes positius, tant de les persones grans com del sistema social del qual disposem. D'una banda, cal posar en valor l'actitud extraordinàriament «resilient» de moltes persones grans, així com l'entrega i la implicació dels professionals del sector sanitari i social i dels familiars que, malgrat les enormes limitacions que existien a l'inici de la pandèmia (test diagnòstics, material de protecció, coneixement acurat del comportament de la malaltia, etc.) i de les característiques que afectaven aquesta població (edificis mal dissenyats per a la contenció d'infeccions, alta càrrega de malaltia crònica, més de la meitat de la població amb algun tipus de demència, moltes persones en situació objectiva de final de vida, etc.) van aconseguir que només un 20% de les persones que vivien en residències acabessin infectades pel virus.

Cal concretar que la mortalitat per Covid-19 es va concentrar principalment a la primera onada. Durant la primera onada del total, el 49% de la mortalitat per Covid-19 es va concentrar en persones que vivien en residències.

Durant la segona onada, la mortalitat per Covid-19 a residències va baixar considerablement i va passar a ser del 34,5% del total de la mortalitat per Covid-19. En aquesta onada encara no teníem vacunes, en aquesta baixada van tenir efecte les mesures de protecció i organitzatives que es va des-plegar a la primera i segona onades.

A partir de la tercera onada, l'impacte de la vacuna va ser molt evident, tant en la reducció de la infecció com en mortalitat. La vacunació es va associar amb una reducció del 80-91% de la infecció i la mortalitat.

La crisi de la Covid-19 i, en concret, l'afectació que va tenir a les residències de gent gran, ha omplert milers de pàgines d'informes científics, premsa, estudis de recerca, etc. També ha ocupat una part important de les notícies del mitjà de comunicació i, molt sovint, s'ha utilitzat com a arma política per pressionar els governs i introduir elements ideològics en el debat.

Per tots aquests motius exposats, aquest informe pretén fer una valoració global, defugint casos aïllats i concrets, sinó que es tracta d'una valoració de les dades objectives de les quals disposem en aquest moment.

En conclusió, aquest document pretén analitzar les dades aportades pels compareixents a les diferents sessions que s'han realitzat al Parlament de Catalunya durant els anys 2022 i 2023 i extraure'n conclusions i recomanacions útils de cara al futur amb l'objectiu de millorar l'atenció residencial a Catalunya.

Bloc 2. Constatacions

1. A Catalunya, com en altres territoris, les residències no han acabat de convertir-se en llars per a les persones grans més dependents perquè, entre altres motius, el seu disseny, tan arquitectònic com en els serveis que es presten, han estat pensats per optimitzar recursos assistencials i no per desplegar un veritable model d'atenció centrat en la persona (ACP).

a) Moltes residències construïdes en les tres últimes dècades tenen un disseny molt hospitalari, que afavoreix una major densitat de persones i, per consegüent, facilitava la transmissió del virus. A més, en altres casos, les residències molt petites, construïdes en pisos o xalets, impedièren una correcta sectorització per a la contenció del virus.

b) En els darrers anys, a les residències de Catalunya, que segueixen una mateixa tendència a nivell global, la concentració de complexitat extraordinària (87 anys d'edat mitjana, 46% de persones amb demència, 51% de persones d'alta complexitat clínica) ha tingut una altíssima presència de persones en situació de final de vida i una mortalitat anual entorn del 20%.

c) A diferència dels hospitals o dels centres d'atenció primària de salut, a les residències de gent gran, el professional proporcionalment més representat és l'auxiliar de geriatria, amb una formació clínica molt menys especialitzada. Cal destacar que aquesta és una característica comuna a totes les residències de gent gran del món occidental, no només a Catalunya.

Aquesta característica va dificultar moltes de les actuacions essencials per a la contenció del virus, com, per exemple, l'aplicació de protocols actualitzats, de tractaments de suport, de contacte recurrent i fluid amb l'atenció primària i hospitalària, etc.

2. El desconeixement de la pròpia malaltia i l'absència de tractament curatiu va afavorir la transmissió de la malaltia, especialment a la primera onada de contagi (que va ser la que més letalitat va tenir a Catalunya).

a) Al 2019, l'epidèmia de Covid-19 (en llenguatge científic SARS-CoV-2 o *Severe Acute Respiratory Syndrome Coronavirus 2*) era desconeguda per a tot el món científic, i no és fins que comença a expandir-se des de la ciutat xinesa de Wuhan que es va alertar d'una possible epidèmia. A Catalunya, el primer cas va arribar el 25 de febrer de 2020. Els dies següents i fins el 9 de març van aparèixer més casos, tots concretats, tractats i amb seguiment de casos i contactes. No fou fins la setmana del 9 de març que, començant per la conca d'Òdena, es comporta com una epidèmia i es decreta el confinament i el tancament de les escoles.

Tant el virus com la seva transmissió, tractaments i la malaltia que desenvolupava, es desconeixien i constantment s'actualitzaven amb noves informacions.

b) Tot i ser considerada una malaltia respiratòria, es va anar descobrint que la Covid-19 podia ser, en moltes ocasions, una malaltia asimptomàtica. De fet, en molts casos la malaltia de la Covid-19 tenia altres símptomes no respiratoris, com manifestacions cutànies, digestives o neurològiques (manifestacions simptomatològiques que afectaven més les persones grans amb algun tipus de dependència, com és el cas de les persones que viuen en residències de gent gran).

c) El fet que en les residències es comparteixen espais entre residents i que el personal atén diverses persones, sumat al fet que les persones que hi viuen eren les més vulnerables al virus, va constituir que fos un espai idoni per a la facilitat de transmissió del virus. També cal recordar la impossibilitat de distanciament físic en els treballs de cures per a persones dependents de grau 2 i 3.

Aquesta situació només va poder millorar quan es va poder disposar d'equips de protecció individual per al personal, que eren molt escassos durant les primeres setmanes de pandèmia, i es va procedir a sectoritzar les residències, limitant el moviment de residents i professionals.

Un altre canvi fou l'accés a proves diagnòstiques, de què tampoc es disposava durant les primeres setmanes i, per tant, era impossible el seguiment de casos més enllà de la simptomatologia. Quan es va poder disposar de proves diagnòstiques, es van poder aplicar tots els protocols de salut pública pel que fa a la sectorització basada en proves diagnòstiques i protecció dins les residències.

Per últim, el gran canvi va venir de la mà de la vacunació, a partir del gener del 2021, que va ser un abans i un després en la situació epidèmica dins les residències.

3. L'atenció sanitària a les residències no estava preparada per a l'impacte de la pandèmia.

a) La necessitat crònica per millorar l'atenció integrada social i sanitària, especialment per a aquelles persones que tenen necessitats complexes, com és el cas de les persones que viuen en les residències, s'havia abordat en diverses ocasions. Un dels instruments destacats per donar-hi resposta va ser el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS), que s'aprovà mitjançant l'Acord de Govern GOV/91/2019, del 25 de juny.

Durant aquest procés d'integració, va esclatar la crisi sanitària i social motivada per la pandèmia del coronavirus. Aquest fet va desencadenar la necessitat immediata d'una intervenció d'alta intensitat sanitària per a la població que vivia en l'àmbit residencial.

b) Cal recordar que l'atenció sanitària a les residències bàsicament depèn de l'atenció primària de Salut. En cas que el problema sanitari superi la capacitat de resposta de la residència i de l'atenció primària, si es requereix per l'estat de salut, s'ha de traslladar el resident a l'hospital.

Aquests trasllats són sempre decisions clíniques, en pandèmia i sense, i s'han de dur a terme quan aquest trasllat pot suposar una millora en l'estat de salut i benestar del resident, tenint en compte que també comporta riscos i pèrdua de benestar pel fet de treure la persona del seu espai habitual. Per aquest motiu, era essencial la presència de personal sanitari dins de les residències.

4. Les condicions dels recursos humans i dels recursos materials del sector després d'un llarg període d'infrafinançament estaven al límit a l'inici de l'epidèmia, pels següents motius:

a) Els serveis d'atenció a la dependència tenen un finançament que depèn en gran part de les aportacions de l'Estat a les comunitats autònomes (una altra part depèn de les mateixes comunitats autònomes i l'altra part d'aportacions dels usuaris).

A meitat dels anys 80, l'Estat espanyol va traspasar les competències de serveis socials a les comunitats autònomes i als ajuntaments. No obstant això, van obviar el traspàs del seu finançament. El dèficit de transferències de l'Estat en serveis socials a Catalunya és històric i molt elevat. El deute anual acumulat durant el període 2008-2019 és de 3.648,69 MEUR.

A més, és l'Estat qui decideix a què s'apliquen els recursos transferits, minvant el nivell d'autonomia competencial de la Generalitat i de les comunitats autònomes.

El desplegament de la Llei de l'autonomia personal i atenció a la dependència a partir de 2006, amb un finançament manifestament insuficient per part del Govern central, ha fet impossible l'acompliment dels objectius que s'havien fixat com a país per al conjunt del sistema de foment de l'autonomia personal.

b) La crisi econòmica del 2010 va impactar en el sector de forma molt severa i directa: l'Estat espanyol va deixar de fer les aportacions de l'anomenat «finançament conveniat o acordat» (aquell terç del finançament que va prometre a l'aprovació de la Llei al desembre del 2006 i que mai va complir) des del 2013 i, per altra banda,

el Govern de la Generalitat va aplicar severes restriccions pressupostàries durant el període 2010-2016.

c) A l'arribada de l'epidèmia, malgrat que ja s'havia iniciat una recuperació del finançament del sector, s'estava molt per sota del finançament mitjà europeu: 0,8% del PIB *vs.* 1,5% del PIB.

5. La Cartera de serveis socials no s'ha actualitzat des del 2010, i, per tant, no es disposava d'una cartera actualitzada a les noves necessitats de la ciutadania a l'inici de la crisi sanitària. La cartera de serveis socials existent contemplava més de 80 serveis diferents, amb algunes duplicitats i absències importants (especialment en serveis domiciliaris i serveis comunitaris).

a) En l'anterior legislatura, el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies estava immers en un exercici de planificació de les cures de llarga durada al país (després d'un llarg període sense cap planificació), amb una orientació clara del model cap a les recomanacions europees (un model més comunitari i domiciliari) en el moment d'esclatar la crisi.

D'altra banda, i per donar resposta al repte que suposa l'atenció a les persones al nostre país, i d'acord amb el que preveu la llei del 2007, el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies va impulsar el Pla estratègic de serveis socials de Catalunya 2021-2024. Aquest document es va començar a elaborar prèviament a la crisi i es va revisar en profunditat, ja que tenia la voluntat que el Sistema Català de Serveis Socials es constitueixi definitivament com un pilar més de l'estat del benestar, imprescindible per afrontar aquesta crisi i les futures crisis sense excloure ningú ni deixar ningú enrere. Així mateix, va ser aprovat al Parlament de Catalunya.

Bloc 3. Aspectes millorables de la resposta a la pandèmia

El 12 de juliol del 2023, la Resolució del Parlament Europeu, del 12 de juliol de 2023, sobre la pandèmia de la Covid-19: lliçons apreses i recomanacions per al futur (2022/2076(INI)), reconeix que la UE, així com la resta del món, no estava prou preparada per fer front a una crisi d'aquesta dimensió o a les seves onades de xoc, i subratlla que l'impacte de la pandèmia de la Covid-19 va provocar la crisi socioeconòmica més difícil que Europa ha hagut d'afrontar des de la Segona Guerra Mundial. En aquest context, entre els aspectes a millorar destaquem:

1. La centralització estatal de la compra d'EPI

A l'inici de la crisi, davant del desabastiment mundial d'equips de protecció individual (EPI) i l'entrada de múltiples operadors al mercat amb un clar interès especulador, l'Estat va centralitzar la compra d'EPI. Aquesta centralització va suposar un alentiment molt important durant els primers 15 dies de pandèmia. Molt probablement, s'hagués pogut actuar de forma més efectiva mantenint la compra en les diferents comunitats autònomes, atès que disposaven de molts més efectius dedicats des dels centrals de compra pública.

En un context molt complicat i incert, on cada dia la situació era canviant, la re-centralització estatal d'EPI va ser un error que va fer endarrerir l'abastiment més de 10 dies i va trencar la cadena de subministrament i distribució. De fet, van haver-se de buscar vies pròpies des del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies per realitzar compres directament al mercat xinès, malgrat que el Real Decreto del 9 de març centralitzava tota compra de material.

Tot i això, quan es va disposar de material, es va organitzar una compra i distribució centralitzada perquè les residències que tenien poca capacitat de compra i negociació no tinguessin mancances. Es va dissenyar un circuit de distribució setmanal de material de protecció a cadascuna de les residències per donar cobertura a tot el cens de persones residents i treballadors, cosa que va ser clau per controlar la infecció.

2. La necessitat d'una millor coordinació entre els serveis de salut i els serveis socials.

a) Durant la pandèmia de la Covid-19, Catalunya estava immersa en el tercer pla d'integració sanitària i social, iniciant la planificació per a l'abordatge de l'actual agència d'integració social i sanitària. Tot i això, Catalunya encara no disposava, ni disposa, d'un sistema integrat arreu de tot el territori.

b) L'emergència va demostrar desconeixement dels sistemes de serveis socials i de salut i mancances en els recursos assistencials sanitaris de les residències, sobretot en una situació límit. I especialment va fer palesa la necessitat d'aprofundir en la coordinació estructural entre els dos departaments, malgrat l'existència de plans com el Pla interdepartamental d'atenció i interacció social i sanitària (PIAISS) que treballen per aconseguir una atenció integrada i centrada en les persones.

c) Falta d'una estructura especialitzada i amb proximitat als serveis del Departament de Drets Socials. La supressió de l'ICASS l'any 2014, l'externalització quasi absoluta, la congelació de plantilles de gestió mentre hi havia creixement en el nombre de serveis i la divisió competencial en l'àmbit social van generar un departament especialitzat en la provisió de serveis, però amb poques capacitats per a la seva gestió, i més en situació de crisi. Una estructura que, per la seva idiosincràsia i potencia, el Departament de Salut sí que té.

3. L'accés a moltes normatives canviants amb molta celeritat:

a) En tractar-se d'una nova malaltia, desconeguda fins llavors, els protocols de contenció i de tractament s'anaven actualitzant de forma molt freqüent.

b) En tractar-se d'una epidèmia en evolució, també es produïen canvis molt freqüents en els protocols de salut pública per adaptar-los a les variables en joc: taxa d'incidència, taxa de prevalença, vacunació, aparició de nous brots, etc.

c) La constant actualització dels protocols exigia una comunicació molt fluida amb tots els centres (cosa que no sempre es va poder garantir de forma homogènia a tot el territori) i la capacitat d'interpretar-los per part dels centres receptors (extrem aquest tampoc garantit de forma homogènia a tot el territori ni a tots els centres, molts dels quals no disposaven de personal qualificat per la seva interpretació).

d) Excés de normes d'aïllament que poden ser més perjudicials (aïllament social, depressió, delírium, etc.). Es va haver de prioritzar la imposició de criteris d'aïllament per part de la Secretaria de Salut Pública, en una clara orientació de «salvar vides», i això va tenir impacte negatiu en les persones grans i dependents que vivien en les residències: major presència de depressió, immobilitat, ansietat, etc. A banda d'això, la disminució de contacte amb familiars i visitants també va impactar de forma directa en l'estat d'ànim d'aquestes persones.

4. Sector històricament poc professionalitzat i amb formació poc especialitzada

a) El sector de cures a les residències recau, bàsicament, en auxiliars de geriatría amb una formació de formació professional (grau bàsic o superior). Existeix un nombre molt limitat de titulats de grau superior (psicòlegs, metges, infermers, etc.).

b) Les condicions laborals no afavoreixen la retenció de professionals al sector, que pateix d'un altíssim grau de rotació.

c) Sector molt heterogeni en la seva capacitat de resposta: no existeixen estudis seriosos que indiquin el millor o pitjor funcionament de les residències pròpies (propietat i gestió directa per part del Departament de Drets Socials) respecte a les del tercer sector o privades. Tot i això, un sector de la societat ha difós la sensació d'un pitjor funcionament de les residències privades amb ànim de lucre sense estar avalat per dades contrastades.

d) L'enorme heterogeneïtat dels centres residencials en la resposta a la pandèmia: constatant diferents capacitats de resposta, connexions amb l'atenció primària de salut diversa, suport o no per part d'equips especialitzats hospitalaris, formació dels professionals, etc.

e) Aquesta capacitat de resposta ha fet que l'aplicació de certs protocols de contenció, derivació i tractament no hagin tingut el mateix resultat esperat en funció del tipus de centre.

5. La poca adaptació històrica dels sistemes d'inspecció

Els serveis d'inspecció del Departament de Drets Socials van continuar la seva activitat (fins a la intervenció de tots els centres per part del Departament de Salut) amb criteris de compliment d'indicadors de procés (no de resultat) molt allunyats del veritable impacte en la qualitat de vida dels residents. Amb tot, la intervenció de les residències s'efectuava a iniciativa de la inspecció de serveis socials.

Bloc 4. Aspectes destacables de la gestió i resposta a la pandèmia

1. Reconeixement de l'acció comunitària en diferents àmbits

a) En els moments més durs de la pandèmia, els professionals que treballaven en residències de gent gran van doblar torns, van realitzar tasques a què no estaven habituats i van mantenir una constant comunicació amb les famílies. En algun cas es van produir comportaments gairebé heroics, com el tancament dels professionals amb els residents per aïllar la residència del virus. Sense dubte, és el més destacat de la lluita contra la pandèmia (juntament amb la resiliència dels residents i la paciència i ajuda dels seus familiars).

b) Reconeixement de víctimes i professionals: tant la societat civil com els mitjans de comunicació i el mateix Govern de la Generalitat van realitzar un reconeixement a les víctimes i professionals. Per una part, va emergir un homenatge espontani i natural de la societat i, per un altre costat, també es va realitzar un reconeixement salarial per part del Govern de la Generalitat.

2. Gestió dels serveis públics

a) Intervenció del Departament Salut en el control de l'epidèmia: sens dubte, la millor decisió per a la lluita contra la pandèmia va ser la integració temporal del Departament de Salut, perquè va permetre traslladar el coneixement dels serveis sanitaris a les residències sense intermediaris. Estàvem davant d'una crisi sanitària i la resposta havia de ser sanitària.

Malgrat que la intervenció no va ser immediata, Catalunya va ser el segon territori de l'estat a determinar la intervenció per part del Departament de Salut, i ho va fer dues setmanes abans d'arribar al pic màxim de la primera onada pandèmica (el primer va ser el País Valencià).

b) Programa actiu de cerca de formació i contractació de recursos humans: el Departament de Treball, Afers Socials i Famílies va posar en marxa un dispositiu de captació i contractació de professionals per substituir les baixes laborals produïdes a les residències. També es van contractar més de 130.000 hores d'ajuda a domicili per cobrir aquestes baixes. En les accions de formació hi varen participar més de 1.500 professionals.

c) Creació d'una estructura territorialitzada i integrada de l'àmbit social i sanitari: és el primer exemple de treball diari i continu dels serveis de salut i socials de la història de Catalunya. El dispositiu central estava monitoritzat per les conselleries de Treball, Afers Socials i Famílies i Salut directament. Formaven part del dispositiu les direccions generals de Salut i Afers Socials i personal tècnic dels serveis centrals.

Per garantir l'aplicació dels protocols i les mesures de control de la infecció al territori es va crear la figura de les delegades de Salut, que es van distribuir per tota Catalunya i que donaven resposta immediata a les incidències que es detectaven en cada centre.

Aquest representa el sistema d'inspecció i control més desenvolupat i efectiu posat en marxa a l'Estat.

d) Subministrament coordinat de material a tots els centres: hi va haver una fase de desconcert inicial, en què hi va haver problemes reals d'aprovisionament de mascaretes, guants i bates (en una primera fase, es va produir trencament d'estocs a tot el món i es van prioritzar els hospitals com a llocs on portar l'escàs material existent). Ben a l'inici, també el Departament de Treball i Afers Socials va realitzar la compra de material i la distribució des del centre logístic contractat, així com la gestió del material. A continuació, es va traspasar al Departament de Salut.

La Generalitat de Catalunya, per tant, es va fer responsable de la compra i subministrament a totes les residències. Això va garantir que cap centre (per molt petit i allunyat que sigui) es quedés sense aquest material.

e) Impuls d'un Pla de contingència conjunt entre els departament de Treball, Afers Socials i Salut per a fer front a possibles rebrots o contagis a centres residencials. Aquest pla es fonamentava en tres accions clau:

La primera, la reserva de places buides a les residències per incrementar la seva capacitat per donar resposta davant de possibles nous contagis i reserves d'espais de suport. Prop de 3.000 places, que es varen continuar pagant tot i que estiguessin buides, per facilitar aïllaments i sectoritzacions en casos de positius.

A més, també es varen mantenir els espais de suport residencial en cas de congestió de l'equipament o dificultats estructurals. L'objectiu era separar les persones sanes de les infectades i fer una correcta atenció.

Inicialment, les places lliures d'ocupació van ser de fins a 3.016 places RGG, un 5,66% de les places públiques + PEV i de 13 places residències discapacitats.

Al mes d'abril del 2021, es redueix a un total de 1.262 places reservades lliures d'ocupació en residències de gent gran (un 2% de les places públiques, 981 places públiques + 281 PEV). La mesura es va mantenir fins el maig del 2022.

La segona, l'augment de personal estructural de les residències per fer front a una possible segona onada de la Covid-19.

Contractació de 1.800 auxiliars de geriatria, que és personal d'atenció directa i que s'encarrega de cuidar i complir les pautes per a l'organització contra la Covid-19.

Contractació de 370 infermeres perquè, a partir d'ara, totes les residències de més de 60 places públiques tinguin atenció d'infermeria les 24 hores. Tots aquests dispositius es varen mantenir fins a la remissió de la situació de crisi en l'àmbit residencial.

La tercera, la contractació de personal propi del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies per a afrontar la crisi de la Covid-19. Seran 219 tècnics que reforçaran especialment les àrees de Barcelona Ciutat, Metropolitana Nord, Sud i Catalunya Central. Aquest nou personal es destinarà a fer el seguiment acurat de totes les residències del seu territori, reforçar la inspecció social i acompanyar els ens locals.

f) Seguiment i el suport a les residències de gent gran amb la creació de l'estructura de les regions socials per part del Departament de Treball, Afers Socials i Famílies.

g) Intervenció de residències de gent gran.

També va ser necessari, en alguns casos, intervenir la gestió d'algunes residències, sempre a criteri dels tècnics del cos d'inspecció, com no pot ser d'altra manera. Al llarg de la pandèmia, la Generalitat va dur a terme diverses inspeccions quan van detectar mancances rellevants o el no compliment dels protocols per fer front a la Covid-19, així com les faltes en l'atenció de tracte a les persones residents.

Podien acabar amb el relleu temporal de la direcció del centre i/o amb la seva intervenció, en el marc de les ordres ministerials i els marcs normatius de la Generalitat.

Amb la intervenció es buscava reconduir la situació de la residència, garantir l'atenció als residents i recuperar la normalitat. Es prenia la decisió d'activar una intervenció a partir dels informes tècnics fets pels equips d'atenció primària, equips de salut pública i inspecció.

De les 35 residències intervingudes, la majoria han tornat a l'entitat d'origen (24), en 7 casos tenen una nova gestora i, finalment, en 4 casos s'ha produït el tancament del servei. No podem oblidar, però, que, segons criteris del Ministeri, es van realitzar 368 intervencions de reforç de personal, així com de trasllat de residents.

h) Suport en la cerca de professionals pels diferents centres de serveis socials.

Els centres residencials van rebre el suport del Departament en la cerca de personal. Inicialment, mitjançant el telèfon i correus habilitats pel Departament per donar suport als centres i, posteriorment, amb el portal de residències (GIR) varen fer directament la petició de personal. Aquestes peticions anaven per canal directe al SOC, que prioritzava les seves peticions.

3. Estratègies residencials

a) Sectorització de residències i creació de residències i les places *buffer*.

Els serveis de salut pública van fer una classificació de les residències per facilitar la lluita per evitar la propagació de la pandèmia: inicialment, es van classificar les residències en funció de la seva capacitat de resposta a la infecció (capacitat de sectorització, capacitat de resposta clínica, etc.) i, amb l'evolució de l'epidèmia, es van classificar en funció del grau d'infecció dels residents (residències verds, grogues i vermelles). Aquesta classificació va permetre la major o menor intensificació de les mesures de protecció i control en cada moment.

Aquesta classificació era dinàmica i canviava en el temps, la qual cosa va suposar la necessitat de col·laboració contínua dels professionals dels centres.

La creació de les residències *buffer* va ser una altra mesura d'èxit en la lluita en contra de l'epidèmia, en permetre aïllar i tractar adequadament persones infectades pel virus que no podien ser tractades de forma correcta en la seva residència habitual. Es van traslladar més de 1.300 persones durant l'epidèmia.

b) Monitorització del seguiment d'indicadors epidemiològics: de forma contínua per part dels professionals desplegats al territori i els serveis de salut pública.

A més a més, durant la pandèmia es va donar informació diària a través de les dades Covid-19. Aquest va ser un exercici de transparència important; es va posar sistemàticament a l'abast de tota la ciutadania informació desagregada per residències sobre casos amb Covid-19, PCR realitzades, resultats positius, mortalitat, etc.

Actualment hi ha un sistema de vigilància epidemiològica, el SIVIC (Sistema d'Informació per a la Vigilància d'Infeccions a Catalunya), que permet detectar abans i actuar abans durant tot l'any.

c) Formació als professionals del sector en control epidemiològic: es va realitzar informació i formació contínua i en línia per part de Salut Pública en l'aplicació dels protocols canviants que exigia en cada moment l'evolució de l'epidèmia.

4. Espai d'intercanvi i diàleg amb el sector de forma continuada

a) Es va crear un espai de diàleg continu i permanent en la primera onada, amb reunions setmanals amb les associacions representatives del sector residencial (ACRA, UPIMIR, ACAD, La Confederació, CSC, UCH, ACES i ASADE), amb interlocució directa amb el conseller de Treball, Afers Socials i Famílies i amb la consellera de Salut.

b) Es va impulsar la creació de un grup d'experts sobre el futur model d'autonomia i atenció a les persones, que va realitzar una àmplia consulta a familiars i cuidadores, col·legis professionals, entitats i empreses proveïdores i serveis comunitaris de primera línia en l'àmbit dels serveis socials i la salut. El document d'aquest grup ha marcat l'actuació per desenvolupar: ens diu que hem de focalitzar recursos i esforços en la prevenció, a fomentar l'autonomia, a assistir les persones dins el seu entorn familiar i comunitari.

c) Es va promoure i avançar en l'inici dels treballs per crear l'Agència Integrada d'Atenció a les Persones. Aquest organisme, cogovernat pels dos departaments, ha

de posar les bases per a un abordatge integral del model d'autonomia i de la dependència des de la vessant social i sanitària.

Per tant, la Covid-19 també va permetre vèncer dificultats que fins aquell moment semblaven insalvables, i en poc temps es va aconseguir una atenció integrada i coordinació social i sanitària. El que va permetre aquest avenç va ser anar alineats, compartir objectius, planificació estratègica i operativa entre els dos departaments, el món local, els proveïdors i els professionals i sindicats.

Ha estat una gran lliçó; de fet, l'atenció integrada social i sanitària és un dels reptes més transformadors que tenen els dos departaments, el de Salut i el de Drets Socials, i sobre el que s'està avançant a nivell legislatiu i el desplegament territorial.

5. Millora del finançament del sector durant la crisi

Des del juliol del 2020 fins al gener del 2022, es va produir un finançament extra als centres residencials per poder incrementar les ràtios de personal i per garantir el correcte compliment dels protocols i donar als residents més acompanyament i suport en un moment en què es restringien les visites de familiars. Entre d'altres, amb la reserva d'unes 2.800 places que va continuar pagant l'Administració, però que es varen mantenir buides per facilitar aïllaments i sectoritzacions en casos positius per coronavirus.

Bloc 5. Conclusions i recomanacions

Un cop analitzades les qüestions prèvies a la pandèmia i la consideració dels aspectes positius i per millorar, es proposen les següents conclusions i recomanacions:

1. Canvi del model de cures de llarga durada

Tal com ja es venia treballant prèviament a la pandèmia, s'hauria de continuar impulsant un nou model de cures de llarga durada (CLD) més domiciliari i més comunitari.

Aquest model ha de seguir les recomanacions realitzades des d'Europa i que consisteixen, principalment, a potenciar el servei d'ajuda a domicili, donar major pes a les comunitats en el suport de les persones amb dependència i els seus cuidadors i construir solucions d'habitatge adaptat que permetin que les persones continuïn vivint als seus barris i municipis.

2. Millora del finançament del sector

Exigir el finançament que li correspon al tercer pilar de l'estat del benestar.

En la línia d'assolir un finançament equiparable a la mitjana europea, el sector de les CLD hauria d'incrementar el seu finançament, com a mínim, al doble per tal d'acostar-nos al nostre entorn, que està situat al 2,3% del PIB.

L'Estat ha d'assumir amb la ciutadania el seu compromís de finançament de la Llei de la dependència. Dels 1.800 milions d'euros que el Departament destinà l'any 2022 a la dependència –i que representaven la meitat del seu pressupost– només 377 provenen de l'Estat.

Tot i que l'Estat espanyol ha recuperat el finançament acordat a la Llei de Dependència des del 2021 (2021, 2022 i 2023), aquest s'hauria d'incrementar per fer efectiu l'increment a Catalunya.

A més, l'Estat està consolidant la despesa via noves regulacions cada vegada més exigents, però les aportacions de finançament són conjunturals i no es consoliden, i això ens aboca al risc de caure de nou en un desequilibri. Cal un finançament segur, i una manera podria ser l'establiment d'impostos finalistes. Cal que el Departament tingui una unitat de planificació pressupostària i comptabilitat analítica.

3. Integració social i sanitària

La integració social i sanitària ha de representar l'únic model d'atenció per a aquelles persones que tenen necessitats concurrents de la nostra societat (les que

acumulen major número de patologies, més dependència i, en moltes ocasions, problemàtica social).

De fet, a Catalunya ja s'ha començat a posar en marxa la integració social i sanitària amb base domiciliària en diverses experiències demostratives al territori. Cal donar una resposta estructural i estable. S'està treballant en l'articulat de la Llei de creació de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària, que ha de permetre treballar amb un únic full de ruta salut, social, món local i les professionals. I, en aquests moments, ja està en aprovació a Govern, el pas previ perquè sigui aprovada al Parlament.

En conclusió, s'hauria de prioritzar la implementació d'un model d'atenció integrat, social i sanitari, a totes les residències de gent gran.

4. L'atenció sanitària integrada a les persones que viuen a les residències

L'atenció primària i comunitària ha de ser la responsable de l'atenció sanitària de les persones que viuen a les residències al nostre país.

Per reforçar la seva actuació, s'haurien d'establir protocols d'actuació i vies de rutes i protocols compartits pactats amb els serveis de geriatría hospitalària de referència. Això permetrà una atenció més adequada a la residència i la derivació a l'hospital només en casos en què la persona es beneficiï realment de l'atenció hospitalària.

5. Dignificació del sector

La dignificació de la tasca de cuidador, tant de l'informal com del professional, oferint-li formació, acompanyament i eines, per tal d'evolucionar cap a l'assoliment d'aptituds i actituds que portin cap a l'excel·lència a l'hora d'atendre persones fràgils i vulnerables.

6. Millora laboral dels professionals del sector

En aquest moment, les condicions salarials i laborals dels professionals del sector estan molt per sota d'altres sectors, com el sector salut. Això està dificultant el reclutament i la retenció de professionals i, en algun cas, posant en risc la prestació del servei.

Tal com ja es va iniciar els anys 2021 i 2022 (i s'ha mantingut i millorat aquest any 2023), és necessari fer un esforç en la millora de les condicions dels treballadors del sector per garantir una adequada prestació del servei.

7. Més formació i formació continuada

Es tracta d'un sector canviant, que necessita incorporar nous coneixements per fer front a les necessitats canviants dels nous usuaris. Al mateix temps, és necessària la formació dels professionals en noves competències necessàries per a la cura (com la comunicació, l'autocontrol davant de persones amb trastorns del comportament, etc.).

Cal, també, treballar amb col·legis i universitats per enfortir les professions del sistema.

8. Política de recursos humans compartida amb el sector

Tenir una política de recursos humans compartida amb el sector. Una veritable confluència de condicions laborals entre el sistema sanitari i altres polítiques socials; una confluència entre el sector públic i concertat per un acord d'analogia retributiva, indexar els salaris del sector social amb els salaris públics i un horitzó de convergència; estudiar l'entrada comuna al sistema, amb un MIR social.

9. Millora dels sistemes d'informació

S'han d'homogeneïtzar els sistemes d'informació de les residències de Catalunya (en aquest moment s'utilitzen sistemes diferents) i fer possible l'intercanvi d'informació entre el sistema sanitari i de serveis socials.

S'ha de treballar per un sistema d'informació únic que faciliti l'accés a la informació de forma bidireccional.

Cal reforçar el sistema d'inspecció posant l'accent en la reorientació del sistema d'inspecció del Departament de Drets Socials.

La inspecció hauria de controlar indicadors reals de resultat i impacte en la qualitat de vida de les persones que viuen en les residències. En concret, la seva actuació hauria de ser més proactiva, per evitar que apareguin problemes en les cures dispensades, en lloc de ser reactiva i sancionadora quan els problemes ja han aparegut.

10. Posada en marxa d'un sistema de monitorització de dades de qualitat amb AQuAS

És necessari que el sector disposi d'indicadors de qualitat de les cures, si és possible, indicadors de resultat i no de procés.

En aquest sentit, és primordial la incorporació del Departament de Drets Socials a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS).

11. Crear la Xarxa Catalana de Serveis Socials

El sector receptor de finançament públic hauria de reforçar i adaptar els serveis de forma àgil, garantir l'equitat territorial de tots els serveis socials, així com l'accés igualitari a les prestacions socials, i fer-ho de forma transparent i d'acord amb el finançament disponible.

Aquests objectius es poden assolir de forma més senzilla si es creen i s'utilitzen tres instruments principals:

La creació de la Xarxa Catalana de Serveis Socials, d'utilització pública, amb acreditació dels proveïdors i planificació del tipus de servei i localització per part del Departament de Drets Socials.

La creació d'una empresa pública de compra de serveis (abans anomenada Institut Català d'Assistència i Serveis Socials, ICASS) que garanteixi la prestació de serveis de forma equitativa al territori. Cal reforçar el pes del sector públic, i per això seria convenient una empresa pública per gestionar els serveis propis. Aquesta és una necessitat imprescindible per millorar la gestió i la capacitat del sector públic.

L'evolució del contracte de prestació de serveis, incorporant la flexibilitat en les prestacions (valorar el pressupost personal amb compra de serveis individualitzada i dinàmica) i introducció d'indicadors de qualitat en l'atenció personal.

12. Planificació

Planificar sobre la base de necessitats territorials. Tornar a fer la planificació de serveis a mitjà i llarg termini.

Establir una planificació pública, coneguda, que s'actualitza periòdicament i que fixa criteris objectius per a l'assignació de recursos.

13. Actualització la Cartera de serveis socials

S'ha de revisar la Cartera de serveis socials (que portava congelada des del 2010), amb la inclusió de nous serveis domiciliaris, nous serveis de promoció de l'autonomia i solucions d'habitatge adaptat i amb serveis.

També, és convenient revisar els serveis ambulatoris (centre de dia, rehabilitació, teràpies grupals, etc.) i les solucions de transport adaptat.

14. Major participació de la família i el resident als centres i en el seu pla de suport (model d'atenció centrat en la persona, ACP)

Donar veu als usuaris i als consells de participació de centre, i dissenyar nous mecanismes per donar veu directa als usuaris.

Garantir els drets de les persones grans amb dependència passa per l'aplicació del model d'atenció centrat en la persona (ACP) i per la participació de les persones i de les seves famílies en l'elaboració del seu pla d'atenció amb llibertat d'elecció dels suports que necessiti.

1.3. Proposta de conclusions del Grup Parlamentari de Junts per Catalunya (reg. 109312)

Bloc 1. Consideracions prèvies

Amb caràcter previ, volem sumar-nos al dol i al record de tantes famílies catalanes que van perdre els seus familiars al llarg d'aquesta tràgica crisi sanitària.

L'11 de març de 2020 l'Organització Mundial de la Salut, en endavant OMS, declarava que el brot de coronavirus tenia la consideració de pandèmia.

La pandèmia va afectar i afecta encara a dia d'avui, especialment, les persones grans més vulnerables, focalitzant la major part de la mortalitat d'aquesta pandèmia en l'àmbit residencial on conviuen bona part d'aquestes persones grans.

En aquell moment l'OMS va declarar la Covid-19 com a pandèmia per la seva rapidesa en la propagació però també per la seva alta mortalitat en aquelles persones que contreïen la malaltia.

Cal tenir en compte les següents dades: el dia que l'OMS va declarar la Covid-19 en pandèmia hi havia més de 118.000 casos repartits en 114 països i ja s'havien declarat 4.291 morts com a conseqüència d'aquesta.

Segons la World Health Organisation, fins a data d'avui, hi ha confirmats al món 768.560.727 casos de Covid-19, i 6.952.522 morts. Europa ha estat el continent més afectat amb 275.777.982 casos. L'edat és el principal factor de risc conegut per morir de la Covid-19. D'aquest risc superior de morir en edats avançades es deriva que, durant la primera onada, les residències de la gent gran fossin espais amb una incidència molt elevada de morts amb Covid-19.

La Covid-19 va afectar les residències de tot Europa de forma devastadora, independentment del sistema de benestar i de salut dels seus països. En la majoria dels casos amb més del 50% de la mortalitat.

Cal però assenyalar, tal com ho fan la major part d'estudis, la manca de dades facilitades a l'Estat espanyol, relatives a les defuncions en residències per Covid-19. La majoria de països van ser ràpidament conscients de la importància de les dades per avançar en la gestió de la pandèmia i poder valorar les diferents decisions que s'havien de prendre des del poder públic per aturar la greu situació que es vivia a les residències.

Així ho va fer també Catalunya, amb la creació d'un registre de defuncions amb Covid-19 a Catalunya, i la constant actualització de les dades. Així ho van fer també la majoria de països, fet que contrasta amb Espanya, on les primeres dades sobre l'impacte de la Covid-19 a les residències provenen d'una informació de RTVE. I les dades de la comunitat autònoma de Madrid no surten a la llum fins al juny de 2023, sobre la base d'un estudi realitzat per una revista internacional, *Epidemiologia*, sense que, a dia d'avui, la comunitat autònoma encara hagi donat les dades oficials.

Tant el sector sanitari com el social no estaven preparats per afrontar l'escenari d'una pandèmia d'aquesta magnitud. Era impensable preveure que en tant poc temps un país sencer es confinaria a casa seva, amb tot el que això comportava a nivell social, econòmic, familiar, en l'àmbit de la salut o per a la gent gran, que en definitiva són els que ens ocupen en aquestes conclusions.

Cal destacar que cinc dies després de la declaració de l'OMS, la Generalitat de Catalunya, a través de les conselleries d'Interior i Salut, va sol·licitar el confinament absolut de la població catalana a l'Administració de l'Estat espanyol, que no ho va permetre fins al 14 de març de 2020, quan va declarar l'estat d'alarma per mitjà del Reial decret 463/2020, de 14 de març, per a la gestió de la situació de crisi sanitària ocasionada per la Covid-19.

Amb aquest reial decret es retiraven aquestes competències de les administracions autonòmiques i es declarava com a única autoritat competent el Govern central. Aquesta centralització de competències va dificultar la presa de decisions des de l'Administració catalana.

Per tal que quedi palès en aquest document, en aquell moment a tot l'Estat ja hi havia 8.744 casos positius, amb un augment d'un miler en només 24 hores, i ja s'havien declarat més de 300 morts per causa de la Covid-19. El 31 de gener de 2020 es va confirmar el primer cas diagnosticat a l'Estat espanyol i el 25 de febrer es va detectar el primer a Catalunya.

Tal com s'assenyala en l'informe del Departament de Salut «Anàlisi de les defuncions amb Covid-19, del 7 març de 2020 al 31 de març de 2022», la incidència de la Covid-19 ha estat molt elevada als centres residencials, especialment als de gent gran, amb un increment de la morbiditat i la mortalitat, atès que l'edat és el principal factor de risc de mort amb Covid-19.

A partir de l'anàlisi de les defuncions amb Covid-19 desagregada per domicili, residència, centre sociosanitari o hospital, es constata l'impacte de la Covid-19 en els centres residencials i sociosanitaris.

En la primera onada, el 31,7% del total de defuncions amb Covid-19 es van produir en residències: el 40,9% de les defuncions de dones i el 22,0% de les d'homes. En onades posteriors, el percentatge de defuncions que s'esdevenen en residències disminueix molt, amb un mínim en la quarta onada (1,3% de les defuncions de dones i 1,5% de les d'homes).

Arreu va quedar palès que les persones grans que viuen en residències són particularment vulnerables a la infecció per SARS-CoV-2, especialment durant la primera onada per les dificultats de fer front a una epidèmia inesperada en un entorn no sanitari. La mortalitat per o amb Covid-19 és superior en les residències tenint en compte l'edat avançada, la comorbiditat, l'estat de salut fràgil i la dificultat de fer-ne una diagnosi, ja sigui per una simptomatologia atípica o per una simptomatologia comuna a altres patologies.

Les primeres setmanes de la pandèmia, es produeix un seguit de circumstàncies que afecten especialment els centres residencials, com ara la manca d'EPI i de material de protecció tant per a residents com treballadors, la manca de tests diagnòstics, que dificulta l'aïllament dels residents i dels treballadors, el desconeixement de la simptomatologia i la saturació dels serveis sanitaris, que provoquen, davant del desconcert i del desconeixement en tractar-se d'una situació inesperada i desconeguda, una allau de contagis.

Les instruccions que reben de les administracions competents són escasses, i comencen els contagis del personal, complicant encara més la situació.

Una vegada decretat l'estat d'alarma i, per tant, prohibida l'entrada de personal aliè als centres residencials, els contagis probablement venen del mateix personal.

I especialment perquè davant l'escassetat de personal, aquest havia d'atendre a tots els residents, independentment de si es tractava de persones que es trobaven en unitats d'infectats o no, actuant, sense saber-ho com a propagadors dins el centre.

La manca de test va provocar que no es pogués actuar amb rapidesa fent cribratge entre els residents per poder separar immediatament els positius per Covid-19 de la resta de residents, atès que sense test no es podia detectar els asimptomàtics, que es considera que va ser la font més gran de contagi. La manca de test tampoc va permetre detectar els treballadors positius per Covid-19 i que no presentaven símptomes, no evitant així que el virus entrés als centres residencials.

Segons l'estudi de recerca publicat per l'Hospital Universitari Vall d'Hebron, en col·laboració amb l'ACRA, «Clinical characteristics of Covid-19 in older adults. A retrospective study in long-term nursing homes in Catalonia», es necessiten més estudis per entendre millor la relació potencial entre la transmissió generalitzada i la mida de les instal·lacions, ja que una de les estratègies per impedir la propagació de la infecció podria ser la implementació de petites unitats vives que actuen com a «bombolles Covid-19». Però sense la realització de tests i la confirmació de casos positius, la implementació de mesures d'aïllament previstes es va veure greument afectada, sobretot tenint en compte la presència de persones asimptomàtiques.

Davant la dramàtica situació que es vivia als centres residencials, el Govern català adopta la decisió, per mitjà del Decret llei 13/2020, que el Departament de Salut assumeixi les competències d'intervenció i informació de centres de serveis socials de caràcter residencial que corresponen a la Direcció General de l'Autonomia Personal i la Discapacitat. En el mateix decret llei, s'estableix l'obligació del Departament de Serveis Socials de posar a disposició totes les dades que el Departament de Salut requereixi per dur a terme aquestes funcions. Aquesta decisió serà clau per començar a estabilitzar la situació en els centres residencials.

Un altre element clau en la lluita contra la Covid-19 va ser la vacunació. Les dades de l'«Anàlisi de les defuncions amb Covid-19, del 7 març de 2020 al 31 de març de 2022» confirmen que el 27 de desembre de 2020 comença la campanya de vacunació, amb les primeres vacunes en 9 residències arreu del territori, la primera d'elles en una residència de l'Hospitalet de Llobregat.

Al gener es generalitza la campanya i es vacunen les persones que viuen en residències de gent gran i de persones amb grans dependències i els professionals que hi treballen, i també el personal sanitari i sociosanitari en contacte directe amb persones malaltes de la Covid-19.

A principis de febrer, i coincidint amb la disponibilitat d'una vacuna només utilitzable en persones menors de 55 anys, en una primera fase s'estén la vacunació a persones en serveis essencials i es continua la vacunació del personal d'emergències i la resta de professionals sanitaris.

Aquest mateix mes de febrer comencen a vacunar-se les persones de 80 anys o més no institucionalitzades, i a mesura que augmenten les dosis disponibles es van incorporant gradualment altres grups d'edat.

A principis d'abril de 2021, Catalunya arriba al milió de persones vacunades com a mínim amb una dosi i, cap a finals de juny, quan s'obre la vacunació al grup d'edat de 30-34 anys, pocs dies després de l'inici de la cinquena onada, prop de 2,5 milions de persones ja han estat vacunades amb la pauta completa i poc més d'1,3 milions més, vacunades amb la primera dosi.

Les dades consultades el 31 de març de 2022 mostren que, entre la població de 12 anys i més, el 87,8% té la vacunació iniciada i el 86,5% té la pauta vacunal completa.

Les piràmides de defuncions per sexe i edat i les taxes de letalitat i de mortalitat mostren que les campanyes de vacunació han immunitzat una part important de la població i que, en conseqüència, ha disminuït el risc d'hospitalització, d'entrar a l'UCI i de morir a causa de la Covid-19.

Passats més de tres anys des de l'inici de la pandèmia, ha quedat clar que aquesta crisi sanitària ha mostrat les debilitats d'un sistema que, per antic i gens preparat per causes sobrevingudes com la pandèmia de la Covid-19, ara mateix cal repensar.

La pandèmia ha fet aflorar les mancances ja existents tant en matèria de salut com de serveis socials, relacionades amb els models d'atenció, de finançament i de governança, sobretot dels col·lectius més vulnerables i amb necessitats d'atenció complexes.

Des de l'inici d'aquesta crisi sanitària, el Parlament de Catalunya ha dut a terme diverses iniciatives detallades a continuació:

- Comissió d'Estudi de Millorament de les Condicions de la Vida de la Gent Gran.
- Comissió sobre la gestió de les residències de la gent gran i per a persones amb discapacitat durant la pandèmia de Covid-19.
- Ple monogràfic específic sobre la gestió de les residències per a gent gran i per a persones amb discapacitat durant la pandèmia de Covid-19, que va derivar en la Resolució 849/XII del Parlament de Catalunya, on s'instava el Govern a dur a terme una sèrie d'actuacions en relació amb el model assistencial i sociosanitari, residèn-

cies, drets i dignitat, atenció social i sanitària integrada i atenció a la discapacitat, entre d'altres.

– Una comissió d'investigació sobre la gestió de les residències per a gent gran (CIGREG), de la qual es van dur a terme compareixences però no se'n va poder fer el document de conclusions perquè va decaure la legislatura.

– I, finalment, el Grup de Treball que ens ocupa en aquest informe final, per fer una anàlisi, amb perspectiva, de quines han estat les causes de l'impacte de la pandèmia a les residències de gent gran i de persones amb discapacitat, com va ser capaç de reaccionar el nostre sistema social i sanitari, en quins àmbits hi ha recorregut de millora i quines febleses té el sistema i, fonamentalment, quins canvis cal endegar per evitar-los, amb l'objectiu d'enfortir el nostre sistema residencial present i futur.

Situació pre pandèmia

Per tal d'extreure unes bones conclusions del que va passar, el com i el perquè en l'àmbit residencial, i especialment en l'àmbit de les residències per a les persones grans, cal analitzar quina era abans de la pandèmia, la situació residencial a Catalunya. S'analitzen les dades de l'any 2019, en la seva totalitat, com a mapa de situació previ a la pandèmia.

Tal com recull la Resolució del Síndic de Greuges, de 26 de març de 2020, anomenada «La gestió de la crisi del coronavirus a les residències per a la gent gran de Catalunya», la situació a les residències era molt diferent a la percepció que en tenia el ciutadà.

https://www.sindic.cat/site/unitFiles/6990/Resolucio%20CV_gentgran_3-rev.pdf

En aquell moment configuraven el sistema residencial català 1.073 equipaments, públics i privats.

En aquests hi vivien, l'any 2019, 64.093 persones grans amb una alta vulnerabilitat, lluny de la idea de les residències de gent gran amb usuaris amb una baixa dependència i amb un grau majoritàriament alt d'autonomia personal.

Ans el contrari, segons dades del Departament de Treball i Afers Socials i Famílies, reflectides en el mateix informe del Síndic, l'edat mitjana de residents és de 84 anys, la gran majoria dependents o molt dependents, i amb un 90% de persones grans amb malalties prèvies, sovint inflamatòries i respiratòries. Només amb aquestes dades ja podem entreveure els possibles dèficits, les mancances del sistema i les possibles conseqüències d'aquestes, tal com va succeir amb l'impacte de la Covid-19.

També cal esmentar l'heterogeneïtat de les residències a Catalunya, no només en la seva titularitat, sinó també pel tipus de places que ostenten i/o la grandària d'aquestes.

En primer lloc, pel que fa a la titularitat de les residències, si analitzem les xifres de la titularitat de les places a les residències, l'any 2019, les dades eren les següents: 10.311 places d'iniciativa pública, 13.681 d'iniciativa social i 36.985 de titularitat privada o iniciativa mercantil.

Per altra banda, pel que fa al tipus de plaça, cal destacar que d'aquest total de places, 4.170 corresponen a places sociosanitàries. Volem destacar aquesta dada que creiem que ens serveix per entendre la situació en la qual es trobaven les residències catalanes en aquell moment, on tot i tenir un 90% dels seus usuaris amb malalties prèvies, només un 6,5% de les places es contemplaven com a sociosanitàries, i per tant com a places amb un suport sanitari específic.

Si s'analitzen les dades de la capacitat o grandària que tenien l'any 2019 les residències a Catalunya, ens trobem amb la radiografia següent: aproximadament 188 residències amb 25 usuaris com a màxim, 315 amb entre 25 i 50 residents i gairebé 500 residències amb més de 50 usuaris.

Si transformem aquestes xifres en nombre de places, les dades són les següents: unes 3.700 places repartides en residències de menys de 25 usuaris, 10.737 places en residències d'entre 25 i 50 usuaris, i en residències de més de 50 residents més de 47.000 usuaris.

Finalment, cal exposar una dada, no menor des del nostre punt de vista, pel que fa a la situació residencial a Catalunya. Tots tenim clar que el finançament públic a la dependència suposa el principal factor per establir quines polítiques es desenvolupen envers les persones amb graus de dependència, generalment, persones grans.

És per això que volem reflectir i destacar, en aquesta exposició de motius, el següent: si bé la «Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia» contempla que les aportacions públiques a la dependència hauran de ser del 50% entre les comunitats autònomes i l'Administració general de l'Estat, l'any 2019, Catalunya va aportar un 84% d'aquests recursos mentre l'Administració estatal només en va aportar el 16%, que en nombres absoluts vol dir que la Generalitat aportava 1.101 milions d'euros i l'Estat 203 milions d'euros.

Amb totes aquestes dades podem constatar el següent:

Bloc 2. Constatació

1. La pandèmia va afectar, especialment, les persones grans més vulnerables, focalitzant la major part de la mortalitat d'aquesta pandèmia en l'àmbit residencial, on conviuen la majoria d'aquestes persones grans:

Inicialment, davant la manca de recursos i el desconeixement de la pandèmia, es van anar improvisant respostes per fer front a la situació.

De l'anàlisi posterior se'n deriva que els errors van ser conseqüència de la manca d'informació científica i de no disposar d'estructures preparades i protocols clars per actuar davant una pandèmia, més que no pas derivats d'una actitud negligent.

Més enllà de la mortalitat, l'impacte del confinament ha estat molt important tant per a les persones grans, els seus familiars i cuidadors i també per als professionals, amb repercussions tant físiques com emocionals.

Durant el confinament no es van tenir en compte les necessitats especials de les persones que viuen en residències, per a qui l'aïllament ha tingut unes conseqüències perjudicials per a la seva salut.

Atesa la naturalesa de les persones que viuen en residències, amb un alt grau de dependència, la coordinació sociosanitària va ser una decisió indispensable per donar suport al sistema assistencial.

2. Constatar la feblesa del sistema social català

Una Llei de la dependència relegada a la realitat del seu finançament, on Catalunya, el 2019, va aportar un 84% d'aquests recursos mentre l'Administració estatal només el 16%, sense donar compliment al compromís adquirit per l'Estat espanyol amb Catalunya fa més de 20 anys.

Una estructura departamental infradotada a nivell de recursos humans, amb un important dèficit estructural tecnològic i també, com a feblesa estructural del sistema, destacar la manca de mecanismes de control i seguiment dels serveis mitjançant un sistema d'inspeccions.

3. Un sector poc considerat, poc professionalitzat i mal retribuït

Cal destacar que el sector residencial no s'ha valorat ni s'ha considerat, fins la pandèmia, com un sector de serveis a cuidar i a professionalitzar, essent aquest la quarta pota de l'estat del benestar.

Fins a la crisi sanitària no s'han posat en valor els professionals en aquest àmbit ni a la cartera de serveis de drets socials ni amb els salaris dels professionals que depenien d'aquest àmbit tot i trobar-se regulats pels serveis prestats des de l'àmbit de la salut i del Departament de Salut.

L'absentisme és recurrent atesa la duresa de la feina i els salaris baixos.

Tenint en compte que les ràtios per resident no es modifiquen des de 2014 i que el grau de dependència ha augmentat considerablement, la manca de personal dificulta encara més un tracte adequat a les persones.

4. Diversitat de sistemes d'atenció. Manca de supervisió

El sistema d'atenció residencial català està format per residències públiques, residències públiques de gestió delegada, residències privades amb places concertades o amb prestació econòmica vinculada i les residències privades.

La col·laboració publicoprivada és essencial en el nostre sistema, ja que sense aquesta no podríem garantir el servei, especialment per la manca de finançament. Tot i això, cal un control eficaç per part de l'Administració per garantir un bon servei.

El sistema d'inspecció és clarament insuficient i no pot complir amb l'obligació de supervisar tots els centres residencials de Catalunya anualment.

Es constata que les ràtios que finança la Generalitat per plaça concertada són de 2.002,56 € al mes, una ràtio que al País Basc és de 3.300 €, i que el sector català fa anys que reclama per poder donar el servei que mereixen els usuaris.

Cal fer referència també a l'absència d'instruccions en els primers dies de pandèmia sobre els protocols d'actuació en els centres residencials.

Però quan el sistema va començar a posar-se en funcionament, els centres residencials van rebre una allau d'instruccions de difícil aplicació atès el constant canvi en les mateixes i la manca de personal per interpretar-les. Indicacions inicials sense coneixement ni evidències científiques. Era la prova de l'assaig/error.

Cal remarcar també que no es va fer distinció entre els centres residencials de persones grans, amb discapacitats o amb problemes de salut mental.

5. Tipus d'estructura arquitectònica de les residències i manca de recursos per combatre la crisi sanitària

Sense la realització de tests i la confirmació de casos positius, la implementació de mesures d'aïllament previstes es va veure greument afectada, sobretot tenint en compte la presència de persones asimptomàtiques.

L'estructura arquitectònica de les residències també va dificultar l'aïllament. L'arquitectura variada d'aquests edificis, les seves dimensions, la tipologia diversa de les seves habitacions i la seva ocupació real, ens van demostrar que no estaven pensades per desenvolupar un model real d'atenció centrada en i per a la persona però sobretot que no eren estructures adaptables a situacions d'emergència sanitària.

Per aquest motiu, cal repensar el sistema de residències perquè siguin centres on la persona pugui desenvolupar el seu final de vida garantint la seva privacitat.

6. Esforç ingent de les treballadores residencials

Cal destacar, i és de justícia, el sobreesforç dels treballadors en l'àmbit residencial, que van treballar en condicions molt dures, posant en risc la seva pròpia salut, per intentar salvaguardar la vida de les persones més grans, i garantir, així, el bé comú.

Cal destacar-ne el seu valor, sovint oblidat o obviat, pel focus dipositat en els professionals de l'àmbit estrictament de la salut.

Cal posar en valor els directors dels centres residencials que en molts casos es van confinar dins dels mateixos centres.

Així com també els treballadors de l'àmbit sanitari, que van ser indispensables perquè el sistema residencial tirés endavant. Això prova també la robustesa del sistema de salut de Catalunya.

Bloc 3. Aspectes negatius de la pandèmia

1. Manca de robustesa del sistema residencial

El sector sanitari com el sector social no estaven preparats per afrontar l'escenari d'una pandèmia d'aquesta magnitud.

En els dies inicials, hi va haver manca de coordinació entre el sistema de salut i el sistema social, que es va corregir amb el decret llei de govern. El desconeixement de la situació també va provocar que les primeres indicacions es donessin, com a la resta del món, sense coneixement ni evidències científiques.

2. Manca de material EPI i test d'antígens

La manca d'EPI va provocar una onada de contagi tant entre residents com del personal cap als residents, i d'aquest personal cap al seu cercle de convivència. Sense la realització de tests i la confirmació de casos positius, la implementació de mesures d'aïllament previstes es va veure greument afectada, sobretot tenint en compte la presència de persones asimptomàtiques, causant una allau de contagis.

Més enllà de la mortalitat, l'impacte del confinament ha estat molt important tant per a les persones grans, els seus familiars i cuidadors com també per als professionals, amb repercussions tant físiques com emocionals.

3. En els primers dies de la pandèmia, van faltar les instruccions cap als centres residencials, i una vegada es van iniciar, els centres van rebre una allau d'instruccions, protocols i ordres, impossibles d'assumir en alguns casos, atesa la manca de personal i la dificultat de la seva aplicació. Les instruccions anaven dirigides a tots els centres residencials sense distingir entre els tipus de residents, com ara els discapacitats o els pacients de salut mental. Aquest fet, el de rebre les mateixes instruccions sense distinció del tipus de centre, va comportar que fos impossible seguir-les perquè el que necessitaven eren plans i recomanacions específiques.

Així doncs, es va demostrar una manca de coneixement i de protocols estructurats per fer front a una pandèmia.

4. El finançament de la dependència i promoció de l'autonomia personal es troba congelat des de 2011, havent d'aportar la Generalitat recursos propis per atendre les persones grans amb necessitats d'autonomia.

De fet, any rere any, l'incompliment de l'Estat ha estat més gran i els darrers exercicis ha superat els 500 milions d'euros anuals. És evident que l'estat dels centres residencials no hauria estat el mateix en el moment de la crisi sanitària si s'hagués disposat d'aquest finançament.

5. Han quedat al descobert les mancances del sistema amb un infrafinançament de les residències concertades a qui no s'han actualitzat les ràtios, essent el mateix l'any 2000 que el 2023 i en un context totalment diferent, atès que el 2000 hi havia un 20/30% de grans dependents a les residències i l'any 2023, està al voltant d'un 90%.

La manca de personal per atendre tots aquests residents, més la precarització del sector amb sous baixos, ha estat el detonant de la situació crítica viscuda en els centres residencials durant la pandèmia.

Cal recordar també que el Departament de Salut va obrir una borsa de voluntaris on s'hi van apuntar més de 400 persones per cobrir les baixes durant la crisi sanitària, i també el SOC es va posar a disposició dels centres residencials. Les direccions dels centres estaven sobrepassades de feina i no s'havia fet un cribratge previ de les persones que podrien prestar serveis efectius als centres residencials amb la conseqüència que va resultar totalment ineficaç.

Bloc 4. Aspectes destacables de la gestió de la pandèmia

1. Arribada de les vacunes. L'arribada de les vacunes a les residències va ser l'element clau per reduir els contagis i la mortalitat.

El 27 de desembre de 2020 comença la campanya de vacunació, es comencen a vacunar les persones que viuen en residències de gent gran i les persones amb grans dependències i els professionals que hi treballen. També, el personal sanitari i socio-sanitari en contacte directe amb persones malaltes de la Covid-19.

2. L'actitud altament resilient i d'adaptació per part de moltes persones grans, sobretot les que viuen a les residències, que va facilitar l'aplicació i el compliment de les indicacions que s'anaven implantant durant l'etapa de confinament i, en definitiva, durant tota la pandèmia.

Cal posar-ho en valor ja que van patir la vulneració d'alguns dels seus drets i llibertats en benefici d'un bé comú, en aquest cas la protecció de la salut dels més vulnerables de la comunitat. Des del punt de vista ètic, s'haurà d'analitzar la proporcionalitat de les mesures per preservar la salut pública amb el respecte pels drets i les llibertats de les persones, en aquest cas, del col·lectiu de les persones grans.

3. La implicació i l'esforç dels professionals tant de l'àmbit social com sanitari. En l'àmbit residencial aquest ha estat un punt clau durant tota la pandèmia.

En primer lloc els professionals en tant que persones, que han hagut d'assumir la malaltia a nivell personal. Enmig del ressò mediàtic de la Covid-19 i de la mirada criminalitzadora cap a les residències, els professionals van fer molts esforços per estar a l'alçada del que es requeria en aquell moment.

També cal posar de manifest l'acompanyament incondicional dels professionals de les residències a les persones en situacions de final de vida, sobretot en els casos en què, pel confinament i les restriccions de la pandèmia, els familiars no hi van poder estar presents.

El tractament de la mort a les residències, tot i ser habitual, no és un acte rutinari, i els professionals acompanyen la persona fins al darrer moment.

4. Des del primer moment de la pandèmia, per al Departament de Salut va ser prioritari disposar de dades per monitorar l'evolució de la Covid-19 com a eina indispensable per a la presa de decisions i per a l'avaluació de l'efectivitat de les intervencions. El Registre de defuncions amb Covid-19 a Catalunya hi va contribuir posant a disposició tant dels gestors i planificadors de l'Administració com de tota la ciutadania (responsables de centres sanitaris, universitats, persones expertes de diferents especialitats, professionals assistencials, etc.) les dades obertes.

5. S'ha activat la col·laboració del sector sanitari amb el sector social, i s'ha generat el compromís de consolidar-lo.

S'ha iniciat el debat sobre la urgència de decidir com volem envellir, quin ha de ser el model residencial que volem per a la nostra gent gran, la dignificació de la gent gran, la necessitat de ser escoltats, la lluita contra l'edatisme i el dret a viure i a morir dignament.

Bloc 5. Recomanacions

Finalitzat el Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències i escoltades les compareixences de tots els actors de l'àmbit residencial, es conclou que cal repensar el model d'atenció residencial. Per aquest motiu es fan les següents recomanacions:

1. Seguir un model d'atenció centrada en la persona. Aquest model permet garantir millor la dignitat de les persones, ja que assumeix la carta dels drets de les persones amb discapacitat, promou la personalització de l'atenció basada en la història de vida de cada individu, en les seves preferències, i té en compte les seves necessitats.

2. Repensar el model d'atenció domiciliària potenciant l'autonomia a la pròpia llar i intensificant l'atenció i els serveis al domicili, per tal d'evitar la institucionalització precipitada de les persones grans. D'aquesta manera, la persona gran podrà continuar convivint amb el seu entorn familiar i mantenir la seva qualitat de vida a la pròpia llar, respectant així la seva voluntat.

Les residències són un lloc per viure i també per morir dignament al final de la vida. Són espais de vida on les persones puguin envellir tal com han viscut, que han

de garantir una connexió determinant amb el sistema de salut, sense que es converteixin en hospitals.

Cal incorporar especialistes en geriatria i gerontologia en el sector de les residències de gent gran. En aquest sentit també cal potenciar la figura del responsable higienicosanitari en aquest tipus de centres.

3. L'aplicació real del model requereix la implicació i la formació de totes les persones que hi intervenen: gestors, directius, tècnics, auxiliars de geriatria, etc. Tant formació sanitària, com en matèria de salut pública i en ètica en la presa de decisions. Això permetria una organització flexible que possibilités la màxima adaptació a cada persona. Només d'aquesta manera es podrà oferir una atenció personalitzada veritablement centrada en la persona.

4. Crear l'agència sociosanitària de Catalunya. La cooperació i treball conjunt que han realitzat durant aquest temps de pandèmia ha de servir per integrar les polítiques i actuacions d'ambdós departaments en relació amb la gent gran, protegint la seva salut, atenent la dependència i promoció l'autonomia des d'una única mirada.

Tendir a la unificació dels sistemes d'informació i d'expedients socials i sanitaris en els casos que sigui necessari.

5. Exigir a l'Estat espanyol que compleixi el finançament de la dependència. Només d'aquesta manera es podran garantir els canvis necessaris que cal per poder adaptar el sistema residencial a les noves necessitats.

6. La col·laboració publicoprivada és essencial per garantir el model. Cal dotar del finançament adequat les residències concertades atenent els canvis que s'han produït en el nivell de dependència dels residents en els darrers anys i que requereix un augment de ràtios per donar un servei de qualitat.

Així mateix, cal un sistema d'inspecció per dur a terme un control eficaç per part de l'Administració que garanteixi un bon servei, que passa per l'augment dels equips d'inspectors.

7. Identificar les especificitats de tots els col·lectius que viuen en residències i no equiparar-los tots com si fossin gent gran. Hi ha discapacitats i persones afectades de malalties mentals que també viuen en residències.

8. Avançar cap a un model únic i unificat d'edificis residencials adaptats a les noves necessitats. Cal repensar les habitacions compartides, els serveis compartits o el monitoratge estricte. És fonamental mantenir la dignitat i la privacitat com a elements del projecte d'envelliment i, al mateix temps, aquests nous tipus de distribució podrien contribuir a evitar situacions com les viscudes amb la pandèmia ja que l'aïllament hauria estat més fàcil.

9. La tecnologia ha de jugar un paper més actiu en la cura de les persones grans, no pas per substituir les persones que cuiden persones, sinó al contrari, per augmentar les seves capacitats i l'abast de la seva feina. Una onada d'innovació és fonamental per repensar els models de servei. Digitalització sense que sigui una substitució de les relacions personals.

10. Dignificar la professió dels professionals que defensen i treballen en aquest sector, en tots els sentits: a nivell retributiu, a nivell de comunicació i a nivell de dignificació del sector.

Si volem un sistema de residències, ja siguin públiques, privades o concertades de qualitat, on les nostres persones grans se sentin com a casa i se'ls acompanyi en el seu dia a dia, amb qualitat del servei, també cal que es repercuteixi en les seves condicions laborals.

11. Adaptar la cartera de serveis a les noves necessitats dels residents, ja siguin els dependents com els que encara estan en plenes facultats tot i viure en una residència. Aquesta cartera ha de permetre valorar cada persona individualment i preveure l'evolució de cada cas a les seves necessitats.

Una cartera de serveis adaptada a cada necessitat ajudarà a vetllar per un projecte d'envelliment, per un projecte de vida d'aquestes persones amb dignitat, mantenint el seu estil de vida i millorar-lo si és possible, sense importar l'edat, sinó amb el que realment és el més important, la persona en si mateixa.

12. Lluitar contra l'edatisme: promoure que les persones prenguin decisions quan encara tenen facultats, capacitat d'obrar plena, i puguin deixar per escrit un document de voluntats anticipades, indicant quins tractaments rebutgen.

13. Potenciar la Unitat de Vigilància Epidemiològica (UVE) i crear un centre de recerca de l'envelliment. Potenciar la recerca. Fer un seguiment de l'evolució de la vacunació en les persones grans per tal de preveure escenaris futurs i protegir aquest col·lectiu altament vulnerable de possibles nous brots d'aquest i altres patògens. Promoure enquestes contínues del sector residencial per conèixer l'evolució de la població resident, i poder adaptar ràpidament el sistema a les noves necessitats.

14. Dret a envellir en la nostra llengua. La millor assistència per a una persona és aquella que es basa en una bona comunicació i això passa perquè cadascú es pugui comunicar amb la llengua en la qual millor s'expressa. Defensar el dret a viure, conïure i ésser atès en català en totes les etapes vitals, i també les persones grans. Garantir que es respecten els drets lingüístics dels catalans tant en les atencions mèdiques i sanitàries com a les residències de gent gran, d'acord amb la resolució de les Nacions Unides que demana que es respectin els drets de les minories lingüístiques.

15. Crear en el termini de 6 mesos una taula residencial per promoure i dissenyar el nou model residencial.

Això ha de permetre desplegar polítiques públiques que ajudin a lluitar contra la soledat, iniciatives de domotització que ajudin les persones d'edat avançada a viure segures a casa, incrementar els serveis de socialització, d'activitats, de serveis digitals especialitzats, de suport a les famílies que donen suport a les seves persones grans. Cal fomentar els drets i les preferències de les persones grans i tenir-ho en compte a l'hora de planificar els serveis. Cal un debat social sobre la dignitat de les persones grans, perquè pel sol fet d'envellir no vol dir que estiguin mancades de drets.

Vetllar per projectes d'envelliment dignes i garantir l'atenció a les persones grans en l'última etapa de la seva vida ha de ser una de les finalitats de les polítiques públiques de les administracions. Desplegar una nova cultura social de transició a la vellesa.

16. Restablir públicament la memòria dels usuaris que van perdre la vida, però sobretot de les seves famílies, durant la Covid-19.

1.4. Proposta de conclusions del Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar (reg. 109282)

El 6 de març de 2020 es va produir la primera mort per coronavirus a Catalunya. Era l'inici de la primera onada de Covid-19. Segons dades del Ministerio de Sanidad y Salud el 2020 van perdre la vida 4.368 persones que vivien a residències de gent gran, xifra que representa el 50,7% del total de morts a Catalunya. Només entre el març i l'abril de 2020 van morir a Catalunya 3.891 residents amb Covid-19 confirmat o símptomes compatibles amb la malaltia. D'aquests residents, el 72% (2.797) va morir a la residència. Aquestes xifres només tenen en compte les morts que es van produir a les 976 residències de persones grans, en cap cas comptabilitza les morts a centres sociosanitaris.

És evident que l'impacte de la Covid-19 a les residències no s'explica per un únic motiu. La letalitat del virus, especialment entre població vulnerable, és un fet objectiu que no podem obviar. Tanmateix, també és innegable que els dèficits estructurals previs a la pandèmia respecte del model residencial, les condicions en les quals es trobava la nostra població més vulnerable, van tenir un paper innegable.

Val a dir que en condicions ordinàries el percentatge de residents que moren a les residències no arriba al 20%, i majoritàriament es tracta de decessos de malalts terminals i de casos en els quals la decisió s'adopta de mutu acord entre la direcció del centre i els familiars de la persona resident. Per tant, el fet que la meitat de les morts per Covid-19 fossin de gent gran que vivia a residències i que prop de tres quarts parts dels residents que van perdre la vida durant la primera onada de la pandèmia ho fessin a les residències és una anomalia claríssima que ens ha de fer qüestionar no només què va fallar, sinó per què, de qui va ser responsabilitat i què cal canviar perquè mai més es repeteixi.

El maig de 2020 el Parlament de Catalunya va aprovar per unanimitat la creació d'una comissió d'investigació sobre la gestió de la Generalitat durant la Covid-19 a les residències per a la gent gran. El desembre d'aquell mateix any va finalitzar la legislatura i, per tant, va decaure la comissió d'investigació. En l'actual legislatura, però, lluny de reprendre's la feina feta a la comissió d'investigació, es va acordar la creació del present grup de treball, el qual té una capacitat d'incidència i d'anàlisi molt més limitada que l'anterior comissió. Responsables de residències, càrrecs públics, representants d'entitats i acadèmics han comparegut i han facilitat documentació per ajudar-nos a analitzar l'impacte que va tenir la Covid-19 sobre les residències i, sobretot, les causes que van motivar aquest impacte. Igualment totes aquestes compareixences presencials o per escrit han aportat informació imprescindible per a posar sobre la taula les modificacions necessàries que cal impulsar amb la major celeritat en el model residencial català. A continuació exposem les constatacions i conclusions a les quals ha arribat el nostre grup parlamentari.

1. Situació prèvia a la pandèmia

1.1. Composició del sistema de residències

Constatació 1. Les residències a Catalunya estan considerades estructures socials i, per tant, no formen part del sistema sanitari. Tanmateix, el model residencial imperant actua com a grans sociosanitaris *low cost* ja que gran part de les persones residents presenten pluripatologies i, a més, a moltes de les residències s'hi barregen usuaris i usuàries amb diferents graus de dependència tant física com psíquica.

Conclusió 1. Caldria reconvertir algunes residències en centres sociosanitaris que formessin part del Departament de Salut, els quals podrien ser de curta i mitjana estada.

Constatació 2. El 93% de les residències de gent gran a Catalunya són de gestió privada. Del total de 976 residències, només 68 són de titularitat i gestió pública, mentre que 76 són de titularitat pública i gestió privada, i les 832 restants són privades. La gran privatització que es dona en aquest sector, doncs, comporta que les usuàries no gaudeixin de la mateixa qualitat del servei ni les professionals de les mateixes condicions laborals.

Conclusió 2. Cal acabar amb el lucre de les empreses i de les fundacions gestores i avançar cap a un model residencial de titularitat, gestió i aprovisionament públic que permeti, a més, l'equiparació de les condicions laborals de les professionals amb un únic conveni.

Constatació 3. Hi ha una gran mancança de residències públiques per a gent gran i també per a discapacitats, fet que s'evidencia amb la massificació a les residències, moltes de les quals tenen habitacions compartides i totes les places ocupades.

Conclusió 3. Calen més centres de dia i més dotació de professionals als mateixos, així com eliminar els convenis que actualment es tenen amb fundacions i empreses i anar assumint la titularitat i la gestió per part de la Generalitat.

Constatació 4. El sistema actual de residències està totalment institucionalitzat i disposa de molts menys professionals dels necessaris, no pot oferir una atenció centrada en la persona i dona lloc a vulneracions sistemàtiques de drets de les persones que hi viuen. És la persona qui s'ha d'adaptar al servei, quan hauria de ser a l'inrevés i ser el servei el que s'adaptés a les persones. Que una persona no pugui escollir com vol viure, amb qui compartir espais i en què ocupar el seu temps és un atac als seus drets individuals.

Conclusió 4. Cal evitar al màxim la institucionalització i potenciar l'autonomia a la pròpia llar i l'envelliment actiu amb atenció domiciliària de proximitat per promoure comunitats sensibles amb els seus veïns amb baixa autonomia i en tinguin cura amb el suport dels professionals de la salut que sí que ofereixin una atenció centrada en la persona.

Constatació 5. A les residències no es disposa de personal mèdic ni d'infermeria les 24 hores, fet que suposa que durant moltes hores, a més de tota la nit, no existeix ningú a les residències que pugui atendre mèdicament els residents.

Conclusió 5. Cal enfortir el sistema sanitari públic i, en concret, l'atenció primària per garantir l'accés de tota la població, incloent-hi, per suposat, la que té com a llar una residència.

1.2. Finançament

Constatació 6. La Llei de la dependència no disposa d'un sistema de finançament adient i això comporta una tensió pressupostària que ha donat lloc a moltes mancances al sistema residencial. La Generalitat no disposa de prou recursos per fer front a la demanda de places de residència.

Conclusió 6. Cal augmentar els recursos que es destinen a l'àmbit residencial i a la dependència, exigint a l'Estat espanyol recursos per donar compliment a la seva legislació.

Constatació 7. La Generalitat infrafinança les places que té concertades amb les entitats privades cosa que suposa moltes mancances en la qualitat del servei i una gran precarietat laboral.

Conclusió 7. Cal que les residències siguin totes de titularitat, gestió i provisió 100% públiques. No hi pot haver entitats que es lucrin, amb menor o major mesura, quan parlem d'un servei d'aquest tipus.

1.3. Serveis d'inspecció

Constatació 8. El servei d'inspecció actual és per denúncia i en rares ocasions s'actua d'ofici. Hi ha manca de personal (a finals de 2019 només hi havia 29 inspectors i no estaven destinats exclusivament a realitzar inspeccions a residències de gent gran) i es fan poques denúncies per part dels usuaris. Aquesta infradenúncia invisibilitza les vulneracions de drets que pateixen les persones institucionalitzades. La majoria d'aquesta manca de denúncies es dona per desconeixement dels propis drets, així com dels mecanismes per denunciar aquestes vulneracions. També manca de confiança en el sistema i per a les possibles conseqüències.

Conclusió 8. Cal millorar la fiscalització de les residències a partir de:

a) La reformulació de la normativa de les inspeccions que permeti l'escrutini públic de les denúncies i el seu procediment i conclusions, amb transparència i informació oberta continuada.

b) La garantia d'una inspecció garantista i independent del poder polític i dels interessos empresarials.

c) L'habilitació d'eines o canals fluids i d'actuació urgent quan siguin necessaris.

d) La realització d'inspeccions i controls reals i sense avís previ i amb indicadors clars que assegurin la vigilància efectiva del compliment dels requisits.

e) L'augment de les plantilles d'inspectors i garantir la seva total independència a l'hora de fer la seva feina.

f) L'establiment d'un sistema de denúncies que garanteixi l'anonimat i la rendició de comptes, així com l'adopció de mesures de correcció.

1.4. Condicions laborals

Constatació 9. Ens trobem davant d'un sector professional menystingut i poc dignificat; un sector altament feminitzat i amb moltes treballadores migrades. Es tracta d'un sector altament precaritzat caracteritzat pels contractes temporals, sous miserables, manca de formació i alta càrrega de treball. L'alta privatització, en molts casos fins i tot a través de fons d'inversió, és el que ens ha dut a aquesta situació: els beneficis empresarials es maximitzen en detriment de les condicions laborals i del benestar de les persones.

Conclusió 9. Cal desprivatitzar el sistema per poder dignificar les condicions de treball i això passa, en part, per equiparar les condicions de treball de totes les professionals, però també per adequar les plantilles de personal de les residències a les necessitats reals d'atenció dels residents i garantir una formació obligatòria i especialitzada.

2. Primera onada de la pandèmia i moments crítics

2.1. Actuació des de l'Administració pública

Constatació 10. El primer que cal constatar és la resposta tardana per part de les diferents administracions públiques. Malgrat que els diferents alts càrrecs dels departaments de Salut i Drets Socials insisteixen a defensar la «imprevisibilitat» de la pandèmia, és injustificable que ni la Generalitat ni el Govern espanyol pareixin atenció als efectes devastadors de la pandèmia a la Xina, en un primer moment, i a Itàlia a continuació.

Conclusió 10. Cal reforçar els equips de vigilància epidemiològica, en particular, i l'Agència de Salut Pública, en general, perquè mai més es tornin a passar per alt les epidèmies que representen un risc real per al conjunt de la població catalana.

Constatació 11. La resposta davant la Covid-19 es va dirigir a donar suport al sistema sanitari, el fet que les residències no pertanyin a aquest àmbit sinó al dels drets socials va motivar que en un inici aquestes quedessin excloses de la resposta des de l'Administració pública autonòmica i estatal. Va manca coordinació entre les residències i els sistemes de vigilància epidemiològica, així com entre les residències i el sistema sanitari (tant en relació amb l'atenció primària com amb l'especialitzada). La conseqüència directa va ser el retard de la detecció de contagis de Covid-19 tant entre les persones residents com entre el personal de les residències de gent gran, fins al punt que, tal com afirma Metges Sense Fronteres (MSF), les persones que viuen en residències van caure en l'oblit.

Conclusió 11. Cal garantir una correcta coordinació entre els departaments de Salut i Drets Socials, així com diferenciar la funció dels centres sociosanitaris de la de les residències de gent gran.

2.2. EPI i tests

Constatació 12. Durant la primera onada la manca d'EPI va ser una constant a tots els àmbits, fins al punt que el personal sanitari de l'Estat espanyol va ser qualificat per la premsa internacional com a kamikazes, en resposta a les imatges en les quals es veia aquestes professionals «protegides» amb bosses d'escombraries. Tenint en compte que la resposta principal de l'Administració es va centrar a donar suport

al sistema sanitari, deixant molt per darrere l'àmbit residencial, aquest només va poder accedir a EPI un cop el sistema sanitari va veure cobertes les seves necessitats.

Conclusió 12. Disposar de sobirania productiva és clau per fer front a situacions d'emergència, ja sigui sanitària, com el cas que ens ocupa, o de qualsevol altre tipus (bèl·lica, catàstrofe ambiental...) que impliqui un trencament de les cadenes de producció internacional.

Constatació 13. Si bé la manca de tests també va ser una constant durant la primera onada de la pandèmia –malgrat que, recordem-ho, es va donar la paradoxa que a algunes farmàcies sí que se'n podien adquirir pel mòdic preu de centenars d'euros–, les taxes elevades d'infecció asimptomàtica entre el personal i les persones residents juntament amb l'absència de tests van dificultar encara més el reconeixement precoç i el desplegament de mesures per al control i prevenció de la pandèmia en l'àmbit residencial.

Conclusió 13. La pandèmia de la Covid-19 va evidenciar la necessitat d'impulsar una farmacèutica pública catalana per tal de no tornar a ser ostatges dels interessos depredadors de la indústria farmacèutica, que ha demostrat no tenir cap mena d'escrúpols per augmentar els seus marges de benefici fins i tot en casos d'extrema gravetat.

Constatació 14. L'absència de proves diagnòstiques a les residències va dificultar encara més la disponibilitat d'estadístiques fiables sobre el nombre de morts, així com de dades sobre l'impacte de la primera onada sobre els residents: quines persones van morir soles, quines van ser confinades sense contacte amb les seves famílies, quines van rebre cures palliatives adients.

Conclusió 14. Cal dur a terme una radiografia en relació amb les residències de gent gran a Catalunya que aportí dades precises sobre el nombre i perfil dels residents, el nombre i la qualificació de les treballadores, la disponibilitat de professionals i de serveis sanitaris als centres, etc.

Constatació 15. La manca de capacitat per aplicar mesures d'aïllament, quarantena i distanciament físic, juntament amb l'absència d'EPI i tests va comportar que es desaparessin les taxes de contagi, fet que es va accentuar encara més a les residències que alberguen moltes persones.

Conclusió 15. Cal avançar cap a un model amb més places totals però amb centres que tinguin menys capacitat, així com garantir que totes les residències tinguin possibilitat real de sectorització.

2.3. Residències i sistema sanitari públic

Constatació 16. La Generalitat va aprovar un protocol del Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) en el qual es recomanava no ingressar a les UCI pacients majors de 80 anys infectats de Covid-19. Això va comportar que la gran majoria de residents malalts per Covid-19 no fossin derivats al sistema sanitari, o que se'ls derivés massa tard fins al punt que podem afirmar que es va arribar a impedir aquests trasllats, vulnerant el dret a la salut de forma flagrant, ja que no es va arribar a oferir ni garantir una alternativa viable adequada. L'exemple més evident és la manca d'oxigen per als pacients greus de Covid-19.

Constatació 17. En molts casos es va sotmetre els residents a un aïllament injustificable, ja que, malgrat que no podien socialitzar amb els seus companys ni rebre visites dels seus familiars, podrien haver utilitzat videotrucades per apaivagar la seva angoixa i la dels seus éssers estimats. En aquest sentit, les necessitats urgents i els problemes tècnics de la primera onada com van ser la manca d'EPI o de tests van fer que es passés per alt l'impacte de la pandèmia sobre el factor humà, en el

sentit que els residents morissin, sense contacte amb la seva família i sense accés a les cures palliatives.

Constatació 18. No podem obviar, per últim, el fet que la Conselleria de Drets Socials va atorgar entre l'abril de 2020 i el setembre de 2021 un total de 7,8 milions d'euros públics a una trentena de residències de gent gran amb l'objectiu de reservar places que servissin per acollir residents amb Covid-19. Aquestes places, conegudes com a *buffer*, reservades a grans centres, mai van ser ocupades i tampoc podem tenir la certesa que aquestes residències contractessin el personal extra necessari, alhora que a les residències més petites se'ls va negar el trasllat de la seva gent gran malalta.

Conclusió 16. L'Administració pública, en general, i els departaments de Salut i Benestar Social, en particular, juntament amb les direccions i empreses gestores de les residències, no van garantir que el personal de les residències disposés del suport sanitari adequat per fer front a la pandèmia durant la primera onada, fet que requereix una depuració de responsabilitats polítiques, penals i de qualsevol altre tipus, per la vulneració de drets humans que això va comportar: el dret a la salut, a la vida, a tenir una mort digna, a la no discriminació de les persones grans i a la vida privada i familiar.

Conclusió 17. És imprescindible impulsar una auditoria independent per avaluar el grau d'incompliment de les obligacions de l'Administració a l'hora de garantir la qualitat de l'atenció en les residències i la protecció dels drets de la gent gran durant la pandèmia.

Conclusió 18. Cal auditar, depurar responsabilitats i garantir el rescabament de diners públics que s'escaigui en el cas de les residències *buffer*.

Conclusió 19. Cal dur a terme un acte públic de reconeixement a víctimes i familiars, per fer explícit el compromís de les autoritats en la cerca de la veritat i d'oferir garanties de reparació i no repetició.

Conclusió 20. Des de l'inici s'hauria d'haver desplegat una resposta a la pandèmia que hagués tingut en compte la dignitat dels residents i el respecte als seus drets, garantint el contacte amb els seus éssers estimats i facilitant les cures palliatives de qualitat i humanitzades.

3. Propostes de futur

3.1. En relació amb l'abordatge de noves epidèmies o noves emergències futures a les residències

Conclusió 21. Elaborar plans de contingència que es puguin adaptar amb facilitat a cada residència, els quals seran el marc que hauran de desenvolupar les residències, guiades, acompanyades i supervisades a nivell territorial, assegurant que les persones grans i les seves necessitats de cura i de salut es posin en el centre d'atenció. Els plans hauran d'incloure una dotació de recursos (financers, humans i materials) per a l'enfortiment dels sistemes de salut, tant d'atenció primària com hospitalària i de l'àmbit residencial, i també hauran d'incloure uns criteris d'avaluació dinàmica.

Conclusió 22. Establir polítiques i mecanismes per a la detecció, vigilància i control efectiu en entorns com les residències, garantint l'accés a EPI i a formacions sobre el seu ús per a personal i residents.

Conclusió 23. Assegurar la capacitat de sectorització en les residències, respectant la dignitat i la cura de les persones grans i protegint el personal, establint un principi d'equilibri entre aïllament, quarantena i convivència, per assegurar que les mesures de sectorització responguin a les necessitats de socialització de la població

resident, tant psicosocials com físiques, i prioritzant en tot moment la salut íntegra dels residents.

Conclusió 24. Establir mecanismes per cuidar la salut mental i emocional de residents, personal i familiars.

Conclusió 25. Acompanyar aquestes mesures de la recopilació, sistematització, publicació i anàlisi de dades, per millorar la presa de decisions.

3.2. Model de residències

Constatació 19. Pràcticament totes les persones i entitats compareixents al GTAICRE coincideixen a reivindicar més recursos per a l'àmbit residencial. És evident que el Departament de Drets Socials no compta amb el finançament adient per a fer front a tots els reptes que comporta minimitzar o apaivagar les desigualtats resultants d'un sistema tan cruel i classista com és el capitalisme patriarcal. L'espoli fiscal que pateix el nostre país dificulta encara més disposar del finançament adient per a tenir cura de la nostra població des d'una vessant social. Tanmateix, de poc servirà augmentar els recursos que destinem a l'àmbit residencial si no canviem el model en profunditat sobre la base de totes les constatacions i conclusions formulades al llarg del document. En aquest sentit, cal:

Conclusió 26. Avançar cap a un model residencial de titularitat, gestió i aprovisionament públic que permeti, a més, l'equiparació de les condicions laborals de les professionals amb un únic conveni. En el cas de les professionals sanitàries, equiparar les seves condicions a les que tenen aquelles professionals adscrites al Departament de Salut.

Conclusió 27. Acabar amb les macroresidències i passar a sectoritzar les actuals per grau de dependència i construir-ne de noves amb una visió de llar i no d'hospital. Fins i tot pensant que siguin autogestionades per usuaris i/o familiars i comptant amb la participació econòmica de la Generalitat en les comunitats de cohabitatge autogestionades.

Conclusió 28. Potenciar l'autonomia a la pròpia llar i l'envelliment actiu amb atenció domiciliària de proximitat per promoure comunitats sensibles amb els seus veïns amb baixa autonomia i que en tinguin cura amb el suport dels professionals de la salut que sí que ofereixin una atenció centrada en la persona.

Conclusió 29. Assegurar la participació de residents, familiars i societat civil en tots aquells processos i decisions que els afectin, per assegurar que s'escolten les seves propostes i es dona resposta a les seves necessitats.

Conclusió 30. Assegurar-se que les decisions mèdiques sempre i únicament es basaran en avaluacions clíniques individualitzades, de necessitat, amb criteris ètics i sobre la major evidència científica disponible.

Conclusió 31. Millorar el sistema d'inspeccions dels centres residencials per dotar-lo de més recursos, més transparència i assegurar que presta especial atenció a les condicions i conductes que poden afectar els drets humans de les persones residents:

a) Establint un sistema d'inspeccions residencials que inclogui:

– La publicació de dades sobre el nombre de visites i els seus resultats.

– Les visites regulars als centres sense previ avís i comptant amb uns indicadors d'inspecció, que assegurin la vigilància efectiva del compliment dels requisits normatius, amb especial atenció a les condicions i conductes que poden afectar els drets humans de les persones residents.

b) Establint un sistema de denúncies que garanteixi l'anonimat i la rendició de comptes, així com recursos adequats pel seguiment efectiu de les denúncies que assegurin l'adopció de mesures de correcció.

Conclusió 32. Assegurar el contacte regular entre les persones residents i els seus familiars i evitar el confinament de les persones que viuen en residències en la mesura que sigui possible.

Conclusió 33. Elaborar un procediment unificat de recollida i subministrament de dades sobre persones grans en residències amb anàlisi de gènere, edat i grau de dependència. Aquestes s'han d'utilitzar per al desenvolupament de polítiques públiques adequades i han de ser homogènies i estandarditzades.

Conclusió 34. Adequar les plantilles del personal de residències a les necessitats reals d'atenció de les persones residents i comprometre's al fet que aquestes plantilles augmentaran progressivament amb l'objectiu de reduir les ràtios, així com garantir-ne una formació obligatòria i especialitzada.

Conclusió 35. Incrementar els recursos econòmics i materials destinats a residències de manera progressiva i assegurar la seva adequació tenint en compte una valoració real de les necessitats de la població i la seva previsió d'evolució. Garantir que les cures de llarga durada per a les persones grans són accessibles i assequibles per a tota la població, posant especial atenció a les persones en situació de vulnerabilitat per circumstàncies personals, econòmiques o d'una altra naturalesa.

1.5. Proposta de conclusions del Grup Parlamentari d'En Comú Podem (reg. 109303)

Introducció

En el transcurs del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències, els compareixents amb responsabilitat de govern, en els departaments de Salut i de Drets Socials, han repetit com un mantra que la Covid-19 era un virus letal desconegut i que no es va poder fer més, que va ser un tsunami. No obstant això, com diu Manuel Rico en el seu informe, «els governs no són responsables del virus, del tsunami, però ho són de l'estat en què es trobaven les costes; de les deficiències estructurals endèmiques que patíem i de les decisions preses especialment a la primera onada».

La pandèmia de Covid-19 ha posat de manifest la situació límit en què es trobaven les residències, abandonades completament per les administracions públiques i amb una manca de recursos per atendre dignament la gent gran, fruit de les retallades i de l'endèmica falta d'inversió. Tenim un sector absolutament privatitzat, aproximadament el 80% de les places residencials a Catalunya són privades, però la realitat és que la privatització supera amb escreix el 90%, ja que cal afegir que la Generalitat només conserva 16 residències en gestió directa i pràcticament totes les dels ajuntaments i altres institucions públiques també són de gestió delegada.

A Catalunya tenen presència els grans fons d'inversió i empreses de l'IBEX 35, grups empresarials com DomusVi, Orpea, Amavir, Colisée, Bastón de Oro, Sanitas, Vitalia, Eulen, Clece, etc. També en tenim de propis com Mutuam o L'Onada.

Fons d'inversió i grans empreses per a les quals preval el benefici econòmic per sobre del benestar de les persones i, això, es fa habitualment amb centres molt grans i habitacions compartides, incomplint ràtios de personal, oferint una alimentació de molt baixa qualitat, no subministrant el material necessari per a la higiene i l'atenció als residents, ni reposant el necessari per al funcionament quotidià dels centres i imposant condicions laborals precàries.

Amb un Servei d'Inspecció on, al 2020, només hi havia 29 inspectors per tot Catalunya, era impossible fer un control del que realment passava dins dels centres, a la qual cosa hem d'afegir un règim sancionador en absolut dissuasiu. Com diu en el seu informe Eliseu Oriol, exdirector dels Serveis Territorials de Treball, Afers Socials i Famílies de Barcelona: «L'operativa de la Inspecció a base de *check-list* permetia

conèixer el nombre de llençols, per exemple, i el seu gruix però, no el que podia passar d'important o risc en la residència visitada i inspeccionada».

Hi havia una falta d'adequació de les plantilles i dels professionals dels centres a la realitat de les persones a les quals s'havia d'atendre. Les ràtios de personal auxiliar de geriatria i sanitari previstes a la Cartera de serveis de 2010 de la Generalitat eren manifestament insuficients pel fet que al 2020 els residents tenien un major grau de dependència.

I, finalment, una gravíssima deficiència estructural: els residents estaven exclosos de l'atenció primària de salut, en una discriminació inadmissible, perquè viure en una residència no els fa perdre el seu dret a ser atesos per la sanitat pública, com qualsevol altre ciutadà. I aquesta desconexió i descoordinació va tenir un preu altíssim en termes de vides perdudes i desatenció.

Aquestes eren les costes a les quals va arribar el tsunami del coronavirus, i d'això sí que hi ha responsables.

Marc Antoni Broggi Trias, president del Comitè de Bioètica de Catalunya, diu: «La mortalitat ocorreguda a les residències de Catalunya, de manera especial durant la primera onada de la Covid-19, obeeix a diversos factors. Alguns estructurals (nombre i qualificació dels treballadors, grandària de la Institució, percentatge d'ocupació, edat de la instal·lació, raó personal/resident, titularitat, possibilitat d'aïllament, llits per habitació, etc.)».

Per això, cal en primer lloc analitzar les deficiències estructurals prèvies a la pandèmia.

Bloc 1. Constatacions sobre la situació prèvia a la pandèmia

1.1. L'epidèmia de l'austeritat: retallades i infrafinançament als sistemes de salut i d'atenció a la dependència

Amb la pandèmia de la Covid-19 es van fer paleses les tràgiques conseqüències de les polítiques neoliberals d'austeritat, de llargs anys de privatitzacions dels béns comuns, i retallades als serveis públics per part de la dreta: tant del PP al capdavant del Govern de l'Estat com de CiU al Govern de la Generalitat.

Especialment cruentes van ser al sistema de dependència. La Llei 39/2006, de 14 de desembre, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència, que tot just havia entrat en vigor l'1 de gener de 2007, va ser durament afectada pel Reial decret llei 20/2011, de 30 de desembre, de mesures urgents en matèria pressupostària, tributària i financera per a la correcció del dèficit públic, on el Govern de l'Estat presidit pel PP posa tisorada al calendari d'aplicació, endarrerint l'entrada en vigor del reconeixement dels graus de dependència i les seves prestacions. Posteriorment, van impulsar un nou paquet de retallades amb el Reial decret llei 20/2012, amb supressió de les cotitzacions a la Seguretat Social dels cuidadors i cuidadores no professionals, reduint les prestacions econòmiques un 15% i les intensitats d'hores d'atenció, eliminant la retroactivitat, o endarrerint l'atenció a les persones amb grau I de dependència, així com deixant el nivell de finançament estatal en concepte de nivell mínim, al voltant del 13% de mitjana, entre altres suspensions. Les intensitats d'atenció dels serveis de dependència van ser reduïdes, encara més, al 2013 i es van determinar incompatibilitats entre prestacions.

El sistema d'atenció a la dependència va quedar desmantellat amb els successius pressupostos generals de l'Estat on es van suprimir els concerts amb les comunitats autònomes i es van suspendre els nivells de finançament acordats des del 2012 fins al 2015. Així, les finalitats de la llei van ser buidades de contingut suposant un autèntic atac als drets reconeguts a les persones amb dependència i les seves cuidadores.

L'infrafinançament de la dependència va quedar congelat en uns 1.200 milions d'euros fins al 2017, però no va començar la seva recuperació fins al 2021, on el Go-

vern de coalició de l'Estat va capgirar les retallades, i va triplicar la inversió arribant als 3.087 milions d'euros i que, aquest any 2023, fa una inversió de 4.605 milions d'euros. Aquest impuls dels tres últims anys per a l'atenció a la dependència situa la recuperació del finançament i posa les bases per a l'impuls d'un nou model d'atenció que garanteixi els drets a la cura de les persones en situació de dependència en condicions de dignitat.

No obstant això, han estat 10 anys de retallades que han depauperat els drets i han posat fre al desenvolupament dels serveis públics. L'infrafinançament del sistema de dependència ha suposat un veritable drama per a milers de famílies. Retallar en el sistema de salut pública, una tragèdia. No impulsar els serveis socials i mantenir la xarxa de serveis socials especialitzats sota mínims, infrafinançada i amb tarifes congelades, una gran irresponsabilitat. El balanç de les retallades durant la dècada perduda pels serveis socials i sanitaris explica les causes de l'alta mortalitat durant la pandèmia i ha estat apuntada unànimement en les successives compareixences del Grup de Treball.

El Govern d'Artur Mas (CiU) va aplicar una retallada global en els serveis públics de 4.500 milions d'euros. Els posteriors governs de JxSí i JxCAT i ERC no han revertit aquestes retallades, fins al 2020, fet que va situar Catalunya a la cua de l'Estat en atenció sanitària. L'Institut Català de la Salut (ICS) ha passat de 6.600 facultatius a 5.700 de 2010 a 2017.

La sanitat pública va patir greument les polítiques d'austeritat, amb retallades pressupostàries que van deixar molt debilitat el sistema de salut. A Catalunya, el sistema sanitari i d'atenció a les persones amb dependència patia les conseqüències de la desinversió i precarització quan va arribar la pandèmia. La falta de personal sanitari, i els anys de desinversió en infraestructures i equipaments, en material per a la sanitat pública i les residències, han causat un veritable caos, dificultant una atenció de qualitat a la població i en particular a la gent gran. A més, l'absència de mitjans de protecció va posar en perill metges, infermers i infermeres, auxiliars, etc., fins al punt que més d'un 16% dels contagiats van ser professionals sanitaris.

Les polítiques neoliberals donaven el seu fruit a Catalunya. La sanitat privada va avançar en època de retallades. Les mútues creixien a ritmes accelerats. El trasvassament de diners públics per als capitals privats va ser una operació per afavorir la privatització de la sanitat. A tall d'exemple, la Generalitat va lliurar 300 milions d'euros al hòlding sanitari IDCsalut, controlat per un fons de capital de risc, mentre retallava un 16% el pressupost del CatSalut. El 76% dels hospitals i el 56% dels llits hospitalaris catalans són gestionats per empresaris privats. El 42,36% del total de llits hospitalaris privats de Catalunya són propietat del grup Quironsalut. Catalunya s'ha convertit en el territori que dona més diners públics a les clíniques privades: més d'un 25% del pressupost.

El mateix, o pitjor, passa amb les residències de gent gran. Al 2016, de 57.000 places, només 5.000 eren gestionades directament per la Generalitat. La Generalitat no ha tornat a crear cap plaça pública de residència des de 2010. Atendre la gent gran i en situació de dependència amb criteris empresarials comporta falta de recursos, precarietat i vulneració de drets.

En el seu informe Josep Ginesta i Vicente, secretari general de Treball, Afers Socials i Famílies (gener 2016 - octubre 2020), afirma que el factor finançament ha donat lloc que el sistema residencial hagi tingut mancances, «la pandèmia va fer aflorar les mancances que molts centres arrossegaven des del punt de vista de les instal·lacions i de la dotació de professionals».

Metges sense Fronteres en el seu informe diu en l'apartat «Coordinació escassa entre els diferents actors»: «Els primers mesos de la pandèmia també van posar de manifest problemes estructurals importants. La manca de coordinació i cohesió entre el Govern i les comunitats autònomes va donar lloc a processos de presa de decisions tardans i poc clars. Així mateix, va haver-hi una manca de coordinació entre

les residències i els sistemes de vigilància epidemiològica (el programa de prova i rastreig va estar absent a l'inici o va ser molt limitat), així com entre l'atenció sanitària primària i l'especialitzada i entre les residències i el sistema sanitari. En termes més generals, la fragmentació del sistema de residències, combinada amb anys d'abandonament, privatització i manca d'inversió en serveis socials, ajuda a explicar la situació que MSF va trobar en els primers mesos de la pandèmia. Aquest sistema disfuncional va fer que les persones que viuen en residències caiguessin en l'oblit».

Com diu en el seu informe Eliseu Oriol, exdirector dels Serveis Territorials de Treball, Afers Socials i Famílies, «el sistema social estava i està a anys llum i per sota dels nivells del sistema sanitari i per tant ja no és tant sols un anàlisi sobre el que es va poder fer si no també sobre el que no es va poder fer atesos els dèficits estructurals que inhabilitaven o restringien atendre problemes conjunturals amb capacitat suficient [...]». I la raó d'aquests dèficits estructurals la troba en el fet que «l'àmbit d'afers socials, pateix la manca d'un pressupost adient i congruent amb la importància real de les seves competències i necessitats de les persones». I afegeix quelcom en què coincidim, que «tot es podria resumir en un deute permanent que al meu entendre té el Govern de Catalunya i les institucions vers les persones. Amb el coneixement i el cor a la mà, la solució es diu dotar al Departament que en sigui competent d'un pressupost adequat i que permeti cobrir les necessitats de les persones pel que fa a l'àmbit social.» Tot i que més endavant parlarem de les ràtios de personal, cal afegir aquí el que diu de les conseqüències de les retallades: «La disminució de les ràtios varen ser determinants en l'empitjorament en la qualitat dels serveis [...]».

La realitat és que després de tres anys de l'inici de la pandèmia, i malgrat les evidències de l'impacte negatiu de l'infrafinançament, el Govern de la Generalitat no ha revertit les retallades, ni ha dotat el Departament de Drets Socials d'un pressupost adient al sosteniment del que hauria de ser un pilar de l'estat del benestar. Com diu la Confederació: «La pandèmia podia haver estat un punt d'inflexió no ho va ser. Estem a l'any 2023 i seguim amb unes dotacions pressupostàries que no responen a les necessitats de les persones, ni dels serveis, ni dels seus professionals».

La Intersindical CSC diu: «És bo assenyalar que l'informe d'Amnistia Internacional "Abandonados a su suerte" subratlla que la situació de desemparament que van viure els avis a les residències durant la Covid-19 no es pot deslligar de les mesures d'austeritat i el consegüent debilitament del sistema sociosanitari públic.» I afegeix, respecte de la Llei de la dependència, «els serveis socials sempre han estat el germà pobre de qualsevol govern. Les persones grans no són una prioritat. Un problema de l'esmentada llei és la impossibilitat de fer complir els drets que reconeix a les persones beneficiàries, perquè el finançament que ha de garantir la satisfacció d'aquests drets és insuficient».

La Confederació diu al seu informe: «Vam insistir en la necessitat d'impulsar mesures de caràcter estructural i revertir decididament la situació d'infrafinançament crònic dels serveis socials de la xarxa d'atenció pública».

1.2. Ràtios de personal insuficients, inadequació de la Cartera de serveis i baixes mèdiques per Covid-19

La desatenció que van patir els residents va ser conseqüència, entre altres motius, de la falta d'adequació de les plantilles i dels professionals dels centres a la realitat de les persones que s'havia d'atendre. Les ràtios de personal previstes a la Cartera de serveis de 2010 eren, i són, manifestament insuficients, especialment significatiu pel que respecta als auxiliars de geriatria i sanitaris, pel fet que, el 2020, els residents tenien un major grau de dependència, degut a les enormes llistes d'espera per obtenir una plaça a una residència pública o accedir a una concertada, per la qual cosa necessiten ajuda per a les més elementals activitats quotidianes.

També a les residències privades les persones són molt més dependents, ja que el preu és prohibitiu per a la majoria de pensionistes i no tothom té un patrimoni que li ho permeti; per això, les persones ingressen quan ja és absolutament inviable viure a casa seva o ser atès pels familiars.

D'altra banda, l'Acord de flexibilització de ràtios signat entre l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials i les principals patronals d'atenció residencial i diürna de l'any 2012, que va permetre reduir les ràtios per sota de la mateixa Cartera de serveis de 2010, va ser determinant en la manca endèmica de personal que es patia a les residències i en l'agreujament de l'impacte de la Covid-19 en aquests centres. Com diu en el seu informe Eliseu Oriol, exdirector dels Serveis Territorials de Treball, Afers Socials i Famílies de Barcelona, «considero vital la reversió de les retallades de fa dues crisis enrere: l'austeritat com a solució. Per coneguts no m'estendré en els efectes: les disminucions de les ràtios varen ser determinants en l'empitjorament en la qualitat dels serveis».

No hi va haver personal suficient per a atendre adequadament els residents, a vegades perquè ja existia un incompliment de les ràtios establertes, que ja eren insuficients, com dèiem abans, la qual cosa es va veure agreujada per un elevat nombre de baixes mèdiques a conseqüència de la mateixa pandèmia.

En moltes residències la situació va ser dramàtica, com s'indica en la compareixença de la Coordinadora Familiars de Residències 5+1: a l'informe de la Residència Casa Asil de Sant Andreu, fet pels familiars per presentar a la Fiscalia, consta una comunicació que la direcció de la residència va enviar als familiars el 30 de març, on es diu:

«El dia d'avui, 57 professionals són a casa seva, amb símptomes o amb febre. Hem demanat insistentment que se'ls facin les proves i hem passat totes les seves dades perquè se'ls puguin fer. Davant l'escassetat de personal, ens aniria molt bé, i ells ho esperen, saber si poden tornar a treballar a la residència.

»És especialment greu la manca de personal mèdic i d'infermeria. Tot el nostre equip, format per un metge, la responsable higienicosanitària i cinc infermeres han hagut de quedar-se a casa. En dos casos se'ls ha pogut fer les proves i han donat positiu.»

Aquesta mateixa organització va aportar un escrit d'onze fulls d'una treballadora de la residència Bertran i Oriola, on s'explica com la falta de personal va dificultar l'atenció als residents:

«[...] l'alimentació i els àpats es van tornant complicats dia rere dia. Degut a la manca de personal es fa molt complicat atendre a tots els usuaris alhora durant els àpats i per tant, les estones d'alimentació s'allarguen molt i gairebé es solapen unes amb les altres (amb diferència d'entre una o dues hores) [...]. La manca de personal entre gericultors i infermeria era insostenible.»

Malgrat el terrible impacte de la Covid-19 en les residències, on la manca de personal va ser un dels factors més importants, el Departament d'Afers Socials ha mantingut la rebaixa de ràtios per sota de la Cartera de serveis de 2010, com és de veure en la Resolució DSO/2883/2021, de 16 de setembre, per la qual s'inclouen a l'Ordre TSF/218/2020, de 16 de desembre, per a la provisió dels serveis de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública, els annexos que regulen les condicions d'execució i els criteris d'assignació per als serveis d'atenció diürna ocupacional per a persones amb discapacitat intel·lectual o física, de residència per a persones amb discapacitat intel·lectual i/o física, de residència assistida per a persones grans dependents i de centre de dia per a persones grans dependents. A tall d'exemple, a la Cartera de serveis de 2010 s'estableixen respecte del personal de fisioteràpia 35 hores l'any per persona usuària, però aquesta resolució permet que siguin només 15 hores i, pel que fa al personal de teràpia ocupacional, que en lloc de les 17 hores de la Cartera de serveis es permet que siguin 9 hores.

No hi han paraules per descriure el maltractament que això comporta per als residents, quan els que van sobreviure a l'exclusió sanitària i van viure sols, tancats dins de les seves habitacions, compartint-les en molts casos amb persones que eren mortes, sense l'atenció que necessitaven, quan aquestes persones estan infinitament més malament que abans de la pandèmia i més necessitades d'hores d'atenció per recuperar-se, ara el Departament els «premia» amb el manteniment d'unes retallades imposades fa 8 anys. Aquesta actuació explica moltes de les mancances estructurals que patien les residències quan va arribar la pandèmia, per la falta de compromís del Departament i el Govern amb el benestar i la dignitat de les persones residents.

En diverses resolucions adoptades pel Parlament ja es contemplaven la suspensió de l'acord de flexibilització de ràtios i l'increment de les ràtios, com són la Moció 149/XI aprovada al Ple de 13 de juliol de 2017, l'aprovada en la Comissió de Treball, Afers i Famílies de 3 de juliol de 2019, la Resolució 849/XII aprovada al Ple de 10 de juliol de 2020, sobre la gestió de les residències per a gent gran i per a persones amb discapacitat durant la pandèmia de Covid-19, i la Resolució 988/XII, per la qual s'aproven les conclusions de l'Informe de la Comissió d'Estudi de les Polítiques per al Millorament de la Qualitat de Vida de la Gent Gran.

Que les ràtios establertes a la Cartera de serveis no eren les adequades per atendre les persones és quelcom que molts compareixents han posat de manifest.

La Confederació: «Disposem d'una Cartera de Serveis Socials obsoleta i poc flexible que no s'ajusta a les necessitats de les persones».

La Federació ECOM diu: «A més, la necessitat d'actualització de la cartera de serveis socials i de les ràtios establertes s'ha fet molt evident en l'impacte de la Covid-19 en els centres. S'ha evidenciat que les ràtios en aquests serveis no són les adequades».

1.3. Mercantilització de les cures

Com dèiem a la introducció, tenim un sector absolutament privatitzat, que supera amb escreix el 90%, on tenen presència els grans fons d'inversió i empreses de l'IBEX 35. També en tenim de propis, com Mutuam, L'Onada, entre altres.

Fons d'inversió i empreses per a les quals preval el benefici econòmic per sobre del benestar de les persones i, això, es fa habitualment amb centres molt grans i habitacions compartides, incomplint ràtios de personal, oferint una alimentació de molt baixa qualitat, no subministrant el material necessari per a la higiene i atenció als residents ni reposant el necessari per al funcionament quotidià dels centres i imposant condicions laborals precàries.

Como diu el periodista Manuel Rico en el llibre *Vergüenza - El escándalo de las residencias*: «En términos económicos, si hubiera que resumir en una única idea el funcionamiento del sector residencial, sería esta: es un negocio privado que se hace con dinero público».

La tendència mercantilitzadora s'ha accentuat en els últims anys. Una accentuació que s'ha donat, perquè el mercat ha vist el sector de la dependència com un negoci i per això ha decidit invertir i construir residències. A més, s'ha accentuat davant la reducció a zero de les partides per a la construcció de residències públiques que ha dut a terme el Govern els quinze últims anys. Mentre la demanda i les llistes d'espera creixien exponencialment, el Govern en lloc de crear noves places, les concertava amb les empreses privades. Fent-ho amb tarifes de concertació congelades durant 10 anys.

En el llibre *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*, fruit de la investigació feta per un equip interdisciplinari d'antropologia, sociologia i treball social de deu universitats espanyoles, liderat per la Universitat Rovira i Virgili, es constata que «el sector privado mercantil, sea a través de residencias propias, sea gestionando residencias públicas (autonómicas o locales), ha pasado a ser predominante y su control sobre las plazas residenciales, tanto públicas como privadas, es

abrumador [...]. Actualmente el protagonismo lo tienen las empresas multinacionales dedicadas a actividades muy diversas. En definitiva, las residencias han pasado a convertirse en un negocio que puede llegar a ser muy lucrativo. Llama especialmente la atención en todo caso la irrupción de fondos de inversión en el sector, que no tienen precisamente un ánimo caritativo. Controlan actualmente miles de plazas en residencias [...]».

Com diu en el seu informe Eliseu Oriol, exdirector dels Serveis Territorials de Treball, Afers Socials i Famílies de Barcelona, «la imposició de disminució del deute públic va suposar una derivació de l'actuació per mitjans propis cap al sector privat, dins de la fórmula de la col·laboració públic-privada que no estic tractant d'eliminar però sí de situar en uns adequats nivells de bonança. [...] En la pràctica, està l'aparició d'empreses de serveis amb nul·la experiència assistencial, fent-se amb la titularitat dels serveis licitats amb ofertes que no poden ser efectives. És el que dona lloc a una picaresca tan simple com determinant en l'equilibri del compte d'exploatació: salaris baixos, direcció sense qualificació, no substitució de les absències per baixes mèdiques i imprevistos quan no, la no cobertura de vacants..., el que genera tant estalvi com repercussió negativa en la qualitat del servei. Aquesta és la realitat i m'he quedat curt».

Aquest model mercantilitzat d'atenció a les persones ha mostrat que només és un nínxol de negoci i ineficàcia; un model que ha mostrat les greus mancances, i que va ser un dels factors que van agreujar l'impacte de la Covid-19 tant en nombre de contagis com de defuncions.

1.4. Serveis d'inspecció i règim sancionador

Amb un model residencial on la privatització és gairebé total, un servei d'inspecció fort i independent d'interessos polítics i empresarials és la principal, per no dir l'única eina de control que té l'Administració.

Però al 2020, ni el nombre d'inspectors, 29 per tot Catalunya i tots els centres de serveis socials, totalment insuficient, ni el tipus d'inspeccions que es feia, servien per controlar el que de veritat passava dins dels centres.

Va ser la tempesta perfecta, empreses i fons d'inversió van poder incomplir en ràtios de personal (auxiliars de geriatria, sanitàries, tècnics, neteja, etc.), en qualitat de l'alimentació, tot el que van voler, sense que ningú exercís cap control, cosa que va tenir un impacte terrible en la qualitat de vida i els drets de les persones que viuen en les residències.

Recull l'informe d'Eliseu Oriol, exdirector dels Serveis Territorials de Treball, Afers Socials i Famílies de Barcelona, que «l'operativa de la Inspecció a base de "check-list" permetia conèixer el nombre de llençols per exemple i el seu gruix però no el que podia passar d'important o risc en la residència visitada i inspeccionada [...]».

És fonamental que hi hagin inspeccions, sí, però que vagin a comprovar el que realment és important i que marca la qualitat de vida dels residents, com és el nombre de treballadors presents al centre, no només els contractats, i si són suficients per atendre correctament les persones; la neteja general; si s'ha administrat la medicació quan tocava; la higiene general dels residents (moltes vegades només cal apropar-se als residents per tenir clar que fa hores que calia canviar-los els bolquers, o si se'ls ha fet la higiene bucal); si hi ha el confort necessari; si estan fent activitats o estan asseguts a les cadires de rodes encarats cap a una televisió que moltes vegades ni escolten ni han triat el programa, en una mena d'aparcament general; la qualitat de l'alimentació, més enllà de si el que se serveix és el que hi ha al menú programat, a més de si amb el personal disponible és possible ajudar els residents a menjar sense que ningú es quedi sense fer-ho o s'ho mengi fred... En definitiva, el que calia fer, però no es feia: comprovar la qualitat del servei, de l'atenció que reben les persones residents.

En el seu informe Josep Ginesta i Vicente, secretari general de Treball, Afers Socials i Famílies (gener 2016 - octubre 2020), afirma que «si bé forma part de les mancances detectades, aquest punt esdevé rellevant. I és que per garantir un model de concertació social adequat, cal que els serveis d'inspecció i fiscalització de les activitats dels operadors garanteixin els drets socials de les persones amb la intensitat i qualitat que s'ha volgut definir». I justament és això el que en absolut estava garantit ni abans ni ara.

Respecte del règim sancionador:

Perquè el règim sancionador sigui efectiu, les sancions han de ser dissuasives, és a dir, que a una empresa no li resulti rendible incomplir, que la sanció tingui impacte en el seu compte de resultats. Si una empresa incomplint les ràtios de personal s'estalvia 20.000 euros, però la sanció imposada és només de 5.000 euros, és evident que fomentarà l'incompliment, perquè guanyarà molt més si continua incomplint-les. Perquè el règim sancionador sigui efectiu, la sanció hauria de ser, com a mínim, el triple del que s'estalvia.

En aquest sentit es pronuncia el periodista Manuel Rico en el seu informe: «Es fácil entender que, especialmente para los grandes grupos de residencias en manos de multinacionales, una sanción de menos de 30.000 euros no tiene mayor impacto en su cuenta de resultados. Es más, si deficiencias que afectan de forma importante en los cuidados de los residentes (como el incumplimiento de las ratios de personal), se sancionan con importes simbólicos, el régimen sancionador incumple gravemente su función. En vez de desincentivar la práctica de irregularidades o ilegalidades, hace lo contrario; fomentarlas puesto que a los incumplidores les resulta rentable. Lo cierto es que, en Catalunya, el 93,8% de las sanciones impuestas a las residencias en los seis años previos a la pandemia quedaron por debajo de los 30.000 euros. Y la Administración no impuso ni una sola sanción superior a 100.000 euros».

Com diu el periodista Manuel Rico en seu llibre *Vergüenza - El escándalo de las residencias*: «la falta de inspecciones serias y la inexistencia de sanciones ejemplares son los dos elementos imprescindibles para garantizar el negocio a quienes anteponen ganar el último euro a cualquier otra consideración». I això és el que ha fet fins ara el Departament competent, encara que només sigui per omissió, per la seva inacció i falta de compromís, garantir el negoci que empreses i fons d'inversió fan amb la vida i els drets dels residents.

No estem dient que tothom ho faci malament, el que estem dient és que incomplint l'obligació de control i sanció que té, el Departament de Drets Socials (amb les seves diferents denominacions) deixa en mans de les empreses i completament indefensos els residents; i, és evident, que els fons d'inversió i empreses han vingut al sector a fer negoci i cada vegada són més.

Avui res ha canviat, el que demostra la falta d'interès i compromís per part del Govern. Per a les organitzacions de familiars, constitueix el menyspreu més absolut vers les persones més vulnerables de la societat.

1.5. Massificació dels centres, grandària dels centres i habitacions individuals

Com dèiem abans, a Catalunya tenen presència grans fons d'inversió, empreses de l'IBEX 35 i grups empresarials amb seu catalana, que per a maximitzar els beneficis opten per construir centres molt grans, amb habitacions compartides. Això va tenir una importància cabdal en el nombre de contagis i defuncions. També les residències públiques tenen majoritàriament habitacions dobles.

Una de les dificultats per a efectuar aïllaments a les residències era la manca d'espais adequats, fet que ha quedat plenament acreditat durant l'evolució de la pandèmia. La raó fonamental és que en la majoria de les residències les habitacions són compartides, fet que impedeix un aïllament adient, a la qual cosa hem d'afegir el fet que TOTES les places estiguessin ocupades. Això ja no ho discuteix ningú, però la patronal sí que qüestiona que la grandària dels centres fos un factor d'agreujament

de l'impacte de la Covid-19, contra l'opinió dels científics i dels estudis fets tant a Espanya com a la resta del mon.

Com posa de manifest Manuel Rico en el seu informe «Responsabilidades empresariales»: «Algunos de los déficits estructurales señalados con anterioridad son responsabilidad exclusiva o compartida de las empresas. Por ejemplo, la escasez de personal, la apuesta por las habitaciones dobles o el empeño en construir macroresidencias. Todas estas cuestiones obedecen a la lógica de maximizar las ganancias, todas ellas atentan contra el bienestar de los residentes en su vida diaria normal (sin pandemia) y todas ellas demostraron ser catastróficas cuando llegó el Covid-19 porque ayudaron a multiplicar la transmisión y la mortalidad del virus».

Cita Manuel Rico diversos estudis que corroboren que les residències grans van patir molts més contagis i defuncions: «En relación con Catalunya, existe un estudio liderado por la epidemióloga María Victoria Zunzunegui, que evaluó cómo la infección por Covid-19 y la mortalidad variaron en función del tamaño del centro durante marzo y abril de 2020. Una de las principales conclusiones es que, en aquellos centros donde entró el virus, el riesgo de morir por Covid-19 fue dos veces mayor en las residencias de 150 a 200 plazas que en las de 30 a 70».

A l'estudi fet per la Junta de Castella i Lleó es va constatar respecte de la grandària dels centres que «a mayor número de residentes y de trabajadores, mayor número de contactos exteriores (en las primeras semanas y a lo largo de toda la epidemia) y, por tanto, mayor riesgo. El tamaño del centro también fue un factor relevante a la hora de analizar la mortalidad: se observa que la proporción de fallecidos es muy superior en los grandes centros, comparada con la de residentes. La explicación está en la elevada proporción de centros con contagios entre los grandes, y que se refleja en una tasa de mortalidad del 4,7% de los confirmados, y del 8,5% si incluimos a los posibles, bastante superiores a la media de 3,4-6,0%».

A l'estudi del Govern de Navarra es confirma: «Las residencias de mayor tamaño han sido más afectadas. Por lo general, mayor número de residentes, mayor ha sido el impacto».

En el mateix sentit es pronuncia l'estudi fet per Ararteko sobre les residències d'Euskadi, i estudis realitzats a Estats Units, Escòcia i Gales.

Com diu Manuel Rico, «la evidencia, en fin, es abrumadora; el tamaño del centro sí importa. Lo hace en situación de vida normal y tuvo un claro impacto en época de pandemia».

1.6. Condicions laborals i professionalització

El sector de les cures ha anat adquirint capacitat organitzativa sindical i de creació de xarxes de col·laboració entre treballadors de les cures i de la llar, que des de l'activisme social han treballat per visibilitzar la realitat del sector i dignificar les seves condicions de treball.

El valor social que hem atorgat a les cures, els rols de gènere que intervenen en un sector altament feminitzat, així com la visió assistencialista dels recursos d'atenció a les persones han determinat la configuració de la seva professionalització. Les cures a les persones grans es donen en diferents contextos, des de la no remunerada a càrrec de la família, majoritàriament les dones, a la cura no professionalitzada que es realitza mitjançant l'economia submergida, fins a la cura professionalitzada a través dels recursos d'atenció a la dependència. Aquests contextos condicionen la configuració del treball de cures i el reconeixement que ha tingut fins avui, un treball essencial per al sosteniment de la vida, però, absolutament precaritzat i gens reconegut socialment.

L'objecte del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 a les Residències ens centra en les condicions laborals de les treballadores a les residències. En tant que és el sector amb més trajectòria professionalitzadora i de regulació dels serveis, l'anàlisi de les condicions laborals han de poder crear les bases per la dig-

nificació i el reconeixement dels treballs de cures. És imprescindible abordar la millora de les condicions laborals i salarials al sector, equiparar-les al sector sanitari públic, posar els recursos per a la formació continuada de les professionals, homologar les titulacions a treballadores formades als seus països d'origen, atendre les reivindicacions sindicals i iniciar el diàleg social per establir unes noves condicions en el marc d'un nou model.

La nul·la inversió pública en serveis de residència i centres de dia públics i la manca d'aposta de la Generalitat per la gestió directa han afavorit el pes de la mercantilització i la precarització. La negociació col·lectiva de les condicions laborals s'adopta amb els contextos més hostils cap a les treballadores: amb les pressions patronals per al benefici mercantil, d'una banda, i amb el finançament insuficient i precaritzat per part de la Generalitat, que és qui estableix les condicions econòmiques per a la concertació i la gestió delegada.

Mitjançant la contractació indirecta o la gestió delegada, les administracions participen activament en la configuració de les condicions laborals i salarials. Els estudis de costos dels serveis a licitar o les tarifes aplicades a la cartera de serveis socials especialitzats formen part del problema si no són capaces d'incorporar millores en les condicions laborals en els seus plecs de contractació pública. Les administracions locals no poden anar soles per millorar els preus de licitació. Cal que el Govern de la Generalitat, que és el responsable directe i l'Administració competent, entomi la problemàtica del finançament i les formes de contractació dels serveis.

L'abordatge de les millores en les condicions laborals ha de comptar amb els recursos suficients per a l'equiparació dels convenis i les condicions laborals i salarials de totes les treballadores amb el sector sanitari públic.

Els sindicats majoritaris constaten la precarització de les condicions laborals. A les seves aportacions, UGT exposa: «Hem vist com la manca de suport econòmic públic al sector dels serveis d'atenció a les persones ha generat una precarització de les condicions laborals i salarials dels treballadors que fan aquesta atenció. El treball en aquest sector es destaca per càrregues excessives, insuficiència de professionals, molta rotació, llargues jornades, sous mínims, poca protecció empresarial en matèria de riscos per a la salut i molt feminitzat. A més, és un sector molt heterogeni en el que els professionals, tot i realitzar les mateixes feines, tenen salaris i condicions laborals diferents en funció de si treballen en un centres públics, concertats o privats».

La millora del finançament és la via per assegurar la qualitat de l'atenció, la sostenibilitat dels serveis i la millora de les condicions professionals. I no de forma puntual, sinó amb un escenari de recursos econòmics adequats a les necessitats de les persones i que permeti traslladar acords laborals en el marc de la negociació col·lectiva sectorial.

Les condicions laborals acaben repercutint en la qualitat de l'atenció que reben les persones grans a les residències. L'alta rotació de personal, la inestabilitat dels equips de treball i els canvis constants de referents disminueixen la qualitat dels serveis i fan molt inviable l'atenció centrada en la persona.

Sous precaris, jornades parcials, torns esgotadors, ràtios de personal molt baixes, càrregues de feina elevadíssimes, deshumanització de l'atenció, cronometrar els processos de treball, manca de formació, supervisió i cura dels equips d'atenció directa, són condicions que cal modificar i deixar enrere. La pandèmia ha evidenciat que el model residencial vigent que tenim ha deshumanitzat, despersonalitzat i, en alguns casos, ha negligit el dret a ser cuidats. Cal posar l'accelerador en l'impuls del nou model de residències, apuntalant les condicions laborals com a element principal de la seva transformació.

1.7. Exclusió dels residents de l'atenció primària

L'atenció sanitària de la gent gran que viu en residències va ser objecte de les privatitzacions promogudes per les polítiques d'austeritat en el marc de la crisi financera, liderades pels govern de CiU. Aquesta privatització tenia com a agreujant que s'estava afectant drets fonamentals i practicant una exclusió sanitària del sistema de salut primarista públic a les persones grans amb dependència, el col·lectiu amb la salut més fràgil de la nostra societat. Des del 2009, Catalunya va impulsar els EAR, equips d'atenció residencials per a l'externalització de l'atenció sanitària dels i les residents al Grup Mutuam. Aquest va obtenir el control sanitari de 431 centres geriàtrics, dels 1.073 existents a Catalunya.

Les persones residents van deixar de formar part del sistema públic, van deixar de tenir recollida i actualitzada la seva història clínica al sistema comú, tallant la comunicació clínica amb els hospitals, i es va treure les residències del sistema de vigilància sanitària. Diferents institucions com l'Àrea de Salut de l'Ajuntament de Barcelona i persones expertes com el Dr. Josep Martí van alertar dels riscos i van demanar persistentment la integració de les persones residents a l'atenció primària i revertir el model privatitzador. El Departament de Salut no va fer res per revertir aquesta situació.

El model de privatització de l'atenció sanitària a les residències ha estat objecte de rebuig del Parlament de Catalunya, des de la seva implantació, prenent més força durant i després de la pandèmia. Aquesta exclusió dels residents va tenir uns efectes devastadors durant la pandèmia, a més de constituir una vulneració de drets fonamentals flagrant.

1.8. Dèficits de gestió del Departament Treball, Afers Socials i Famílies (avui Drets Socials)

Com han posat de manifest molts dels compareixents, el Departament no va donar resposta a la situació que es vivia a les residències i això té a veure amb una situació prèvia a la mateixa pandèmia, de la qual és directament responsable el mateix Departament.

Josep Ginesta i Vicente, ex secretari general de Treball, Afers Socials i Famílies, diu al seu informe aportat al GTAICRE que el Departament ha estat històricament infradotat a nivell d'estructura de professionals i assenyalava que «aquest fet va ser especialment rellevant al llarg de la pandèmia. No només perquè es va evidenciar que era impossible atendre amb la intensitat requerida les problemàtiques que anaven sorgint... no només la nova demanda esdevinguda per la pandèmia on els professionals del Departament van prestar serveis de manera intensiva i compromesa, sinó perquè amb l'estructura existent abans de la pandèmia ja no es garantia el servei amb les ràtios recomanables. Creixents necessitats de la xarxa de serveis socials, noves prestacions i creixement de la demanda, i pocs mecanismes d'eficiència en la gestió, definien una estructura que va afegir al dèficit estructural les necessitats sobrevingudes de la pandèmia». També parla de «dèficit estructural tecnològic degut a la baixa inversió d'anys. Va ser un fet que va donar com a resultat l'existència de menys mecanismes d'acció immediata...». En aquest sentit es manifesta també en el seu informe Eliseu Oriol, exdirector dels Serveis Territorials de Treball, Afers Socials i Famílies de Barcelona: «Va passar que les estructures no estaven preparades i que les dotacions no estaven ajustades a les necessitats reals».

1.9. Desconeixement per part dels departaments de Drets Socials i de Salut de la realitat de les 1.078 residències existents a principis de 2020

L'estructura de l'àmbit residencial a Catalunya és, fonamentalment, de gestió privada, amb centres públics, centres públics de gestió privada, però sobretot amb una xarxa de centres privats amb places concertades o finançades amb recursos públics (informe de Josep Ginesta i Vicente, secretari general de Treball, Afers Socials i Famílies, gener 2016 - octubre 2020).

El Departament de Treball, Afers Socials i Famílies desconeixia l'estructura i recursos amb què comptaven aquestes residències, cosa que és molt greu i explica la situació d'abandonament per part de les institucions que patien els i les residents, sovint en mans de fons i empreses per a les quals el més important era maximitzar els seus beneficis. També explica moltes de les decisions errònies o impossibles d'aplicar a les residències.

Josep Ginesta i Vicente afirma a «la desconexió en el control de la vida als centres» que «l'activitat (del Departament) es limitava –i aquí, la manca d'informació que no s'hauria de seguir produint– a la inspecció planificada anual dels centres, a l'avís puntual de situacions crítiques i a l'actuació de la inspecció a demanda, és a dir, a partir de denúncies».

Metges sense Fronteres també posa de manifest aquest desconeixement i manca de dades: «la presa de decisions durant la primera onada de la pandèmia es va veure obstaculitzada per la manca de dades fiables... Fins i tot avui no hi ha dades precises sobre el nombre de persones que viuen en residències, el nombre i la qualificació dels empleats, la disponibilitat de professionals i serveis sanitaris, etc.».

Bloc 2. Constatacions sobre els fets esdevinguts durant la primera onada de la pandèmia a Catalunya

2.1. Caos i desorganització durant la primera onada. Manca de directrius i abandonament de les residències

Durant setmanes els departaments de Treball, Afers Socials i Famílies i el de Salut es van veure desbordats, i això va comportar descoordinació, desorganització i falta de resposta a les necessitats de les residències, de les persones que hi vivien i dels professionals que els havien d'atendre.

Les residències demanaven ajuda davant d'una situació d'emergència sanitària per a la qual no estaven preparades, ni era la seva funció, però no obtenien resposta. Especialment greu va ser la manca de personal i que l'única resposta del Departament fos remetre al Servei Català d'Ocupació.

D'aquesta falta de personal hi ha una part de responsabilitat exclusiva de les empreses, perquè abans de la pandèmia s'hi incomplia les ràtios de personal establertes, com a mitjà per obtenir més beneficis, cosa que va ser determinant en la situació de desatenció que van patir els i les residents. Quan a partir de mitjans d'abril es van poder fer derivacions als hospitals, les persones residents van arribar deshidratades, desnudades i en alguns casos amb nafres fins als ossos. Això no ho fa la Covid-19, ho fa la desatenció, fruit de la manca de recursos i professionals per atendre les persones residents.

ASADE explica al seu informe: «A nivell d'organització inicial va fallar la designació d'una persona i un equip responsable de contingència per part de l'Administració que guiés les residències en els seus plans de contingència. Només quan ja havien transcorregut els primers mesos es va tenir una persona referent de serveis socials».

Va quedar palès que la situació de la pandèmia va sobrepassar l'Administració i que aquesta no va estar a l'alçada per tal de coordinar els diferents agents que participen en la cura de les persones.

Diàriament s'enviaven informes de la situació dels centres a les diferents administracions, fet que incrementava la burocràcia al centre. No existia una bústia única d'informació i no s'obtenia cap retorn d'aquesta informació.

Dels informes enviats en cap moment es va produir un suport, sobretot pel que fa a la manca de personal que va haver-hi, especialment en ciutats grans.

Al final la sensació a les residències era de fiscalització i no de col·laboració. La intervenció del Departament de Salut es va produir passats els primers mesos de pandèmia quan van venir a revisar els processos i les actuacions ja fetes...

El primer Pla de contingència de salut i les primeres visites de salut pública van arribar molt tard, al mes de maig, qüestionant els plans de contingència que ja havien aplicat les empreses. Fins a aquell moment només havien arribat explicacions de què era la Covid-19, i guies generals referides al virus, però NO un pla específic relatiu a l'aïllament de les residències. Amb brots actius, les visites de les persones professionals del Departament de Salut, a la ciutat de Barcelona per exemple, es van produir en un número de visites insuficient per al que requeria la situació».

La Confederació diu: «es va produir una intervenció –sovint desproporcionada– a través de protocols que s'actualitzaven dia a dia, centenars de vegades durant el període de pandèmia, generant confusió a les entitats, als professionals, a les persones residents i a les seves famílies. Igualment, cal dir que els protocols denotaven sovint una manca de coneixement del funcionament de l'activitat i, alhora, aquests no feien atenció a les especificitats de cada col·lectiu».

La Federació ECOM diu al seu informe: «Així mateix, hi ha hagut dificultats de coordinació dels centres residencials amb Salut a causa que els professionals dels CAP desconeixen les mesures i protocols específics que s'establien des del mateix Departament de Salut vers les residències. Al llarg de tota la Covid-19 hi ha hagut canvis constants en els criteris i mesures dels protocols, en ocasions fent rectificacions sobre protocols ja difosos. Aquest fet ha ocasionat dificultats en la gestió dels centres residencials (per exemple en l'organització del personal, sortides de les persones amb discapacitat, etc.) amb el consegüent impacte en les persones».

2.2. Pel que respecta a les mesures de prevenció: manca d'EPI i test

La mateixa Generalitat indicava l'extrema vulnerabilitat de les persones que viuen en residències i la necessitat d'extremar les mesures de precaució, en el document «Recomanacions generals per a les residències per a la prevenció i protecció de la infecció per la Covid-19», de data 9 de març de 2020, de la Subdirecció General de Vigilància i Respostes a Emergències de Salut Pública. En aquest document s'indiquen així mateix els motius d'aquesta extrema vulnerabilitat, que són els següents:

- Amb freqüència presenten patologies de base o comorbiditat.
- Solen tenir edat avançada.
- Tenen contacte estret amb altres persones (cuidadors) i altres residents.
- Passen molt temps en entorns tancats i amb altres persones vulnerables.

Aquesta anàlisi feia pensar que les residències serien prioritàries quant als mitjans de protecció, però la realitat va ser molt diferent, ja que durant setmanes no es va dotar de suficients EPI les treballadores i treballadors; ni es van fer tests al personal ni residents, imprescindible per a frenar la cadena de contagis mitjançant l'aïllament dels residents que fossin positius en coronavirus, així com per a reincorporar treballadores que estiguessin de baixa en cas de no estar contagiats i evitar que continuessin treballant les que sí que ho estaven.

El resultat va ser que un elevadíssim número de personal de les residències va restar de baixa, la qual cosa les va deixar sense els professionals necessaris per a atendre les persones.

Atès que no es feien tests, els contagis entre residents van anar creixent de manera exponencial, ja que durant tot el període d'incubació sense símptomes es pot estar transmetent el virus. Per tant, si hi havia espai per fer-ho, aïllar els residents quan mostraven símptomes no va resultar efectiu per a frenar l'expansió del virus, ja que no se'ls van fer tests a ells, ni tampoc als seus contactes més directes, treballadors i altres residents. A més, el fet que la majoria d'habitacions siguin compartides va dificultar efectuar l'aïllament en les mateixes instal·lacions.

Finalment, el Departament de Salut va començar a fer tests en les residències a mitjan abril de 2020, quan ja era massa tard perquè el número de contagiats i morts era terrible.

Pel que respecta als aïllaments fora de les residències a centres medicalitzats o hotels medicalitzats, no es va començar a fer fins aproximadament la tercera setmana d'abril, massa tard, i no amb l'abast necessari.

La Federació ECOM diu al seu informe: «Tot just a l'inici de la primera onada, no es va dotar de suficient material de protecció ni les persones amb discapacitat, ni els seus familiars, ni els professionals que treballaven directament amb ells».

ASADE diu: «Relacionat amb els protocols d'actuació, cada empresa/ entitat va haver d'utilitzar els seus propis recursos per a l'obtenció dels EPI necessaris. Val a dir que les primeres mascaretes que arriben a les residències ho fan a mitjan abril. Realment fins el mes de maig no van arribar els primes EPI per part de l'Administració, quan la fase més complicada de la pandèmia ja s'havia superat...

»Es van enviar escrits a l'Administració on es feia saber la manca de coordinació i de tests. Els CAP i les administracions en general no responien a aquests escrits».

2.3. Residències fora del sistema sanitari públic. Impossibilitat d'assumir atenció sanitària per la Covid-19 a les residències

La primera qüestió a analitzar és el servei sanitari de què disposen les residències per a atendre la gent gran que hi viu.

Segons descriu la mateixa Generalitat en el Decret 142/2010, d'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de Serveis de 2010-2011, l'objecte del servei d'acolliment residencial és facilitar un entorn substitutiu de la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència i afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social.

De l'exposat es desprèn que les residències geriàtriques són la llar de molts ciutadans, no són centres assistencials sanitaris, i d'acord amb el seu objecte, quan tenen servei mèdic, que no són totes, és només en horari diürn de dilluns a divendres i molt poques hores setmanals. Pel que respecta al servei d'infermeria, també quan en tenen, que no són totes, només en disposen en horari diürn.

Les residències estaven fora del sistema sanitari públic i les deficiències en l'atenció dels residents feia molt de temps que es venien denunciant per les famílies. De fet, el 3 de juliol de 2019 ja es va aprovar a la Comissió de Drets Socials del Parlament de Catalunya la Resolució 474/XII del Parlament de Catalunya, sobre les residències de gent gran, on al punt j s'aprova «Suprimir els EAR (equips d'atenció residencial) gestionats per MUTUAM, de tal manera que la gent gran ingressada en residències torni a ser atesa directament per la sanitat pública en els centres d'atenció primària que els correspongui».

Que les residències estaven fora del sistema sanitari és un fet inqüestionable, perquè molts del compareixents ho han posat de manifest. Per esmentar-ne només alguns:

Metges sense Fronteres en el seu informe: «Les residències estan fora del sistema sanitari i es consideren estructures socials. L'enfocament inicial de la resposta a la Covid-19 es va dirigir a donar suport al sistema sanitari, per la qual cosa es va retardar la detecció de residents i personal en residències de persones grans amb Covid-19. Se'ls va deixar enrere».

La Confederació assenyala en el seu informe que «cal recordar que les residències, ja siguin per a persones grans o per a persones amb discapacitat, són llars, no són recursos sanitaris. Les residències són la casa de les persones que hi viuen i el sistema sanitari ha d'assumir i cobrir les necessitats sanitàries de les persones que viuen a casa seva, igual que ho fa amb tota la ciutadania. És un dret bàsic de tot ciutadà, també de les persones grans i amb discapacitat que viuen en residències. La pandèmia va evidenciar la deixadesa del sistema sanitari a les residències, i es va injustament culpabilitzar les residències d'aquesta deixadesa que el sector venia alertant des de feia molt de temps».

És especialment important el que diu en l'informe per escrit Josep Ginesta i Vicente, secretari general de Treball, Afers Socials i Famílies (gener 2016-octubre 2020), ja que afirma respecte dels centres residencials que «sí que és cert que d'entre els requeriments exigits hi figuren el de professionals sanitaris, en funció de la dimensió i les ràtios definides a la cartera de serveis socials. Això comporta que no hi hagi una prestació de l'assistència sanitària en sentit estricte, sinó un seguiment de l'evolució. La dotació de metges als centres residencials ve definida als criteris d'acreditació d'aquests i no són requeriments que permetin una atenció assistencial i mèdica intensiva com la que requeria la crisi sanitària, sinó de seguiment i atenció puntual. Respecte del model organitzatiu i d'atenció assistencial, les diagnosi dutes a terme pel Departament de Salut a partir de l'assumpció de competències van determinar que només un terç del total de residències podien estar en disposició d'atendre casos possibles, probables o confirmats de Covid-19, però sense gravetat. Aquesta dada corrobora la idea que l'àmbit residencial no es podia assimilar a un àmbit d'atenció sanitària davant dels efectes de la crisi sanitària. Tot això considerant la seva capacitat i infraestructura per dur a terme sectoritzacions, aïllaments, però sobretot, atenció mèdica adequada per a persones altament vulnerables, com s'ha dit».

La Federació ECOM diu al seu informe: «Les residències per a persones amb discapacitat no són centres sociosanitaris, no és la seva funció. Per això cal tenir present que aquests centres no estan preparats per atendre certes necessitats sanitàries».

ACAD diu: «En cas de prendre qualsevol alerta sanitària, cal que el Sistema Públic de Salut assumeixi el 100% de la responsabilitat sanitària, ja que les residències, centres de dia i el conjunt de la Cartera de Serveis Socials no són serveis sanitaris i, per tant, no poden assumir aquestes responsabilitats».

2.4. Vulneració del dret a la vida. Denegació de derivació als hospitals. Protocol del SEM

Malgrat la impossibilitat d'atendre els malalts de Covid-19 a les residències, tal com dèiem abans, el Departament de Salut i el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) van aprovar en data 25 de març de 2020 un document que porta un títol que explica moltes de les coses que van passar a les residències: «Recomanacions per suport a les decisions d'adequació de l'esforç terapèutic per pacients amb sospita d'infecció per Covid-19 i insuficiència respiratòria aguda».

En ell es parla de «mantenir una ètica en la presa de decisions basada a oferir els recursos a aquells pacients que més es puguin beneficiar, en terme d'anys de vida salvats, d'adequació d'esforç terapèutic». Per a les famílies i moltes organitzacions socials això és discriminació per edat i en paraules planeres, «no me'ls portis a l'hospital».

En un apartat d'aquest document s'indiquen «Recomanacions per a suport a les decisions d'adequació d'esforç terapèutic» i es diu respecte de les persones de més de 75 anys: «Rebran oxigenoteràpia amb mascareta reservori d'alta concentració tipus Monaghan». A la primera onada de Covid-19 hi havia 1.073 residències on viuen unes 64.000 persones i gairebé en cap d'elles hi ha havia instal·lació d'oxigen.

A les compareixences del SEM i de la consellera de Salut es va preguntar en quantes d'aquest residències hi ha havia el març de 2020 l'oxigen de què es parla a les «Recomanacions», sense obtenir resposta.

La realitat és que fins al juliol de 2020 no es va activar la instal·lació d'oxigen a les residències mitjançant la Resolució de 14.07.2020 del director del Servei Català de Salut, Sr. Adrià Comella, que porta per títol Resolució de declaració d'emergència de les obres d'instal·lació de gasos medicinals (oxigen) a les residències de gent gran en la marc de l'estratègia de resposta a l'epidèmia Covid-19, però només en 27 centres, aquells destinats a fer de residències *buffer*, com es pot veure a la resolució.

L'informe de necessitats que acompanya l'esmentada Resolució, signat el 08.07.2020 per Xènia Acebes Roldán (en aquell moment directora de l'Àrea Assistencial del Servei Català de la Salut) és molt significatiu, porta per títol «Context i justificació de la necessitat» i diu:

«Davant la crisi sanitària i social motivada per la pandèmia del coronavirus SARS-CoV-2, donada la gran afectació respiratòria de les persones, des del Servei Català de la Salut s'identifica la necessitat extraordinària de garantir les teràpies respiratòries vinculades a les patologies respiratòries agudes derivades d'aquesta patologia.

»Les persones que viuen en residències socials són població de risc per la Covid-19 per la major comorbiditat, fragilitat i edat avançada. L'afectació predominant respiratòria ha comportat quadres d'insuficiència respiratòria aguda o aguditzacions de pacients amb patologia respiratòria crònica, que requereixen oxigen per al seu tractament, entre d'altres mesures. Tanmateix poden necessitar oxigen per altres processos no relacionats amb la Covid-19».

En el Pla de contingència per a residències per a la tardor de 2020, versió 2.0 de juliol de 2020, es diu a la pàgina 16:

«Activació d'oxigenoteràpia (pendent CatSalut)

»Davant la crisi sanitària i social motivada per la pandèmia del coronavirus SARS-CoV-2, donada la gran afectació a la salut de les persones d'avançada edat, des del Servei Català de la Salut s'identifica la necessitat extraordinària de garantir les teràpies respiratòries vinculades a les patologies respiratòries agudes derivades d'aquesta patologia al domicili particular de la persona o en les residències socials.»

Els responsables del Departament de Salut saben que per a una persona malalta de Covid-19, amb pneumònia, la falta d'oxigen porta a la insuficiència respiratòria i aquesta a la insuficiència cardíaca, que agreuja la insuficiència respiratòria fins a morir, amb un patiment terrible per la sensació d'asfíxia.

Com diu Metges sense Fronteres en el seu informe: «Sense oxigen, un pacient greu de Covid-19 generalment no sobreviu». I això és el que va passar durant la primera onada de la pandèmia.

Si a les residències no hi havia servei mèdic ni infermeria 24 hores, i moltes es van quedar sense personal sanitari a causa dels contagis, ni un mínim equipament mèdic per oferir quelcom tan bàsic com administració d'antibiòtics o sèrum endovenós, molt menys per fer un diagnòstic, la pregunta és: com es va poder valorar de forma individualitzada l'estat físic de cada un dels residents? La resposta és molt senzilla: no es va fer.

No és cert que es va fer el que es va poder, que hi va haver un col·lapse total del sistema, perquè segons els compareixents del Departament de Salut el pic de la pandèmia va arribar el 14 d'abril de 2020, però fins mitjan abril no es van començar a fer derivacions als hospitals, quan les xifres de morts i contagis eren terribles.

D'altra banda, els hospitals privats no estaven col·lapsats. De fet, als residents que tenien assegurança privada se'ls va poder derivar als hospitals. Cap compareixent del Departament de Salut va respondre a la pregunta de si els hospitals privats van arribar al col·lapse, deduïm que perquè no ho van estar.

Per tant, els residents van ser discriminats per l'edat i el lloc on vivien, i també pel seu poder adquisitiu. Si disposaven d'assegurança privada tenien dret a lluitar per la seva vida, si no la tenien només podien morir abandonats a la residència.

Durant setmanes no van ser «Recomanacions», com es deia al protocol del SEM, van ser un mur infranquejable per als residents, que de forma indiscriminada van ser exclosos de l'accés a un hospital per la seva edat i el lloc on vivien, com prova el fet que, entre l'1 de març i el 30 d'abril de 2020, el 71,82% dels residents van morir sense ser derivats a un hospital, fet que és molt significatiu i demostra l'exclusió sanitària que van patir, ja que en circumstàncies normals no s'arribaria ni al 20%.

En aquest període van morir 3.896 residents amb Covid-19 confirmada o sospitosa, dels quals 2.798 dins de les residències i 1.098 als hospitals. En 6 residències que sumen 101 defuncions no es va produir ni un sol trasllat. Per exemple: Residència Ballús, 23 morts, tots a la residència. I podríem seguir, les dades són demolidores. No són números, són persones que van morir en condicions indignes.

Les morts a conseqüència de la no derivació són moltes més, perquè no comptabilitzen les morts per altres causes per no tenir l'assistència sanitària que necessitaven.

Per tot això, hem de concloure que els residents no van tenir accés al sistema sanitari de salut, ni se'ls va derivar als hospitals, ni se'ls va poder atendre en les mateixes residències per les raons abans exposades, per la qual cosa se'ls va deixar morir en condicions absolutament indignes, impròpies d'un Estat que denominem del primer món. Van ser discriminats per raó de l'edat i del lloc on vivien. Se'ls va considerar «prescindibles».

D'aquesta barbàrie hi ha responsables: els que van fer i aprovar el document del Departament de Salut - SEM de 25 de març de 2020, que discriminava els residents, i els que el van executar, perquè segons els compareixents del Departament de Salut els responsables de decidir si es derivaven els residents a un hospital eren el 061 i el 112. Per tant, hi ha responsables. Només cal tenir voluntat de fer justícia i reparació, la que no s'ha fet fins ara.

Que aquesta va ser la realitat que van patir milers de persones a les residències l'han posat de manifest molts dels compareixents davant d'aquest Grup de Treball.

Amnistia Internacional Catalunya afirma al seu informe:

«Durant la primera onada de la pandèmia es van vulnerar 5 drets humans: els drets a la salut, la vida, la no discriminació, la vida privada i el dret a una mort digna.

»Les persones residents no van poder rebre el tracte ni les cures mèdiques de forma adequada. Els familiars van relatar l'estat físic lamentable en què es trobaven, ancians plens de llagues, desnutrició i deshidratats.

»Les persones residents van ser discriminades en el seu accés al dret a la salut no derivant-les als hospitals. Es denegava el trasllat a una persona gran d'una residència, però sí que es traslladava una persona gran que vivia a casa seva, independentment de la seva situació mèdica.

»Moltes persones residents van morir sense l'acompanyament mèdic necessari i sense poder acomiadar-se dels seus familiars, sense cures palliatives o les condicions per a una mort digna».

Metges sense Fronteres afirma en el seu informe:

«Malgrat el principi de no discriminació per edat per a l'atenció mèdica consagrat en la Llei 33/2011, general de salut pública, durant la pandèmia de Covid-19 els pacients malalts sovint no eren derivats, o ho eren massa tard, al sistema sanitari. Les derivacions o circuits preferents de trasllat d'infectats a altres centres o hospitals no es prioritzaven i, en alguns casos, no es permetien. Això passava en la majoria dels centres assistencials que disposaven de personal mèdic i en els que no...

»També va ser tràgic que moltes persones que haurien d'haver estat derivades al sistema sanitari per rebre atenció acabessin morint soles i atemorides, sovint sense assistència bàsica. Algunes d'aquestes morts es podrien haver evitat si hagués existit un sistema de derivació, i això és una cosa que cal garantir per a les persones grans en epidèmies futures.

»El personal i els cuidadors se sentien abandonats, no sols en la seva funció assistencial, sinó perquè cada dia s'enfrontaven a situacions molt difícils de vida o mort. Sense oxigen, un pacient greu de Covid-19 generalment no sobreviu, i el personal es va quedar sense el suport adequat per fer front a aquestes situacions tan complexes.

»Entre el març i l'abril del 2020 es va negar a centenars de residents l'accés als serveis d'urgències i l'ingrés hospitalari, i se'ls va restringir l'accés en funció de la

comunitat autònoma i la fase de l'epidèmia. Sense cap altra alternativa, les residències es van veure obligades a intentar gestionar en les seves instal·lacions els pacients amb Covid-19 positiu malalts de gravetat...

»Les mesures de salut pública no van tenir en compte l'impacte humà que un virus mortal tindria en les persones. En la resposta no es va donar prioritat als residents, i molts d'ells van morir sols o terroritzats, o van ser testimonis de com els seus veïns morien asfixiats i privats de contacte humà i escalfor, sense accés a atenció mèdica qualificada.»

La presidenta d'ACRA i CEAPS, Cinta Pascual, va dir a la seva compareixença, textualment: «Tenien negació al sistema sanitari? Sí, però que jo ho digui ara no té cap sentit, ho sabem tots... va passar a tot arreu... és a dir el fet de no tenir preparada una pandèmia mundial era normal, però és cert que van pagar les persones grans més vulnerables d'aquesta societat».

La Coordinadora de Familiars de Residències 5+1 va aportar amb la compareixença un informe i diversa documentació on es diu:

«De la residència Bertran i Oriola adjuntarem l'extensa declaració d'11 fulls de la terapeuta ocupacional, on declara, entre molts altres problemes, el que va comportar per a les persones residents la no derivació als hospitals.»

Per exemple, explica les dificultats per poder atendre a les hores dels àpats tots els residents i diu:

«L'altra complicació s'afegeix al llarg dels dies, quan els usuaris i usuàries comencen a emmalaltir i no es troben bé. Alguns presenten dificultats respiratòries, tos o mal de coll i els costa molt menjar o prendre líquids. En alguns casos es torna realment difícil. Arribats a aquest extrem, el sentiment d'impotència entre les treballadores es fa molt gran, ja que comencem a ser conscients que, d'haver-los pogut derivar a un hospital, la situació d'aquestes persones no hauria arribat a empitjorar per causes de deshidratació o desnutrició, perquè s'haguessin emprat les tècniques corresponents per evitar-ho. Com a exemple: la utilització de sèrum».

A l'informe de la Residència Casa Asil de Sant Andreu, del qual parlàvem abans, consta un correu electrònic de la direcció a les famílies en què es diu: «Actualment les derivacions hospitalàries estan molt restringides».

Marc Antoni Broggi Trias, president del Comitè de Bioètica de Catalunya, afirma en el seu informe: «Tenim un sistema sanitari que, en ser universal, gratuït i de qualitat, constitueix una de les columnes fonamentals de la justícia social; respon, per tant, als valors de la dignitat, de la igualtat d'oportunitats, de la solidaritat i del principi de la diferència (els menys afavorits, primer). Però quan la pandèmia va sobrecarregar el sistema i va caldre prioritzar l'accés a determinats recursos vitals, aquests principis es van substituir en molts casos pels de la "utilitat social" o "l'eficiència". Les persones mereixen ser respectades en la seva singularitat i per això no s'haurien de prendre decisions significatives (no accedir a recursos vitals, ser objecte de protecció en contra de la seva voluntat, etc.) únicament en funció de la seva pertinença a determinats grups com, per exemple, "persones grans" o "persones amb discapacitat intel·lectual"».

La Federació ECOM també parla de les no derivacions als hospitals quan diu al seu informe:

«Una de les situacions més greus viscudes durant el 2020 va ser veure qüestionat el dret a la vida. En el pitjors moments de la pandèmia (març i abril de 2020) i davant la saturació del sistema sanitari, es va fer públic que certs protocols mèdics preveïen la possibilitat de no assignar recursos a certs col·lectius, basant-se en una premissa de vida menys útil, davant la qual la discapacitat podria arribar a ser un element de triatge...

»Durant la pandèmia s'ha donat molta responsabilitat als centres residencials en qüestions sanitàries, com, per exemple, quan no es podien derivar les persones que

ho requerien als centres hospitalaris per a rebre atenció. A l'inici, en una situació de col·lapse del sistema, es va entendre, però aquest fet es va allargar en el temps.»

En el seu informe per escrit Josep Ginesta i Vicente, secretari general de Treball, Afers Socials i Famílies (gener 2016 - octubre 2020), afirma que «la tensió assistencial mai viscuda abans que de forma sobtada i accelerada va produir una tensió al sistema sanitari, que va haver de prendre mesures de prioritització a partir dels protocols existents, va ser determinant. Priorització que va comportar que el dèficit estructural en la relació entre sistema de salut i àmbit de les residències s'accentués fins al punt que el sistema no podia atendre les demandes del sistema residencial [...] Tampoc el sistema públic de salut va poder garantir l'atenció deguda a les persones en residències».

2.5. Vulneració de drets fonamentals. Aïllaments salvatges, morts en soledat

Els protocols de Salut van comportar que molts residents estiguessin aïllats a les habitacions durant molt de temps, sense contacte amb la resta de residents i sense cap mena d'activitat física ni social. Quan hi va haver tests, s'establien confinaments dels residents que havien estat en contacte estret d'un positiu, encara que les proves fossin negatives en coronavirus, i quan es desconfinaven, si tornaven a ser contacte estret d'un altre treballador o resident, els tornaven a confinar. Així, molts residents van encadenar diversos confinaments de catorze dies, tancats a l'habitació, sense visites, ni activitats ni socialització. El resultat va ser un enorme deteriorament físic i psíquic.

Segons informes dels experts, entre d'altres Metges sense Fronteres, l'impacte físic de l'aïllament i immobilitat dels residents els provoca greus problemes, com trastorns musculoesquelètics, per la limitació del moviment en habitacions reduïdes i no fer exercicis de rehabilitació; cardiovasculars, deteriorament cognitiu, etc.

L'aïllament ha comportat un augment de distrès psicològic, associat a un alt risc de mort per ictus, i inclou augment de trastorns d'ansietat, depressió, problemes de son, pèrdua de confiança i altres relacionats amb l'estrès. L'aïllament va generar por, ansietat, preocupació, desesperança, tristesa i sentiments d'inutilitat.

La falta de visites i comunicació va generar molta angonya i patiment a familiars i residents. Durant mesos ni van rebre visites ni van tenir contacte amb la seva família. És una absència impossible d'entendre, que els va produir una ansietat i tristesa impossible de superar, perquè es van sentir abandonats pels seus éssers estimats, amb sentiments de culpabilitat, perquè creien que havien fet alguna cosa perquè els haguessin deixat de visitar.

Els protocols van oblidar que la protecció de la salut pública no sols és protegir del contagi la gent gran, sinó també estimular la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut a través de la realització d'activitat física i contacte social freqüents.

Durant tota la pandèmia s'han vulnerat els drets fonamentals dels residents, perquè les mesures preses pel Departament de Salut (plans sectorials, etc.) van suposar, des d'aïllaments preventius, com dèiem abans, a prohibició de visites i de sortides a l'exterior dels centres, sense seguir les vies legals establertes.

En molts casos les empreses gestores van prendre decisions de forma unilateral, que incomplien els mateixos protocols de Salut, impeding les visites i sortides, o bé restringien encara més els drets dels residents, sense que Salut ni Drets Socials posessin solucions ni eines a l'abast de les famílies per denunciar-ho i obtenir una solució ràpida, no per la via de la reclamació ordinària, que podia trigar mesos. En aquest sentit es pronuncia Amnistia Internacional, que, fent referència a l'actuació de les empreses, diu: «Es van donar casos de discrecionalitat, en què centres residencials eren més restrictius que la recomanació pública».

Les mesures limitadores de les seves llibertats adoptades per conselleries i empreses operadores van suposar un dur cop a la dignitat, autoestima i igualtat de drets d'aquestes persones summament vulnerables.

Les persones que vivien en residències no van ser tractades com a ciutadanes de ple dret, perquè les mesures es van prendre incomplint la normativa vigent (articles 8 i 12.1.a i h de la Llei 12/2007, d'11 d'octubre, de serveis socials), que encomana als poders públics la garantia dels drets i llibertats fonamentals dels residents; i sense seguir la via establerta per a mesures restrictives de drets fonamentals a l'article 10.8 de la Llei 29/1998, de 13 de juliol, reguladora de la jurisdicció contenciosa administrativa, que estableix que s'haurà de demanar l'autorització o ratificació judicial per part del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya respecte de «les mesures adoptades d'acord amb la legislació sanitària que les autoritats sanitàries d'un àmbit diferent de l'estatal considerin urgents i necessàries per a la salut pública i impliquin la limitació o restricció de drets fonamentals quan els seus destinataris no estiguin identificats individualment».

Es va impedir i restringir les visites als residents i les sortides a l'exterior dels residents (confinaments domiciliaris) amb documents que ni estaven signats ni es publicaven al *Diari Oficial de la Generalitat*, ni es presentaven al TSJ Catalunya per a la seva autorització o ratificació. Es va arribar a l'extrem de confinar els residents amb un «document» anomenat «Nota sobre limitació temporal de sortides curtes a centres residencials per a persones grans i per a persones amb discapacitat», de 22 de juliol de 2021.

En definitiva, amb les mesures restrictives del Departament de Salut s'han vulnerat els drets fonamentals dels residents, reconeguts a la Constitució, com són els articles 17.1, dret a la llibertat; article 19, dret a la llibertat de circulació, i article 21, dret de reunió.

Finament, cal assenyalar que el Departament de Salut de la Generalitat va discriminar les persones per raó de l'edat i el lloc on vivien, les residències, ja que quan adoptava mesures que implicaven limitació o restricció de drets fonamentals de la resta de la població ho feia mitjançant resolucions que presentava davant el Tribunal Superior de Justícia de Catalunya per a la seva validació, la qual cosa no efectuava amb les mesures dirigides als residents, com si no fossin ciutadans de ple dret, i, per tant, també va vulnerar el que disposa l'article 14 de la Constitució espanyola.

Com dèiem abans, Amnistia Internacional Catalunya afirma al seu informe:

«Durant la primera onada de la pandèmia es van vulnerar 5 drets humans: els drets a la salut, la vida, la no discriminació, la vida privada i el dret a una mort digna.

»Les persones residents es van veure aïllades a les seves habitacions durant un llarg període de temps, sense supervisió externa. Les persones grans no ho entenien, ho veien com un càstig. Es van donar casos de discrecionalitat, on centres residencials eren més restrictius que la recomanació pública.

»Les persones residents es van veure privades del contacte personal o telemàtic amb les seves famílies. No hi havia prou personal per gestionar totes les trucades amb els familiars».

Per la seva part, Metges sense Fronteres indica en el seu informe «Oblit dels drets de les persones grans»: «En els centres de cures de llarga durada, els residents lluitaven perquè no podien socialitzar amb els seus companys ni rebre visites dels seus familiars i amics. Les famílies també estaven molt angoixades per no poder visitar els seus éssers estimats. Sovint no s'aplicaven solucions senzilles, com facilitar videotrucades entre familiars. MSF va conscienciar el personal en aquest sentit, però els seus recursos eren molt limitats. Vam donar suport al personal per fer videotrucades, i la intervenció es va humanitzar a una velocitat increïble: té cara, ulls, por i desordre. Molts dels residents s'aferraven a les nostres mans com si fossin les de la persona que hi havia a l'altre costat de la pantalla del telèfon. D'altres diuen que estan bé, que és el personal el que està cansat, i alguns, increïblement, aconsegueixen mantenir una conversa. Sense excepció hi ha un canvi en la persona que omple l'ambient d'una cosa semblant a la llum. Segui el que sigui, sembla llum». Coordinadora de la intervenció en residències de MSF, Catalunya.

Les persones amb necessitats de cures de llarga durada solen ser vulnerables i es beneficien de la convivència. Poden requerir cures contínues, complexes i personalitzades. El suport a aquestes estructures és clau durant una epidèmia. L'assistència per a tasques personals requereix nivells elevats de contacte físic i emocional. La pandèmia de Covid-19 va distanciar i va aïllar les persones i va agreujar les incerteses ja presents. Les necessitats urgents i els problemes tècnics de la primera onada (com la necessitat d'EPI) van tapar el fet que les persones morien soles, sense contacte amb els seus éssers estimats i sense accés a cures palliatives. La resposta pot haver perdut de vista l'element més important: el factor humà.

La Federació ECOM diu que «la pandèmia ha posat en evidència com davant de contextos d'emergència els drets fonamentals es posen en risc i encara més els d'aquelles persones que es troben en situació de major vulnerabilitat. [...] Les persones usuàries de centres residencials no han vist reconeguts els seus drets de la mateixa manera que la resta de la població. S'hi ha aplicat protocols amb tractes diferencials de protecció social, molt més restrictius que per a la resta de la població. En el moment de començar a flexibilitzar les mesures generals, la ciutadania podia sortir de casa seva per a fer diverses activitats però les persones amb discapacitat física que vivien en serveis residencials no ho van poder fer, amb la implicació que això va tenir per a la seva vida i salut.

Marc Antoni Broggi Trias, president del Comitè de Bioètica de Catalunya, afirma en el seu informe:

«En el document del Comitè, s'hi recorda que en una societat democràtica la llibertat no hauria de ser contrària al bé comú, sinó que n'és una part indispensable, i que en nom de la seguretat no es pot restringir tota mena de llibertats sense una justificació pública prou convincent. Les decisions han de ser prudentes, és a dir, raonables i proporcionades, defugint mesures extremes i minimitzant la limitació de drets fonamentals. Quan sigui necessari limitar aquests drets de manera important, cal explicar-ne les raons i prendre mesures per evitar els abusos.

»Durant la Covid-19 es varen incomplir a vegades aquests criteris i les mesures es van aplicar sovint sense aquesta ponderació ni escolta dels afectats. Les persones grans que es trobaven en institucions residencials, a més de la vellesa, les malalties cròniques o la discapacitat associada, han estat víctimes d'institucions sovint massa tancades i separades de la comunitat, que els han aïllat dels seus i del seu entorn.

»En alguns entorns residencials es va oblidar que la vida és més que una vida biològica. La importància dels factors psicosocials i els valors de les persones són fonamentals per donar-hi sentit. Es varen indicar aïllaments preventius difícilment suportables per a persones amb discapacitat intel·lectual, amb trastorns de conducta afegits o necessitats afectives i de relació molt intenses. En alguns casos, fins i tot es van arribar a fer contencions físiques per assegurar mesures preventives. L'aïllament preventiu d'almenys 14 dies que es va seguir de manera generalitzada quan una persona gran ingressava en una residència va ser una practica dolorosa i segurament inadequada. També va ser inadequada l'aplicació poc flexible dels protocols de detecció de persones contagiades que sotmetien els residents a constants PCR, nous aïllaments, limitació de visites dels familiars o prohibició de sortides.

»La limitació de les relacions socials va afectar de manera important les persones fent-les molt més vulnerables encara. Les greus conseqüències d'aquest aïllament obligat i la gran dificultat en la comunicació han posat en evidència que no era una recomanació correcta.

»Tenir cura implica centrar l'atenció en l'experiència que té una persona de sentir-se cuidada, atesa i compresa; buscant un equilibri entre la dependència i l'autonomia personal, sense imposicions de poder amb actituds autoritàries.»

2.6. Opacitat, transparència i comunicació

Han quedat constatades, durant les compareixences i aportacions realitzades al Grup de Treball, les situacions d'angoixa de les famílies de persones residents a centres causada per la impossibilitat de mantenir una comunicació o informació regular sobre l'estat de salut del seu familiar.

No existeix una avaluació sobre el comportament de les direccions dels centres per posar a l'abast de residents i famílies els canals de comunicació entre elles, durant el llarg període d'aïllament a les residències. No existeix transparència en com les residències van garantir drets fonamentals als seus residents, ni l'Administració va assumir aquesta tasca de control sobre la limitació de drets fonamentals que ella mateixa emetia.

Les situacions d'incomunicació i manca d'informació a les famílies, com s'ha sabut per testimonis, per organitzacions de familiars i investigacions periodístiques, van arribar a ser molt greus, van arribar a donar informacions contradictòries, a no informar fins al cap d'uns dies de les defuncions, a no conèixer els estats de salut o no informar de derivacions.

Alhora, el conjunt d'informacions negatives i tot el conjunt de vulneracions de drets també ha invisibilitzat les bones pràctiques i els esforços que varen fer altres centres. Disposar d'informació i dades, així com incrementar la transparència, permetria analitzar les bones pràctiques i generar un coneixement que no està disponible, per millorar el sector i enfortir l'atenció qualitativa a les persones grans i amb dependència.

Bloc 3. Conclusions i propostes de futur sobre la protecció i la garantia dels drets de les persones grans en l'àmbit de les residències

3.1. Introducció

La Covid-19 ha fet aflorar les mancances del sistema de cures, especialment del model residencial. Els canvis demogràfics produïts els darrers anys, amb un notable increment de l'esperança de vida i, per tant, de persones que tenen necessitats de cures, amb perfils cada vegada més complexos, demanen una profunda transformació del model.

Les persones no passen de ser totalment independents a absolutament dependents. Hi ha tot un recorregut on les necessitats van canviant. L'Administració ha d'oferir els serveis i recursos que calguin durant aquesta evolució, en funció de les necessitat i desitjos de les persones; des d'un veritable servei d'atenció domiciliària, amb prou hores i professionals, pisos tutelats, pisos amb serveis, o els cohabitatsges. En definitiva, es necessita una cartera de serveis que prevegi les diferents fases vitals de les persones.

Però res es farà sense millorar el finançament; cal revertir les «retallades» i disposar d'un pressupost adequat, que permeti donar resposta a les necessitats de les persones, implementant els canvis imprescindibles per oferir-los una vida digna.

Si hi ha un consens clar en totes les compareixences és la necessitat urgent de canviar l'actual model residencial. Algunes de les mesures que proposem a continuació estan recollides en l'Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), aprovat en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, a la seva reunió extraordinària de 28 de juny de 2022, publicat al BOE núm. 192, 11 d'agost de 2022.

3.2. El model residencial

En aquest punt recollim algunes de les mesures imprescindibles per canviar l'actual model residencial; altres, per la seva importància, tenen apartats específics.

Volem agrair l'excel·lent document aportat per l'Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, molt útil per definir com ha de ser el nou model d'atenció a la dependència.

En contraposició al model hotel·ler imperant, cal un model d'atenció al servei de la persona, que tingui en compte les necessitats dels residents, garanteixi els seus drets i respecti els seus desitjos en l'atenció i la vida quotidiana. En definitiva, una llar en la qual viure plenament l'última etapa de la seva vida. Com indica l'esmentada associació, «Que no sea la persona quien se tenga que adaptar a la vida colectiva de una institución, sino que sea el centro o servicio el que se adapte a las expectativas y deseos de cada persona». De l'atenció centrada en la persona fa anys que es parla, però fins ara no passa de ser això, paraules. Cal que sigui una realitat ja.

3.2.1. *Emplaçament o localització*

La comunitat, entesa com el context o entorn en el qual les persones vivim (els barris, pobles i ciutats), és l'escenari fonamental de vida de qualsevol persona. Els serveis i centres han d'estar dissenyats per a contribuir i facilitar que les persones romanguin i es mantinguin connectades amb els llocs i les persones que són significatives per a elles. La proximitat dels centres i serveis a entorns urbans i d'activitat social és central per a promoure una vida activa en la comunitat.

Els centres residencials han d'estar situats en sòl urbà, havent-se de garantir a les persones usuàries l'accés i la proximitat a espais d'activitat social i comunitària afavorint la seva participació.

Com diu l'Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, «las personas mayores tienen todo el derecho a seguir disfrutando de la vecindad, en el entorno donde tienen sus referencias. Resulta cruel que tengan que desarraigarse y perder sus referencias en su edad más adulta. Y la crueldad es mayor si la residencia está en un lugar distante a donde viven sus familiares o personas allegadas, dificultando el contacto con ellos».

I afegeixen que «resulta muy difícil, en algunos casos imposible, encontrar espacios en zonas con buenas condiciones de vecindad, espacios céntricos o en barrios consolidados, para uso residencial en muchos municipios». Per això fan una proposta que subscrivim: incorporar al planejament urbà l'exigència de disposar d'espais en zones habitades i accessibles per a les alternatives residencials a persones en situació de dependència. I nosaltres afegim que les alternatives siguin de caràcter públic.

3.2.2. *Grandària dels centres i habitacions*

L'Acord sobre criteris comuns d'acreditació i qualitat dels centres i serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), aprovat el 28 de juny de 2022 en el Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), limita a 120 el nombre de places per centre, però només per a les de nova construcció. Per tant, continuaran existint les macroresidències, que són l'antítesi d'una llar. I a més, s'estableix un nombre insignificant d'habitacions individuals.

Les residències no han de superar les 60 places i han de tenir un mínim del 75% d'habitacions individuals, amb un percentatge major en les de nova construcció, per procurar el respecte a la intimitat i la millora de les condicions de vida de les persones, oferint-los un espai vital propi. I totes amb bany complet independent. Això també facilitaria un aïllament adequat, per tal de minimitzar el risc de contagis entre els residents en futures pandèmies, perquè, com dèiem en el bloc 1, és una dada objectiva que les residències molt grans i amb habitacions compartides han patit més del doble de defuncions i contagis per Covid-19 que les més petites i amb habitacions individuals.

Com afirma l'Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales, «no se puede obligar a nadie a compartir habitación con otra persona, salvo que se trate de parejas que decidan compartir ese espacio de intimidad».

Fem nostra la proposta d'aquesta Associació, pel que fa al fet que les habitacions han de tenir una superfície suficientment gran per ser quelcom més que un dormito-

ri i permetre, sempre que puguin per si mateixes o amb persones més properes, un us més casolà de la seva habitació. Les habitacions individuals han de tenir una superfície mínima de 15 m² i les habitacions dobles, una superfície mínima de 25 m².

3.2.3. Unitats de convivència

Apartat redactat en consonància amb l'Acord sobre criteris comuns d'acreditació i qualitat dels centres i serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), aprovat el 28 de juny de 2022 pel Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD).

Són espais de convivència reduïts que pretenen reproduir l'estructura, l'ambient i el funcionament d'una llar. Són espais, més íntims, dins de la mateixa residència en els quals cohabita un grup reduït de persones, amb diverses situacions de dependència, a qui es proporciona una atenció personalitzada amb els suports que necessiten i desitgen per al desenvolupament de la seva vida quotidiana.

La unitat de convivència no podrà tenir més de 15 persones residents. Per a la configuració dels grups estables que conformen les unitats de convivència es consideraran criteris d'afinitat i vincle evitant criteris de grau de dependència, patologies o cronicitat.

Aquests espais s'assemblen a una llar tant en la seva arquitectura, decoració i mobiliari com en les rutines i horaris, que s'adapten a les preferències i hàbits de les persones que hi conviuen, afavorint la seva participació, autonomia, comoditat, estimulació, orientació i benestar.

Estan composts per un espai comú, que inclou una zona per a la preparació de menjars, menjador i sala d'estar per a ús de les persones que conformen la unitat de convivència, els seus familiars i persones reunides, i per a les habitacions de les persones que viuen en la unitat.

És aconsellable que disposin també d'accés a una àrea exterior, tipus terrassa o jardí. Aquestes unitats estan delimitades, identificades i diferenciades d'altres unitats de convivència del mateix centre i defineixen l'estructura espacial dels centres residencials amb dimensió i ambient de llar.

S'identificaran i diferenciaran amb claredat els espais de convivència de les persones residents de les zones de pas o altres zones comunes.

Juntament amb les persones que conviuen, formen part de la unitat de convivència el personal d'atenció directa, que ha de tenir una permanència estable dins de la unitat, perquè coneguin bé els seus residents i perquè aquests puguin identificar i conèixer els professionals que els atenen de manera habitual.

S'identificaran i diferenciaran amb claredat els espais de convivència de les persones residents de les zones de pas o altres zones comunes.

L'espai d'aquestes unitats no ha de ser inferior a 4 m² per persona usuària.

3.2.4. Relacions amb l'àmbit familiar

Que una persona canviï el seu lloc de residència mai pot comportar una ruptura en les relacions familiars i amb altres persones properes, ni una limitació dels seus drets, com són la llibertat de moviments, el dret de reunió i a la vida familiar..., però constatem que en molts casos això és el que s'està produint.

Tanmateix, la família i les persones properes a la persona resident tenen un important paper de suport, tant en el pla afectiu com col·laborant en les cures. Per això han de tenir una presència activa en la seva vida.

S'implementaran canals de comunicació permanent amb les famílies i/o persones properes, que formaran part de la cartera de serveis del centre, i se celebraran reunions periòdiques per a intercanvi d'informació amb l'equip d'atenció directa i persona professional de referència, assegurant que la persona resident és present sempre que aquesta ho desitgi, excepte quan, per alguna raó excepcional, no es consideri oportú.

El document de l'Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales aporta una visió molt clara de la importància de la convivència familiar, per això fem nostres les afirmacions que conté.

Si el centre residencial ha de ser la casa dels qui l'habiten, això suposa que els seus residents puguin usar-la, en la mesura del possible, com el seu propi domicili. I en el seu domicili pot entrar i sortir amb llibertat, sempre que les seves circumstàncies personals ho permetin i, sobretot, pot rebre la visita dels seus familiars i afins sempre que ho desitgi.

La normativa dels centres ha d'afavorir les entrades i sortides dels residents que estiguin en condicions de fer-ho.

I han d'afavorir la convivència familiar i les relacions personals del resident. Això suposa eliminar normes que limitin l'accés dels familiars o amics a l'habitació del resident o a espais comuns i serveis, així com les limitacions horàries que no estiguin específicament justificades.

Les visites dels familiars no poden estar limitades a les sales de visita ni a horaris estrictes. Sent l'habitació l'espai més personal del resident, l'accés a l'habitació és un dret de qualsevol persona o visita que el resident desitgi rebre.

Cal permetre que els familiars puguin conèixer les cuines i veure el menjar que s'elabora; igualment, haurien de tenir l'oportunitat de conèixer, sempre que ho desitgin, altres serveis del centre com la bugaderia.

En el cas dels menjars, apostem perquè, com en qualsevol domicili, el resident pugui convidar a menjar els seus familiars i amics en el centre, per la qual cosa ha de comptar amb menjadors per a aquesta finalitat. Això reforçaria el caràcter casolà del centre, afavoriria el manteniment de la convivència familiar i, en definitiva, un important reforç del benestar emocional del resident, que ha de ser l'objectiu principal de totes les actuacions. A més a més de constituir un exercici de transparència, la presència dels familiars en els menjars o que ells mateixos puguin menjar el que mengen els residents qualsevol dia, i no sols en dates molt assenyalades.

Accés a les cuines, possibilitat per part dels familiars de veure el menú que se serveix en el centre, possibilitat que els residents opinin, proposin i valorin els menús perquè responguin als seus gustos i a les tradicions de la seva zona, facilitar que els familiars puguin menjar en el centre... En definitiva, democratitzar la cuina en les residències.

3.2.5. El professional de referència

Els i les professionals de referència són les persones responsables de promoure un suport personalitzat a cada persona usuària en el seu dia a dia. Són els qui coordinen el pla de suports personals i es comuniquen i planifiquen amb la resta de personal que fa costat a la persona resident en el dia a dia, així com amb la seva família.

La persona professional de referència, sigui quin sigui el seu específic rol professional, serà un referent quan s'elabori o es realitzi el seguiment i revisió del pla personal d'atenció i de suports de la persona resident, de manera que es tingui en compte la visió global de la persona, les seves expectatives, preferències i estil de vida.

Malgrat que la figura de la persona professional de referència no està lligada a cap categoria professional, sí que haurà d'estar associada al personal d'atenció directa, professionals de l'equip tècnic del centre i també als auxiliars o les auxiliars o auxiliars de geriatría que tinguin capacitat per fer-ho.

Cada professional de referència exercirà la seva funció sobre no més de 4 persones residents.

En l'elecció de la persona professional de referència haurà de participar la persona resident i haurà de basar-se en les seves preferències, sense perjudici que es produeixi una assignació provisional, amb durada màxima d'un mes, quan la persona usuària arriba al centre. En qualsevol cas, la persona professional de referència haurà de comptar amb l'acceptació de la persona usuària.

Les persones de referència rebran formació específica d'atenció centrada en la persona de manera que puguin exercir adequadament el seu rol.

3.2.6. Pla personal d'atenció i suport al projecte de vida

En l'Annex 4 de l'Ordre TSF/218/202, de 16 de desembre, per a la provisió de serveis de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública, que regula les condicions d'execució i criteris de provisió, en regiment de gestió delegada, del servei de residència assistida, es parla com unes de les responsabilitats del professional responsable higienicosanitari (RHS) d'«Elaboració i seguiment del pla d'atenció individual amb la participació de la persona atesa i/o familiars/tutors o persones de referència: revisió anual, seguiment semestral, i sempre que hi hagi variació del seu estat».

Però en l'Annex 31 de l'esmentada Ordre, que regula les condicions d'execució i criteris de provisió del servei de residència assistida per a persones grans dependents en règim de concert, només es parla d'«Elaborar i seguir el Pla d'atenció individual de la persona atesa: revisió anual, seguiment semestral i sempre que hi hagi variació del seu estat biopsicosocial», obviant la participació de la persona atesa i/o els familiars/tutors o persones de referència, i aquesta participació és el més important del Pla.

La regulació que es fa a l'Acord sobre criteris comuns d'acreditació i qualitat dels centres i serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), aprovat el 28 de juny de 2022 pel Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), és molt més detallada, per tant caldria incorporar aquesta regulació a la normativa de Catalunya.

Els plans personals d'atenció i de suport són una de les estratègies clau per a la personalització de les cures, així com per a avançar cap a una gestió centrada en les persones. Hauran de contribuir a proporcionar a les persones residents un lloc per a viure on les seves preferències, la seva intimitat i els seus drets estiguin en el centre de l'atenció.

Cada persona resident tindrà un pla personal d'atenció i de suports en el qual es planificaran i es farà seguiment dels suports que rep per al desenvolupament i gaudi del seu projecte i estil de vida. Aquest pla recollirà, entre altres qüestions, les preferències i voluntat de la persona respecte a com vol viure, així com sobre les qüestions que són significatives per a ella i que hauran de conèixer i respectar totes les persones que participin en el seu sistema de suports i cures.

La persona resident participarà i tindrà un paper central en el disseny, execució i seguiment del seu pla, així com altres persones de la seva elecció, que són importants per a ella. En el cas que la persona tingui dificultats en l'àmbit cognitiu i/o de comunicació per a la participació i la presa de decisions, s'activaran els recursos i eines necessàries perquè la seva voluntat i preferències siguin respectades, tal com faciliten les metodologies de planificació centrada en la persona, fent partícips d'aquest procés aquelles persones que ostentin la seva representació legal o els seus familiars i/o persones reunides de referència. Aquests processos hauran de garantir-se en tots els moments de la vida, especialment en aquells més sensibles en la presa de decisions, com és el final de la vida.

En el disseny dels plans es tindrà en compte la història de vida de la persona com a font de coneixement central per al disseny del seu sistema de cures i suports.

Les persones residents tindran accés al seu pla en un format accessible que garanteixi la seva comprensió i participació en aquest. Aquests plans han d'incorporar, no sols una visió centrada en la persona i en les seves fortaleces, sinó també un enfocament de drets humans que serveixi de garantia de tots aquells aspectes que promouen un tracte digne i respectuós en les relacions de suport i cura. També hauran d'orientar-se a potenciar la participació de la persona en el seu entorn comunitari.

Els plans han d'acompanyar-se d'un sistema de seguiment i avaluació freqüent, que evidenciï com el centre contribueix a la qualitat de vida de les persones i a mi-

llorar els seus resultats personals i/o evitar l'empitjorament. La freqüència ha de ser la següent: revisió anual, seguiment semestral, i sempre que hi hagi variació del seu estat.

Així mateix, aquests plans contribuiran a la planificació i gestió de les cures i suports de cada persona i a la promoció d'una gestió i planificació del recurs centrada en la persona.

3.2.7. Atenció lliure de subjeccions

S'han d'eliminar les subjeccions farmacològiques o químiques i les mecàniques o físiques a les quals es veuen sotmesos sovint els residents. Suposen un veritable maltractament i un atemptat contra la dignitat de les persones i la vulneració d'un dret fonamental com és el de la llibertat.

D'altra banda, les subjeccions no resolen els problemes, ben al contrari, els agreugen, com diu l'Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales: «Está demostrado que el uso de sujeciones no reduce el riesgo de caídas, y que se puede garantizar la seguridad de la persona y de los demás sin necesidad de usar sujeciones. Por el contrario, anula cada vez más sus capacidades físicas y mentales, lo que la hace más vulnerable ante cualquier incidencia».

En l'Acord sobre criteris comuns d'acreditació i qualitat dels centres i serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), aprovat el 28 de juny de 2022 pel Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), s'estableix que tots els centres han de tenir un Pla d'atenció lliure de subjeccions, que contemplarà la supressió total i segura de les subjeccions; pla que haurà de contenir mesures alternatives de suport preventiu, positiu i respectuós que minimitzin l'ús de mesures restrictives, com són les subjeccions.

En l'Acord es preveu que aquest Pla haurà de ser aprovat per la Inspecció i els centres hauran d'assegurar la seva completa i efectiva implantació abans del 30 de juny de 2025.

No s'implantarà cap subjecció excepte en situacions excepcionals i d'urgent necessitat en les quals existeixi un perill imminent que posi en risc la seguretat física de la persona usuària, de les persones cuidadores o de terceres persones i en les quals, prèviament, s'hagi constatat clarament el fracàs d'altres mesures alternatives.

La utilització de subjeccions tindrà sempre caràcter temporal i proporcional, aplicant-se amb la mínima intensitat possible i garantint-se la prohibició d'excés. Qualsevol subjecció estarà sotmesa a un procediment documentat que compti amb prescripció mèdica, supervisió tècnica i amb el consentiment informat. Serà obligatòria la comunicació al Ministeri Fiscal.

És cert que a Catalunya hi ha regulació al respecte, però cal incorporar el que es contempla a l'Acord, perquè suposa una millora substancial per a les persones residents.

En l'article 12.1.p de la Llei 12/2007 de Serveis Socials s'estableix com un dret dels usuaris de serveis residencials i diürns: «No ésser sotmès a cap mena d'immobilització o restricció de la capacitat física o intel·lectual per mitjans mecànics o farmacològics sense prescripció facultativa i supervisió, llevat que hi hagi un perill imminent per a la seguretat física dels usuaris o de terceres persones. En aquest darrer cas, les actuacions s'han de justificar documentalment, han de constar en l'expedient de l'usuari o usuària i s'han de comunicar al Ministeri Fiscal, d'acord amb el que estableix la legislació». Malgrat aquesta regulació, la realitat és la que explica l'Asociación de Directores y Gerentes de Servicios Sociales: «Resulta denigrante la imagen de pasillos, salas de estar o comedores de un centro residencial llenos de personas en sillas de ruedas sujetas con un cinturón. Menos visibles, pero no por ello menos denigrantes, son las sujeciones en la cama, con diversos dispositivos que impiden a la persona moverse o acceder a partes de su cuerpo».

3.2.8. *Protocols de prevenció del maltractament*

En totes les residències hi ha d'haver protocols de prevenció, detecció i denúncia del maltractament, on es descriguin els diferents tipus de maltractament i els indicadors o signes d'alarma per a detectar-los i com actuar davant ells. Aquest protocol haurà de comunicar-se a les persones usuàries, als seus familiars i als professionals de les cures.

S'haurà d'impartir formació als treballadors i treballadores amb regularitat en prevenció del maltractament.

Compartim la proposta de l'Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales de creació d'un registre de persones condemnades per abusos a persones dependents (maltractaments, tracte denigrant, sostraccions...). Cal cercar els mecanismes per impedir que siguin contractats en centres o serveis que ho desconeguin, posant en risc les persones de les quals tinguin cura.

Cal promoure les modificacions legislatives que siguin necessàries perquè els serveis d'urgències dels hospitals i els centres d'atenció primària tinguin l'obligació d'informar el Ministeri fiscal quan detectin la possible existència d'un cas de maltractament. Cal una llei de protecció integral a la gent gran i persones amb discapacitat, semblant a la que existeix per als menors i contra la violència de gènere. ¿Per què és menys important protegir-los quan són les persones més vulnerables de la nostra societat?

3.2.9. *Accés a Internet*

Els centres facilitaran connexió a Internet de forma gratuïta, tant en espais comuns com privats, i posaran a disposició de les persones residents dispositius per a l'accés a la xarxa, de conformitat amb l'Acord sobre criteris comuns d'acreditació i qualitat dels centres i serveis del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD), aprovat el 28 de juny de 2022 pel Consell Territorial de Serveis Socials i del Sistema per a l'Autonomia i Atenció a la Dependència (SAAD).

3.3. *Ràtios de personal*

L'existència del personal suficient per a la correcta atenció marca, per a les persones residents, la frontera entre viure amb qualitat i dignitat o patir un autèntic infern en els darrers anys de vida.

El perfil dels residents ha canviat radicalment. En aquest moment la pràctica totalitat tenen un altíssim grau de dependència i necessiten ajuda per a totes les activitats de la vida quotidiana. Andrés Rueda, president de l'Associació Catalana de Directors de Centres i Serveis d'Atenció a la Dependència Gerontològica, donava en la seva compareixença unes dades que són molt significatives. Deia que en el 2020 el 58% dels residents feia servir cadira de rodes, un 28% caminador i un 3% bastó; el 100% tenien problemes d'incontinències i el 85% utilitzen bolquers, que no se saben canviar, cosa que se'ls ha de fer. I afegeix que un 94% combina diverses patologies.

Hi ha una falta d'adequació de les plantilles i dels professionals dels centres a la realitat de les persones que han d'atendre, perquè les ràtios de personal establertes a la Cartera de serveis de 2010 estaven pensades per a una realitat i uns residents que fa anys que no existeixen.

En les compareixences hi ha hagut un consens clar en el sentit que és imprescindible incrementar les ràtios, en què no és possible oferir una atenció digna als residents sense més personal. Com deia Jordi Amblas en la seva compareixença, la tecnologia punta que necessiten les persones vulnerables són els professionals que faciliten l'atenció, professionals ben capacitats, reconeguts i motivats. I per descomptat, ben pagats.

Proposem unes ràtios que es poden equiparar al nivell dels models més avançats dels països europeus, que garanteixi un mínim d'unes cinc hores d'atenció directa al dia per a cada resident, és a dir, un auxiliar o una auxiliar de geriatría per a cada

quatre residents, en els torns de matí i tarda, respectivament, i un per a cada deu en el torn de nit.

Les ràtios han de ser de presència, amb independència del número de personal que calgui per al seu compliment, és a dir, s'han de tenir en compte independentment de les baixes i vacances.

Així mateix, proposem l'ampliació de les hores establertes per a la resta de personal tècnic (fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, psicòlegs, psicopedagogs, educadors socials, treballadors socials...), imprescindibles per a la salut integral dels residents.

Cal recordar que aquesta ràtio de personal ja ha estat aprovada dues vegades pel Parlament; ho va fer en la Resolució 849/XII, aprovada al Ple de 10 de juliol de 2020, sobre la gestió de les residències per a gent gran i per a persones amb discapacitat durant la pandèmia de Covid-19, i en la Resolució 988/XII, per la qual s'aproven les Conclusions de l'Informe de la Comissió d'Estudi de les Polítiques per al Millorament de la Qualitat de Vida, sense que el Govern les hagi implementat.

Recentment, s'ha tornat a aprovar en la Moció 240/XIV, sobre el reconeixement i la dignificació dels treballs de cura i d'atenció social.

Molt aprovar, però poc impulsar des del Govern, en mans dels mateixos grups polítics que les aproven al Parlament, malgrat l'evidència de la importància cabdal del personal per poder atendre les persones.

3.4. Atenció sanitària

Les persones que viuen en residències han de rebre una atenció sanitària en igualtat de condicions amb la resta de la població. L'atenció mèdica i el control de la salut dels residents s'ha de dur a terme per la sanitat pública, sent els referents els centres d'atenció primària, encara que les residències disposin del seu propi servei mèdic, que en tot cas serà complementari i estarà coordinat amb els serveis públics de salut.

S'ha de reforçar els centres d'atenció primària, dotant-los de més recursos i personal, en funció de les residències que tinguin al seu càrrec, per garantir que els residents reben una atenció en igualtat de condicions amb la resta de la ciutadania.

Com va indicar en la compareixença Pepa Romero: «Centrant-nos en el que seria el model d'atenció sanitària a les residències, la responsabilitat de l'atenció sanitària ha de recaure en Salut i s'ha d'integrar plenament en el sistema sanitari perquè és un dret universal de la persona, resideixi on resideixi. Actualment a les residències els estem discriminant».

Des dels departaments de Salut i Dret Socials s'està impulsant l'Agència Integrada Social i Sanitària de Catalunya, però els i les residents no poden esperar més, se'ls ha de garantir ja l'atenció sanitària pública a què tenen dret com la resta de la població. Ja han pagat un preu massa alt a conseqüència de l'exclusió de la sanitat pública. Com va dir Pepa Romero en la seva compareixença, «la Unió ha proposat que aquest model d'atenció sanitària a les residències sigui un dels temes prioritaris per al desplegament de l'agència, però l'agència s'està construint, mentrestant no podem esperar, hi moltes coses que es poden començar a desplegar i que ja són evidència que funcionen».

S'han d'establir les mesures que calguin per garantir que els residents no pateixen restriccions en l'accés als especialistes ni en les derivacions hospitalàries, una situació de discriminació que pateixen massa sovint.

Com diu en la compareixença l'Asociación Estatal de Directores y Gerentes en Servicios Sociales, «en estos momentos según dónde se viva (en la propia vivienda o en un centro residencial) se tienen más o menos derechos como ciudadanos, en general para todos los sistemas de protección públicos y en especial para el acceso a los servicios sanitarios, tanto de atención primaria como hospitalaria».

ECOM exposa que «la crisi generada per la pandèmia ha evidenciat que és imprescindible incrementar la inversió en els serveis sanitaris per corregir les esquerdes que la pandèmia ha visibilitzat i garantir que les persones amb discapacitat física i/orgànica rebin els tractaments i serveis que són necessaris. Davant situacions extraordinàries d'emergència com les que hem viscut cal garantir l'atenció sanitària equitativa i sense discriminacions per motius de discapacitat, amb criteris oficials acreditats, que han d'estar presidits per la protecció del dret humà a la vida sense excepcions».

Equipament mèdic

Que el residents hagin de ser atesos per la sanitat pública no és incompatible amb el fet de dotar les residències d'un equipament mínim indispensable: electrocardiograma, disposició d'oxigen, possibilitat de fer tractaments endovenosos (sèrum, antibiòtics...).

Un dels problemes que pateixen amb més freqüència els residents és la deshidratació, ja que qualsevol malaltia respiratòria o intestinal els impedeix ingerir el líquid que necessiten, especialment a les persones amb disfàgia, cosa que es podria evitar si el personal sanitari de la residència pogués administrar-los sèrum per via endovenosa.

3.5. Inspecció dels serveis. règim sancionador

Les inspeccions requereixen independència del poder polític i dels interessos empresarials, i equidistància davant els agents auditats en l'acció inspectora. Els inspectors i inspectores han de ser independents en les seves actuacions.

Els inspectors han d'entrevistar-se amb treballadores i familiars, sense presència de l'empresa gestora de la residència. S'haurà de recollir informació dels representants de familiars i usuaris, i informar del resultat als consells de participació dels centres.

Les inspeccions i controls, tant rutinaris com efectuats arran de denúncies, hauran de ser reals i sense preavís.

S'establiran i faran públics plans anuals d'inspecció de centres i serveis, amb un mínim de dos inspeccions anuals a cada centre, amb independència de les que s'hagin de dur a terme a conseqüència de denúncies de mala praxi o incompliments formulades per residents, familiars i treballadors, o conegudes per qualsevol altra via.

Així mateix, s'han d'habilitar i garantir eines o canals fluids i d'actuació urgent en aquelles qüestions que requereixin una solució o restitució urgents.

Tan important és la periodicitat de les inspeccions com definir què és el que cal controlar, definir molt bé criteris d'avaluació, per evitar allò que explica en l'informe Eliseu Oriol, exdirector dels Serveis Territorials de Treball, Afers Socials i Famílies de Barcelona: «L'operativa de la Inspecció a base de *check-lists* permetia conèixer el nombre de llençols per exemple i el seu gruix, però no el que podia passar d'important o risc en la residència visitada i inspeccionada».

És fonamental que hi hagin inspeccions, sí, però que vagin a comprovar el que realment és important i que marca la qualitat de vida dels residents, com és el nombre de treballadors presents en el centre, no només els contractats, i si són suficients per atendre correctament les persones; la neteja general; si s'ha administrat la medicació quan tocava; la higiene general dels residents (moltes vegades només cal apropar-se als residents per tenir clar que fa hores que calia canviar-los els bolquers, o si se'ls ha fet la higiene bucal); si hi ha el confort necessari; si estan fent activitats o estan asseguts a les cadires de rodes encarats cap a una televisió que moltes vegades ni escolten ni han triat el programa, en una mena d'aparcament general; la qualitat de l'alimentació, més enllà de si el que se serveix és el que hi ha al menú programat, a més de si amb el personal disponible és possible ajudar els residents a menjar sense que ningú es quedi sense fer-ho o s'ho mengi fred. En definitiva, el

que cal fer, però no es fa: comprovar la qualitat del servei, de l'atenció que reben les persones residents.

Cal establir un sistema d'inspecció on l'avaluació de la qualitat dels serveis, de l'atenció que reben els residents, sigui el centre de l'actuació. S'hauran d'establir paràmetres de qualitat que recullin informació respecte d'aspectes clau i la qualificació dels resultats, de l'actuació de les gestores, i la transcendència des del punt de vista sancionador.

En la construcció d'un nou sistema d'inspecció s'han de valorar experiències del nostre entorn: Anglaterra, Alemanya, Holanda.

Com diuen Mayte Sancho Castiello i Teresa Martínez Rodríguez en el treball *Revisión internacional de modelos de atención residencial para personas mayores*, «Parte II. Análisis de tendencias internacionales en centros residenciales y otros alojamientos», quan parlen de les avaluacions periòdiques: «Las evaluaciones periódicas, de obligada realización en la mayoría de estos países, se dirigen a conocer la atención realmente dispensada y pretenden ir más allá del cumplimiento de condiciones organizativo-funcionales. Esta actividad, por tanto, permite ejercer cierto control de los servicios prestados, así como apoyar el desarrollo de la buena praxis y orientar un proceso de mejora continua de la calidad.

»En este sentido, cabría afirmar que evaluar la calidad, en primer lugar, al realizarse desde marcos de excelencia, permite una mirada más amplia y flexible que la constatación de un listado cerrado de condiciones. En segundo lugar, la evaluación de la calidad permite llegar a ciertas conclusiones sobre la atención dispensada ya que, aunque también se incluyen algunos indicadores de estructura y proceso, la mayor parte de estos indicadores se refieren a los resultados de la atención a las personas (salud, bienestar y protección de derechos).

»Las evaluaciones de la calidad, tal y como la están realizando los países revisados, sirven para varios objetivos. En primer lugar, permiten conocer y controlar la atención dispensada por los proveedores de servicios que han entrado a formar parte de los sistemas públicos de atención y, por tanto, son financiados con dinero público (a través de prestaciones económicas a las personas que reciben servicios en estos centros). En segundo lugar, cuando estas evaluaciones se hacen públicas (como en el caso de Inglaterra, Holanda, Alemania y Estados Unidos), contribuyen a que las personas puedan conocerlas y tomar decisiones en cuanto a la elección de los centros».

Publicitat i transparència

Les inspeccions i els seus resultats requereixen, per higiene democràtica i per dret, transparència, per la qual cosa és convenient una reformulació normativa de les inspeccions que permeti l'escrutini públic de les denúncies, el seu procediment i conclusions, tal com succeeix, per exemple, en diversos països europeus i americans amb una sistemàtica avançada en aquest sentit. Transparència i informació oberta, continuada.

Es comunicaran anualment i de manera accessible a la ciutadania les inspeccions realitzades, indicant, entre altres dades, la identificació del centre o servei inspeccionat, titularitat i gestió, la data, el motiu de la inspecció, el resultat d'aquesta i, si escau, les mesures adoptades (sancions), com fan els països del nostre entorn. Aquesta informació ha d'estar disponible a la web del Departament de Drets Socials.

Ha de ser obligatòria l'existència d'un registre únic d'entitats prestadores de serveis que reculli les dades societàries de les empreses gestores, els seus centres, el nombre de places, descripció i quantificació del personal, i els serveis i instal·lacions amb els quals es compta; informacions clau per a l'eficàcia de l'actuació inspectora, el control del funcionament de l'operadora i l'exercici essencial del dret a la informació de la ciutadania. Aquest registre haurà de ser públic.

Plantilles

Per a poder dur a terme les necessàries inspeccions i controls de qualitat dels serveis és imprescindible disposar de personal suficient. Per això és urgent l'augment de les plantilles d'inspectors. Com a mínim hi ha d'haver un inspector per cada 15 residències, perquè amb un model absolutament privatitzat no tenir prou professionals deixa la vida i els drets dels residents en mans d'empreses i fons d'inversió, que incompleixen les seves obligacions i obtenen així més beneficis. Com a conseqüència, massa sovint les condicions en què viuen les persones són absolutament indignes.

Es necessiten professionals amb formació continuada i qualificació específica.

Règim sancionador

S'ha d'articular un sistema d'inspecció que controli el compliment de la norma i que alhora aconsegueixi ser dissuasiu.

El procediment sancionador vigent és totalment inadequat per controlar la qualitat del servei i garantir el compliment de les obligacions per part de les empreses. D'altra banda, el règim sancionador aconsegueix tot el contrari del que hauria de ser, ja que amb l'actual regulació el que fa és fomentar l'incompliment per part de les gestores.

És imprescindible un canvi normatiu, amb una regulació semblant a la que s'estableix en la Llei sobre infraccions i sancions en l'ordre social, amb infraccions ben tipificades i sancions adequades a la gravetat dels fets constatats pels inspectors.

Perquè el règim sancionador sigui efectiu les sancions han de ser dissuasives, és a dir que a una empresa no li resulti rendible incomplir, que la sanció tingui impacte en el seu compte de resultats. Si una empresa incomplint les ràtios de personal s'estalvia 20.000 euros, però la sanció imposada és només de 5.000 euros, és evident que fomentarà l'incompliment, perquè guanyarà molt més si continua incomplint-les. Perquè el règim sancionador sigui efectiu, la sanció haurà de ser, com a mínim, el triple del que s'estalvia. I també s'han d'establir, i imposar, sancions accessòries, com la prohibició de contractar amb l'Administració o el tancament del centre.

En aquest sentit es pronuncia el periodista Manuel Rico en el seu informe: «Es fácil entender que, especialmente para los grandes grupos de residencias en manos de multinacionales, una sanción de menos de 30.000 euros no tiene mayor impacto en su cuenta de resultados. Es más, si deficiencias que afectan de forma importante a los cuidados de los residentes (como el incumplimiento de las ratios de personal), se sancionan con importes simbólicos, el régimen sancionador incumple gravemente su función. En vez de desincentivar la práctica de irregularidades o ilegalidades, hace lo contrario: fomentarlas, puesto que a los incumplidores les resulta rentable.

»Lo cierto es que, en Catalunya, el 93,8% de las sanciones impuestas a las residencias en los seis años previos a la pandemia quedaron por debajo de los 30.000 euros. Y la Administración no impuso ni una sola sanción superior a 100.000 euros».

3.6. Model residencial privatitzat. Internalització de la gestió de les residències públiques

Segons l'informe «Envejecimiento en red», publicat el gener de 2021 pel Consell Superior d'Investigacions Científiques, que penja del Ministeri de Ciència i Innovació, prop del 80% de les places residencials a Catalunya són privades. La realitat és que la privatització supera amb escreix el 90%, ja que cal afegir que la Generalitat només conserva en gestió pública 16 de les seves residències, i pràcticament totes les dels ajuntaments i altres institucions públiques són de gestió privada.

Com diuen Dolors Comas d'Argemir i Sílvia Bofill Poch en el llibre *Cuidar a mayores y dependientes en tiempos de la Covid-19*: «El sector privado mercantil, sea a través de residencias propias, sea gestionando residencias públicas (autonómicas

o locales), ha pasado a ser predominante y su control sobre las plazas residenciales, tanto públicas como privadas, es abrumador».

Manuel Rico, en el llibre *Vergüenza, el escándalo de las residencias*, diu: «El modelo residencial español está completamente privatizado y vive un intenso proceso de concentración empresarial, que deja en cada vez menos manos el negocio geriátrico. La huida del Estado, como hemos visto, se traduce en una creciente transferencia de fondos públicos hacia los grandes grupos del sector». En això Catalunya no és diferent.

No es pot deixar en mans del mercat el que han de ser polítiques públiques, que són les que han d'articular el quart pilar de l'estat del benestar.

Per tant, és imprescindible un reequilibri entre el sector públic i el privat, a favor del públic. Donada l'escassetat de places, és imprescindible aprovar i desenvolupar un pla d'inversió pluriennal per a la construcció de residències, pisos tutelats i centres de dia de titularitat pública per part de la Generalitat de Catalunya, coordinant amb els ajuntaments la cessió de terrenys públics municipals, per a cobrir com a mínim aquest dèficit i garantir l'accés a places públiques de totes les persones que en necessitin, mantenint-les en el seu entorn més pròxim. La gestió haurà de ser també pública.

Cal revertir la privatització de la gestió de les residències públiques, internalitzant la gestió de totes les residències de gent gran i de persones amb discapacitat. L'Administració ha d'assumir la gestió directa una vegada finalitzin les corresponents concessions.

En totes aquelles gestions privades en què s'hagin acreditat incompliments de clàusules que puguin ser considerades essencials es procedirà a realitzar el corresponent procediment legal per internalitzar immediatament.

3.7. Representació institucional de persones usuàries i familiars

La Carta dels drets fonamentals de la Unió Europea (UE), proclamada pel Parlament Europeu, el Consell de la Unió Europea i la Comissió Europea, el 7 de desembre de 2000 a Niça, reconeix oficialment, en el seu article 25, «el dret de la gent gran a dur una vida digna i independent, i a participar en la vida social i cultural», text que ve a reforçar l'article 25, també, de la Declaració universal dels drets humans de 1949.

El 2014, el Ministeri de Sanitat, Serveis Socials i Igualtat del Govern d'Espanya, publicava el «Marc d'actuació per a la gent gran», una sèrie de propostes i mesures per a «enfortir l'exercici dels drets de la gent gran». S'entenia que calia facilitar «la participació real de la gent gran en la preparació, elaboració i adopció de les normes, estratègies o decisions que els concerneixen».

Finalment, l'anomenada *Llei de dependència* estableix, en el seu article 3.k, la participació de les persones en situació de dependència i, si escau, de les seves famílies i entitats que els representin en els termes previstos en aquesta Llei.

Abans i durant la pandèmia, familiars i residents i les seves organitzacions no han tingut cap participació en decisions que els afecten directament, relegant-los a la posició de simples espectadors, a diferència del que passa amb les organitzacions empresarials. El Govern i els departaments només tenen la visió d'una de les parts, de l'empresariat, que fa de les cures un negoci, però no dels que ho reben, desconecient les mancances, les necessitats i la realitat quotidiana del residents i les seves famílies i del que passa als centres.

Cal garantir que la gent gran i dependent i les organitzacions de familiars tinguin una participació activa en tots aquells fòrums institucionals (comissions, taules, etc.) on es discuteixi el seu present i el seu futur, en el plantejament i reforma dels serveis socials, la discussió sobre el nou o nous models de residències; en definitiva en la preparació, elaboració i adopció de les normes, estratègies o decisions que els concerneixen, promovent la seva presència activa en els òrgans participatius

i consultius de les administracions públiques. També en tot el que faci referència a qualsevol mesura que es pugui prendre en l'àmbit residencial davant futures emergències siguin les que siguin (sanitàries, climàtiques, etc.).

Per tant, instem els poders públics a integrar les associacions de familiars i persones usuàries en qualsevol dels fòrums d'àmbit local, territorial o autonòmic, d'acord amb els drets reconeguts en les normes fonamentals citades anteriorment.

Com diu la Fundació ECOM, «és imprescindible garantir la participació de les persones amb discapacitat física i/o orgànica, i de les entitats que els representen, en la construcció i implementació de les polítiques i estratègies públiques».

Igualment, Eliseu Oriol, exdirector dels Serveis Territorials de Treball, Afers Socials i Famílies, fa referència a la participació de les organitzacions de familiars quan indica: «Una nova conclusió: la necessitat d'estendre el diàleg social i la concertació en el sistema de residències de persones grans, de persones amb discapacitat i d'infants; calant en l'ADN i amb un debat on sigui escoltada i atesa la societat civil».

3.8. Consells de participació de les residències. Representació de persones usuàries i familiars

Hi una altra dimensió de la participació, la que té a veure amb qüestions relatives a l'organització de la vida en els centres. S'ha de fomentar la participació activa de les persones usuàries i dels seus familiars i/o persones properes en les decisions de planificació, prestació i avaluació dels serveis.

És necessari democratitzar el funcionament dels centres, que els usuaris i els familiars puguin decidir sobre les qüestions que els afecten directament. Cal canviar un règim gairebé carcerari on les direccions dels centres prenen totes les decisions i usuaris i famílies només poden obeir, i on, per por de represàlies, ningú gosa reclamar ni denunciar.

Els consells de participació de les residències, establerts en l'art. 57 de la Llei 12/2007, de l'11 d'octubre, de serveis socials, i desenvolupat en el capítol IV del Decret 202/2009, de 22 de desembre, dels òrgans de participació i coordinació del Sistema Català de Serveis Socials, poden ser una bona eina, però la composició, funcions i organització establertes en l'esmentat capítol no donen resposta a les necessitats actuals.

Els familiars tenen un vocal en el Consell, i els residents, quatre, però l'elevat grau de deteriorament d'aquests impedeix que puguin tenir una participació efectiva, fet utilitzat pels gestors de les residències per mantenir el control de les decisions, ja que procuren la designació arbitrària d'aquests representants dels residents, barren així el pas al fet que puguin ostentar la representació del usuari els familiars de referència o tutors legals, com preveu la normativa.

Com dèiem, abans i durant la pandèmia, familiars i residents no han tingut cap participació en decisions que els afecten directament, relegant-los a la posició de simples espectadors, cosa que cal canviar radicalment.

S'ha de modificar la composició dels consells de participació, les seves funcions i la seva organització, tal com s'indica a continuació:

- Incrementar a cinc el nombre de representants dels familiars, ja que són els que realment estan en condicions de vetllar pels interessos dels residents.
- Incloure l'associació de veïns del barri amb un representant, amb veu i vot.

El consell de participació ha de tenir capacitat de decisió en els aspectes que concerneixen directament la vida dels residents, així com en tot el que és relatiu al funcionament del centre.

Les reunions han de ser, com a mínim, trimestrals, tret que circumstàncies excepcionals aconsellin la celebració de reunions amb major assiduitat, a petició de qualsevol membre del Consell.

Cal assenyalar que el Ple del Parlament de juliol de 2020 va aprovar una proposta de resolució per fer aquests canvis, però res s'ha fet fins ara.

3.9. Autonomia personal i atenció a la dependència

L'entrada en vigor l'any 2007 de la Llei 39/2006, de promoció de l'autonomia personal i atenció a les persones en situació de dependència (LAPA), anomenada *Llei de la dependència*, va ser una revolució. Reconèixer el dret subjectiu a un servei de cures, per als que necessiten suport a un projecte de vida digne, va ser un punt clau en el reconeixement de drets de ciutadania i de vida a Espanya, que pretenia ser el quart pilar de l'estat del benestar.

La realitat és que mai s'ha arribat a desplegar per falta de finançament suficient i garantia des d'un principi, a la qual cosa s'ha de sumar les retallades realitzades a partir de 2011, tant de l'Estat com des de la Generalitat. Com diu la Intersindical CSC, «un problema estructural de l'esmentada Llei és la impossibilitat de fer complir els drets que reconeix a les persones beneficiàries, perquè el finançament que ha de garantir la satisfacció d'aquells drets és insuficient».

Les retallades a la dependència comporten unes immenses llistes d'espera, que deixen sense l'assistència que necessiten a milers de persones. A Catalunya cada any moren milers de persones en llista d'espera, sense arribar a ser ateses.

Segons l'últim informe semestral de l'Imsero, el 30 de juny de 2022 a Catalunya hi havia 72.371 persones dependents en llista d'espera, sense rebre cap prestació, malgrat tenir reconeguda la seva dependència. El total de persones demandants pendents de resolució de grau de dependència era de 24.918.

La situació fins ara és un drama per a familiars i dependents, ja que la majoria no pot assumir el cost econòmic dels serveis privats. Per això cal prendre mesures per eliminar-les, millorant el finançament tant com sigui necessari.

Tanmateix, les millores de les dotacions pressupostàries efectuades pel Govern de l'Estat, situant el finançament aquest 2023 de la Llei de la dependència en 4.605 milions d'euros, esdevé un horitzó de millora molt important. En els 3 últims anys el pressupost per a la dependència s'ha quadruplicat. És transcendental veure aquests efectes en la transferència a les comunitats autònomes i que Catalunya avanci en les prestacions i llistes d'espera.

També és necessari agilitzar el procediment. Per això cal unificar la resolució administrativa de valoració amb la del programa d'atenció (PIA), que permeti fer en un acte administratiu el reconeixement de valoració i la provisió del servei, la qual cosa generarà una agilització i simplificació dels procediments administratius que beneficiarà els usuaris i l'Administració.

3.10. Professionalització i dignificació de les condicions laborals

El sector de l'atenció a les persones i les cures esdevenen un sector essencial per al sosteniment de la vida. El poc valor social dels treballs de cura es constata en la manca de reconeixement social i les condicions de precarietat amb sous molt baixos. La pandèmia va contribuir a posar la realitat de les treballadores del centres residencials al descobert i a fer evident la injusta precarització amb què desenvolupen les seves funcions.

Les condicions retributives són el primer repte que cal abordar. Equiparar els sous de les professionals de les residències amb les categories de les mateixes professionals que treballen al sector sanitari públic.

La professionalització dels equips d'atenció directa de les residències passa per oferir les condicions laborals adequades a les titulacions, amb igualtat de condicions amb independència de quin és el centre de treball on exerceixen i la seva titularitat, pública o privada. L'equiparació de salaris del personal de residències amb els dels serveis públics és essencial per garantir la professionalització i l'estabilització dels equips d'atenció directa.

2. Propostes preparatòries per a la votació de les conclusions presentades pels grups parlamentaris al desembre del 2023

2.1. Proposta preparatòria per a la votació de les conclusions del Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar (reg. 117779)

Constatació 1

Les competències en la gestió de centres residencials per a persones grans i persones amb discapacitat eren de les comunitats autònomes abans, durant i després de la pandèmia de Covid-19. El primer mes de la pandèmia va estar caracteritzat per una greu manca de coordinació i comunicació amb les residències de Catalunya i amb els ens locals, així com amb el conjunt del sector residencial. L'escassetat d'equips de protecció i el desconeixement del virus durant els primers mesos van tenir una afectació directa entre els residents i els treballadors/es de les residències. Es va posar de manifest la inexistència de comunicació i coordinació entre el sector social i sanitari, així com les dificultats de derivació dels centres residencials als centres hospitalaris.

Constatació 2

L'impacte en termes de morbiditat va ser semblant a totes les residències, mentre que en termes de mortalitat va ser menor entre els centres residencials per a persones amb discapacitat o amb problemes de salut mental. No es constata cap diferència en aquests dos elements entre residències de gestió pública, de gestió delegada o privada. Òbviament, el factor edat i la fragilitat prèvia han estat l'element crític. Cal tenir en compte que el canvi demogràfic a Catalunya va produir que quasi la totalitat dels usuaris dels centres residencials per a gent gran fossin i siguin persones d'alta dependència (graus II i III) amb múltiples malalties cròniques complexes en estadis molt avançats, fragilitat extrema i atenció de maneig complex.

Constatació 3

Les greus dificultats, en tots els àmbits i a escala mundial, sobretot en les primeres onades, per disposar de recursos materials, equips EPI, proves diagnòstiques, medicació, sobretot dispensadors d'oxigen, com també dels recursos humans, professionals de tot nivell, sanitaris, auxiliars de geriatria, personal de suport, la seva substitució quan emmalaltien, exceptuant alguns casos aïllats, va ser una tasca difícil. Així mateix, el desconeixement sobre la malaltia va dificultar calcular l'impacte emocional entre els professionals de primera línia que massa sovint es van trobar desbordats, impotents i sobrecarregats per peticions múltiples de dades i informació que difícilment podien elaborar i transmetre.

Constatació 4

L'entrada del Departament de Salut en la gestió de la Covid-19 al sistema residencial va ser positiu. Va permetre establir nous canals de comunicació, la fusió d'àrees socials i sanitàries, la identificació de casos i l'establiment d'indicadors de progrés de la malaltia. Tot i això, s'evidencia un desconeixement de l'àmbit sanitari en relació amb l'àmbit residencial. Funcionen amb sistemes d'informació diferents i sense bases de dades compartides. Els responsables mèdics i d'infermeria de les residències no tenen accés a l'expedient clínic de l'usuari/ària. El gran nombre de protocols i instruccions que es feien segons es coneixien novetats sobre la Covid-19 va dificultar un seguiment acurat de les mesures a portar a terme.

Constatació 5

Els criteris de derivació per decidir si una persona resident era traslladada al sistema hospitalari van ser mèdics, i van ser publicats pel SEM. El tensionament del sistema sanitari i la manca de coordinació amb el sector residencial va provocar un accés desigual als centres hospitalaris. Les persones residents van ser confinades a les seves habitacions com a mecanisme per a frenar la propagació del virus. Aquests

aïllaments van comportar conseqüències físiques i psicològiques en les persones residents que, pel seu estat de salut, sovint no entenien què passava, es van veure privades del contacte personal amb el personal de la residència i amb els seus familiars. Algunes residències van vulnerar el dret a la informació sobre l'estat de salut i l'evolució de les persones residents als seus familiars.

Constatació 6

El 27 de desembre de 2020 s'inicia el procés de vacunació a les residències catalanes. És, sense cap mena de dubte, l'element que permet traçar un abans i un després en la gestió de la pandèmia. Es van desplegar un total de 25 equips de vacunació a tot el territori i va existir un tracte prioritari en la vacunació de les persones que vivien a les residències. Entre gener i febrer de l'any 2021, la mortalitat en residències per la vacunació va caure un 60%. Al juny de 2021, el 95% dels residents i el 85% dels treballadors/es havien estat vacunats amb la pauta completa.

Constatació 7

La tasca de les professionals de les residències, en condicions molt adverses, va ser cabdal per atenuar-hi la incidència de la Covid-19. Cal reconèixer la seva tasca i contribució a la cura de les persones grans i persones amb discapacitat de Catalunya. Els i les professionals de l'àmbit residencial van ser colpejats per la pandèmia per contagi i esgotament físic i psicològic, fet que va provocar un important nombre d'incapacitats temporals i baixes laborals que van afectar greument l'atenció de persones residents.

Constatació 8

Entre els problemes de les professionals del sector residencial destaquen la manca d'una titulació adequada i adaptada, sous baixos, llargues jornades laborals, l'alta rotació de personal i una ràtio desequilibrada que no s'actualitza des de l'any 2011. Encara avui el sector pateix la manca de professionals, ja que en altres sectors de la cura, com pot ser el sanitari, les condicions laborals són millors i, per tant, decideixen fer el canvi. No deixa de ser contradictori voler reconèixer el sector residencial com a essencial quan existeix una precarietat sistèmica sostinguda pels governs durant la darrera dècada.

Constatació 9

El règim d'inspecció va ser insuficient. S'ha expressat per diversos compareixents i en alguns documents la crítica als serveis d'inspecció que, a més de la seva habitual pràctica normativista, poc orientada al servei i a la solució dels problemes, augmentaven la confusió i donaven ordres contradictòries sobre els criteris de derivació a centres *buffer* en l'agrupació de persones segons els resultats de les proves, test d'antígens, PCR, obviat el valor predictiu i els períodes finestra en la positivació dels tests. Els problemes amb la inspecció continuen avui dia.

Constatació 10

La manca de polítiques en l'àmbit residencial per part del Govern en la darrera dècada ha provocat el seu estancament. No s'han generat sistemes de coordinació, ni d'informació compartida, ni d'informatització comuna. No s'ha actualitzat la cartera de Servei Socials des de l'any 2011. Els recents increments de tarifes són anecdòtics i clarament insuficients. Tampoc s'han incrementat les ràtios d'atenció, tot i l'increment dels graus de dependència de les persones que ocupen places residencials. Es parla molt de generar un nou model de cures a Catalunya, que posi la persona en el centre, però actualment podem constatar que el sistema pateix un infrafinançament crònic que no permet arribar a estàndards de qualitat bàsics exigibles per a la cura de la nostra gent gran.

Conclusions

1. Reconèixer a les víctimes i familiars i als i les professionals de tot el sector social la seva implicació i dedicació durant la pandèmia.

2. La definició d'un nou model de centres residencials per a gent gran i la seva vinculació i suport amb el sistema sanitari, a partir de les lliçons apreses de la pandèmia i assegurant la participació de residents i familiars, així com de la societat civil que treballa i representa la gent gran.

3. L'estructuració d'òrgans de gestió integrals socials i sanitaris, compartint l'ordenació i desplegament territorial, amb una coordinació constant i que garanteixi un continu assistencial hospitalari, sociosanitari i residencial, entre d'altres.

4. Cal deixar enrere una dècada de desinversió per part dels diferents governs de la Generalitat de Catalunya, que no han destinat cap euro de pressupost propi a la construcció de residències. Cal reprendre el camí de la construcció i gestió d'equipaments residencials públics, que assegurí a la ciutadania la igualtat d'oportunitats en l'accés al servei, arreu del territori.

5. Adequar les plantilles del personal de residències a les necessitats reals d'atenció a les persones residents, millorant el necessari reconeixement dels professionals, incrementant urgentment les ràtios d'atenció i millorant les seves condicions laborals i salarials, equiparant-les a les del sector públic. Cal establir uns programes, currículums i criteris formatius que garanteixin una correcta formació dels treballadors/es de les residències, tant de forma inicial com de manera continuada.

6. El règim d'inspecció és insuficient. S'imposa un nou model d'inspecció, amb més personal, més dotat econòmicament i amb nous criteris. Cal recordar que la competència en inspecció és del Govern de la Generalitat de Catalunya. Cal un sistema amb més transparència amb especial atenció a les condicions i conductes que poden afectar els drets de les persones residents. Cal instar el Govern a generar un mecanisme de seguiment continuat que assegurí que les empreses gestores de centres residencials que fan una gestió delegada dels serveis públics compleixen escrupolosament els plecs de condicions signats, la qualitat del servei i les condicions laborals dels treballadors/es. Cal agilitzar la intervenció directa de les residències per part del Govern quan es detectin irregularitats continuades i/o incompliments dels requisits detectats pel sistema d'inspecció.

7. L'atenció mèdica dels centres residencials ha de deixar de ser privada i s'ha de prestar des del sistema públic de salut, especialment des dels professionals dels centres d'atenció primària, cosa que implicarà un increment de professionals. No es pot donar una atenció diferenciada pel que fa al dret a l'atenció sanitària a aquelles persones que viuen en residències respecte a aquelles que ho fan al seu domicili. En aquesta línia, cal que el Govern assumeixi la inversió total que requereix reforçar el sistema d'atenció domiciliària com a espai preferent d'envelliment per part de la ciutadania abans de la seva institucionalització, pagant als ajuntaments el 100% del preu hora per SAD que marca la llei.

8. Cal actualitzar la cartera de serveis socials, incrementar les ràtios de professionals per incrementar el nombre de professionals (especialment auxiliars de geriatría) d'atenció directa, incrementar els mòduls i definir un nou sistema residencial i de cures a Catalunya.

9. Elaborar un procediment unificat de recollida i subministrament de dades sobre persones grans en residències, homologable i compatible amb els sistemes d'informació català, espanyol i europeu. Aquestes dades i indicadors han de servir per desenvolupar polítiques públiques adreçades a millorar l'accessibilitat, l'assequibilitat i la qualitat del sistema de cures per a tota la població.

2.2. Proposta preparatòria per a la votació de les conclusions del Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana (reg. 117762)

Constatació 1

El Parlament de Catalunya constata que a Catalunya, com a la resta del món, la mortalitat per Covid-19 va afectar, en gran mesura, les persones d'edat avançada i amb major càrrega de malaltia crònica. Moltes residències construïdes en les tres últimes dècades tenen un disseny molt hospitalari, que afavoreix una major densitat de persones i, per consegüent, facilitava la transmissió del virus.

Conclusió 1

En vista d'aquesta constatació, es conclou que és essencial continuar cap a un canvi de model de cures de llarga durada. És necessari continuar impulsant un nou model de cures de llarga durada més domiciliari i més comunitari. Un model que segueixi les recomanacions realitzades des d'Europa, que consisteixen, principalment, a potenciar el servei d'ajuda domiciliària, donar major pes a les comunitats en el suport de les persones amb dependència i els seus cuidadors, tot construint solucions d'habitatge adaptat que permetin que les persones continuïn vivint en els seus barris i municipis.

Constatació 2

El Parlament de Catalunya constata que el desconeixement de la malaltia per Covid-19 i l'absència de tractament curatiu van afavorir-ne la transmissió, especialment a la primera onada de contagi, que va ser la que més letalitat va tenir a Catalunya. Tant el virus com la seva transmissió, tractaments i la malaltia que desenvolupava es desconeixien i la informació s'actualitzava constantment a mesura que s'obtenien noves evidències.

Conclusió 2

Considerant aquesta constatació, es conclou que s'han d'homogeneïtzar els sistemes d'informació de les residències de Catalunya i fer possible l'intercanvi d'informació entre el sistema sanitari i el de serveis socials. La integració social i sanitària ha de representar l'únic model d'atenció per a aquelles persones que tenen necessitats concurrents de la nostra societat (les que acumulen major nombre de patologies, més dependència i, en moltes ocasions, problemàtica social).

Constatació 3

El Parlament de Catalunya constata que en els darrers anys a les residències de Catalunya, que segueixen una mateixa tendència a nivell global, la concentració de complexitat extraordinària (87 anys d'edat mitjana, 46% de persones amb demència, 51% d'alta complexitat clínica) ha tingut una altíssima presència de persones en situació de final de vida i una mortalitat anual entorn del 20%.

Conclusió 3

Tenint en compte aquesta constatació, es conclou que el sector residencial és un sector canviant que necessita incorporar nous coneixement per fer front a les necessitats canviants dels nous usuaris. Al mateix temps, cal la formació dels professionals en noves competències necessàries per a la cura (com la comunicació, l'autocontrol davant de persones amb trastorns del comportament, l'acompanyament al final de la vida, etc.).

Constatació 4

El Parlament de Catalunya constata que, a diferència dels hospitals o dels centres d'atenció primària de salut, a les residències de gent gran, el professional proporcionalment més representat és l'auxiliar de geriatria, amb una formació clínica molt menys especialitzada. Cal destacar que aquesta és una característica comuna a totes les residències de gent gran del món occidental.

Conclusió 4

Es conclou que cal dignificar la tasca del cuidador, tant de l'informal com del professional, oferint-li formació, acompanyament i eines per tal d'evolucionar cap a l'assoliment d'aptituds i actituds que portin cap a l'excel·lència a l'hora d'atendre persones fràgils i vulnerables.

Constatació 5

El Parlament de Catalunya constata que a Catalunya, com en altres territoris, les residències no han acabat de convertir-se en llars per a les persones grans més dependents perquè, entre altres motius, el seu disseny, tant arquitectònic com en els serveis que es presten, ha estat pensat per optimitzar recursos assistencials i no per desplegar un veritable model d'atenció integral i centrat en la persona (MAICP).

Conclusió 5

En vista d'aquesta constatació, es conclou que cal planificar basant-se en les necessitats territorials. Cal tornar a fer una planificació de serveis a mitjà i llarg termini establint una planificació pública, coneguda i que s'actualitzi periòdicament, que fixi criteris objectius per a l'assignació de recursos.

Constatació 6

El Parlament de Catalunya constata que l'atenció sanitària a les residències no estava preparada per a l'impacte de la pandèmia. La necessitat de millorar l'atenció integrada social i sanitària, especialment per a aquelles persones que tenen necessitats complexes, s'havia abordat en diverses ocasions, com per exemple amb el Pla d'atenció integrada social i sanitària (PAISS). Tot i així, quan va esclatar la crisi sanitària, va desencadenar la necessitat immediata d'una intervenció d'alta intensitat sanitària per a les persones que vivien en residències.

Conclusió 6

Considerant aquesta constatació, es conclou que l'atenció primària i comunitària ha de ser la responsable de l'atenció sanitària de les persones que viuen a les residències al nostre país. Per reforçar la seva actuació s'haurien d'establir protocols d'actuació pactats amb els serveis de geriatria hospitalària de referència. Això permetrà una atenció més adequada a la residència i la derivació a l'hospital només en casos on la persona es beneficiï realment de l'atenció hospitalària.

Constatació 7

El Parlament de Catalunya constata que les condicions dels recursos humans i dels recursos materials del sector residencial, després d'un llarg període d'infrafinançament, estaven al límit a l'inici de la pandèmia. El dèficit de transferències de l'Estat en serveis socials a Catalunya és històric i molt elevat, i comporta conseqüències negatives com l'infrafinançament de la dependència, que fa impossible l'acompliment dels objectius que s'havien fixat com a país per al conjunt del sistema de foment de l'autonomia personal.

Conclusió 7

Tenint en compte aquesta constatació, es conclou que cal exigir el finançament corresponent a l'Estat espanyol amb l'objectiu d'arribar a un finançament equiparable a la mitjana europea. El sector de les cures de llarga durada hauria d'incrementar el seu finançament, com a mínim, al doble, per tal d'acostar-nos al del nostre entorn, que està situat al 2,3% del PIB. L'Estat ha d'assumir el seu compromís de finançament de la llei de la dependència ja que, dels 1.800 milions d'euros que el Departament destinà l'any 2022 a la dependència, només 377 milions d'euros provenien de l'Estat espanyol.

Constatació 8

El Parlament de Catalunya constata que la cartera de serveis socials no s'ha actualitzat des del 2010. I, per tant, no es disposava d'una cartera actualitzada a les noves necessitats de la ciutadania a l'inici de la crisi sanitària. La cartera de serveis socials existent preveia més de 80 serveis diferents amb algunes duplicitats i absències importants (especialment en serveis domiciliaris i serveis comunitaris).

Conclusió 8

Es conclou que s'ha de revisar la cartera de serveis socials (que estava congelada des del 2010), amb la inclusió de nous serveis domiciliaris, nous serveis de promoció de l'autonomia i solucions d'habitatge adaptat i amb serveis. És convenient revisar els serveis ambulatoris (centre de dia, rehabilitació, teràpies grupals, etc.) i les solucions de transport adaptat.

Constatació 9

El Parlament de Catalunya constata que l'emergència sanitària va demostrar desconeixement dels sistemes de serveis socials i de salut i mancances en els recursos assistencials sanitaris de les residències. Especialment, va fer palesa la necessitat d'aprofundir en la coordinació estructural entre els dos departaments.

Conclusió 9

En vista d'aquesta constatació, es conclou que la integració social i sanitària ha de representar l'únic model d'atenció per a aquelles persones que tenen necessitats concurrents de la nostra societat (les que acumulen major nombre de patologies, més dependència i, en moltes ocasions, algun tipus de risc social). Es conclou que és prioritària la implementació d'un model d'atenció integrat, social i sanitari a totes les residències de gent gran.

Constatació 10

El Parlament de Catalunya constata que els serveis d'inspecció del Departament de Drets Socials van continuar la seva activitat (fins a la intervenció de tots els centres per part del Departament de Salut) amb criteris de compliment d'indicadors de procés (no de resultat) molt allunyats del veritable impacte en la qualitat de vida dels residents. Amb tot, la intervenció de les residències s'efectuava a iniciativa de la inspecció de serveis socials.

Conclusió 10

Considerant aquesta constatació, es conclou que és necessari que el sector disposi d'indicadors de qualitat de les cures, si és possible indicadors de resultat i no de procés. En aquest sentit, és primordial la incorporació del Departament de Drets Socials a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya (AQuAS) així com reforçar el sistema d'inspecció posant l'accés a la informació de forma bidireccional. Cal reforçar el sistema d'inspecció posant l'accent en la seva reorientació a través del control dels indicadors de resultat i impacte en la qualitat de vida de les persones que viuen a les residències.

2.3. Proposta preparatòria per a la votació de les conclusions del Grup Parlamentari de Junts per Catalunya (reg. 117757)

Constatacions

1. La pandèmia va afectar especialment les persones grans més vulnerables, focalitzant la major part de la mortalitat d'aquesta pandèmia en l'àmbit residencial, on conviuen la major d'aquestes persones grans.

La fase inicial de la pandèmia ve marcada per la manca de recursos i el desconeixement dels efectes devastadors del virus Covid-19, que va obligar a improvisar respostes per fer front a la situació.

Molts dels errors comesos van ser conseqüència de la manca d'informació científica i de no disposar d'estructures preparades i protocols clars per actuar davant una pandèmia.

Més enllà de la mortalitat, l'impacte del confinament ha estat molt important tant per a les persones grans, els seus familiars i cuidadors com per als professionals, amb repercussions tant físiques com emocionals. I especialment, va tenir un impacte molt important en la salut dels usuaris de les residències.

2. Es constata la feblesa del sistema social català. Una llei de la dependència relegada a la realitat del seu finançament. Catalunya, el 2019, va aportar un 84% d'aquests recursos mentre l'Administració estatal només el 16%, sense donar compliment al compromís adquirit per l'Estat espanyol amb Catalunya fa més de 20 anys. Una estructura departamental infradotada en recursos humans, amb un important dèficit estructural tecnològic, i també cal destacar, com a feblesa estructural del sistema, una manca de mecanismes de control i seguiment dels serveis mitjançant un sistema d'inspeccions.

3. Un sector poc considerat, poc professionalitzat i mal retribuït. Cal destacar que el sector residencial no s'ha valorat ni s'ha considerat fins a la pandèmia, com un sector de serveis a cuidar i a professionalitzar, essent aquest la quarta pota de l'estat del benestar. Fins a la crisi sanitària no s'han posat en valor els professionals en aquest àmbit ni a la cartera de serveis de drets socials ni amb els salaris dels professionals que depenien d'aquest àmbit tot i trobar-se regulats pels serveis prestats des de l'àmbit de la salut i del Departament de Salut. L'absentisme és recurrent per la duresa de la feina i els salaris baixos.

4. Tipus d'estructura arquitectònica de les residències i manca de recursos per combatre la crisi sanitària: sense la realització de tests i, per tant, sense la confirmació de casos positius, la implementació de mesures d'aïllament previstes es va veure greument afectada per la nombrosa presència de casos asimptomàtics. L'estructura arquitectònica de les residències també va dificultar l'aïllament. L'arquitectura variada d'aquests edificis, les seves dimensions, la tipologia diversa de les seves habitacions i la seva ocupació real ens van demostrar que cal repensar un model real d'atenció centrada en i per a la persona, però sobretot en estructures adaptables a situacions d'emergència sanitària.

5. Han quedat al descobert les mancances del sistema amb un infrafinançament de les residències concertades, a qui no s'han actualitzat les ràtios en els últims 20 anys. La manca de personal per atendre tots aquests residents, més la precarització del sector, amb sous baixos, ha estat el detonant de la situació crítica viscuda als centres residencials durant la pandèmia. Cal recordar també que el Departament de Salut va obrir una borsa de voluntaris on es van apuntar més de 400 persones per cobrir les baixes durant la crisi sanitària, i també que el SOC es va posar a disposició dels centres residencials. Però va ser una mesura poc efectiva perquè els directors de les residències es van trobar amb llistats de persones sense formació prèvia o sense disponibilitat per la manca de cribratge previ.

6. En els primers dies de la pandèmia, van mancar les instruccions cap als centres residencials i, una vegada es van iniciar, els centres van rebre una allau d'instruccions, protocols i ordres, impossibles d'assumir en alguns casos ateses la manca de personal i la dificultat d'aplicar-los. Les instruccions anaven dirigides a tots els centres residencials sense distingir entre els tipus de residents, com ara els discapacitats o els pacients de salut mental.

7. Arribada de les vacunes. L'arribada de les vacunes a les residències va ser l'element clau per reduir els contagis i la mortalitat. El 27 de desembre de 2020 va començar la campanya de vacunació, es va començar a vacunar les persones que vivien en residències de gent gran, les persones amb grans dependències i els professionals que hi treballaven. També el personal sanitari i sociosanitari en contacte directe amb persones malaltes de la Covid-19.

8. La implicació i l'esforç dels professionals tant de l'àmbit social com sanitari. En l'àmbit residencial aquest ha estat un punt clau durant tota la pandèmia. En primer lloc, els professionals, com a persones, han hagut d'assumir la malaltia personalment. Enmig del ressò mediàtic de la Covid-19 i de la mirada criminalitzadora cap a les residències, els professionals van fer molts esforços per estar a l'alçada del que es requeria en aquell moment. També cal posar de manifest l'acompanyament incondicional dels professionals de les residències a les persones en situacions de final de vida, sobretot en els casos en què, pel confinament i les restriccions de la pandèmia, els familiars no hi van poder ser presents.

9. Des del primer moment de la pandèmia, per al Departament de Salut va ser prioritari disposar de dades per monitorar l'evolució de la Covid-19 com a eina indispensable per a la presa de decisions i per a l'avaluació de l'efectivitat de les intervencions. El Registre de defuncions per Covid-19 a Catalunya hi va contribuir posant a disposició tant dels gestors i planificadors de l'Administració com de tota la ciutadania (responsables de centres sanitaris, universitats, persones expertes de diferents especialitats, professionals assistencials, etc.) les dades obertes.

10. S'ha activat la col·laboració del sector sanitari amb el sector social i s'ha generat el compromís de consolidar-lo. S'ha iniciat el debat sobre la urgència de decidir com volem envellir, quin ha de ser el model residencial que volem per a la nostra gent gran, la dignificació de la gent gran, la necessitat de ser escoltats, la lluita contra l'edatisme, i el dret a viure i a morir dignament.

Conclusions

1. Cal seguir un model d'atenció centrada en la persona. Aquest model permet garantir millor la dignitat de les persones, ja que assumeix la carta dels drets de les persones amb discapacitat, promou la personalització de l'atenció basada en la història de vida de cada individu, en les seves preferències, i té en compte les seves necessitats. Repensar el model d'atenció domiciliària potenciant l'autonomia a la pròpia llar i intensificant l'atenció i el servei al domicili, per tal d'evitar la institucionalització precipitada de les persones grans. D'aquesta manera, la persona gran podrà continuar convivint amb el seu entorn familiar i mantenir la seva qualitat de vida a la pròpia llar, i es respectarà així la seva voluntat.

2. Hem d'exigir a l'Estat espanyol que compleixi el finançament de la dependència. Només d'aquesta manera es podran garantir els canvis que cal per poder adaptar el sistema residencial a les noves necessitats. El sistema social català no pot seguir aportant més del 80% del finançament conjuntament amb les famílies dels usuaris.

3. Hem de dignificar els professionals que defensen i treballen en aquest sector, en tots els sentits: retribució, comunicació i dignificació del sector. Si volem un sistema de residències de qualitat, siguin públiques, privades o concertades, on les nostres persones grans se sentin com a casa i se'ls acompanyi en el seu dia a dia, amb qualitat del servei, també cal que es repercuteixi en les condicions laborals dels treballadors del sector.

4. S'ha d'avançar cap un model únic i unificat d'edificis residencials adaptats a les noves necessitats. Cal repensar les habitacions compartides, els serveis compartits o el monitoratge estricte. És fonamental mantenir la dignitat i la privacitat com a elements del projecte d'envelliment i, al mateix temps, aquests nous tipus de distribució podrien contribuir a evitar situacions com les viscudes amb la pandèmia, ja que haurien facilitat l'aïllament.

5. La col·laboració publicoprivada és essencial per garantir el model. Cal dotar del finançament adequat les residències concertades atenent els canvis que s'han produït en el nivell de dependència dels residents els darrers anys, que requereix un augment de ràtios per donar un servei de qualitat. Així mateix, cal un sistema d'inspecció per dur a terme un control eficaç per part de l'Administració que garan-

teixi un bon servei, que passa per l'augment dels equips d'inspectors i la revisió de la normativa reguladora.

6. Crear en el termini de 6 mesos una taula residencial per promoure i dissenyar el nou model residencial. Això ha de permetre desplegar polítiques públiques que ajudin a lluitar contra la soledat, iniciatives de domotització que ajudin les persones d'edat avançada a viure segures a casa, incrementar els serveis de socialització, d'activitats, de serveis digitals especialitzats, de suport a les famílies que tenen cura de les seves persones grans. Cal fomentar els drets i les preferències de les persones grans i tenir-los en compte a l'hora de planificar els serveis. Cal un debat social sobre la dignitat de les persones grans, perquè pel sol fet d'envellir no vol dir que estiguin mancats de drets. Garantir l'atenció a les persones grans en l'última etapa de la seva vida ha de ser una de les finalitats de les polítiques públiques de les administracions. Cal desplegar una nova cultura social de transició a la vellesa.

7. Potenciar la Unitat de Vigilància Epidemiològica (UVE) i crear un centre de recerca de l'envelliment. Potenciar la recerca. Fer un seguiment de l'evolució de la vacunació en les persones grans per tal de preveure escenaris futurs i protegir aquest col·lectiu altament vulnerable de possibles nous brots d'aquest i altres patògens. Promoure enquestes contínues del sector residencial per conèixer l'evolució de la població resident i poder adaptar ràpidament el sistema a les noves necessitats.

8. Dret a envellir en la nostra llengua. La millor assistència per a una persona és aquella que es basa en una bona comunicació i això passa perquè cadascú es pugui comunicar amb la llengua en què millor s'expressa. Defensar el dret a viure, conviure i ésser atès en català en totes les etapes vitals, i també per a les persones grans. Garantir que es respecten els drets lingüístics dels catalans tant en les atencions mèdiques i sanitàries com a les residències de gent gran, d'acord amb la resolució de les Nacions Unides que demana que es respectin els drets de les minories lingüístiques.

9. La tecnologia ha de jugar un paper més actiu en la cura de les persones grans, no pas per substituir les persones que cuiden persones, sinó al contrari, per augmentar les seves capacitats i l'abast de la seva feina. Una onada d'innovació és fonamental per repensar els models de servei. Digitalització sense que sigui una substitució de les relacions personals.

10. Crear l'agència sociosanitària de Catalunya. La cooperació i el treball conjunt que han realitzat durant aquest temps de pandèmia han de servir per integrar les polítiques i actuacions d'ambdós departaments en relació amb la gent gran, protegint-ne la salut, atenent la dependència i promocionant l'autonomia des d'una única mirada. Tendir a la unificació dels sistemes d'informació i d'expedients socials i sanitari en els casos que sigui necessari. I fer-ho escoltant, especialment, els sectors implicats, els professionals i els usuaris.

2.4. Proposta preparatòria per a la votació de les conclusions del Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar (reg. 118126)

Constatació 1. El model de residències està basat en la privatització i la concertació

El model residencial imperant actua com a grans sociosanitaris *low cost* ja que gran part de les residents presenten pluripatologies i a moltes de les residències s'hi barregen usuàries amb diferents graus de dependència tant física com psíquica.

El 93% de les residències de gent gran a Catalunya són de gestió privada. Del total de 976 residències, només 68 són de titularitat i gestió pública, 76 són de titularitat pública i gestió privada, i les 832 restants són privades. La privatització que es dona comporta que les usuàries no gaudeixin de la mateixa qualitat del servei ni les professionals de les mateixes condicions laborals.

Hi ha una gran mancança de residències públiques per a gent gran i també per a discapacitats.

Conclusió 1

Cal posar fi al lucre de les empreses i de les fundacions gestores i avançar cap a un model residencial de titularitat, gestió i aprovisionament públic que permeti, a més, l'equiparació de les condicions laborals de les professionals amb un únic conveni. Igualment, cal reconvertir algunes residències en centres sociosanitaris que formin part del Departament de Salut, els quals podrien ser de curta i mitjana estada, i garantir més centres de dia i més dotació de professionals en aquests centres.

Donat que a les residències no es disposa de personal mèdic ni d'infermeria les 24 hores del dia, cal enfortir l'atenció primària per garantir l'accés de tota la població, incloent-hi, per descomptat, la que té com a llar una residència.

Constatació 2. El model residencial pateix un infrafinançament crònic

La Llei de la dependència no disposa d'un sistema de finançament adient i això comporta una tensió pressupostària que ha donat lloc a moltes mancances al sistema residencial. La Generalitat no disposa de prou recursos per fer front a la demanda de places de residència.

Conclusió 2

Cal augmentar els recursos que es destinen a l'àmbit residencial i a la dependència, exigint a l'Estat espanyol recursos per donar compliment a la seva legislació, i cal que les residències siguin totes de titularitat, gestió i provisió 100% públiques. No hi pot haver entitats que es lucrin, amb menor o major mesura, quan parlem d'un servei d'aquest tipus.

Constatació 3. Els serveis d'inspecció són deficientes

El servei d'inspecció actual és per denúncia i en rares ocasions s'actua d'ofici. Hi ha manca de personal (a finals de 2019 només hi havia 29 inspectors i no estaven destinats exclusivament a realitzar inspeccions a residències de gent gran) i es fan poques denúncies per part dels usuaris. Aquesta infradenúncia invisibilitza les vulneracions de drets que pateixen les persones institucionalitzades. La majoria d'aquesta manca de denúncies es dona per desconeixement dels propis drets així com dels mecanismes per denunciar aquestes vulneracions. També hi ha manca de confiança en el sistema i por de les possibles conseqüències.

Conclusió 3

Cal millorar la fiscalització de les residències millorant el sistema d'inspeccions dels centres residencials per dotar-lo de més recursos i més transparència, i assegurar que presta especial atenció a les condicions i conductes que poden afectar els drets humans de les persones residents, establint un sistema:

- a) D'inspeccions residencials que inclogui:
 - La publicació de dades sobre el nombre de visites i els seus resultats.
 - Les visites regulars als centres sense previ avís i comptant amb uns indicadors d'inspecció que assegurin la vigilància efectiva del compliment dels requisits normatius.
- b) De denúncies que garanteixi l'anonimat i la rendició de comptes, així com recursos adequats per al seguiment efectiu de les denúncies que assegurin l'adopció de mesures de correcció.

Constatació 4. Les condicions laborals en l'àmbit residencial són profundament precàries

Ens trobem davant d'un sector professional menystingut i poc dignificat. Un sector altament feminitzat i amb moltes treballadores migrades. Es tracta d'un sector altament precaritzat caracteritzat pels contractes temporals, sous miserables, manca de formació i alta càrrega de treball. L'alta privatització, en molts casos fins i tot a

fons d'inversió, és el que ens ha dut a aquesta situació: els beneficis empresarials es maximitzen en detriment de les condicions laborals i del benestar de les persones.

Conclusió 4

Cal desprivatitzar i publicar el sistema per poder dignificar les condicions de treball, equiparant les condicions de treball de totes les professionals amb un únic conveni i, en el cas de les professionals sanitàries, equiparant les seves condicions a les que tenen aquelles professionals adscrites al Departament de Salut.

Igualment, cal adequar les plantilles del personal de residències a les necessitats reals d'atenció de les persones residents i comprometre's que aquestes plantilles augmentaran progressivament i de forma calendaritzada amb l'objectiu de reduir les ràtios, així com garantir-ne una formació obligatòria i especialitzada.

Constatació 5. Actuació negligent de l'Administració pública durant la primera onada de la Covid-19

Es va produir una resposta tardana per part de les diferents administracions públiques. És injustificable que ni la Generalitat ni el govern espanyol paressin atenció als efectes devastadors de la pandèmia a la Xina, en un primer moment, i a Itàlia a continuació.

La resposta davant la Covid-19 es va dirigir a donar suport al sistema sanitari. El fet que les residències no pertanyin a aquest àmbit va motivar que en un inici aquestes quedessin excloses de la resposta de les administracions. La manca de coordinació inicial entre departaments va motivar el retard de la detecció de contagis de Covid-19, fins al punt que, tal com afirma Metges Sense Fronteres, les persones que viuen en residències van caure en oblit.

Conclusió 5

Cal reforçar els equips de vigilància epidemiològica, en particular, i l'Agència de Salut Pública, en general, perquè mai més es tornin a passar per alt les epidèmies que representen un risc real per al conjunt de la població catalana, encara que s'iniciïn en altres punts del món. Igualment, cal garantir una correcta coordinació entre els departaments de Salut i Drets Socials, així com diferenciar la funció dels centres sociosanitaris de les residències de gent gran.

Constatació 6. La falta d'EPI i tests en un inici va ser fatal

Durant la primera onada la manca d'EPI va ser una constant, però, tenint en compte que la resposta principal de l'Administració es va centrar a donar suport al sistema sanitari, l'àmbit residencial només va poder accedir a EPI un cop el sistema sanitari va veure cobertes les seves necessitats.

Les taxes elevades d'infecció asimptomàtica entre el personal i les persones residents juntament amb l'absència de tests van dificultar encara més el reconeixement precoç i el desplegament de mesures per al control i prevenció de la pandèmia en l'àmbit residencial.

L'absència de proves diagnòstiques va dificultar encara més la disponibilitat d'estadístiques fiables sobre el nombre de morts i de dades sobre l'impacte de la primera onada en els residents.

Conclusió 6

Disposar de sobirania productiva és clau per fer front a situacions d'emergència que impliquin un trencament de les cadenes de producció internacional. També s'ha evidenciat la necessitat d'impulsar una farmacèutica pública catalana per tal de no tornar a ser ostatges dels interessos depredadors de la indústria farmacèutica, que ha demostrat no tenir cap mena d'escrúpols per augmentar els seus marges de benefici fins i tot en casos d'extrema gravetat. A l'últim, cal dur a terme una radiografia en relació amb les residències de gent gran a Catalunya que aporti dades precises sobre

el nombre i perfil dels residents, el nombre i la qualificació de les treballadores, la disponibilitat de professionals i de serveis sanitaris als centres...

Constatació 7. L'abandonament dels residents durant la primera onada

La Generalitat va aprovar un protocol del Servei d'Emergències Mèdiques en el qual es recomanava no ingressar a les UCI pacients majors de 80 anys infectats de Covid-19. Això va comportar que la gran majoria de residents malalts per Covid-19 no fossin derivats al sistema sanitari, o que se'ls derivés massa tard, vulnerant el dret a la salut, ja que no es va arribar a oferir ni garantir una alternativa viable adequada. L'exemple més evident és la manca d'oxigen per als pacients greus de Covid-19.

A banda, la conselleria de drets socials va atorgar 7,8 milions d'euros públics a una trentena de residències amb l'objectiu de reservar places que servissin per acollir residents amb Covid-19, que mai van ser ocupades.

Conclusió 7

Els departaments de Salut i Benestar Social no van garantir que el personal de les residències disposés del suport sanitari adequat per fer front a la pandèmia durant la primera onada. Cal impulsar una auditoria independent per avaluar el grau d'incompliment de les obligacions de l'Administració a l'hora de garantir la qualitat de l'atenció en les residències i la protecció dels drets de la gent gran durant la pandèmia. També cal auditar i garantir el rescabament de diners públics que s'escaiguin en el cas de les places *buffer*.

Cal un acte públic de reconeixement de víctimes i familiars, per fer explícit el compromís de les autoritats en la cerca de la veritat i d'oferir garanties de reparació i no repetició.

Constatació 8. En relació amb l'abordatge de noves epidèmies o noves emergències futures a les residències

Manquen plans de contingència que es puguin adaptar amb facilitat a cada residència, que siguin el marc que hauran de desenvolupar les residències, guiades, acompanyades i supervisades territorialment, assegurant que les persones grans i les seves necessitats de cura i de salut es posin en el centre d'atenció. Plans que haurien d'incloure una dotació de recursos (financers, humans i materials) per a l'enfortiment dels sistemes de salut, tant d'atenció primària com hospitalària, i de l'àmbit residencial, i també haurien d'incloure uns criteris d'avaluació dinàmica.

Conclusió 8

Per millorar l'abordatge de noves epidèmies o noves emergències a les residències, cal:

- Desenvolupar els plans de contingència esmentats en la constatació 8.
- Establir polítiques i mecanismes per a la detecció, vigilància i control efectiu en entorns com les residències, garantint l'accés a EPI i a formacions sobre el seu ús per a personal i residents.
- Assegurar la capacitat de sectorització en les residències, respectant la dignitat i la cura de les persones grans, garantint que les mesures de sectorització responguin a les necessitats de socialització de la població resident i prioritzant la salut íntegra dels residents.
- Acompanyar aquestes mesures amb la recopilació, sistematització, publicació i anàlisi de dades, per millorar la presa de decisions.

Constatació 9. El futur del model de residències ha de fugir de l'interès privat i ha de posar les persones al centre

Pràcticament totes les persones i entitats compareixents al GTAICRE coincideixen a reivindicar més recursos per a l'àmbit residencial. És evident que el Departament de Drets Socials no compta amb el finançament adient per a fer front a tots els

reptes que comporta minimitzar o apaivagar les desigualtats resultants d'un sistema tan cruel i classista com és el capitalisme patriarcal. L'espoli fiscal que pateix el nostre país dificulta encara més disposar del finançament adient per a tenir cura de la nostra població des d'una vessant social. Així mateix, de poc servirà augmentar els recursos que destinem a l'àmbit residencial si no canviem el model en profunditat prenent com a base totes les constatacions i conclusions formulades al llarg del document.

Conclusió 9

Per avançar cap a un model residencial pensat per al benestar de la població i no per al negoci privat, cal:

- Posar fi a les macroresidències, sectoritzar les actuals per grau de dependència i construir-ne de noves 100% públiques, amb una visió de llar i no d'hospital. Fins i tot pensant que siguin autogestionades per usuaris i/o familiars i comptant amb la participació econòmica de la Generalitat en les comunitats de cohabitatge autogestionades.

- Incrementar els recursos destinats a residències de manera progressiva i assegurar-ne l'adequació tenint en compte una valoració real de les necessitats de la població.

- Diferenciar de forma real els sociosanitaris de les residències i posar fi al model de sociosanitaris *low cost*.

Conclusió 10

Per avançar cap a un model residencial que posi les persones al centre, cal assegurar:

- Que es potencia l'autonomia a la llar i l'envelliment actiu amb atenció domiciliària de proximitat comptant amb el suport dels professionals de l'atenció primària de salut.

- La participació de residents, familiars i societat civil en tots aquells processos i decisions que els afectin per assegurar que s'escolten les seves propostes i es dona resposta a les seves necessitats.

- Que les decisions mèdiques es basaran en avaluacions clíniques individualitzades, de necessitat, amb criteris ètics i sobre la major evidència científica disponible.

- El contacte regular entre les persones residents i els seus familiars, evitant el confinament dels residents tant com sigui possible.

2.5. Proposta preparatòria per a la votació de les conclusions del Grup Parlamentari d'En Comú Podem (reg. 117752)

Consideracions prèvies

En el transcurs del Grup de Treball d'Anàlisi de l'Impacte de la Covid-19 en les Residències, els compareixents amb responsabilitat de govern, en els departaments de Salut i de Drets Socials, han repetit com un mantra que la Covid-19 era un virus letal desconegut i que no es va poder fer més, que va ser un tsunami. No obstant, com diu Manuel Rico en seu informe, «els governs no són responsables del virus, del tsunami, però ho són de l'estat en què es trobaven les costes; de les deficiències estructurals endèmiques que patíem i de les decisions preses especialment a la primera onada».

La pandèmia de Covid-19 ha posat de manifest la situació límit en què es trobaven les residències, abandonades completament per les administracions públiques i amb una manca de recursos per atendre dignament la gent gran, fruit de les retallades i de l'endèmica falta d'inversió. Tenim un sector absolutament privatitzat, aproximadament el 80% de les places residencials a Catalunya són privades, però la realitat és que la privatització supera amb escreix el 90% ja que cal afegir que la

Generalitat només conserva 16 residències en gestió directa i pràcticament totes les dels ajuntaments i altres institucions públiques també són de gestió delegada.

A Catalunya tenen presència els grans fons d'inversió i empreses de l'IBEX-35, grups empresarials com DomusVi, Orpea, Amavir, Colisée, Bastón de Oro, Sanitas, Vitalia, Eulen, Clece, etc. També en tenim de propis com Mutuam o L'Onada.

Fons d'inversió i grans empreses per a les quals preval el benefici econòmic per sobre del benestar de les persones, i això es fa habitualment amb centres molt grans i habitacions compartides, incomplint ràtios de personal, oferint una alimentació de molt baixa qualitat, no subministrant el material necessari per a la higiene i l'atenció als residents ni reposant el necessari per al funcionament quotidià dels centres i imposant condicions laborals precàries.

Amb un servei d'inspecció on, al 2020, només hi havia 29 inspectors per a tot Catalunya, era impossible fer un control del que realment passava dins dels centres, a la qual cosa hem d'afegir un règim sancionador en absolut dissuasiu. Com diu en el seu informe Eliseu Oriol, exdirector dels Serveis Territorials de Treball, Afers Socials i Famílies de Barcelona, «l'operativa de la Inspecció a base de *check-list* permetia conèixer el nombre de llençols, per exemple, i el seu gruix però, no el que podia passar d'important o risc en la residència visitada i inspeccionada».

Hi havia una falta d'adequació de les plantilles i dels professionals dels centres a la realitat de les persones a les quals s'havia d'atendre. Les ràtios de personal auxiliar de geriatria i sanitari, previstes a la Cartera de serveis del 2010 de la Generalitat eren –són– manifestament insuficients pel fet que al 2020 els residents tenien un major grau de dependència.

I, finalment, una gravíssima deficiència estructural: els residents estaven exclosos de l'atenció primària de salut, en una discriminació inadmissible, perquè viure en una residència no els fa perdre el seu dret a ser atesos per la sanitat pública, com qualsevol altre ciutadà. I aquesta desconexió i descoordinació va tenir un preu altíssim en termes de vides perdudes i desatenció.

Aquestes eren les costes a què va arribar el tsunami del coronavirus, i d'això sí que hi ha responsables.

Marc Antoni Broggi Trias, president del Comitè de Bioètica de Catalunya, diu: «La mortalitat ocorreguda a les residències de Catalunya, de manera especial durant la primera onada de la Covid-19, obeeix a diversos factors. Alguns estructurals (nombre i qualificació dels treballadors, grandària de la institució, percentatge d'ocupació, edat de la instal·lació, raó personal/resident, titularitat, possibilitat d'aïllament, llits per habitació, etc.)».

Per això, cal en primer lloc analitzar les deficiències estructurals prèvies a la pandèmia.

Bloc 1. Constatacions sobre la situació prèvia a la pandèmia

Constatació 1. L'impacte de l'austeritat, les retallades i l'infrafinançament dels serveis en els sistemes de salut i social i en l'atenció a la dependència

a) Amb la pandèmia de la Covid-19 es van fer paleses les tràgiques conseqüències de les polítiques neoliberals d'austeritat, de llargs anys de privatitzacions dels béns comuns (2007-2017) i retallades als serveis públics per part de la dreta: tant del PP al capdavant del Govern de l'Estat com de CiU al Govern de la Generalitat. Especialment cruentes van ser al sistema de dependència.

El sistema d'atenció a la dependència va quedar desmantellat amb els successius pressupostos generals de l'Estat, en què es van suprimir els concerts amb les comunitats autònomes i es van suspendre els nivells de finançament acordats des del 2012 fins al 2015. Així, les finalitats de la llei van ser buidades de contingut, la qual cosa va suposar un autèntic atac als drets reconeguts a les persones amb dependència i les seves cuidadores.

b) L'infrafinançament de la dependència va quedar congelat en uns 1.200 milions d'euros fins al 2017, però no va començar la seva recuperació fins al 2021, en què el govern de coalició de l'Estat va capgirar les retallades i va triplicar la inversió, fins als 3.087 milions d'euros, i que, aquest any 2023, fa una inversió de 4.605 milions d'euros. Aquest impuls dels tres últims anys per a l'atenció a la dependència situa la recuperació del finançament i posa les bases per a l'impuls d'un nou model d'atenció que garanteixi els drets a la cura de les persones en situació de dependència en condicions de dignitat.

No obstant això, han estat 10 anys de retallades que han depauperat els drets i han posat fre al desenvolupament dels serveis públics. L'infrafinançament del sistema de dependència ha suposat un veritable drama per a milers de famílies. No impulsar els serveis socials i mantenir la xarxa de serveis socials especialitzats sota mínims, infrafinançada i amb tarifes congelades; una gran irresponsabilitat. El balanç de les retallades durant la dècada perduda pels serveis socials i sanitaris explica les causes de l'alta mortalitat durant la pandèmia i ha estat apuntada unànimement en les successives compareixences del Grup de Treball.

Després de tres anys de l'inici de la pandèmia, i malgrat les evidències de l'impacte negatiu de l'infrafinançament, el Govern de la Generalitat no ha revertit les retallades, ni ha dotat el Departament de Drets Socials d'un pressupost adient al sosteniment del que hauria de ser un pilar de l'estat del benestar.

Constatació 2. Ràtios de personal insuficients

a) La desatenció que van patir els residents va ser conseqüència, entre altres motius, de la falta d'adequació de les plantilles i dels professionals dels centres a la realitat de les persones a les quals s'havia d'atendre. Les ràtios de personal previstes a la Cartera de serveis de 2010 eren, i són, manifestament insuficients, especialment significatiu pel que respecta als auxiliars de geriatria i sanitaris, pel fet que, el 2020, els residents tenien un major grau de dependència, degut a les enormes llistes d'espera per obtenir una plaça a una residència pública o accedir-hi a una concertada, per la qual cosa necessiten ajuda per a les més elementals activitats quotidianes.

També a les residències privades, les persones són molt més dependents, ja que el preu és prohibitiu per a la majoria de pensionistes i no tothom té un patrimoni que li ho permeti; per això, les persones ingressen quan ja és absolutament inviable viure a casa seva o ser atès pels familiars.

D'altra banda, l'acord de flexibilització de ràtios signat entre l'Institut Català d'Assistència i Serveis Socials i les principals patronals d'atenció residencial i diürna l'any 2012, que va permetre reduir les ràtios per sota de la mateixa Cartera de serveis de 2010, va ser determinant en la manca endèmica de personal que es patia a les residències i en l'agreujament de l'impacte de la Covid-19 en aquests centres.

b) Baixes mèdiques i desatenció durant la Covid-19. No hi va haver personal suficient per a atendre adequadament els residents, a vegades perquè ja existia un incompliment de les ràtios establertes, que ja eren insuficients, com dèiem abans, la qual cosa es va veure agreujada per un elevat nombre de baixes mèdiques a conseqüència de la mateixa pandèmia.

c) Les ràtios de personal actualment. Malgrat el terrible impacte de la Covid-19 en les residències, on la manca de personal va ser un dels factors més importants, el Departament Drets Socials ha mantingut la rebaixa de ràtios per sota de la Cartera de serveis de 2010, com es veu en la Resolució DSO/2883/2021, del 16 de setembre, per la qual s'inclouen a l'Ordre TSF/218/2020, de 116 desembre, per a la provisió dels serveis de la Xarxa de Serveis Socials d'Atenció Pública, els annexos que regulen les condicions d'execució i els criteris d'assignació per als serveis d'atenció diürna ocupacional per a persones amb discapacitat intel·lectual o física, de residència assistida per a persones amb discapacitat intel·lectual i/o física, de residència assistida per a persones grans dependents i de centre de dia per a persones grans dependents.

Constatació 3. La mercantilització de les cures

Tenim un sector absolutament privatitzat, que supera amb escreix el 90%, on tenen presència els grans fons d'inversió i empreses de l'IBEX-35. També en tenim de propis, con Mutuam i L'Onada, entre d'altres. Fons d'inversió i empreses per a les quals preval el benefici econòmic per sobre del benestar de les persones, i això es fa habitualment amb centres molt grans i habitacions compartides, incomplint ràtios de personal, oferint una alimentació de molt baixa qualitat, no subministrant el material necessari per a la higiene i atenció als residents ni reposant el que és necessari per al funcionament quotidià dels centres i imposant condicions laborals precàries.

La tendència mercantilitzadora s'ha accentuat en els últims anys. Una accentuació que s'ha donat perquè el mercat ha vist el sector de la dependència com un negoci, i per això ha decidit invertir i construir residències. A més, s'ha accentuat davant la reducció a zero de les partides per a la construcció de residències públiques que ha dut a terme el Govern els quinze últims anys. Mentre la demanda i les llistes d'espera creixien exponencialment, el Govern, en lloc de crear noves places, les concertava amb les empreses privades, fent-ho amb tarifes de concertació congelades durant 10 anys.

Aquest model mercantilitzat d'atenció a les persones ha mostrat que només és un nínxol de negoci i ineficàcia; un model que ha mostrat les greus mancances, i que va ser uns dels factors que van agreujar l'impacte de la Covid-19, tant en nombre de contagis com de defuncions.

Constatació 4. Serveis d'inspecció insuficients i règim sancionador inadequat

a) Amb un model residencial on la privatització és gairebé total, un servei d'inspecció fort i independent d'interessos polítics i empresarials és la principal, per no dir l'única, eina de control que té l'Administració. Però al 2020, ni el número d'inspectors –29 per tot Catalunya i tots els centres de serveis socials, totalment insuficient– ni el tipus d'inspeccions que es feia, servien per controlar el que de veritat passava dins dels centres.

Incomplint l'obligació de control i sanció que té, el Departament de Drets Socials deixa en mans de les empreses i completament indefensos els residents, i és evident que els fons d'inversió i empreses han vingut al sector a fer negoci i cada en vegada són més.

b) Perquè el règim sancionador sigui efectiu, les sancions han de ser dissuasives, és a dir, que a una empresa no li resulti rendible incomplir, que la sanció tingui impacte en el seu compte de resultats. Ara no ho és. Per això, les sancions haurien de ser, com a mínim, el triple del que s'estalvien amb l'incompliment.

Avui res ha canviat, el que demostra la falta d'interès i compromís per part del Govern. Per les organitzacions de familiars, constitueix el menyspreu més absolut envers les persones més vulnerables de la societat.

Constatació 5. Massificació del centres, grandària dels centres i impossibilitat d'efectuar aïllaments.

Empreses i fons d'inversió, per a maximitzar els beneficis, opten per construir centres molt grans, amb habitacions compartides. Això va tenir una importància cabdal en el nombre de contagis i defuncions. També les residències públiques tenen majoritàriament habitacions dobles.

Una de les dificultats per a efectuar aïllaments a les residències era la manca d'espais adequats, fet que ha quedat plenament acreditat durant l'evolució de la pandèmia. La raó fonamental és que en la majoria de les residències les habitacions són compartides, la qual cosa impedeix un aïllament adient, i hi hem d'afegir el fet que totes les places estiguessin ocupades.

Diversos estudis fets tant a Espanya com a la resta del món, demostren que la grandària dels centres i les habitacions compartides van ser factors d'agreujament de l'impacte de la Covid-19.

Constatació 6. Un sector precaritzat i sense reconeixement institucional: condicions laborals, professionalització i feminització

a) El valor social que hem atorgat a les cures, els rols de gènere que intervenen en un sector altament feminitzat, així com la visió assistencialista dels recursos d'atenció a les persones, han determinat la configuració de la seva professionalització. Aquests contextos condicionen la configuració del treball de cures i el reconeixement que ha tingut fins avui, un treball essencial per al sosteniment de la vida, però absolutament precaritzat i gens reconegut socialment.

L'anàlisi de les condicions laborals de les treballadores de residències ha de poder crear les bases per a la dignificació i el reconeixement dels treballs de cures. És imprescindible abordar la millora de les condicions laborals i salarials al sector, equiparar-les al sector sanitari públic, posar els recursos per a la formació continuada de les professionals, homologar les titulacions a treballadores formades als seus països d'origen, atendre les reivindicacions sindicals i iniciar el diàleg social per establir unes noves condicions en el marc d'un nou model.

b) La nul·la inversió pública en serveis de residència i centres de dia públics i la manca d'aposta de la Generalitat per la gestió directa han afavorit el pes de la mercantilització i la precarització. La negociació col·lectiva de les condicions laborals s'adopten amb els contextos més hostils cap a les treballadores: amb les pressions patronals pel benefici mercantil, d'una banda, i, de l'altra, amb el finançament insuficient i precaritzat per part de la Generalitat, que és qui estableix les condicions econòmiques per a la concertació i la gestió delegada.

Mitjançant la contractació indirecte o la gestió delegada, les administracions participen activament en la configuració de les condicions laborals i salarials. Els estudis de costos dels serveis a licitar o les tarifes aplicades a la Cartera de serveis socials especialitzats formen part del problema si no són capaces d'incorporar millores en les condicions laborals en els seus plecs de contractació pública. Les administracions locals no poden anar soles per millorar els preus de licitació. Cal que el Govern de la Generalitat, que és el responsable directe, i l'Administració competent entomïn la problemàtica del finançament i les formes de contractació dels serveis.

c) La millora del finançament és la via per assegurar la qualitat de l'atenció, la sostenibilitat dels serveis i la millora de les condicions professionals. I no de forma puntual, sinó amb un escenari de recursos econòmics adequats a les necessitats de les persones i que permeti traslladar acords laborals en el marc de la de la negociació col·lectiva sectorial.

d) Les condicions laborals acaben repercutint en la qualitat de l'atenció que reben les persones grans a les residències. L'alta rotació de personal, la inestabilitat dels equips de treball i els canvis constants de referents disminueixen la qualitat dels serveis i fan molt inviable l'atenció centrada en la persona.

Sous precaris, jornades parcials, torns esgotadors, ràtios de personal molt baixes, càrregues de feina elevadíssimes, deshumanització de l'atenció, cronometrar els processos de treball, manca de formació i supervisió i cura dels equips d'atenció directe són condicions que cal modificar i deixar enrere. La pandèmia ha evidenciat que el model residencial vigent que tenim ha deshumanitzat, despersonalitzat i, en alguns casos, ha negligit, el dret a ser cuidats. Cal posar l'accelerador en l'impuls del nou model de residències, apuntalant les condicions laborals com element principal de la seva transformació.

Constatació 7. L'exclusió dels residents del seu dret a l'atenció primària de salut

Des del 2009, Catalunya va impulsar els EAR, equips d'atenció residencials, per a l'externalització de l'atenció sanitària dels i les residents al Grup Mutuam. Aquest va obtenir el control sanitari de 431 centres geriàtrics dels 1.073 existents a Catalunya.

Les persones residents van deixar de formar part del sistema públic i van deixar de tenir recollida i actualitzada la seva història clínica al sistema comú, tallant la comunicació clínica amb els hospitals, i es va treure les residències del sistema de vigilància sanitària. El Departament de Salut no va fer res per revertir aquesta situació.

El model de privatització de l'atenció sanitària a les residències ha estat objecte de rebuig del Parlament de Catalunya des de la seva implantació, prenent més força durant i després de la pandèmia. Aquesta exclusió dels residents va tenir uns efectes devastadors durant la pandèmia, a més de constituir una vulneració de drets fonamentals flagrant.

Constatació 8. Dèficits de gestió i desconeixement per part dels departaments de Treball, Afers Socials i Famílies (avui Drets Socials) i del de Salut de la realitat de les residències

L'estructura de l'àmbit residencial a Catalunya és, fonamentalment, de gestió privada, amb centres públics i centres públics de gestió privada, però sobretot amb una xarxa de centres privats amb places concertades o finançades amb recursos públics.

El Departament de Treball, Afers Socials i Famílies desconeixia l'estructura i recursos amb què comptaven aquestes residències, cosa que és molt greu i explica la situació d'abandonament per part de les institucions que patien els i les residents, sovint en mans de fons i empreses per a les quals el més important era maximitzar el seus beneficis. També explica moltes de les decisions errònies o impossibles d'aplicar a les residències.

Bloc 2. Constatacions sobre els fets esdevinguts durant la primera onada de la pandèmia a Catalunya

Constatació 9. Caos i desorganització durant la primera onada. Manca de directius i abandonament de les residències

Durant setmanes, els departaments de Treball, Afers Socials i Famílies i de Salut es van veure desbordats, i això va comportar descoordinació, desorganització i falta de resposta a les necessitats de les residències, de les persones que hi vivien i els professionals que els havien d'atendre.

Les residències demanaven ajuda davant d'una situació d'emergència sanitària per a la qual no estaven preparades, ni era la seva funció, però no obtenien resposta. Especialment greu va ser la manca de personal i que l'única resposta del Departament fos remetre al Servei Català d'Ocupació.

D'aquesta falta de personal hi ha una part de responsabilitat exclusiva de les empreses, perquè abans de la pandèmia s'hi incomplien les ràtios de personal establertes, com a mitjà per obtenir més beneficis, cosa que va ser determinant en la situació de desatenció que van patir els i les residents. Quan a partir de mitjans d'abril es van poder fer derivacions als hospitals, les persones residents van arribar deshidratades, desnodrides i en alguns casos amb nafres fins als ossos. Això no ho fa la Covid-19, ho fa la desatenció, fruit de la manca de recursos i professionals per atendre les persones residents.

Constatació 10. Dificultats per donar una resposta adequada i establir protocols i mesures de prevenció: manca d'EPI i tests

La mateixa Generalitat indicava l'extrema vulnerabilitat de les persones que viuen en residències i la necessitat d'extremar les mesures de precaució per als col·lectius d'aquesta extrema vulnerabilitat, cosa que feia pensar que les residències serien prioritàries quant als mitjans de protecció. Malgrat això, durant setmanes no es va dotar de suficients EPI les treballadores i els treballadors; ni es van fer tests al personal ni als residents, imprescindibles per a frenar la cadena de contagis mitjançant l'aïllament dels residents que fossin positius en coronavirus, així com per a reincorporar a treballadores que estiguessin de baixa en cas de no estar contagiades i evitar que continuessin treballant les que sí que ho estaven.

El resultat va ser que un elevadíssim nombre de personal de les residències va restar de baixa, la qual cosa les va deixar sense els professionals necessaris per a atendre les persones.

Atès que no es feien tests, els contagis entre residents van anar creixent de manera exponencial, ja que durant tot el període d'incubació sense símptomes es pot estar transmetent el virus. Per tant, si hi havia espai per fer-ho, aïllar els residents quan mostraven símptomes no va resultar efectiu per a frenar l'expansió del virus, ja que no se'ls van fer tests a ells, ni tampoc als seus contactes més directes, treballadors i altres residents. A més, el fet que la majoria d'habitacions siguin compartides va dificultar efectuar l'aïllament en les mateixes instal·lacions.

Finalment, el Departament de Salut va començar a fer tests en les residències a mitjans d'abril del 2020, quan ja era massa tard, perquè el nombre de contagiats i morts era molt elevat.

Pel que fa als aïllaments fora de les residències a centres medicalitzats o hotels medicalitzats, no es van començar a fer fins aproximadament la tercera setmana d'abril, massa tard, i no en l'abast necessari.

Constatació 11. Residències fora del sistema sanitari públic. Impossibilitat d'assumir l'atenció sanitària pel Covid-19 a les residències

La primera qüestió a analitzar és el servei sanitari de què disposen les residències per a atendre la gent gran que hi viu.

Segons descriu la mateixa Generalitat en el Decret 142/2010, de l'11 d'octubre, pel qual s'aprova la Cartera de serveis socials 2010-2011, l'objecte del servei d'acolliment residencial és facilitar un entorn substitutiu de la llar, adequat i adaptat a les necessitats d'assistència, i per a afavorir la recuperació i el manteniment del màxim grau d'autonomia personal i social. Del que s'ha exposat es desprèn que les residències geriàtriques són la llar de molts ciutadans, no són centres assistencials sanitaris, i, d'acord amb el seu objecte, quan tenen servei mèdic, que no són totes, és només en horari diürn de dilluns a divendres i molt poques hores setmanals. Pel que fa al servei d'infermeria, també quan en tenen, que no són totes, només en disposen en horari diürn.

Les residències estaven fora del sistema sanitari públic, les deficiències en l'atenció dels residents i la vulneració del dret a la salut feia molt de temps que es venien denunciant per les famílies. De fet, el 3 de juliol del 2019, ja es va aprovar a la Comissió de Drets Socials del Parlament de Catalunya la Resolució 474/XII, en què s'aprovava suprimir els EAR (equips d'atenció residencial) gestionats per Mutuam i que els residents tornessin a ser atesos en els centres d'atenció primària.

Que no es podien atendre a les residències els malalts de Covid-19 ho reconeix en el seu informe per escrit Josep Ginesta i Vicente, secretari General de Treball, Afers Socials i Famílies (gener 2016 - octubre 2020), ja que afirma respecte dels centres residencials que «si que és cert que d'entre els requeriments exigits hi figuren el de professionals sanitaris, en funció de la dimensió i les ràtios definides a la Cartera de serveis socials.

»Això comporta que no hi hagi una prestació de l'assistència sanitària en sentit estricte, sinó un seguiment de l'evolució. La dotació de metges als centres residencials venen definits als criteris d'acreditació d'aquests i no són requeriments que permetin una atenció assistencial i mèdica intensiva com la que requeria la crisi sanitària, sinó de seguiment i atenció puntual. Respecte del model organitzatiu i d'atenció assistencial, les diagnosi dutes a terme pel Departament de Salut a partir de l'assumpció de competències van determinar que només un terç del total de residències podien estar en disposició d'atendre casos possibles, probables o confirmats de Covid-19, però sense gravetat.

»Aquesta dada corrobora la idea que l'àmbit residencial no es podia assimilar a un àmbit d'atenció sanitària davant dels efectes de la crisi sanitària. Tot això consi-

derant la seva capacitat i infraestructura per dur a terme sectoritzacions, aïllaments, però sobretot atenció mèdica adequada per a persones altament vulnerables com s'ha dit.»

Constatació 12. Vulneració del dret a la vida. Denegació de derivació als hospitals. Protocol del SEM

Malgrat la impossibilitat d'atendre els malalts de Covid-19 a les residències, el Departament de Salut i el Servei d'Emergències Mèdiques (SEM) va aprovar, en data del 25 de març de 2020, un document que porta un títol que explica moltes de les coses que van passar a les residències: *Recomanacions per suport a les decisions d'adequació de l'esforç terapèutic per pacients amb sospita d'infecció per Covid-19 i insuficiència respiratòria aguda*.

S'hi parla de «mantenir una ètica en la presa de decisions basada en oferir els recursos a aquells pacients que més es puguin beneficiar, en terme d'anys de vida salvats, d'adequació d'esforç terapèutic». Per a les famílies i moltes organitzacions socials això és discriminació per edat i, en paraules planeres, «no me'ls portis a l'hospital».

En un apartat d'aquest document s'indiquen recomanacions per a suport a les decisions d'adequació d'esforç terapèutic i es diu, respecte de les persones de més de 75 anys, «rebran oxigenoteràpia amb mascareta reservori d'alta concentració tipus Monaghan». A la primera onada de Covid-19, hi havia 1.073 residències on vivien unes 64.000, i gairebé en cap d'elles hi havia instal·lació d'oxigen. La realitat és que fins al juliol del 2020 no es va activar la instal·lació d'oxigen a les residències mitjançant la Resolució de 14.07.2020 del director del Servei Català de Salut.

Els responsables del Departament de Salut sabien que per a una persona malalta de Covid-19 amb pneumònia la falta d'oxigen porta a la insuficiència respiratòria i aquesta a la insuficiència cardíaca, que agreuja la insuficiència respiratòria fins a morir, amb un patiment terrible per la sensació d'asfíxia.

Com diu Metges sense Fronteres en el seu informe «sense oxigen, un pacient greu de Covid-19 generalment no sobreviu», i això és el que va passar durant la primera onada de la pandèmia.

No és cert que es va fer el que es va poder, que hi va haver un col·lapse total del sistema, perquè, segons els compareixents del Departament de Salut, el pic de la pandèmia va arribar el 14 d'abril de 2020, però fins a mitjans d'abril no es van començar a fer derivacions als hospitals, quan les xifres de morts i contagis eren terribles.

D'altra banda, els hospitals privats no estaven col·lapsats; de fet, als residents que tenien assegurança privada se'ls va poder derivar als hospitals.

Els residents van ser discriminats per l'edat i el lloc on vivien, i també pel seu poder adquisitiu: si disposaven d'assegurança privada tenien dret a lluitar per la seva vida, si no la tenien només podien morir abandonats a la residència.

Durant setmanes no van ser recomanacions, com es deia al protocol del SEM, van ser un mur infranquejable per als residents, que de forma indiscriminada van ser exclosos de l'accés a un hospital per la seva edat i el lloc on vivien, com prova el fet que, entre l'1 de març i el 30 d'abril del 2020, el 71,82% dels residents van morir sense ser derivats a un hospital, la qual cosa és molt significativa i demostra l'exclusió sanitària que van patir, ja que en circumstàncies normals no s'arribaria ni al 20%.

En aquest període van morir 3.896 residents amb Covid-19 confirmada o sospitosa, dels quals 2.798 dins de les residències i 1.098 als hospitals. En 6 residències que sumen 101 defuncions no es va produir ni un sol trasllat. Les morts a conseqüència de la no derivació són moltes més, perquè no comptabilitzen les morts per altres causes per no tenir l'assistència sanitària que necessitaven.

Per tot això, hem de concloure que els residents no van tenir accés al sistema sanitari de salut, ni se'ls va derivar als hospitals, ni se'ls va poder atendre en les mateixes residències per les raons abans exposades, per la qual cosa se'ls va deixar morir en condicions absolutament indignes. Van ser discriminats per raó de l'edat i del lloc on vivien. Se'ls va considerar «prescindibles».

D'aquesta barbàrie hi ha responsables, els que van fer i aprovar el document del Departament de Salut/SEM de 25 de març de 2020, que discriminava els residents, i els que el van executar, perquè, segons els compareixents del Departament de Salut, els responsables de decidir si es derivaven els residents a un hospital eren el 061 i el 112. Per tant, hi ha responsables, només cal tenir voluntat de fer justícia i reparació, la que no s'ha fet fins ara.

Constatació 13. Vulneració de drets fonamentals. Aïllaments salvatges, morts en soledat

Durant tota la pandèmia es van vulnerar els drets fonamentals dels residents, perquè les mesures preses pel Departament de Salut (plans sectorials, etc.) van suposar, des d'aïllaments preventius, prohibició de visites i de sortides a l'exterior dels centres, sense seguir les vies legals establertes.

En molts casos, les empreses gestores van prendre decisions de forma unilateral que incomplien els mateixos protocols de Salut, impedit les visites i sortides, o bé restringien encara més els drets dels residents, sense que Salut ni Drets Socials posessin solucions ni eines a l'abast de les famílies per denunciar-ho i obtenir una solució ràpida.

Segons informes dels experts, entre d'altres, Metges sense Fronteres, l'impacte físic de l'aïllament i immobilitat dels residents els provoquen greus problemes, com trastorns musculoesquelètics, per la limitació del moviment en habitacions reduïdes i no fer exercicis de rehabilitació, cardiovasculars, deteriorament cognitiu, etc.

L'aïllament ha comportat un augment de distrès psicològic, associat a un alt risc de mort per ictus, i inclou augment de trastorns d'ansietat, depressió, problemes de sonni, pèrdua de confiança i altres relacionats amb l'estrès.

Els protocols van oblidar que la protecció de la salut pública no sols és protegir del contagi la gent gran, sinó també estimular la prevenció de la malaltia i la promoció de la salut a través de la realització d'activitat física i contacte social freqüents.

Les mesures limitadores de les seves llibertats adoptades per conselleries i empreses operadores van suposar un dur cop a la dignitat, autoestima i igualtat de drets d'aquestes persones summament vulnerables.

Les persones que vivien en residències no van ser tractades com a ciutadanes de ple dret. Amb les mesures restrictives del Departament de Salut s'han vulnerat els drets fonamentals dels residents, reconeguts a la Constitució, com són els articles 17.1, dret a la llibertat, article 19, dret a la llibertat de circulació, i article 21, dret de reunió.

Finament, cal assenyalar que el Departament de Salut de la Generalitat va discriminar les persones per raó de l'edat i el lloc on vivien, les residències, ja que quan adoptava mesures que implicaven limitació o restricció de drets fonamentals de la resta de la població ho feia mitjançant resolucions que presenta davant el Tribunal Superior de Justícia de Catalunya per a la seva validació, la qual cosa no efectuava amb les mesures dirigides als residents, com si no fossin ciutadans de ple dret, i, per tant, també va vulnerar el que disposa l'article 14 de la Constitució espanyola.

Constatació 14. Opacitat, transparència i comunicació

Han quedat constatades, durant les compareixences i aportacions realitzades al Grup de Treball, les situacions d'angoixa de les famílies de persones residents a centres causades per la impossibilitat de mantenir una comunicació o informació regulars sobre l'estat de salut del seu familiar.

No existeix una avaluació sobre el comportament de les direccions dels centres per posar a l'abast, de residents i famílies, els canals de comunicació entre elles durant el llarg període d'aïllament a les residències. No existeix transparència en com les residències van garantir drets fonamentals als seus residents, ni l'Administració va assumir aquesta tasca de control sobre la limitació de drets fonamentals que ella mateixa emetia.

Les situacions d'incomunicació i manca d'informació a les famílies, com s'ha sabut per testimonis, per organitzacions de familiars i investigacions periodístiques, van arribar a ser molt greus, donar informacions contradictòries, no informar fins al cap d'uns dies de les defuncions, no conèixer l'estat de salut o no informar de les derivacions.

Bloc 3. Conclusions i propostes de futur sobre la protecció i la garantia dels drets de les persones grans en l'àmbit de les residències

1. Un model residencial obsolet que urgeix canviar

La Covid-19 ha fet aflorar les mancances del sistema de cures, especialment del model residencial. Els canvis demogràfics produïts els darrers anys, amb un notable increment de l'esperança de vida, i, per tant, de persones que tenen necessitats de cures, amb perfils cada vegada més complexos, demanden una profunda transformació del model.

Les persones no passen de ser totalment independents a absolutament dependents; hi ha tot un recorregut on les necessitats van canviant. L'Administració ha d'oferir els serveis i recursos que calguin durant aquesta evolució, en funció de les necessitat i desitjos de les persones; des d'un veritable servei d'atenció domiciliària, amb prou hores i professionals, pisos tutelats, pisos amb serveis, o els cohabitatsges. En definitiva, es necessita una Cartera de serveis que contempli les diferents fases vitals de les persones.

Però res es farà sense millorar el finançament. Cal revertir les «retallades» i disposar d'un pressupost adequat, que permeti donar resposta a les necessitats de les persones, implementant els canvis imprescindibles per oferir-los una vida digna.

Si hi ha un consens clar en totes les compareixences és la necessitat urgent de canviar l'actual model residencial.

2. La necessitat imperant d'impulsar el nou model residencial amb celeritat i posant al centre les persones

En aquest punt recollim algunes de les mesures imprescindibles per canviar l'actual model residencial. D'altres, per la seva importància, tenen apartats específics. Algunes de les mesures que proposem a continuació estan recollides en l'Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), aprovat en el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, a la seva reunió extraordinària del 28 de juny de 2022, publicat al BOE núm. 192, de l'11 d'agost de 2022. La Conselleria haurà d'incorporar a la seva normativa el contingut d'aquest acord.

En contraposició al model hotel·ler imperant, cal un model d'atenció al servei de la persona, que tingui en compte les necessitats dels residents, garanteixi els seus drets i respecti els seus desitjos en l'atenció i la vida quotidiana. De l'atenció centrada en la persona fa anys que se'n parla, però fins ara no passa de ser això, paraules. Cal que sigui una realitat ja.

a) Emplaçament o localització

La comunitat, entesa com el context o entorn en el qual les persones vivim (els barris, pobles i ciutats), és l'escenari fonamental de vida de qualsevol persona. Els serveis i centres han d'estar dissenyats per a contribuir i facilitar que les persones romanguin i es mantinguin connectades amb els llocs i les persones que són signifi-

catives per a elles. La proximitat dels centres i serveis a entorns urbans i d'activitat social és central per a promoure una vida activa en la comunitat.

Els centres residencials han d'estar situats en sòl urbà, i s'han de garantir a les persones usuàries l'accés i la proximitat a espais d'activitat social i comunitària per a afavorir la seva participació. Per això, cal incorporar al planejament urbà l'exigència de disposar d'espais en zones habitades i accessibles per a les alternatives residencials de persones en situació de dependència i que aquestes alternatives siguin de caràcter públic.

b) Grandària dels centres i habitacions

Les residències no han de superar les 60 places i han de tenir un mínim del 75% d'habitacions individuals, amb un percentatge major en les de nova construcció, per procurar el respecte a la intimitat i la millora de les condicions de vida de les persones, oferint-los un espai vital propi. I totes amb bany complet independent. Això també facilitaria un aïllament adequat, per tal de minimitzar el risc de contagis entre els residents en futures pandèmies. És una dada objectiva que les residències molt grans i amb habitacions compartides han patit més del doble de defuncions i contagis per Covid-19 que les més petites i amb habitacions individuals.

Les habitacions han de tenir una superfície suficientment àmplia per ser quelcom més que un dormitori i permetre, sempre que puguin per si mateixes o amb persones més properes, un us més casolà de la seva habitació. Les habitacions individuals han de tenir una superfície mínima de 15 m² i les habitacions dobles una superfície mínima de 25 m².

c) Unitats de convivència

Són espais de convivència reduïts que pretenen reproduir l'estructura, l'ambient i el funcionament d'una llar. Són espais, més íntims, dins de la mateixa residència, en els quals cohabita un grup reduït de persones amb diverses situacions de dependència, als quals es proporciona una atenció personalitzada amb els suports que precisen i desitgen per al desenvolupament de la seva vida quotidiana.

La unitat de convivència no podrà tenir més de 15 persones residents. Per a la configuració dels grups estables que conformen les unitats de convivència es consideraran criteris d'afinitat i vincle, evitant criteris de grau de dependència, patologies o cronicitat.

Aquests espais s'assemblen a una llar tant en la seva arquitectura, decoració i mobiliari com en les rutines i horaris que s'adapten a les preferències i hàbits de les persones que hi conviuen, afavorint la seva participació, autonomia, comoditat, estimulació, orientació i benestar.

Juntament amb les persones que hi conviuen, formen part de la unitat de convivència el personal d'atenció directa, que ha de tenir una permanència estable dins de la unitat perquè conegui bé els seus residents i perquè aquests puguin identificar i conèixer els professionals que els atenen de manera habitual.

L'espai d'aquestes unitats no ha de ser inferior a 4 m² per persona usuària.

d) Relacions amb l'àmbit familiar

Que una persona canviï el seu lloc de residència mai pot comportar una ruptura en les relacions familiars i amb altres persones properes, ni una limitació dels seus drets, com són la llibertat de moviments i el dret de reunió i a la vida familiar, però constatem que en molts casos això és el que s'està produint.

S'implementaran canals de comunicació permanent amb les famílies i/o persones properes, que formaran part de la cartera de serveis del centre, i se celebraran reunions periòdiques per a l'intercanvi d'informació amb l'equip d'atenció directa i la persona professional de referència.

El centre residència és la casa de les persones que l'habiten i en el seu domicili pot entrar-hi i sortir-ne amb llibertat, sempre que les seves circumstàncies personals

ho permetin i, sobretot, pot rebre la visita dels seus familiars i amics sempre que ho desitgi.

S'han d'eliminar normes que limitin l'accés dels familiars o amics a l'habitació del resident o a espais comuns i serveis, així com les limitacions horàries que no estiguin específicament justificades.

Cal permetre que els familiars puguin conèixer les cuines i veure el menjar que s'hi elabora; igualment, haurien de tenir l'oportunitat de conèixer, sempre que ho desitgin, altres serveis del centre, com la bugaderia.

Com en qualsevol domicili, el resident ha de poder convidar a menjar els seus familiars i amics al centre, per la qual cosa ha de comptar amb menjadors per a aquesta finalitat.

e) El professional de referència

Els i les professionals de referència són les persones responsables de promoure un suport personalitzat a cada persona usuària en el seu dia a dia. Són els que coordinen el pla de suports personals i es comuniquen i planifiquen amb la resta de personal que fa costat a la persona resident en el dia a dia, així com amb la seva família. Seran un referent quan s'elabori o es realitzi el seguiment i revisió del pla personal d'atenció i de suports de la persona resident, de manera que es tingui en compte la visió global de la persona, les seves expectatives, preferències i estil de vida.

Malgrat que la figura de la persona professional de referència no està lligada a cap categoria professional, sí que haurà d'estar associada al personal d'atenció directa, professionals de l'equip tècnic del centre i també als i les auxiliars de geriatria que tinguin capacitat per fer-ho.

Cada professional de referència exercirà la seva funció sobre no més de quatre persones residents.

La persona professional de referència haurà de comptar amb l'acceptació de la persona usuària.

f) Pla personal d'atenció i suport al projecte de vida

Els plans personals d'atenció i de suport són una de les estratègies clau per a la personalització de les cures, així com per a avançar cap a una gestió centrada en les persones. Hauran de contribuir a proporcionar a les persones residents un lloc per a viure on les seves preferències, la seva intimitat i els seus drets estan en el centre de l'atenció.

Cada persona resident tindrà un pla personal d'atenció i de suports en el qual es planificaran i es farà seguiment dels suports que rep per al desenvolupament i gaudi del seu projecte i estil de vida.

La persona resident participarà i tindrà un paper central en el disseny, execució i seguiment del seu pla, així com altres persones de la seva elecció, que són importants per a ella. En el cas que la persona tingui dificultats en l'àmbit cognitiu i/o de comunicació per a la participació i la presa de decisions, s'activaran els recursos i eines necessaris perquè la seva voluntat i preferències siguin respectades, fent partícips d'aquest procés aquelles persones que ostentin la seva representació legal o els seus familiars i/o persones de referència.

Els plans han d'acompanyar-se d'un sistema de seguiment i avaluació freqüent.

g) Atenció lliure de subjeccions

S'han d'eliminar les subjeccions farmacològiques o químiques i les mecàniques o físiques a les quals es veuen sotmesos sovint els residents. Suposen un veritable maltractament i un atemptat contra la dignitat de les persones i la vulneració d'un dret fonamental com és el de la llibertat.

No s'implantarà cap subjecció excepte en situacions excepcionals i d'urgent necessitat en les quals existeixi un perill imminent que posi en risc la seguretat físi-

ca de la persona usuària, de les persones cuidadores o de terceres persones i en les quals, prèviament, s'hagi constatat clarament el fracàs d'altres mesures alternatives.

La utilització de subjeccions tindrà sempre caràcter temporal i proporcional, s'haurà d'aplicar amb la mínima intensitat possible i s'haurà de garantir la prohibició d'excés. Qualsevol subjecció estarà sotmesa a un procediment documentat que compti amb prescripció mèdica, supervisió tècnica i amb el consentiment informat. Serà obligatòria la comunicació al Ministeri Fiscal.

h) Protocols de prevenció del maltractament

En totes les residències hi ha d'haver protocols de prevenció, detecció i denúncia del maltractament, en què es descriguin els diferents tipus de maltractament i els indicadors o signes d'alarma per a detectar-los i com actuar davant d'ells. Aquest protocol haurà de comunicar-se a les persones usuàries, als seus familiars i als professionals de les cures.

S'haurà d'impartir formació als treballadors i treballadores amb regularitat en prevenció del maltractament.

Cal promoure les modificacions legislatives que siguin necessàries perquè els serveis d'urgències dels hospitals i els centres d'atenció primària tinguin l'obligació d'informar el Ministeri Fiscal quan detectin la possible existència d'un cas de maltractament. Cal una llei de protecció integral de la gent gran i les persones amb discapacitat, semblant a la que existeix per als menors i contra la violència de gènere.

i) Accés a internet

Els centres facilitaran connexió a internet de forma gratuïta, tant en espais comuns com privats, i posaran a disposició de les persones residents dispositius per a l'accés a la xarxa.

3. Ràtios de personal

L'existència del personal suficient per a la correcta atenció marca, per a les persones residents, la frontera entre viure amb qualitat i dignitat o patir un autèntic infern en els darrers anys de vida.

El perfil dels residents ha canviat radicalment. En aquest moment, la pràctica totalitat tenen un altíssim grau de dependència i necessiten ajuda per a totes les activitats de la vida quotidiana.

Hi ha una falta d'adequació de les plantilles i dels professionals dels centres a la realitat de les persones que han d'atendre, perquè les ràtios de personal establertes a la Cartera de serveis del 2010 estaven pensades per a una realitat i uns residents que fa anys que no existeixen.

Proposem unes ràtios que es poden equiparar al nivell dels models més avançats dels països europeus, que garanteixi un mínim d'unes cinc hores d'atenció directa al dia per a cada resident, és a dir, una auxiliar de geriatria per a cada quatre residents, en els torns de matí i tarda, respectivament, i un per a cada deu en el torn de nit.

Les ràtios han de ser de presència, amb independència del nombre de personal que calgui per al seu compliment; és a dir, s'han de tenir en compte independentment de les baixes i vacances.

Tanmateix, proposem l'ampliació de les hores establertes per a la resta de personal tècnic (fisioterapeutes, terapeutes ocupacionals, psicòlegs, psicopedagogs, educadors socials, treballadors socials...), imprescindibles per a la salut integral dels residents.

Cal recordar que aquesta ràtio de personal ja ha estat aprovada dues vegades pel Parlament. Ho va fer en la Resolució 849/XII, aprovada pel Ple el 10 de juliol de 2020, sobre la gestió de les residències per a gent gran i per a persones amb discapacitat durant la pandèmia de Covid-19, i en la Resolució 988/XII, per la qual s'aproven les Conclusions de l'Informe de la Comissió d'Estudi de les Polítiques per al Millorament de la Qualitat de Vida, sense que el Govern les hagi implementat.

4. Atenció sanitària

Les persones que viuen en residències han de rebre una atenció sanitària en igualtat de condicions que la resta de la població. L'atenció mèdica i el control de la salut dels residents l'ha de dur a terme la sanitat pública, essent els referents els centres d'atenció primària, encara que les residències disposin del seu propi servei mèdic, que en tot cas serà complementari i estarà coordinat amb els serveis públics de salut.

S'han de reforçar els centres d'atenció primària dotant-los de més recursos i personal, en funció de les residències que tinguin al seu càrrec, per garantir que els residents reben una atenció en igualtat de condicions que la resta de la ciutadania.

S'han d'establir les mesures que calguin per garantir que els residents no pateixen restriccions en l'accés als especialistes ni en les derivacions hospitalàries, una situació de discriminació que pateixen massa sovint.

Que els residents hagin de ser atesos per la sanitat pública no és incompatible amb dotar les residències d'un equipament mínim indispensable: electrocardiograma, disposició d'oxigen i la possibilitat de fer tractaments endovenosos (sèrum, antibiòtics...).

5. Inspecció dels serveis. Règim sancionador

a) Les inspeccions requereixen independència del poder polític i dels interessos empresarials, amb equidistància davant els agents auditats en l'acció inspectora. Els inspectors i inspectores han de ser independents en les seves actuacions.

Els inspectors han d'entrevistar-se amb treballadores i familiars, sense presència de l'empresa gestora de la residència. S'haurà de recollir informació dels representants de familiars i usuaris i informar del resultat als consells de participació dels centres.

Les inspeccions i controls, tant rutinaris com efectuats arran de denúncies, hauran de ser reals i sense preavís.

S'establiran i faran públics plans anuals d'inspecció de centres i serveis, amb un mínim de dos inspeccions anuals a cada centre, amb independència de les que s'hagin de dur a terme a conseqüència de denúncies de mala praxi o incompliments formulades per residents, familiars i treballadors o conegudes per qualsevol altra via.

Tanmateix, s'han d'habilitar i garantir eines o canals fluids i d'actuació urgent en aquelles qüestions que requereixin una solució o restitució urgents.

Cal establir un sistema d'inspecció on l'avaluació de la qualitat dels serveis i de l'atenció que reben els residents sigui el centre de l'actuació. S'hauran d'establir paràmetres de qualitat que recullin informació respecte d'aspectes clau i la qualificació dels resultats, de l'actuació de les gestores i de la transcendència des del punt de vista sancionador.

b) Publicitat i transparència. Les inspeccions i els seus resultats requereixen, per higiene democràtica i per dret, transparència, per la qual cosa és convenient una reformulació normativa de les inspeccions que permeti l'escrutini públic de les denúncies, el seu procediment i les conclusions, tal com succeeix, per exemple, en diversos països europeus i americans amb una sistemàtica avançada en aquest sentit. Transparència i informació oberta, continuada.

Es comunicaran anualment i de manera accessible a la ciutadania les inspeccions realitzades, indicant, entre altres dades, la identificació del centre o servei inspeccionat, la titularitat i gestió, la data, el motiu de la inspecció, el resultat d'aquesta i, si escau, les mesures adoptades (sancions), com fan els països del nostre entorn. Aquesta informació ha d'estar disponible al web del Departament de Drets Socials.

Ha de ser obligatòria l'existència d'un registre únic d'entitats prestadores de serveis que reculli les dades societàries de les empreses gestores, els seus centres, el nombre de places, la descripció i la quantificació del personal i els serveis i les instal·lacions amb els quals es compta. Són informacions clau per a l'eficàcia de l'actua-

ció inspectora, el control del funcionament de l'operadora i l'exercici essencial del dret a la informació de la ciutadania. Aquest registre haurà de ser públic.

c) Plantilles. Per a poder dur a terme les inspeccions i els controls de qualitat dels serveis necessaris és imprescindible disposar de personal suficient. Per això, és urgent l'augment de les plantilles d'inspectors. Com a mínim, ha d'haver-hi un inspector per cada 15 residències, perquè amb un model absolutament privatitzat no tenir prou professionals deixa la vida i els drets dels residents en mans d'empreses i fons d'inversió, que incompleixen les seves obligacions, i obtenen així més beneficis. Com a conseqüència, massa sovint les condicions en què viuen les persones són absolutament indignes. Es necessiten professionals amb formació continuada i qualificació específica.

d) Règim sancionador. S'ha d'articular un sistema d'inspecció que controli el compliment de la norma i que, alhora, aconsegueixi ser dissuasiu.

El procediment sancionador vigent és totalment inadequat per controlar la qualitat del servei i garantir el compliment de les obligacions per part de les empreses. És imprescindible un canvi normatiu, amb una regulació semblant a la que estableix la Llei sobre infraccions i sancions en l'ordre social, amb infraccions ben tipificades i sancions adequades a la gravetat dels fets constatats pels inspectors.

Perquè el règim sancionador sigui efectiu, les sancions han de ser dissuasives, és a dir, que a una empresa no li resulti rendible incomplir, que la sanció tingui impacte en el seu compte de resultats. Perquè el règim sancionador sigui efectiu, la sanció haurà de ser, com a mínim, el triple del que s'estalvia. També s'han d'establir, i imposar, sancions accessòries, com la prohibició de contractar de l'Administració o el tancament del centre.

6. Model residencial privatitzat. Internalització de la gestió de les residències públiques

a) No es pot deixar en mans del mercat el que han de ser polítiques públiques, que són les que han d'articular el quart pilar de l'estat del benestar. Per tant, és imprescindible un reequilibri entre el sector públic i el privat, a favor del públic. Atesa l'escassetat de places, és imprescindible aprovar i desenvolupar un pla d'inversió pluriennal per a la construcció de residències, pisos tutelats i centres de dia de titularitat pública per part de la Generalitat de Catalunya, i coordinar amb els ajuntaments la cessió de terrenys públics municipals, per a cobrir com a mínim aquest dèficit, garantir l'accés a places públiques de totes les persones que en necessitin i mantenir-les en el seu entorn més pròxim. La gestió també haurà de ser pública.

b) Cal revertir la privatització de la gestió de les residències públiques internalitzant la gestió de totes les residències de gent gran i de persones amb discapacitat. L'Administració ha d'assumir la gestió directa una vegada finalitzin les corresponents concessions.

c) En totes aquelles gestions privades en què s'hagin acreditat incompliments de clàusules que puguin ser considerades essencials, es procedirà a realitzar el corresponent procediment legal per internalitzar-les immediatament.

7. Representació institucional de persones usuàries i familiars

Abans i durant la pandèmia, els familiars i residents i les seves organitzacions no han tingut cap participació en decisions que els afecten directament, relegant-los a la posició de simples espectadors, a diferència del que passa amb les organitzacions empresarials. El Govern i els departaments només tenen la visió d'una de les parts, de l'empresariat, que fa de les cures un negoci, però no dels que les reben, i desconeixen les mancances, les necessitats i la realitat quotidiana dels residents i les seves famílies i del que passa als centres.

Cal garantir que la gent gran i dependent i les organitzacions de familiars tenen una participació activa en tots aquells fòrums institucionals (comissions, taules, etc.) on es discuteixi el plantejament i la reforma dels serveis socials, la discussió sobre

el nou o nous models de residències; en definitiva, en la preparació, elaboració i adopció de les normes, estratègies o decisions que els concerneixen, promovent-ne la presència activa en els òrgans participatius i consultius de les administracions públiques.

8. Consells de participació de les residències. Representació de persones usuàries i familiars

És necessari democratitzar el funcionament dels centres, que els usuaris i els familiars puguin decidir sobre les qüestions que els afecten directament. Cal canviar un règim gairebé carcerari en què les direccions dels centres prenen totes les decisions i els usuaris i les famílies només poden obeir i en què, per por a represàlies, ningú no gosa reclamar ni denunciar.

S'ha de modificar la composició dels consells de participació, les seves funcions i la seva organització, tal com s'indica a continuació:

- Incrementar a cinc el nombre de representants dels familiars, ja que són els que realment estan en condicions de vetllar pels interessos dels residents.

- Incloure l'associació de veïns del barri amb un representant, amb veu i vot.

El consell de participació ha de tenir capacitat de decisió en els aspectes que concerneixen directament la vida dels residents, així com en tot el que és relatiu al funcionament del centre.

Les reunions han de ser, com a mínim, trimestrals, tret que circumstàncies excepcionals aconsellin la celebració de reunions amb major assiduitat, a petició de qualsevol membre del consell.

9. Autonomia personal i atenció a la dependència

Les retallades a la dependència comporten unes immenses llistes d'espera, que deixen milers de persones sense l'assistència que necessiten. A Catalunya, cada any moren milers de persones en llista d'espera, sense arribar a ser atesos.

Segons l'últim informe semestral de l'Imsero, en data del 30 de juny de 2022, a Catalunya hi havia 72.371 persones dependents en llista d'espera, sense rebre cap prestació, malgrat que tenien reconeguda la seva dependència. El total de persones demandants pendents de resolució de grau de dependència era de 24.918.

La situació fins ara és un drama per a familiars i dependents, ja que la majoria no pot assumir el cost econòmic dels serveis privats. Per això, cal prendre mesures per eliminar-les, millorant el finançament tant com sigui necessari.

També és necessari agilitzar el procediment. Per això, cal unificar la resolució administrativa de valoració amb la del Programa d'atenció (PIA), que permeti fer en un acte administratiu el reconeixement de valoració i la provisió del servei, la qual cosa generarà una agilització i simplificació dels procediments administratius que beneficiarà els usuaris i l'Administració.

10. Professionalització i dignificació de les condicions laborals

La pandèmia va contribuir a posar la realitat de les treballadores dels centres residencials al descobert i a fer evident la injusta precarització amb què desenvolupen les seves funcions.

Les condicions retributives són el primer repte que cal abordar: equiparar els sous de les professionals de les residències amb les categories de les mateixes professionals que treballen al sector sanitari públic.

La professionalització dels equips d'atenció directa de les residències passa per oferir les condicions laborals adequades a les titulacions, amb igualtat de condicions amb independència de quin és el centre de treball on exerceixen i la titularitat pública o privada. L'equiparació de salaris del personal de les residències amb els dels serveis públics és essencial per garantir la professionalització i l'estabilització dels equips d'atenció directa.

VI. CONSTATAcions I CONCLUSIONS APROVADES PEL GRUP DE TREBALL

1. Constatacions

I. Fase inicial de la pandèmia

La pandèmia va afectar, especialment, la gent gran més vulnerable i la mortalitat més important es va donar en l'àmbit residencial, on conviuen la major part d'aquestes persones. La fase inicial de la pandèmia va estar marcada per la manca de recursos i el desconeixement dels efectes devastadors de la Covid-19, que van obligar a improvisar respostes per a afrontar la situació. Molts dels errors comesos van ésser conseqüència de la manca d'informació científica i del fet de no disposar d'estructures preparades i protocols clars per a actuar en una situació de pandèmia.

Aquest desconeixement de la malaltia de la Covid-19 i l'absència de tractament curatiu van afavorir-ne la transmissió, especialment en la primera onada de contagi, que va ésser la que més letalitat va tenir a Catalunya. Tant el virus com la transmissió, els tractaments i la malaltia que causava es desconeixien, i la informació s'actualitzava constantment a mesura que s'obtenien noves evidències. Així mateix, el desconeixement va dificultar calcular l'impacte emocional entre els professionals que eren en la primera línia de l'atenció, que massa sovint es van trobar desbordats, impotents i sobrecarregats a causa de les múltiples peticions de dades i informació, que amb prou feines podien elaborar i transmetre.

Principalment durant les primeres onades de la pandèmia, hi va haver grans dificultats, en tots els àmbits i a escala mundial, per a disposar de recursos materials, com equips de protecció individual, proves diagnòstiques, medicació i, sobretot, dispensadors d'oxigen, i també per a disposar de recursos humans, com sanitaris, auxiliars de geriatría, personal de suport i professionals de tots els nivells. La substitució del personal que emmalaltia, excepte en alguns casos aïllats, va ésser una tasca difícil.

D'altra banda, amb relació a la Cartera de serveis socials, aquesta no s'ha actualitzat des del 2010, i, per tant, a l'inici de la crisi sanitària, no es disposava d'una cartera actualitzada amb les noves necessitats dels ciutadans. La cartera existent incloïa més de vuitanta serveis diferents, amb algunes duplicitats i absències importants, especialment pel que fa a serveis domiliaris i comunitaris.

Així, l'emergència sanitària va demostrar el desconeixement entre els sistemes de serveis socials i de salut i les mancances dels recursos assistencials sanitaris de les residències. Especialment, va fer palesa la necessitat d'aprofundir en la coordinació estructural entre els dos departaments competents en aquestes matèries.

II. Mortalitat

A Catalunya, com a la resta del món, la mortalitat per Covid-19 va afectar, en gran mesura, les persones d'edat avançada i amb una càrrega més gran de malaltia crònica. A més, moltes residències construïdes en les tres últimes dècades tenen un disseny més aviat hospitalari, que afavoreix una densitat més elevada de persones i, en conseqüència, va facilitar la transmissió del virus.

L'impacte en termes de morbiditat va ésser semblant a totes les residències, mentre que en termes de mortalitat va ésser menor en els centres residencials per a persones amb discapacitat o amb problemes de salut mental. D'altra banda, no es constata cap diferència en aquests dos elements entre les residències de gestió pública, delegada o privada. Per tant, els factors edat i fragilitat prèvia van ésser els elements crítics.

Cal tenir en compte que el canvi demogràfic a Catalunya ha fet que gairebé tots els usuaris dels centres residencials per a gent gran siguin alts dependents dels graus II i III amb múltiples malalties cròniques complexes i en estadis molt avançats, amb fragilitat extrema i amb necessitats d'atenció complexes. De fet, en els darrers anys,

s'observa una tendència en les residències de Catalunya, que es dona a escala global, que consisteix en una concentració de complexitat extraordinària –vuitanta-set anys d'edat mitjana, 46% de persones amb demència i 51% d'alta complexitat clínica–, una presència molt elevada de persones en situació de final de vida i una mortalitat anual entorn del 20%.

Més enllà de la mortalitat, l'impacte del confinament va ésser molt important tant per a la gent gran i llurs familiars com per als cuidadors i els professionals, amb repercussions tant físiques com emocionals, i, especialment, per a la salut dels usuaris de les residències.

III. Coordinació entre els sistemes social i sanitari i gestió de la informació

L'entrada del Departament de Salut en la gestió de la Covid-19 en el sistema residencial va ésser positiva, atès que va permetre establir nous canals de comunicació, fusionar àrees socials i sanitàries, identificar casos i establir indicadors de progrés de la malaltia. Tot i això, es va evidenciar que hi havia un desconeixement de l'àmbit sanitari pel que fa a l'àmbit residencial, que els dos àmbits funcionaven amb sistemes d'informació diferents i sense bases de dades compartides, que els responsables mèdics i d'infermeria de les residències no tenien accés a l'expedient clínic dels usuaris i que el gran nombre de protocols i instruccions que s'elaboraven mentre es coneixien novetats sobre la Covid-19 dificultava poder fer un seguiment adequat de les mesures que calia adoptar.

En els primers dies de la pandèmia, no hi va haver instruccions per als centres residencials i, una vegada n'hi va haver, els centres van rebre una allau d'instruccions, protocols i ordres, que, en alguns casos, era impossible assumir atesa la manca de personal i la dificultat d'aplicació. Les instruccions s'adreçaven a tots els centres residencials sense distingir entre els tipus de residents, com ara les persones amb discapacitat o els pacients dels centres de salut mental.

Des d'aquest primer moment de la pandèmia, per al Departament de Salut va ésser prioritari disposar de dades per a fer el seguiment de l'evolució de la Covid-19, atès que eren indispensables per a la presa de decisions i per a l'avaluació de l'efectivitat de les intervencions. El Registre de defuncions amb Covid-19 a Catalunya hi va contribuir posant les dades obertes a disposició dels gestors i planificadors de l'Administració, els responsables de centres sanitaris, les universitats, els experts de diverses especialitats, els professionals assistencials i la resta dels ciutadans.

Pel que fa a la derivació dels residents al sistema hospitalari, les decisions es van prendre seguint criteris mèdics, que el Sistema d'Emergències Mèdiques va publicar. Ara bé, el tensionament del sistema sanitari i la manca de coordinació amb el sector residencial van provocar un accés desigual als centres hospitalaris.

Els residents van ésser confinats en llurs habitacions com a mecanisme per a frenar la propagació del virus, i aquests aïllaments els van comportar conseqüències físiques i psicològiques, atès que, a causa de llur estat de salut, sovint no entenien què passava i es van veure privats del contacte personal amb els treballadors de les residències i llurs familiars. En aquest cas, fins i tot, algunes residències van vulnerar el dret dels familiars a la informació sobre l'estat de salut i l'evolució dels residents.

Amb tot, manquen plans de contingència que les residències puguin desenvolupar i adaptar a llurs necessitats amb facilitat, guiades, acompanyades i supervisades a nivell territorial, i que garanteixin que la gent gran i llurs necessitats de cura i salut se situïn en el centre de l'atenció. Aquests plans haurien d'incloure una dotació de recursos financers, humans i materials per a enfortir el sistema de salut, tant l'atenció primària com l'hospitalària, i el sistema residencial, i també haurien d'incloure uns criteris d'avaluació dinàmica.

En conseqüència, d'una banda, s'ha activat la col·laboració del sector sanitari amb el sector social i s'ha assolit el compromís de consolidar-la, i, de l'altra, s'ha

iniciat el debat sobre la urgència de decidir com es vol envellir, el model residencial que es vol per a la gent gran, la dignificació de la gent gran, la necessitat d'ésser escoltats, la lluita contra l'edatisme i el dret a viure i a morir dignament.

IV. Professionals de l'àmbit residencial

La implicació i l'esforç dels professionals tant del sector social com del sanitari va ésser un aspecte clau en l'àmbit residencial durant tota la pandèmia. D'una banda, els professionals van haver d'assumir la malaltia a nivell personal, atès que se'n van contagiar i van patir esgotament físic i psicològic, la qual cosa va produir un nombre important de baixes laborals, que va afectar greument l'atenció dels residents. De l'altra, enmig del ressò mediàtic de la Covid-19 i de la mirada criminalitzadora envers les residències, aquests professionals van fer molts esforços per estar a l'altura del que es requeria en aquell moment. També cal posar de manifest que es van encarregar d'oferir un acompanyament incondicional a les persones en situació de final de vida, sobretot en els casos en què, a causa del confinament i les restriccions imposades per la pandèmia, els familiars no van poder ésser presents.

Així, la tasca d'aquests professionals, que es va haver de dur a terme en condicions molt adverses, va ésser cabdal per a atenuar la incidència de la Covid-19 en les residències, i cal reconèixer-los la feina feta i la contribució a la cura de la gent gran i les persones amb discapacitat.

Ara bé, entre els problemes dels professionals del sector residencial hi destaquen la manca d'una titulació adequada i adaptada, els sous baixos, les llargues jornades laborals, l'alta rotació de personal i una ràtio desequilibrada que no s'actualitza des del 2011. Encara avui, el sector té aquesta manca de professionals, atès que en altres sectors de la cura, com, per exemple, el sanitari, les condicions laborals són més bones i, per tant, els professionals decideixen anar-se'n hi. En qualsevol cas, és contradictori voler reconèixer el sector residencial com un sector essencial al mateix temps que hi ha una precarietat sistèmica que els governs han mantingut durant la darrera dècada. A més, a diferència dels hospitals o dels centres d'atenció primària, en les residències per a gent gran la categoria professional proporcionalment més representada és la d'auxiliar de geriatría, amb una formació clínica poc especialitzada. Cal destacar que aquesta és una característica comuna a totes les residències per a gent gran del món occidental.

Les mancances del sistema han quedat al descobert, també l'infrafinançament de les residències concertades, per a les quals no s'han actualitzat les ràtios en els darrers vint anys. La manca de personal per a atendre tots aquests residents, a més de la precarització del sector amb sous baixos, ha estat el detonant de la situació crítica viscuda en els centres residencials durant la pandèmia. Cal recordar que el Departament de Salut va obrir una borsa de voluntaris en què es van apuntar més de quatre-centes persones per a cobrir les baixes durant la crisi sanitària, i també que el Servei Públic d'Ocupació de Catalunya es va posar a disposició dels centres residencials. Amb tot, va ésser una mesura poc efectiva, perquè els directores de les residències es van trobar amb llistes de persones sense formació prèvia o sense disponibilitat, atès que no hi va haver una selecció prèvia.

Així, doncs, l'atenció sanitària en les residències no estava preparada per a l'impacte de la pandèmia. La necessitat de millorar l'atenció integrada social i sanitària, especialment per a les persones amb necessitats complexes, s'havia abordat en diverses ocasions, com, per exemple, en el Pla d'atenció integrada social i sanitària. Així i tot, la crisi sanitària, quan va esclatar, va desencadenar la necessitat immediata d'una intervenció d'alta intensitat sanitària per a les persones que vivien en residències. En aquest moment, les condicions dels recursos humans i dels recursos materials del sector residencial, després d'un llarg període d'infrafinançament, estaven al límit. A Catalunya, el dèficit de transferències de l'Estat en matèria de serveis socials és històric i molt elevat, la qual cosa té conseqüències negatives, com l'in-

fracasament de la dependència, i fa impossible assolir els objectius fixats per al conjunt del sistema de foment de l'autonomia personal.

El sector residencial és, per tant, un sector que no es té en consideració i que està poc professionalitzat i mal retribuït. Fins a l'inici de la pandèmia, no s'havia valorat com un sector de què calgués tenir cura i que calgués professionalitzar, encara que es tracti del quart pilar de l'estat del benestar. No va ésser fins a aquest punt que es van posar en valor els professionals, la cartera de serveis en matèria de drets socials i els sous d'aquest sector, encara que ja estaven regulats per als serveis prestats en l'àmbit de la salut i al Departament de Salut. Per tot això, i atesos, sobretot, la duresa de la feina i els sous baixos, l'absentisme és recurrent.

V. Inspecció

Els serveis d'inspecció són deficientes. Actualment, només s'activen si es presenta una denúncia i en molt poques ocasions s'actua d'ofici. Hi ha una manca de personal; de fet, a final del 2019, només hi havia vint-i-nou inspectors, que, a més, no estaven destinats exclusivament a les tasques d'inspecció de les residències per a gent gran. D'altra banda, els usuaris presenten poques denúncies, la qual cosa invisibilitza les vulneracions de drets que pateixen les persones institucionalitzades. En la majoria dels casos, el motiu pel qual els usuaris no presenten la denúncia és el desconeixement de llurs drets i dels mecanismes per a denunciar les vulneracions, i també la manca de confiança en el sistema i la por a les possibles conseqüències.

En aquest sentit, diversos compareixents, i també alguns documents, van expressar que el règim d'inspecció va ésser insuficient i criticaven els serveis d'inspecció perquè, a més de dur a terme l'habitual pràctica normativista i poc orientada al servei i la solució dels problemes, augmentaven la confusió, donaven ordres contradictòries sobre els criteris de derivació a residències de referència (centres *buffer*) per a l'agrupació de persones segons els resultats de les proves –els tests d'antígens i les proves diagnòstiques amb PCR– i obviaven el valor predictiu i els períodes finestra en els resultats positius de les proves. Avui dia, els problemes amb la inspecció continuen.

VI. Vacunació

El 27 de desembre de 2020, es va iniciar el procés de vacunació de les persones que vivien en residències per a gent gran, dels professionals que hi treballaven i dels grans dependents, i també del personal sanitari que estava en contacte directe amb malalts de Covid-19. Sense cap mena de dubte, aquest és l'element que permet marcar l'abans i el després en la gestió de la pandèmia, atès que va reduir els contagis i la mortalitat. Es van desplegar un total de vint-i-cinc equips de vacunació a tot el territori de Catalunya i es va prioritzar la vacunació de les persones que vivien en residències. Entre el gener i el febrer del 2021, la mortalitat en les residències, gràcies a la vacunació, va caure un 60%. Al juny del 2021, el 95% dels residents i el 85% dels treballadors havien estat vacunats amb la pauta completa.

VII. Equipaments de les residències

Amb relació a les mesures d'aïllament, el fet de no fer proves diagnòstiques i, per tant, la manca de confirmació de casos positius, i també el gran nombre de casos asimptomàtics, van afectar greument l'adopció d'aquestes mesures. Alhora, l'arquitectura de les residències va dificultar l'aïllament.

A Catalunya, com en altres territoris, les residències no han acabat de convertir-se en llars per a la gent gran més dependent perquè, entre altres motius, el disseny, tant pel que fa a l'arquitectura com als serveis que es presten, s'ha concebut per a optimitzar recursos assistencials. L'estructura variada i les dimensions dels edificis, la tipologia diversa de les habitacions i l'ocupació real demostren que cal repensar el model d'atenció perquè sigui integral i realment se centri en la persona,

però, sobretot, perquè tinguin estructures adaptables a les situacions d'emergència sanitària.

VIII. Llei de la dependència i finançament de l'Estat

El model residencial pateix un infrafinançament crònic. La Llei de la dependència no ofereix un sistema de finançament adequat, la qual cosa comporta una tensió pressupostària que ha donat lloc a moltes mancances en el sistema residencial. La realitat de la Llei de la dependència i del seu finançament és que, el 2019, Catalunya va aportar el 84% dels recursos de la dependència mentre que l'Administració de l'Estat només en va aportar el 16%, amb la qual cosa incomplia el compromís adquirit fa més de vint anys amb Catalunya.

D'altra banda, l'estructura departamental infradotada pel que fa als recursos humans, l'important dèficit tecnològic estructural i la manca de mecanismes de control i seguiment dels serveis per mitjà d'un sistema d'inspeccions fan palesa la feblesa estructural del sistema social. En suma, la Generalitat no disposa de prou recursos per a afrontar la demanda de places de residència.

2. Conclusions

1. Nou model residencial

Cal establir un model d'atenció centrada en la persona. Aquest model permet garantir més bé la dignitat de les persones, atès que assumeix la Convenció sobre els drets de les persones amb discapacitat, promou la personalització de l'atenció basada en la història de vida i en les preferències de cada individu i té en compte les seves necessitats. També cal repensar el model d'atenció domiciliària, potenciar l'autonomia a la pròpia llar i intensificar l'atenció i els serveis en el domicili, per a evitar la institucionalització precipitada de la gent gran. D'aquesta manera, la gent gran podrà continuar vivint en llur entorn familiar i mantenir llur qualitat de vida a la pròpia llar i es respectarà llur voluntat.

Aquest nou model per als centres residencials per a gent gran, que ha d'incloure la vinculació amb el sistema sanitari i una relació de suport entre els dos sistemes, s'ha de definir a partir de les lliçons apreses de la pandèmia i el garantiment de la participació dels residents i els familiars, i també de la societat civil que treballa per la gent gran i la representa. La integració social i sanitària ha de representar l'únic model d'atenció per a les persones de la nostra societat amb necessitats concurrents, és a dir, les persones que acumulen més patologies i més dependència i que, en moltes ocasions, tenen algun tipus de risc social. Així, és prioritari implantar un model d'atenció integrada social i sanitària en totes les residències per a gent gran.

Per a assolir aquests objectius, cal crear l'Agència Sociosanitària de Catalunya. La cooperació i el treball conjunts duts a terme durant aquest temps de pandèmia han de servir per a integrar les polítiques i actuacions amb relació a la gent gran dels dos departaments competents, per a protegir-ne la salut, atendre la dependència i promocionar l'autonomia des d'una única mirada. A més, cal tendir a la unificació dels sistemes d'informació i d'expedients socials i sanitaris en els casos que sigui necessari i dur-la a terme tenint en compte, especialment, els sectors implicats, els professionals i els usuaris.

Alhora, és essencial que aquest nou model impulsi el canvi cap a la cura de llarga durada, perquè sigui més domiciliari i més comunitari i perquè segueixi les recomanacions fetes des d'Europa, que consisteixen, principalment, a potenciar el servei d'ajuda domiciliària, donar més pes a les comunitats en el suport a les persones dependents i llurs cuidadors i construir solucions d'habitatge adaptat que permetin a les persones continuar vivint en llurs barris i municipis.

Quant als edificis residencials, el model ha d'avançar cap a la construcció d'un únic tipus d'edificis residencials que s'adapti a les noves necessitats i que repensi les habitacions compartides, els serveis compartits o el monitoratge estricte. És fona-

mental mantenir la dignitat i la privacitat com a elements del projecte d'envelliment i, al mateix temps, contribuir, per mitjà de nous tipus de distribució, a evitar situacions com les viscudes durant la pandèmia i facilitar l'aïllament.

Per a garantir el model, la col·laboració publicoprivada és essencial. Cal dotar les residències concertades del finançament adequat, que tingui en compte els canvis en el nivell de dependència dels residents dels darrers anys i la necessitat de reduir les ràtios per a prestar un servei de qualitat. Així mateix, cal disposar d'un sistema d'inspecció per mitjà del qual l'Administració faci un control eficaç de les residències. Per a aconseguir-ho i, alhora, garantir un bon servei, s'han d'augmentar els equips d'inspectors i s'ha de revisar la normativa reguladora.

És per això que s'ha de tornar a fer una planificació dels serveis a mitjà i llarg termini, que sigui pública i coneguda, que s'actualitzi periòdicament i que fixi criteris objectius per a l'assignació de recursos. Els òrgans de gestió integrals socials i sanitaris s'han d'estructurar de manera que s'ordenin i es despleguin conjuntament segons les necessitats territorials i es coordinin constantment per a garantir la continuïtat de l'assistència hospitalària, sociosanitària i residencial, entre d'altres.

Per a avançar cap a aquest model residencial que posi les persones en el centre de l'atenció, cal garantir, en primer lloc, que es potencia l'autonomia a la llar i l'envelliment actiu amb atenció domiciliària de proximitat i amb el suport dels professionals de l'atenció primària. En segon lloc, cal garantir que els residents, els familiars i la societat civil poden participar en els processos i les decisions que els afecten, que es tenen en compte llurs propostes i que es dona resposta a llurs necessitats. En tercer lloc, les decisions mèdiques s'han de basar en avaluacions clíniques individualitzades, de necessitat, amb criteris ètics i sobre la base de les màximes evidències científiques disponibles. Finalment, cal garantir el contacte regular entre els residents i llurs familiars i, sempre que sigui possible, evitar el confinament dels residents.

Per tant, en el termini de sis mesos, s'ha de crear una taula residencial per a promoure i dissenyar el nou model residencial, que permeti desenvolupar polítiques públiques que ajudin a lluitar contra la soledat i iniciatives de domotització que ajudin la gent gran a viure a casa amb seguretat, i també que permeti incrementar els serveis de socialització, d'activitats, de serveis digitals especialitzats i d'ajuda a les famílies que donen suport a gent gran. En aquest sentit, cal fomentar els drets i les preferències de la gent gran, tenir-los en compte a l'hora de planificar els serveis i iniciar un debat social sobre llur dignitat, perquè el sol fet d'envellir no comporti una pèrdua de drets. El garantiment de l'atenció a la gent gran en l'última etapa de la vida ha d'ésser una de les finalitats de les polítiques públiques de les administracions, amb la voluntat de crear una nova cultura social de transició cap a la vellesa.

A l'últim, la millor assistència per a una persona es basa en una bona comunicació i, per a això, cal que cadascú es pugui comunicar en la llengua en què s'expressa més bé. Cal defensar el dret de les persones a viure, convida i ésser ateses en català en totes les etapes vitals, inclosa la vellesa, i garantir que es respecten els drets lingüístics dels catalans tant en les atencions mèdiques i sanitàries com en les residències per a gent gran, d'acord amb l'Informe del relator especial sobre qüestions de les minories relatiu a la seva visita a Espanya (GE.20-03388), que demana que es respectin els drets de les minories lingüístiques.

II. Coordinació entre els sistemes social i sanitari i gestió de la informació

Cal reforçar els equips de vigilància epidemiològica, en particular, i l'Agència de Salut Pública, en general, atès que les epidèmies representen un risc real per al conjunt de la població. Per aquest motiu, cal garantir una coordinació correcta entre el Departament de Salut i el Departament de Drets Socials, i també diferenciar la funció dels centres sociosanitaris de la funció de les residències per a gent gran. Alho-

ra, s'han d'homogeneïtzar els sistemes d'informació de les residències i fer possible l'intercanvi d'informació entre el sistema sanitari i el de serveis socials.

Així mateix, l'atenció primària i comunitària ha d'ésser la responsable de l'atenció sanitària de les persones que viuen en les residències de Catalunya. Per a reforçar-ne l'actuació, s'haurien d'establir protocols d'actuació pactats amb els serveis de geriatria hospitalària de referència, la qual cosa ha de permetre prestar una atenció més adequada en les residències i fer la derivació a l'hospital només en casos en què la persona es beneficiï realment de l'atenció hospitalària.

D'altra banda, l'atenció mèdica dels centres residencials ha de deixar d'ésser privada i s'ha de prestar des del sistema públic de salut, concretament, per mitjà dels professionals dels centres d'atenció primària –la qual cosa comportarà un increment del nombre de professionals–, i no es pot prestar una atenció sanitària diferenciada segons si les persones viuen en residències o en llur domicili. En aquesta línia, cal que el Govern assumeixi la inversió total necessària per a reforçar el sistema d'atenció domiciliària, perquè, d'aquesta manera, sigui l'espai d'envelliment preferent dels ciutadans abans de la institucionalització, i cal que aboni als ajuntaments el 100% del preu per hora que marca la llei per als serveis d'atenció domiciliària.

Pel que fa al millorament de la gestió d'epidèmies o emergències en les residències en el futur, cal desenvolupar plans de contingència que situïn la gent gran i llurs necessitats de cura i salut en el centre de l'atenció. Aquests plans han d'establir polítiques i mecanismes per a la detecció, la vigilància i el control efectius en entorns com les residències; garantir al personal i els residents l'accés als equips de protecció individual i a formació sobre com s'han de fer servir; garantir la capacitat de sectorització en les residències; respectar la dignitat i cura de la gent gran; garantir que les mesures de sectorització responen a les necessitats de socialització dels residents; prioritzar la salut íntegra dels residents, i incloure, paral·lelament a les mesures de sectorització, la recopilació, sistematització, publicació i anàlisi de les dades per a millorar la presa de decisions.

Amb relació a la gestió de les dades, cal elaborar un procediment unificat de recollida i subministrament de les dades sobre gent gran en residències, homologable i compatible amb els sistemes d'informació català, espanyol i europeu. Aquestes dades i aquests indicadors han de servir per a desenvolupar polítiques públiques destinades a millorar l'accessibilitat, assequibilitat i qualitat del sistema de cures per a tota la població.

Així, la tecnologia ha de tenir un paper més actiu en la cura de la gent gran, no per a substituir les persones que duen a terme les tasques de cura, sinó, al contrari, per a augmentar llurs capacitats i l'abast de llur feina. Una onada d'innovació i digitalització és fonamental per a repensar els models de servei, sense que comporti una substitució de les relacions personals.

III. Professionals de l'àmbit residencial

A més del reconeixement de les víctimes i llurs familiars, cal reconèixer els professionals de tot el sector social per llur implicació i dedicació durant la pandèmia. S'han de dignificar, en tots els sentits, els professionals que treballen en aquest sector i que el defensen, tant a nivell de retribució com de comunicació. Per a assolir un sistema de residències de qualitat, ja siguin públiques, privades o concertades, en què la gent gran se senti com a casa i rebi l'acompanyament necessari en llur dia a dia, cal que el criteri de qualitat també s'apliqui a les condicions laborals dels treballadors del sector.

En matèria de formació, el sector residencial evoluciona i necessita incorporar nous coneixements per a afrontar les necessitats canviants dels nous usuaris. Així, és necessari que els professionals rebin formació en les noves competències necessàries per a la cura, com la comunicació, l'autocontrol davant les persones amb trastorns del comportament i l'acompanyament al final de la vida, entre d'altres.

Cal desenvolupar uns programes, currículums i criteris formatius que garanteixin la formació correcta dels treballadors de les residències, tant de manera inicial com continuada. En aquest sentit, cal dignificar la tasca del cuidador, tant de l'informal com del professional, oferint-li formació, acompanyament i eines per a assolir les aptituds i actituds que condueixin cap a l'excel·lència en l'atenció de les persones fràgils i vulnerables.

Cal adequar les plantilles del personal de les residències a les necessitats reals d'atenció dels residents, millorar el reconeixement dels professionals, reduir urgentment les ràtios d'atenció, augmentar el nombre de professionals d'atenció directa –especialment d'auxiliars de geriatria–, incrementar els mòduls, millorar les condicions laborals i salarials per a equiparar-les a les del sector públic i, en definitiva, definir un nou sistema residencial i de cures.

Pel que fa a la Cartera de serveis socials, que estava congelada des del 2010, cal actualitzar-la amb la inclusió de nous serveis domiciliaris, nous serveis de promoció de l'autonomia i solucions d'habitatge adaptat i amb serveis. Alhora, és convenient revisar els centres de dia, la rehabilitació, les teràpies grupals i els altres serveis ambulatoris, i també les solucions de transport adaptat.

IV. Inspecció

El sistema d'inspecció és insuficient i, per tant, per a dur a terme una fiscalització efectiva de les residències, cal millorar-lo, dotar-lo de més recursos i més transparència i garantir que presta una atenció especial a les condicions i conductes que poden afectar els drets humans dels residents. Per tant, d'una banda, cal establir un sistema d'inspeccions residencials que inclogui la publicació de les dades sobre el nombre i els resultats de les visites, les visites regulars als centres sense avís previ i uns indicadors d'inspecció que garanteixin la vigilància del compliment dels requisits normatius. D'altra banda, cal establir un sistema de denúncies que garanteixi l'anonimat i el retiment de comptes, i també els recursos adequats per a fer un seguiment efectiu de les denúncies que garanteixi l'adopció de mesures de correcció.

Atès que la competència en matèria d'inspecció és del Govern, cal instar-lo a desenvolupar un mecanisme de seguiment continuat per a garantir que les empreses que fan la gestió delegada dels serveis públics en els centres residencials compleixen escrupolosament els plecs de condicions signats i garanteixen la qualitat del servei i les condicions laborals dels treballadors. A més, cal agilitzar la intervenció directa de les residències per part del Govern si, per mitjà del sistema d'inspecció, es detecten irregularitats continuades o incompliments dels requisits establerts.

D'altra banda, cal potenciar la unitat de vigilància epidemiològica i fer un seguiment de l'evolució de la vacunació de la gent gran per a preveure escenaris futurs i protegir aquest col·lectiu altament vulnerable de possibles brots d'aquest patògen o d'altres. Per a fer-ho, cal promoure les enquestes continuades del sector residencial, amb l'objectiu de conèixer l'evolució dels residents i poder adaptar ràpidament el sistema a les noves necessitats.

Per aquest motiu, és necessari que el sector disposi d'indicadors de qualitat de la cura, concretament, d'indicadors dels resultats i no del procés. En aquest sentit, és primordial, d'una banda, incorporar el Departament de Drets Socials a l'Agència de Qualitat i Avaluació Sanitàries de Catalunya, i, de l'altra, reforçar el sistema d'inspecció amb l'accés bidireccional a la informació i la reorientació per mitjà del control dels indicadors dels resultats i l'impacte en la qualitat de vida de les persones que viuen en les residències.

V. Llei de la dependència i finançament de l'Estat

En matèria de finançament, cal exigir a l'Estat espanyol que compleixi el compromís que estableix la Llei de la dependència. El sistema social català no pot continuar aportant més del 80% del finançament juntament amb les famílies dels usuaris. Concretament, l'any 2022, dels 1.800 milions d'euros que el Departament de Drets

Socials va destinar a la dependència, només 377 milions d'euros provenien de l'Estat espanyol.

Per tant, cal exigir el finançament corresponent a l'Estat espanyol amb l'objectiu d'arribar a un finançament equiparable a la mitjana europea. El finançament del sector de la cura de llarga durada s'hauria, com a mínim, de doblar per a acostar-se al finançament que hi dediquen països de l'entorn de Catalunya, que se situa en el 2,3% del producte interior brut. Només d'aquesta manera es podran garantir els canvis necessaris per a poder adaptar el sistema residencial a les noves necessitats.

Palau del Parlament, 14 de febrer de 2024

La secretària de la Comissió, Anna Feliu Moragues; la presidenta de la Comissió, Mónica Ríos García

1.20. Interpel·lacions

Interpel·lació al Govern sobre les polítiques de joventut

300-00437/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 21.02.2024, DSPC-P 145.

Interpel·lació al Govern sobre l'ús de les llengües a l'escola

300-00438/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 21.02.2024, DSPC-P 145.

Interpel·lació al Govern sobre la resposta del Departament d'Acció Exterior i Unió Europea a l'informe del Parlament Europeu sobre els usos lingüístics a les escoles

300-00439/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 21.02.2024, DSPC-P 145.

Interpel·lació al Govern sobre la cultura popular

300-00440/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 21.02.2024, DSPC-P 145.

**Interpel·lació al Govern sobre la transició justa i els canvis
en el mercat de treball**

300-00441/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 21.02.2024, DSPC-P 145.

Interpel·lació al Govern sobre les zones de baixes emissions

300-00442/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 20.02.2024, DSPC-P 144.

**Interpel·lació al Govern sobre el Pla únic d'obres i serveis
de Catalunya**

300-00443/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 21.02.2024, DSPC-P 145.

**Interpel·lació al Govern sobre les causes de la ruïna del sector
primari**

300-00444/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 21.02.2024, DSPC-P 145.

Interpel·lació al Govern sobre les polítiques d'habitatge

300-00445/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 21.02.2024, DSPC-P 145.

**Interpel·lació al Govern sobre les perspectives financeres
i pressupostàries per al 2024**

300-00446/13

SUBSTANCIACIÓ

Sessió 70, tinguda el 21.02.2024, DSPC-P 145.

2. Tramitacions closes per rebuig, retirada, canvi o decaïment

2.15. Mocions subsegüents a interpellacions

**Moció subsegüent a la interpel·lació al Govern sobre
els pressupostos**

302-00392/13

REBUIG

Rebutjada pel Ple del Parlament en la sessió 70, tinguda el 22.02.2024, DSPC-P 146.

**Moció subsegüent a la interpel·lació al Govern sobre la dificultat
d'accés a l'habitatge per les polítiques de la Generalitat**

302-00395/13

REBUIG

Rebutjada pel Ple del Parlament en la sessió 70, tinguda el 22.02.2024, DSPC-P 146.

3. Tramitacions en curs

3.01. Projectes i proposicions de llei i altres propostes de norma

3.01.01. Projectes de llei

Projecte de llei de modificació de la Llei 16/2014, del 4 de desembre, d'acció exterior i de relacions amb la Unió Europea

200-00022/13

NOMENAMENT D'UN RELATOR

La ponència que ha d'elaborar l'informe sobre el Projecte de llei de modificació de la Llei 16/2014, del 4 de desembre, d'acció exterior i de relacions amb la Unió Europea (tram. 200-00022/13) s'ha reunit el dia 8 de febrer de 2024 i, d'acord amb el que disposa l'article 120.4 del Reglament del Parlament, ha nomenat relator el diputat Jordi Albert i Caballero.

Palau del Parlament, 8 de febrer de 2024

David Pérez Ibáñez, GP PSC-Units; Jordi Albert i Caballero, GP ERC; Josep Rius i Alcaraz, GP JxCat; Alberto Tarradas Paneque, GP VOX; Carles Riera Albert, GP CUP-NCG; Joan Carles Gallego i Herrera, GP ECP; Matías Alonso Ruiz, GP Cs; Daniel Serrano Coronado, G Mixt, diputats

Projecte de llei de l'Agència d'Atenció Integrada Social i Sanitària de Catalunya

200-00026/13

PRÒRROGA DEL TERMINI PER A PROPOSAR COMPAREIXENCES

Sol·licitud: GP JxCat (reg. 124641).

Pròrroga: atesa la tramitació d'urgència extraordinària acordada, 1 dia hàbil.

Finiment del termini: 29.02.2024; 10:30 h.

3.01.02. Proposicions de llei

Proposició de llei de creació del Fons agrari

202-00069/13

NOMENAMENT D'UN RELATOR

La ponència que ha d'elaborar l'informe sobre la Proposició de llei de creació del Fons agrari (tram. 202-00069/13) s'ha reunit el dia 21 de febrer de 2024 i, d'acord amb el que disposa l'article 120.4 del Reglament del Parlament, ha nomenat relator el diputat Joaquim Paladella Curto.

Palau del Parlament, 21 de febrer de 2024

Joaquim Paladella Curto, GP PSC-Units; Montserrat Fornells i Solé, GP ERC; Irene Negre i Estorach, GP JxCat; Antonio Ramón López Gómez, GP VOX; Dani Cornellà Detrell, GP CUP-NCG; Enric Bárcena Roig, GP ECP; Marina Bravo Sobrino GP Cs; Daniel Serrano Coronado, G Mixt, diputats

3.10. Procediments que es clouen amb l'adopció de resolucions

3.10.25. Propostes de resolució

Proposta de resolució sobre l'Institut Escola Els 30 Passos, de Barcelona

250-01283/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124009; 124029; 124111).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre el millorament de l'educació superior

250-01284/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124010; 124030; 124112).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre el millorament del ferrocarril a l'Empordà

250-01285/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat; GP ECP (reg. 124011; 124031; 124113; 124194).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre les condicions del servei d'atenció domiciliària

250-01286/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124012; 124032; 124114).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre la construcció d'un nou centre escolar a Forallac, al Baix Empordà

250-01287/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124013; 124033; 124115).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre el millorament de l'Escola Oficial d'Idiomes de l'Hospitalet de Llobregat

250-01288/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124014; 124034; 124116).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre la depuradora i els regadius de Manresa

250-01289/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124015; 124035; 124117).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre el tancament de línies d'I3 i de primer d'ESO el curs 2024-2025 a Sant Feliu de Llobregat

250-01290/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124016; 124036; 124118).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre la inseguretat viària de la carretera C-55 al pas per Sant Martí de Torroella

250-01291/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC (reg. 124017; 124037).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre el desplegament normatiu de la figura del bé cultural d'interès local que estableix la Llei 9/1993, del patrimoni cultural català

250-01292/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124018; 124038; 124119).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre la reconversió del futur centre d'alta resolució Vicente Ferrer en un hospital comarcal de referència

250-01293/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124019; 124039; 124120).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

Proposta de resolució sobre la implantació de coeficients reductors en l'edat de jubilació dels treballadors de la indústria química i de refinament del petroli

250-01294/13

PRÒRROGA DEL TERMINI DE PRESENTACIÓ D'ESMENES

Sol·licitud: GP VOX; GP ERC; GP JxCat (reg. 124020; 124040; 124121).

Pròrroga: 4 dies hàbils (del 29.02.2024 al 05.03.2024).

Finiment del termini: 06.03.2024; 10:30 h.

4. Informació

4.45. Composició dels òrgans del Parlament

4.45.12. Comissions específiques de seguiment

Composició de la Comissió de Seguiment del Desplegament de les Actuacions de l'Agenda Rural de Catalunya

411-00003/13

CONSTITUCIÓ, RATIFICACIÓ DE LA PRESIDENTA, ELECCIÓ DE LA VICEPRESIDENTA I ELECCIÓ DEL SECRETARI

El dia 22 de febrer de 2024, en la sessió que ha convocat la presidenta del Parlament, s'ha constituït la Comissió de seguiment del Desplegament de les Actuacions de l'Agenda rural de Catalunya.

La Comissió és integrada, en representació dels grups parlamentaris, de conformitat amb l'article 48.1 del Reglament del Parlament i l'acord de la Mesa del Parlament del 30 de gener de 2024, pels diputats següents:

Grup Parlamentari Socialistes i Units per Avançar

Rosa Maria Ibarra Ollé

Silvia Romero Galera

Grup Parlamentari d'Esquerra Republicana

Alba Camps i Roca

Montserrat Fornells i Solé

Grup Parlamentari de Junts per Catalunya

Anna Feliu Moragues

Salvador Vergés i Tejero

Grup Parlamentari de VOX en Cataluña

Antonio Ramón López Gómez

Grup Parlamentari de la Candidatura d'Unitat Popular - Un Nou Cicle per Guanyar

Dani Cornellà Detrell

Grup Parlamentari d'En Comú Podem

Enric Bárcena Roig

Grup Parlamentari de Ciutadans

Marina Bravo Sobrino

Grup Mixt

Daniel Serrano Coronado

El Grup Parlamentari de Junts per Catalunya, al qual ha correspost la presidència de la Comissió, de conformitat amb l'article 49.2 del Reglament i l'acord de la Mesa del Parlament del 30 de gener de 2024, ha designat presidenta la diputada Alba Camps i Roca, la qual ha estat ratificada per la Comissió.

La Comissió, d'acord amb l'article 49.1 i 2 i els concordants del Reglament del Parlament, ha elegit vicepresidenta la diputada Rosa Maria Ibarra Ollé, i secretari, el diputat Salvador Vergés i Tejero.

Palau del Parlament, 22 de febrer de 2024

El secretari de la Comissió, Salvador Vergés i Tejero; la presidenta de la Comissió, Alba Camps i Roca

4.50. Compliment de resolucions i de mocions

4.50.02. Compliment de mocions

Control del compliment de la Moció 220/XIV, sobre la protecció dels infants davant els desnonaments

390-00220/13

SOL·LICITUD DE CRITERI DE LA COMISSIÓ

Presentació: GP CUP-NCG(reg. 123989).

Acord: Mesa de la Comissió de Territori, 23.02.2024 (tramitació d'acord amb l'article 162.5 del Reglament i tramesa de la sol·licitud a la Comissió de Territori)

4.53. Sessions informatives, compareixences, audiències i debats

4.53.15. Sessions informatives, compareixences i audiències d'autoritats, de funcionaris i d'altres persones

Compareixença en ponència d'Esteve Riambau, director de la Filmoteca de Catalunya, amb relació al Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya

353-01484/13

SUBSTANCIACIÓ

Compareixença feta en la reunió de la «Ponència: Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya», el 15.02.2024.

Compareixença en ponència d'Edgar Garcia Casellas, director de l'Institut Català de les Empreses Culturals, amb relació al Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya

353-01485/13

SUBSTANCIACIÓ

Compareixença feta en la reunió de la «Ponència: Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya», el 15.02.2024.

Compareixença en ponència de la presidenta del Consell Nacional de la Cultura i de les Arts amb relació al Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya

353-01494/13

SUBSTANCIACIÓ

Compareixença feta en la reunió de la «Ponència: Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya», el 15.02.2024.

Compareixença en ponència d'una representació del Gremi de Cinemes de Catalunya amb relació al Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya

353-01498/13

SUBSTANCIACIÓ

Compareixença feta en la reunió de la «Ponència: Projecte de Llei de l'Institut de la Filmoteca de Catalunya», el 15.02.2024.

4.70. Comunicacions del president de la Generalitat i comunicacions del Govern i d'altres òrgans

4.70.01. Composició del Govern, delegacions de funcions i encàrrecs de despatx

Encàrrec del despatx de la consellera de Justícia, Drets i Memòria al conseller d'Interior

330-00292/13

PRESENTACIÓ: PRESIDENT DE LA GENERALITAT

Reg. 124504 / Coneixement: 22.02.2024

A la presidenta del Parlament

De conformitat amb el que estableix l'article 12.1.k de la Llei 13/2008, del 5 de novembre, de la presidència de la Generalitat i del Govern, em plau donar-vos compte que, durant l'absència de la consellera de Justícia, Drets i Memòria, senyora Gemma Ubasart i González, els dies 22 i 23 de febrer de 2024, mentre romanguí fora de Catalunya, s'encarregarà del despatx del seu Departament el conseller d'Interior, senyor Joan Ignasi Elena i Garcia.

Barcelona, 20 de febrer de 2024

Pere Aragonés i Garcia, president de la Generalitat de Catalunya

4.90. Règim interior

4.90.10. Càrrecs i personal

Resolució de cessament i nomenament de personal eventual del Parlament de Catalunya

ASSISTENTS DEL GRUP PARLAMENTARI DE JUNTS PER CATALUNYA

Resolució de cessament i nou nomenament de Narcís Junquera Cros com a personal eventual del Parlament de Catalunya

El 23 de setembre de 2023, Narcís Junquera Cros va ser nomenat assistent de tipus 1 del Grup Parlamentari de Junts per Catalunya, com a personal eventual.

El president del Grup Parlamentari de Junts per Catalunya ha presentat una proposta perquè es nomeni Narcís Junquera Cros assistent de tipus 2 del Grup Parlamentari de Junts per Catalunya.

De conformitat amb els acords de la Mesa Ampliada del 21 de desembre de 2020 i del 3 de març de 2021, les funcions d'aquest càrrec de confiança són l'assistència, l'assessorament i el suport al grup parlamentari per al qual ha estat nomenat.

D'acord amb el que estableix l'article 39 dels Estatuts del règim i el govern interiors del Parlament de Catalunya, i fent ús de les atribucions que em confereix la normativa vigent,

Resolc:

Fer cessar Narcís Junquera Cros com a assistent de tipus 1 del Grup Parlamentari de Junts per Catalunya amb efectes de 22 de febrer de 2024 i nomenar-lo assistent de tipus 2 del Grup Parlamentari de Junts per Catalunya, com a personal eventual, amb efectes de la mateixa data.

Contra aquesta resolució, que exhaureix la via administrativa, es pot interposar un recurs potestatiu de reposició davant la presidenta del Parlament, en el termini d'un mes a comptar de l'endemà de la notificació de l'acord, de conformitat amb el que disposen els articles 123 i 124 de la Llei de l'Estat 39/2015, de l'1 d'octubre, del procediment administratiu comú de les administracions públiques, o bé un recurs contenciós administratiu davant la Sala Contenciosa Administrativa del Tribunal Superior de Justícia de Catalunya, en el termini de dos mesos a comptar de l'endemà de la notificació de l'acord, de conformitat amb la Llei de l'Estat 29/1998, del 13 de juliol, reguladora de la jurisdicció contenciosa administrativa.

Igualment, les persones interessades poden interposar qualsevol altre recurs que considerin pertinent per a la defensa de llurs interessos.

Palau del Parlament, 21 de febrer de 2024

La presidenta, Anna Erra i Solà
