

DECRETO xxx/xxx de modificación del Decreto de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco.

La Ley 12/2008, de 5 de diciembre, de Servicios Sociales establece, en el artículo 22, el Catálogo de Prestaciones y Servicios del Sistema Vasco de Servicios Sociales y, en la relación de servicios sociales de atención secundaria, contempla los centros residenciales para personas mayores (párrafo 2.4.1.).

Este servicio se regula actualmente mediante el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Se excluyen expresamente del ámbito de aplicación de esta norma los servicios de alojamiento para personas mayores, en concreto, los apartamentos tutelados y las viviendas comunitarias. Ahora a través de esta modificación, se pretende ampliar la excepción a las viviendas con apoyo que son alojamientos para personas con discapacidad que en un futuro se prevé tengan regulación propia.

Durante el año 2021 el Gobierno Vasco puso en marcha un proceso de intervención público social participativo en torno a las condiciones de vida de las personas mayores en los centros residenciales de personas mayores donde participaron todos los agentes implicados (las diputaciones forales, personas mayores usuarias de residencias, sus familias, colegios profesionales, sindicatos, patronales, personas profesionales que trabajan en residencias...) así como un grupo de expertos de reconocido prestigio. Entre las conclusiones derivadas de este proceso, se propuso la mejora del decreto en aspectos tales como las necesidades diferenciadas de cada grado de dependencia, la mejor regulación del uso de la sujeción física, el replanteamiento de la formulación de ratios entre otros temas.

Así mismo, a raíz de la crisis sanitaria y social derivada de la Covid-19 que ha tenido un impacto económico y humano enorme en los centros residenciales, situación que ha afectado a todos los estamentos (personas usuarias y familiares, personas responsables y profesionales de centros, administraciones públicas..) poniendo en evidencia necesidades de mejora en la gestión y organización del sistema, en la adaptación de los espacios físicos, en la creación de estructuras de cooperación sociosanitaria y en la importancia de la innovación y la evaluación de la atención y los cuidados.

Teniendo en cuenta lo expuesto, el presente Decreto pretende modificar el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, adaptando el marco normativo de manera que mejore las condiciones para el impulso de la transición del modelo de atención basado en la atención y cuidados personalizados; actualizando los artículos relativos al final de vida y a las sujeciones, e introduciendo la necesidad de digitalizar los protocolos de actuación para la gestión de los centros residenciales y facilitar su accesibilidad e integración en plataformas digitales.

En virtud de lo expuesto, a propuesta de la Consejera de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales, de acuerdo con la Comisión Jurídica Asesora de Euskadi, y previa deliberación y aprobación del Consejo de Gobierno en su sesión xxxxxx,

DISPONGO:

Artículo primero. - Se modifica el párrafo 2 del artículo 2 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País

Vasco, que queda redactado como sigue:

«2. – Expresamente se excluyen del ámbito de aplicación de este Decreto los servicios de alojamiento para personas mayores, es decir, los apartamentos tutelados, las viviendas comunitarias y las viviendas con apoyo, cuyo régimen se determinará reglamentariamente.»

Artículo segundo. - Se modifica el párrafo 2 del artículo 3 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

«2. – Son centros de alta intensidad, que garantizan: a) la presencia permanente –24 horas al día– de personal cuidador; b) la prestación de un servicio médico y de enfermería; c) el apoyo de un equipo multidisciplinar de profesionales con los perfiles idóneos para la prestación de una atención integral centrada en las personas y sus relaciones, orientada al bienestar físico, psicológico y social.»

Artículo tercero. - Se modifica el párrafo 1 del artículo 5 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

“Artículo 5.- Población destinataria

1.- Las personas usuarias de los centros residenciales serán personas con una edad igual o superior a 65 años en situación de dependencia o, en su caso, de riesgo de dependencia y, con carácter excepcional, personas mayores de edad que puedan equipararse a dicho colectivo por circunstancias personales y sociales.

En los supuestos excepcionales previstos en este apartado deberá quedar debidamente acreditado y justificado que la atención prestada en un centro residencial para personas mayores es la idónea para atender las necesidades y preferencias de la persona.”

Artículo cuarto. - Se modifica la letra g) del párrafo 1 y se añade un apartado c) al párrafo 2 del artículo 6 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

“1.- Los principios rectores que deben orientar la actuación de los centros residenciales para personas mayores son los siguientes:

g) Principio de atención personalizada e integral: desde un enfoque de atención centrada en las personas y sus relaciones, se promoverán modelos de atención integral, personalizada y adaptada a las necesidades y preferencias de cada persona usuaria. Asimismo, teniendo en cuenta la singularidad de cada persona, se respetará su intimidad y dignidad y se prestarán los apoyos necesarios para que conserve su identidad única.

2.- Las disposiciones contenidas en el presente Decreto se interpretarán de acuerdo con:

c) Las disposiciones contenidas en la Ley 11/2016, de 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida.”

Artículo quinto. - Se modifican los párrafos 2, 3 y 4 del artículo 10 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del

País Vasco, que queda redactado como sigue

“2. Todos los centros deberán estar organizadas en módulos de atención y cuidados con un máximo de 25 plazas por módulo. Los nuevos centros residenciales para personas mayores no excederán un máximo de 150 plazas.

3. La calidad vivencial de los centros residenciales deberá adecuarse a las necesidades y preferencias de las personas mayores residentes, sobre todo en lo que respecta a la habitabilidad, el espacio, la seguridad, la accesibilidad, las facilidades para la orientación y el espacio privado.

4. Los centros residenciales para personas mayores estarán dotados de las instalaciones o equipos necesarios que permiten ofrecerles una atención adecuada a sus necesidades y preferencias. En la medida en que estas necesidades y preferencias cambien, se determinará un proceso continuo de adaptación a las mismas. “

Artículo sexto. - Se modifica el párrafo 3 del artículo 13 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

«3. En las zonas de circulación de personas usuarias se instalarán pasamanos en ambos lados.»

Artículo séptimo. - Se modifican los apartados c), d) y e) del párrafo 2 del artículo 17 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que quedan redactados como sigue:

“c) Las habitaciones dobles tendrán una superficie útil mínima de 22 m², excluido el cuarto de baño.

d) Las habitaciones individuales tendrán una superficie útil mínima de 15 m², excluido el cuarto de baño.

e) El baño tendrá una superficie útil mínima de 5m² y tendrá un uso individual y exclusivo para las personas usuarias de la habitación.”

Artículo octavo. - Se modifica el párrafo 4 del artículo 22 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

«4– El número máximo de plazas por unidad será de 25 personas usuarias.»

Artículo noveno. - Se añaden tres apartados d), e) y f) al párrafo 1 del artículo 25 del Decreto 126/2019, de 30 de julio de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

“Artículo 25. – El modelo de atención.

1.– El modelo de atención aplicable en los centros residenciales para personas mayores se centrará en los siguientes componentes básicos:

La atención integral y centrada en la persona y sus relaciones.

La gestión de la calidad.

La garantía de derechos.

La coordinación de la innovación.

La coordinación de la evaluación.

f) La coordinación sociosanitaria.”

Artículo decimo. - Se modifican el título, y los párrafos 1, 2 y 5 del artículo 26 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que quedan redactados como sigue:

“Artículo 26. – La atención integral y centrada en la persona y sus relaciones

1.- La atención que se preste en los centros residenciales a cada persona residente deberá ser integral, es decir, se deberá tender a la consecución de un modelo global de salud y bienestar, que deberá abarcar, debidamente coordinados entre sí, los aspectos sanitarios físicos, sociales, psicológicos, ambientales, convivenciales, relacionales, culturales y otros. Igualmente, toda organización de atención modular será con personal cuidador adscrito con el fin de garantizar una atención centrada en la persona y sus relaciones.

2. – Se prestará, asimismo, una atención personalizada adaptada a las necesidades y preferencias de cada persona residente mediante la elaboración de un Plan de Atención y Vida Personalizado que garantice la personalización de la atención y que establezca la coordinación entre los diferentes aspectos que convergen en la atención y cuidados para garantizar el modelo global de salud y bienestar.

5.- La aplicación de este enfoque permite:

a) Respetar la individualidad y las diferencias personales y contrarrestar la tendencia a definir las necesidades y preferencias de las personas en función de las disponibilidades de la propia estructura del centro.

b) Ayudar a las personas a preservar capacidades y actitudes que le permitan ejercer un control de su vida en función de sus limitaciones y facultades y a responsabilizarse de ella.

c) Mantener la vida de la persona residente en todas sus facetas, sin limitarla a la vida residencial, teniendo en cuenta el papel que juegan en su vida otros apoyos formales e informales, así como su participación en actividades relacionadas con la vida comunitaria, adoptando medidas para la mejor coordinación de las actuaciones de una atención y cuidados basado en las personas y sus relaciones.

d) Participar en el diseño y seguimiento del Plan de Atención y Vida Personalizado. El Plan se gestionará bajo la coordinación de una persona profesional de referencia, supervisado por un grupo interdisciplinario de profesionales cuando se trate de un caso complejo. “

Artículo undécimo- Se modifica y se da una nueva redacción al artículo 27 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

“Artículo 27. – Profesional de referencia.

Es la figura responsable de apoyo para la personalización de la atención de las personas residentes, ofreciendo un acompañamiento continuado, en el día a día, convirtiéndose en el principal referente para un grupo pequeño de personas y sus familias.

La persona profesional de referencia es la responsable del Plan de Atención y Vida Personalizado de la persona residente y tiene la función de comunicarse con el resto del personal para ejecutar el Plan en el día a día, incluyendo a la familia.

Todas las personas residentes tendrán asignada una persona profesional de referencia perteneciente al centro residencial. Al margen de otras funciones que las personas profesionales tengan asignadas en el centro, el personal de referencia cumple las siguientes funciones de coordinación:

- a) Debe establecer una relación de confianza con la persona usuaria y sus familiares, instituyéndose en el canal de comunicación entre el centro, la persona residente y su familia/personas allegadas o responsables legales.
- b) Debe participar en la elaboración del Plan de Atención y Vida Personalizado, de manera que se tenga en cuenta la visión global de la persona, sus expectativas, preferencias y estilo de vida. y, posteriormente, garantizar su cumplimiento y desarrollo.
- c) Debe velar porque las intervenciones y terapias respeten y se coordinen con lo establecido en el Plan de Atención y Vida Personalizado.
- d) Si bien la figura de la persona profesional de referencia no está ligada a ninguna categoría profesional, sí deberá estar asociada al personal de atención directa.
- e) Las funciones y cometidos de la persona profesional de referencia deben estar explicitadas y accesibles para las personas residentes, familiares y allegados, así como para el conjunto de las personas profesionales de atención (directa e indirecta) del centro residencial.”

Artículo duodécimo. – Se modifica el título y se da una nueva redacción al artículo 28 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

“Artículo 28. – El modelo de gestión, innovación y evaluación

1. – El modelo de gestión de los centros residenciales tendrá como objetivo la mejora continua de todos los procesos orientados a la mejora de la calidad de vida de las personas residentes. Tienen especial relevancia el desarrollo de soportes administrativos, económico-financieros y de gestión de la información ligados al impulso del modelo de atención centrado en la persona y sus relaciones.
2. – El modelo de innovación de los centros residenciales tendrá como objetivo desarrollar la innovación en sus diferentes dimensiones tanto terapéuticas como sociales, organizacionales, tecnológicas, de adaptación de espacios físicos y comunicacionales. La innovación puede entenderse como la generación o bien la adopción/adaptación de productos, servicios, metodologías y herramientas que permiten impulsar el modelo de atención centrado en la persona y sus relaciones con el fin de mejorar la calidad de vida de las personas residentes.

3.- El modelo de evaluación de los centros residenciales tendrá como objetivo desarrollar sistemas de seguimiento y evaluación de la calidad de vida y bienestar de las personas residentes, la calidad de la gestión y la calidad de la atención y cuidados. Los centros deberán ser evaluados cada tres años de manera integral gracias a un modelo de evaluación interna (autoevaluación) que constituye la base para la evaluación externa. Como resultado de los procesos de evaluación interna se elaborará un Plan de Mejora de la Calidad que determinará gradualmente las actuaciones necesarias para concretizar la mejora continua de la calidad de vida de las personas residentes, la mejora de la calidad de la gestión y la mejora en el modelo de atención y cuidados centrado en las personas y sus relaciones. La evaluación externa tomará en cuenta los resultados obtenidos por el Plan de Mejora de la Calidad implementado tras la evaluación interna.”

Artículo decimotercero. - Se añade un nuevo artículo 28 bis en el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, con el siguiente contenido:

“Artículo 28 bis. Cuidados paliativos y final de vida

1.- Principios rectores. El presente artículo se rige por los principios y regulación establecida en la Ley 11/2016, 8 de julio, de garantía de los derechos y de la dignidad de las personas en el proceso final de su vida, en el que se establece el derecho de la persona en su final de vida a disponer de su información clínica, al consentimiento informado y a la toma de decisiones, así como el derecho a la intimidad, privacidad y confidencialidad, y a realizar la declaración de voluntades anticipadas y a que estas sean respetadas.

2.- Coordinación de servicios: Para garantizar el acceso a los cuidados paliativos y final de vida en los centros residenciales se estructurará un mecanismo de coordinación efectiva con los servicios asistenciales de Osakidetza que garantice la provisión de cuidados paliativos y final de vida de calidad a toda persona residente que lo requiera, equiparándose al tipo de atención que una persona podría recibir en su domicilio particular.

3.- Plan de Cuidados Paliativos y Final de Vida: La incorporación efectiva de los cuidados paliativos y final de vida en los centros residenciales se realizará a partir del diseño e implantación de un Plan de Cuidados Paliativos y Final de Vida que cumpla, como mínimo, con los siguientes criterios:

- Establecer las personas o equipos responsables de la gestión del Plan;
- Definir la estrategia integral de gestión del dolor;
- Establecer las características del servicio de voluntades anticipadas;
- Precisar los mecanismos de coordinación con los servicios asistenciales de Osakidetza en la que se definen los medios que se ponen a disposición para el acompañamiento médico, físico y espiritual en el final de la vida.

4.- Programa de Sensibilización y Formación. Para garantizar una adecuada implementación de los Planes de Cuidados Paliativos y Final de Vida, los centros residenciales implementarán un programa o actividades de sensibilización y formación en la materia.”

Artículo decimocuarto - Se modifica el párrafo 1 del artículo 29 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del

País Vasco, que queda redactado como sigue:

«1. – Atención sanitaria: el centro residencial facilitará el acceso a la atención sanitaria, respetando la elección efectuada por las personas usuarias. En cualquier caso, se deberá garantizar que todas las personas usuarias reciban la atención sanitaria necesaria por medios propios o ajenos. Para ello, los centros residenciales deberán contar con un Plan de Coordinación Sociosanitaria que explicita los mecanismos por medio de los cuales los centros residenciales y centros de salud coordinan el apoyo, soporte y acompañamiento en la atención sanitaria de los centros residenciales.»

Artículo decimoquinto. - Se añade un nuevo artículo, el 29 bis, al Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, con el siguiente contenido:

“Artículo 29 bis. – Comisión de coordinación de la evaluación, la innovación y del ámbito sociosanitario de los centros.

1.- La Comisión de coordinación de la evaluación, la innovación y del ámbito sociosanitario de los centros es el órgano consultivo en materia de ayuda a la coordinación sociosanitaria y a los temas de calidad e innovación de los centros adscrito al departamento del Gobierno Vasco competente en materia de servicios sociales quien dotará de los recursos necesarios para su funcionamiento.

2.- La Comisión de coordinación de la evaluación, la innovación y del ámbito sociosanitario de los centros se compone de 9 representantes de diferentes niveles y ámbitos institucionales del ámbito de las políticas sociales y la coordinación sociosanitaria. Lo integran las siguientes personas:

a) Tres personas representantes de la Administración General de la Comunidad Autónoma de Euskadi, dos de ellas pertenecientes al ámbito de los Servicios Sociales y una perteneciente al área de la Coordinación Sociosanitaria, que ejercerán respectivamente las siguientes funciones:

a) Presidencia: la persona titular de la Viceconsejería competente en materia de servicios sociales

b) Vicepresidencia: la persona titular de la dirección competente en atención sociosanitaria

c) Secretaría: la persona titular de la dirección competente en materia de servicios sociales.

b) Seis representantes de las Diputaciones Forales, dos por cada entidad, debiendo ser uno de los ellos representante de cada diputación en el Consejo Sociosanitario Territorial correspondiente a su Territorio Histórico.

3.- Su régimen y funcionamiento se regulará por un reglamento interno redactado y aprobado por la Comisión una vez constituida la misma. En todo lo no previsto en dicho reglamento, le será de aplicación lo establecido en la Ley 40/2015, de 1 de octubre, de Régimen Jurídico del Sector Público.

4.- La designación de las personas que componen la comisión garantizará una representación equilibrada de mujeres y hombres, de conformidad con lo dispuesto en el Decreto Legislativo 1/2023, de 16 de marzo, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley para la Igualdad de Mujeres y Hombres y Vidas Libres de Violencia Machista contra las Mujeres.

5.- Funciones

a) Coordinar la autoevaluación en los centros. La Comisión hará efectiva la coordinación de la autoevaluación en los centros mediante tres funciones.

- Estándares. Definir estándares, parámetros y criterios a través de guías o directrices de evaluación de la calidad para orientar a los centros en la aplicación de procesos de autoevaluación previstos en el artículo 28 del presente decreto.

- Seguimiento. Realizar el seguimiento de los procesos de autoevaluación a través de los informes anuales aportados por las Diputaciones Forales.

- Recomendaciones. Elaborar recomendaciones, si procede, para la mejora de los procesos de autoevaluación en los centros derivadas del proceso de seguimiento.

El despliegue, implementación y ejecución de la evaluación externa de los centros será coordinada por los organismos, estructuras o comisiones, actuales o futuras, que se pongan a disposición para este fin en cada Territorio Histórico.

b) Coordinar la innovación en los centros. La Comisión hará efectiva la coordinación de la innovación en los centros mediante tres funciones.

- Estándares. Establecer parámetros y criterios generales, de carácter no vinculante, para el desarrollo y evaluación de programas, proyectos o actividades experimentales e innovadoras que propongan objetivos de mejora de la calidad de vida de las personas residentes e impulso de nuevos modelos de atención y cuidados en los centros, según lo previsto en el artículo 28 del presente decreto.

- Validación. Validar los proyectos experimentales cuando estos modifiquen algún parámetro de funcionamiento de los centros establecidos en el presente decreto. Estas modificaciones tendrán una duración de dos (2) años, con una posibilidad de prórroga de un (1) año adicional (tres años como máximo). Si al finalizar el plazo estipulado, y como resultado de una evaluación sistémica, se considera que los resultados experimentales obtenidos mejoran sustantivamente el modelo de atención y cuidados, y se estima la conveniencia de su generalización y estabilización, se deberá proceder a la regulación de los requisitos materiales, funcionales y de personal que le correspondan.

- Publicidad. Elaborar un informe anual de carácter público que recoja el conjunto de los procesos de experimentación e innovación impulsados por los centros.

c) Fortalecer la coordinación sociosanitaria de los centros. La Comisión fomentará la coordinación sociosanitaria de los centros mediante tres funciones.

- Estándares. Establecer parámetros y criterios generales para el diseño de los planes de coordinación sociosanitaria que los centros deben implementar de acuerdo a lo establecido en el artículo 30 del presente decreto.

- Seguimiento. Realizar el seguimiento de la coordinación sociosanitaria a través de los informes anuales aportados por las Diputaciones Forales.

- Recomendaciones. Elaborar recomendaciones, si procede, para la mejora de los procesos de implementación de los planes de coordinación sociosanitaria en los centros.”

Artículo decimosexto. - Se modifican las letras j), k), l) del párrafo 1 del artículo 30 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que quedan redactados como sigue:

“j) Realizar la evaluación de necesidades y preferencias, informando de los resultados a la persona usuaria o su representante legal.

K) Con los datos aportados por la evaluación de las necesidades y preferencias, elaborar el Plan de Atención y Vida Personalizado, cubriendo las actividades y programas de la cartera de servicios y marcando los objetivos asistenciales.

Realizar y asegurar el Plan de Atención y Vida Personalizado ajustándolo a las necesidades y preferencias de atención continuada de las personas residentes.”

Artículo decimoséptimo. - Se modifica el título y se da una nueva redacción al artículo 31 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

“Artículo 31. – Fase de estancia: evaluación de necesidades y preferencias y diseño del Plan de Atención y Vida Personalizado.

– La valoración integral y la elaboración de planes de Atención y Vida Personalizado constituyen la base de la atención geriátrica, y la atención personalizada integral debe ser el principio en el que se apoye la filosofía de los servicios para las personas mayores.

– El Plan de Atención y Vida Personalizado, consiste en una programación individual que garantiza la mejor adecuación de la intervención a las necesidades y preferencias individuales de las personas residentes, y se efectuará a partir de un documento que incluirá como mínimo los siguientes contenidos:

Valoración geriátrica integral (áreas relevantes de atención: Sanitaria, Psicológica, Social y Valoración de capacidades).

Elaboración de la Historia de Vida: Identificación y valorización de la historia de vida, en la que se explicitan la trayectoria, valores y preferencias para la atención y los cuidados que se desean recibir.

Elaboración del Plan de Atención y Vida Personalizado: El Plan debe establecer objetivos concretos en el ámbito preventivo y asistencial definiendo un programa de actividades del día a día (actividades significativas según la historia de vida). Estas actividades deben ser concretas, alcanzables y evaluables.

– La evaluación de necesidades y preferencias se realizará con instrumentos validados y adaptados al colectivo en cuestión.

– El proceso de valoración deberá ser siempre consensuado y dirigido a conseguir unos objetivos centrados en la persona y sus relaciones, y no solo la evaluación de los déficits y enfermedades, sino también en las capacidades, funciones y relaciones positivas.

Se realizarán reuniones periódicas del equipo interdisciplinar con una periodicidad preferentemente semanal y obligatoriamente mensual, para la planificación y el seguimiento de los

Planes de Atención y Vida Personalizado. Todo ello al objeto de que dicho documento sea algo dinámico/ vivo, que recoja en cada momento la situación actual de la persona usuaria.

La composición del equipo interdisciplinar debe garantizar que la totalidad de los profesionales de atención directa (personal técnico, cuidadores y cuidadoras, gerocultores y gerocultoras del equipo de atención directa) de los cuales disponga el centro participen, desde su área de trabajo, en la elaboración del Plan de Atención y Vida Personalizado.

Sin menoscabo de los y las profesionales que intervienen en la planificación y ejecución del Plan de Atención y Vida Personalizado, cada persona usuaria debe contar, al menos con una persona profesional de referencia que conocerá los detalles de su Plan.

El Plan de Atención y Vida Personalizado se elaborará contando con la participación de la persona residente y en su caso con los familiares o personas de referencia.

El Plan de Atención y Vida Personalizado por escrito se entregará a la persona usuaria o a la persona de referencia, si así lo deseara dicha persona usuaria. Cuando se entregue, se explicará de forma clara el contenido del mismo.

La valoración de la persona usuaria, por parte de los y las profesionales es conveniente que se complete dentro de los 15 primeros días.

El Plan de Atención y Vida Personalizado se completará al cumplirse los dos primeros meses de ingreso efectivo.

– La revisión del Plan de Atención y Vida Personalizado se debe hacer como mínimo con periodicidad anual o siempre que requiera una modificación de los objetivos planteados ante una variación significativa de la situación de la persona usuaria, dejando registro de las revisiones realizadas, incluyendo el resultado de la valoración de la adaptación realizada a los tres meses del ingreso.

Se dispondrá de un sistema de registro de los ajustes del Plan de Atención y Vida Personalizado realizados por parte de los y las profesionales entre la revisión anual y la siguiente.

– En el caso de estancias temporales que no excedan del mes, se deberán establecer los mínimos de atención que se deben cumplir en este tipo de ingresos existiendo a tal efecto un «Plan de Cuidados Básicos» elaborados por los y las diferentes profesionales de las diversas áreas de atención, desde el mismo momento del ingreso, todo ello al objeto de que las personas ingresadas en este tipo de estancias temporales tengan garantizada una atención de calidad.”

Artículo decimoctavo. - Se modifica el título y se da una nueva redacción al artículo 34 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

“Artículo 34. – Atención Libre de Sujeciones y situaciones de riesgo

- Los centros de atención residencial deberán acreditar un compromiso formal de atención libre de sujeciones que se acreditará mediante la existencia de un Plan de Atención Libre de Sujeciones que contemplará la supresión total y segura de las sujeciones, fomentando modelos de intervención preventivo y positivo en la gestión de aquellas conductas que suponen un desafío para el servicio de

atención y cuidados del centro residencial.

- Con el objetivo de garantizar la ejecución correcta del Plan de Atención Libre de Sujeciones, los centros residenciales accederán a programas de formación de personal de atención directa sobre atención libre de sujeciones, promoviendo la formación y capacitación en metodologías de Apoyo Conductual Positivo o similares.

- No se implantará ningún tipo de sujeción salvo en situaciones excepcionales y de urgente necesidad en las que exista un peligro inminente que ponga en riesgo la seguridad física de la persona usuaria, de las personas cuidadoras o de terceras personas y en las que previamente se haya registrado, en la historia clínica de la persona residente, el fracaso de otras medidas terapéuticas alternativas. Para casos excepcionales, la aplicación de cualquier tipo de sujeción, deberá realizarse siempre bajo una prescripción facultativa, que deberá emitirse bajo un protocolo específico.

- En el protocolo de sujeción deberá quedar establecido el tipo de sujeción a aplicar, los procedimientos a seguir, la duración, y la supervisión de la misma. Este protocolo deberá estar debidamente documentado en la historia clínica de la persona residente, formalizado y digitalizado en un registro diseñado a tal fin.

- La aplicación de dicho protocolo debe realizarse bajo los principios de excepcionalidad, necesidad, proporcionalidad y prohibición del exceso, por un tiempo estrictamente necesario y limitado. Una sujeción o contención prolongada equivale, en circunstancias diferentes a los principios señalados, a malos tratos.

- Los protocolos de sujeción o contención son incompatibles con la dignidad y derechos de las personas residentes y quedan totalmente proscritos cuando se utilizan con fines disciplinarios o por conveniencia en la gestión de la atención (ahorro de tiempo, de esfuerzo o de recursos).

- Cuando sea necesario aplicar un protocolo de sujeción la persona residente será informada y necesitará un consentimiento expreso. También serán informadas y se requerirá el consentimiento de las personas vinculadas a la persona residente, por razones familiares o de hecho, en la medida que el residente lo permita de manera expresa o tácita. El residente será informado, incluso en el caso de que, a juicio del profesional o la profesional médica responsable, requiera de apoyos para el ejercicio de su capacidad, de modo adecuado a sus posibilidades de comprensión, cumpliendo con el deber de informar también a su representante legal para que este exprese su consentimiento. De igual forma, cuando el residente, a juicio del profesional o la profesional médica responsable, carezca de capacidad de entender la información a causa de su estado físico o psíquico, la información se pondrá en conocimiento de las personas vinculadas a la persona residente por razones familiares o de hecho que prestarán el necesario consentimiento.

- Las sujeciones denominadas químicas son consideradas una mala práctica médica en la atención y cuidados. Los tratamientos farmacológicos, deberán quedar necesariamente documentados en la historia clínica de la persona residente, y deberán ser prescritos por un profesional médico, documentando las indicaciones, la posología y la duración de dicho tratamiento.

- Los centros residenciales están obligados, en colaboración con las autoridades competentes en la materia, a realizar un análisis integral de cualquier incidente grave que implique daño o muerte de una persona residente derivada de la aplicación del protocolo de sujeciones.

– Los centros se responsabilizarán de la adecuación de los espacios físicos, de las medidas de protección y control necesarias para las personas usuarias, especialmente en aquellos casos en que, por condicionamientos de índole física o psíquica de las mismas, puedan preverse situaciones de riesgo para su integridad. Así, en el caso de que puedan producirse circunstancias de deambulación o riesgo de fugas, entre otras, se dispondrá de un espacio o tecnología adecuada que garantice la seguridad de las mismas.

11– Los centros establecerán procedimientos de prevención y detección de tratos inadecuados y malos tratos, físicos, psíquicos y económicos a personas mayores con diferentes estrategias:

En la organización mediante el impulso de modelos de atención en torno al respeto, la promoción y la defensa de los derechos de las personas usuarias, de guías de buena práctica, mediante normativas y protocolos de actuación.

Formación continuada del personal en ética y buen trato.

Sensibilización de las personas usuarias y familias.”

Artículo decimonoveno. - Se modifican el título y las letras c) y j) del párrafo 1 del artículo 36 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

” 1.-Los centros residenciales dispondrán de la siguiente documentación, que deberá estar disponible en soporte digital.

c) Historia Clínica conjunta. Osabide Integra ofrece información sanitaria (historia clínica) sobre las personas residentes en los centros. Osabide Integra constituye una herramienta básica de coordinación sociosanitaria que permite disponer de una historia clínica conjunta y común, independientemente del sitio de donde se produce la atención sanitaria. Esta integración debe permitir no solo acceder a información clínica sino aportar información sobre la evolución del estado de salud de las personas residentes.

j) Los Protocolos de Actuación para la gestión de centros residenciales deben estar digitalizados para facilitar su accesibilidad e integración en plataformas digitales. Dichos protocolos son los siguientes:

1.- Protocolos de Atención Inicial:

Protocolo de preingreso.

Protocolo de ingreso.

Protocolo de adaptación.

2.- Protocolos establecidos en el Plan de Atención y Vida Personalizado

3.- Protocolos de Atención basada en la teleasistencia o medios digitales para consultas y asesoramiento puntual y delimitado a situaciones de bajo riesgo sanitario.”

Artículo vigésimo. - Se da una nueva redacción al artículo 39 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del

País Vasco, que queda redactado como sigue:

“Artículo 39. – Categorías y responsabilidades profesionales.

– La plantilla de personal de los centros residenciales estará formada por un equipo de profesionales adecuado en número, cualificación y experiencia para asumir las responsabilidades y desarrollar las distintas áreas de atención que precisen las personas usuarias.

– Los centros residenciales dispondrán del siguiente personal:

Dirección de los centros residenciales

Directora o Director de Centro: ostenta la representación del centro y ejerce las funciones de dirección asociadas a la organización del centro, a la coordinación interna y externa de las actuaciones y a la supervisión de la prestación de apoyos. Se asegura la presencia o localización inmediata del director o directora, y en su ausencia, deberá existir una persona responsable autorizada, la cual deberá figurar en el organigrama del centro.

Personal de atención indirecta (AI)

– Personal de administración: presta el apoyo administrativo necesario para la elaboración y conservación de la documentación asociada a las funciones de gestión y organización.

– Personal de servicios generales: ejerce las funciones de cocina, lavandería, limpieza, mantenimiento y recepción o conserjería.

Sin perjuicio de lo que se establece en el apartado 3 de este artículo, estos equipos podrán realizar también la limpieza e higiene de utensilios personales, orden y recogida de ropa de las personas usuarias o de sus estancias. Dentro de este personal de atención indirecta se podrá disponer de servicio de podología y peluquería.

Personal de atención directa

– De primer nivel (Ad1N) o equipo técnico asistencial. Compuesto por personas profesionales certificadas que desempeñan funciones de gerocultor/a ligadas a la asistencia y cuidados generales de las personas usuarias, acompañamiento, distribución de comidas, higiene personal, cambios posturales, entre otras funciones.

- De segundo nivel (Ad2N) que es el personal profesional generalmente de las ramas sanitaria y social que cuente con titulación de grado universitario o equivalente.

Equipo sanitario. Compuesto por personas profesionales médicos, de enfermería y fisioterapia entre otros servicios ligados a las actividades de atención sanitaria. En el caso de las unidades psicogerítricas el personal de atención directa sanitaria incluirá asistencia psiquiátrica.

Equipo psicosocial. Compuesto por personas profesionales del área de psicología, trabajo social, y otros perfiles profesionales certificados que permitan desempeñar actividades y servicios de terapia ocupacional, atención social, atención psicológica y/o pedagógica.

3. – En el caso de que una misma persona profesional realice funciones como profesional de atención directa y profesional de atención indirecta, deberá quedar establecido en su contrato el

número de horas de dedicación a una u otra función. En centros residenciales de más de 25 plazas, una misma persona no podrá realizar tareas correspondientes al personal de servicios generales y del equipo técnico asistencial.

4. – Todos los puestos de trabajo, en función del tipo y de las características del centro, podrán ser a tiempo parcial.

5. – Todos los puestos de trabajo y perfiles profesionales tendrán un carácter presencial (presencia física en el centro residencial), y para cada persona profesional del equipo técnico asistencial se fijarán horarios y días de trabajo por semana con el fin de garantizar que los centros poseen atención directa las 24 horas, los 365 días del año.”

Artículo vigésimoprimer. - Se modifica el título y se da una nueva redacción al artículo 40 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

“Artículo 40. – Cualificación profesional y acreditaciones profesionales.

1. – Las directoras y directores de los centros deberán contar con titulación universitaria de grado o equivalente y haber realizado un mínimo de 300 horas de formación acreditada en áreas tales como dependencia, discapacidad, geriatría, gerontología, dirección de centros residenciales, u otras áreas de conocimiento relacionadas con el ámbito de atención a la dependencia, salvo en los puestos de dirección ya ocupados en centros acreditados, que se mantendrán siempre y cuando puedan acreditar titulación universitaria de grado o equivalente y, en ausencia de formación especializada, un mínimo de cinco años de experiencia en el sector de la Autonomía Personal y Atención a la Dependencia.

2.-Las y los profesionales del equipo de atención directa de segundo nivel (Ad2N) deberán contar con las titulaciones de grado o equivalentes, o titulación de Formación Profesional de Grado Superior en las ramas sociosanitaria, y cuando la legislación así lo exija, deberán estar colegiados.

3.- El personal de atención directa de primer nivel (Ad1N) se considera como un personal de apoyo directo a las personas en situación de dependencia, y deberán poseer la cualificación profesional que acredite sus competencias.

A tal efecto se considerarán los siguientes títulos y certificados y los que en el futuro tengan una validez equivalente:

a) El Título de Técnico en Cuidados Auxiliares de Enfermería establecido por el Real Decreto 546/1995, de 7 de abril o los títulos equivalentes de Técnico Auxiliar Clínica, Técnico Auxiliar de Psiquiatría y Técnico Auxiliar de Enfermería que se establecen en el Real Decreto 777/1998, de 30 de abril, o en su caso, cualquier otro título que se publique con los mismos efectos profesionales.

b) El Título de Técnico en Atención a Personas en Situación de Dependencia, regulado por el Real Decreto 1593/2011, de 4 de noviembre, o el Título equivalente de Técnico de Atención Sociosanitaria, establecido por el Real Decreto 496/2003, de 2 de mayo, o en su caso, cualquier otro título que se publique con los mismos efectos profesionales.

c) El Título de Técnico Superior en Integración Social, establecido por el Real Decreto 1074/2012, de 13 de julio, o el título equivalente de Técnico Superior en Integración Social establecido en el Real

Decreto 2061/1995, de 22 de diciembre, para aquellos profesionales que a fecha 30 de diciembre de 2017, se encontrarán trabajando en la categoría profesional de cuidador o gerocultor.

d) El Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas Dependientes en Instituciones Sociales, regulado por el Real Decreto 1379/2008 de 1 de agosto, o en su caso, cualquier otro certificado que se publique con los mismos efectos provisionales.

e) El Certificado de Profesionalidad de Atención Sociosanitaria a Personas en el Domicilio, regulado por el Decreto 1379/2008, de 1 de agosto, o el equivalente Certificado de Profesionalidad de la ocupación de auxiliar de ayuda a domicilio, regulado por el Real Decreto 331/1997, de 7 de marzo, podrá considerarse equivalente para desarrollar actividades de cuidados en centros residenciales.

f) Servirá así mismo como acreditación de cualificación las habilitaciones excepcionales y las habilitaciones provisionales hasta que hayan finalizado su proceso de acreditación de experiencia laboral, o los programas de formación, en cualquiera de las categorías profesionales acreditadas mediante certificaciones individuales expedidas por Administraciones Públicas competentes en Servicios Sociales, o aquel organismo público que se determine oportunamente para estos efectos.”

Artículo vigesimosegundo. - Se da una nueva redacción al artículo 43 del Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco, que queda redactado como sigue:

“Artículo 43. – Ratios generales de personal/residentes.

Para establecer la proporción o «ratio» personal/residentes, se considerará:

1.- Como numerador, el número total de horas trabajadas por el personal, con independencia de sus características laborales y forma de contratación (fijo, eventual o sustituto; dedicación completa o parcial; contraprestación de servicios profesionales, etc.), dividido por las horas anuales que establezca el convenio laboral que sea de aplicación o, en su defecto, el Estatuto de los Trabajadores.

2.- Como denominador, el número de plazas ocupadas del centro residencial.

3.- La proporción o «ratio» personal/residentes, mínima, será diferente según se trate de las distintas categorías de atención directa (equipo técnico asistencial, equipo sanitario, y equipo psico-social) establecida en función de los grados de dependencia. Para garantizar la calidad de la atención y la flexibilidad en la gestión de los equipos de atención directa se establecen los siguientes parámetros:

En la tabla 1 se establecen dos parámetros para la definición de las ratios mínimas exigibles a los centros residenciales para la gestión de la atención directa:

1.- Una ratio mínima por perfil profesional, según grado de dependencia, para cada uno de los tres equipos de trabajo que constituyen la atención directa en los centros residenciales.

2.- Una ratio mínima por equipo de atención directa, según grado de dependencia, que excede el total de ratio mínima exigida por perfil profesional. Esta modalidad de ratio por equipos de atención directa busca ofrecer a los centros mayor flexibilidad y adaptabilidad para gestionar los perfiles profesionales, dentro de los equipos de atención directa, según la evolución de las necesidades de

atención y cuidados de las personas residentes.

Tabla 1. Ratios de atención directa según equipos de atención y grado de dependencia					
Equipos de atención directa	Tipo de perfil profesional	Ratio mínima por perfil profesional según grado de dependencia		Ratio mínima por equipo de atención según grado de dependencia	
		Grados 0 y I	Grados II y III	Grados 0 y I	Grados II y III
Equipo Técnico Asistencial	Apoyo a las actividades de la vida diaria (AVD)	0,180	0,295	0,207	0,339
Equipo Sanitario	Médica	0,006	0,009	0,035	0,045
	Enfermería	0,027	0,032		
	Fisioterapéutica	0,002	0,004		
Equipo Psicosocial	Trabajo social	0,006	0,006	0,023	0,023
	Terapeuta Ocupacional	0,011	0,011		
	Psicológica, pedagógica o psicopedagógica	0,003	0,003		
TOTAL		0,235	0,360	0,265	0,407

En la tabla 2 se establece la ratio mínima de personal/residentes para garantizar la atención y cuidados de las personas residentes en los turnos de noche en los centros residenciales. Para ello se definen dos parámetros:

1. - Una ratio mínima exigible para la atención del turno noche según el tamaño de centro, observado por el número total de personas residentes.

2. - Las ratios de atención directa para el turno de noche están integradas en las ratios totales mínimas exigibles a los centros residenciales según lo establecido en la Tabla 1 del presente decreto. En cumplimiento de esta exigencia, los centros deberán exhibir un documento en el que se establece la planificación entre el turno de día y el turno de noche, atendiendo a las ratios mínimas exigibles

según el presente decreto.

Tabla 2. Ratio de atención directa nocturna	
Perfil técnico asistencial	Tamaño de Centro (Total de personas residentes)
1 persona con perfil técnico asistencial	Menos de 50 personas residentes
2 personas con perfil técnico asistencial	Entre 51 y 100 personas residentes
3 personas con perfil técnico asistencial	Entre 101 y 150 personas residentes
4 personas con perfil técnico asistencial	Más de 151 personas residentes

4. – Los grados de dependencia se refieren a los establecidos en el artículo 26 en la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. El grado 0 identifica a los residentes que no padecen ningún grado de dependencia.

5.- El centro residencial deberá contar con personal propio o externo de atención indirecta que garantice la higiene, cocina, limpieza, desinfección, mantenimiento del centro y de sus instalaciones.

6.- Los centros residenciales deben garantizar la misma atención (número de horas) de equipo técnico asistencial (personal gerocultor) y/o equipo sanitario (personal de enfermería) durante el fin de semana y días festivos que durante los días de semana. En algunos casos, y dependiendo de la complejidad de la asistencia sanitaria que se requiera, podrán utilizarse otros medios (como la teleasistencia y medios digitales) para realizar consultas y asesoramientos de bajo riesgo sanitario. En este caso, la dirección del centro debe dejar establecido el uso de estos medios (en qué caso se deben utilizar, la duración, el tipo de asistencia, etc.) en un protocolo adicional sobre la atención y cuidados por medios digitales que reciben las personas residentes.

7.- El desempeño del equipo sanitario puede verse afectado temporalmente por límites en la oferta de personal sanitario disponible en el mercado de trabajo. Con el objetivo de garantizar la calidad de la atención sanitaria, los centros residenciales podrán integrar en el equipo sanitario otros perfiles profesionales sanitarios (tales como auxiliares de enfermería), de manera provisional, y toda vez que hayan demostrado fehacientemente que han resultado infructuosos los esfuerzos de búsqueda y contratación de personal sanitario. De esta manera, los centros deberán acreditar ante la Servicios de Inspección de los Servicios Sociales, el haber publicitado ofertas de empleo para integrar el equipo sanitario en diversos medios públicos oficiales (Lanbide o similares) y medios públicos no oficiales (medios de comunicación y redes sociales relacionadas con ofertas de empleo especializado), durante un mes como mínimo. Cada 6 meses los centros deberán acreditar el haber realizado esfuerzos de contratación de personal sanitario según los perfiles profesionales establecidos en el presente decreto. Dichas contrataciones excepcionales no podrán exceder el lapso de 3 años.”

DISPOSICIÓN ADICIONAL UNICA. Centros excepcionados del requisito material de organización en módulos.

Los centros residenciales que estén excepcionados del requisito material de organización en módulos deberán presentar una alternativa de funcionamiento que fortalezca la atención centrada en la persona y sus relaciones

DISPOSICIÓN TRANSITORIA PRIMERA.— Plazos para la adecuación de los centros residenciales en funcionamiento.

1.- Las entidades privadas titulares de centros residenciales para personas mayores que se encuentren en funcionamiento a la entrada en vigor del presente Decreto de modificación dispondrán de un plazo 6 años, a partir de la citada fecha, para cumplir lo dispuesto en esta norma, a excepción de los requisitos materiales regulados en el capítulo II.

2.- Las entidades públicas titulares de centros residenciales para personas mayores que se encuentren en funcionamiento a la entrada en vigor del presente Decreto de modificación dispondrán de un plazo de 6 años a partir de la citada fecha, para cumplir lo dispuesto en esta norma, a excepción de los requisitos materiales regulados en el capítulo II.

3.- Si transcurrido el plazo de 6 años establecido en los párrafos anteriores, las entidades titulares de dichos centros residenciales no hubieran cumplido los requisitos que les resultan de aplicación, la Administración competente procederá a la revocación de la autorización del centro.

4.- Los centros residenciales concernidos por esta disposición transitoria deberán, obligatoriamente, presentar un informe cada 2 años en el que se deberá explicitar detalladamente el grado de avance alcanzado en la adecuación al presente decreto.

DISPOSICIÓN TRANSITORIA SEGUNDA.— Autorizaciones en tramitación y residencias en construcción.

1.— Las solicitudes de autorización, previa y de funcionamiento, para la creación, construcción o instalación, así como para la modificación de centros residenciales de personas mayores, que sean formuladas ante la Administración competente con anterioridad a la fecha de entrada en vigor del presente Decreto se registrarán por lo dispuesto en el Decreto 126/2019, de 30 de julio, de centros residenciales para personas mayores en el ámbito de la Comunidad Autónoma del País Vasco. Idéntica normativa será de aplicación a los centros residenciales de personas mayores de titularidad pública cuyo proyecto básico esté visado por el colegio y se haya presentado en el Ayuntamiento.

2.— En el supuesto de que la resolución de las solicitudes de autorización contempladas en el apartado anterior fuera favorable, las entidades titulares de los centros residenciales dispondrán de un plazo de 6 años, contados desde la notificación de la resolución favorable, para cumplir lo dispuesto en esta norma a excepción de los requisitos materiales regulados en el Capítulo II.

3.— Las entidades públicas dispondrán también de un plazo de 6 años, contados desde la fecha del informe de visita-comprobación, para cumplir lo dispuesto en esta norma a excepción de los requisitos materiales regulados en el Capítulo II.

4.— Si transcurrido el plazo de 6 años establecido en el apartado anterior, las entidades titulares de los centros residenciales no hubieran cumplido los requisitos que resultan de aplicación, la

Administración competente procederá al cierre del centro

DISPOSICIÓN TRANSITORIA TERCERA. – Sobre la adecuación de los centros residenciales de titularidad municipal.

Los centros residenciales para personas mayores de titularidad pública municipal que se encuentren en funcionamiento con anterioridad a la fecha de entrada en vigor del presente Decreto, irán progresivamente adecuándose a la prestación de servicios sociales de competencia municipal, en el plazo de 6 años. Durante dicho periodo y mientras sigan prestando el servicio residencial para personas mayores, se regirán por lo dispuesto en la normativa sobre centros residenciales para personas mayores, vigente en la fecha en que hayan iniciado su funcionamiento. “

DISPOSICIÓN FINAL PRIMERA. – La constitución de la Comisión de coordinación de la evaluación, la innovación y del ámbito sociosanitario de los centros.

La constitución de la comisión de coordinación de la evaluación, la innovación y del ámbito sociosanitario de los centros deberá hacerse efectiva durante los primeros seis meses desde la entrada en vigor del presente decreto.

DISPOSICIÓN FINAL SEGUNDA. – Entrada en vigor

El presente decreto entrará en vigor al día siguiente al de su publicación en el BOPV.

Dado en Vitoria-Gasteiz, a x de x de 2023

El Lehendakari,
IÑIGO URKULLU RENTERIA.

La Consejera de Igualdad, Justicia y Políticas Sociales,
NEREA MELGOSA VEGA.

redacción médica