

Ante la crisis del COVID19: UNA OPORTUNIDAD DE UN MUNDO MEJOR

Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país

Versión abreviada

La crisis sanitaria que estamos padeciendo como consecuencia de la pandemia COVID-19 evidencia con crudeza asuntos relacionados con la consideración y atención a las personas en situación de fragilidad, discapacidad y dependencia, muchas de ellas personas de edad avanzada y otras más jóvenes con grandes necesidades de apoyo.

Ahora, sin lugar a dudas, es momento de arrimar el hombro, de moderar nuestra “tormenta de emociones”, de postergar críticas catastrofistas o interesadas, para así contribuir, todos juntos a salvar vidas y a minimizar los impactos negativos de todo esto.

Sin embargo, esta crisis está contribuyendo a que afloren carencias importantes en nuestro actual sistema de cuidados. También está evidenciado riesgos futuros en torno a cómo conjugar valores que deben estar equilibrados en el cuidado como la salud y la libertad de las personas.

La garantía en la continuidad de los cuidados, la coordinación entre sistemas y servicios y por qué no, las dificultades que la actual estructura competencial conlleva a la hora de afrontar un modelo integrado de servicios e intervenciones profesionales, deberán ser objeto de análisis en pos de la coherencia, la eficacia y la eficiencia que necesitamos.

En este sentido, pensando en el futuro y en el urgente debate que necesitamos quienes firmamos este documento, queremos compartir algunas consideraciones:

Sobre el cuidado en casa

1/ Recibir los cuidados en el domicilio

Hemos confirmado a través de La crisis del COVID19 la gran invisibilidad y los escasos medios que hoy existen para **garantizar un cuidado adecuado en el entorno domiciliario**. No es aventurado suponer que los contagios se han producido de una forma exponencial y que, tanto profesionales como personas que reciben cuidados, se han encontrado con una importante improvisación y desprotección. En el ámbito del empleo de hogar y cuidados, mucho más desprotegido social y legalmente, donde se presta atención a cientos de miles de personas, es muy probable que haya sucedido lo mismo.

2/ Disponer de una atención integral e integrada

Sabemos que la gran mayoría de las personas mayores en situación de fragilidad o dependencia, así como las personas con menor edad que tienen discapacidad, viven en su casa y han expresado con contundencia y de forma repetida su deseo de continuar viviendo en ella y de seguir participando en su comunidad. Es urgente e imprescindible avanzar en el diseño de una propuesta de atención integral en el domicilio que sea capaz de incorporar y coordinar los distintos papeles que cumplen los agentes implicados en esta atención: familias, servicios sociales en general y SAD en particular, atención primaria y especializada de salud, sector de empleo de hogar y cuidados, asistentes personales, voluntariado, servicios de proximidad e iniciativas de participación comunitaria. Desde la necesaria sostenibilidad económica que, sin embargo, exigirá un claro incremento presupuestario en este sector si queremos dar respuesta a los deseos de las personas y sus familias y evitar soluciones institucionales no deseadas.

Sobre el cuidado en centros residenciales

3/ Reconocer, cuidar y formar a los profesionales

Reconocemos y valoramos el esfuerzo “heroico” que están realizando los profesionales de las residencias en esta crisis, cuidando a las personas sin medios de protección hasta la extenuación y pagando el precio de un gran número de infectados.

Es imprescindible apoyar y cuidarlos, dignificando su labor, supervisando el desarrollo de sus competencias de atención integral y relacional, invirtiendo en el cuidado de los equipos y en la mejora de las organizaciones. Esto no puede considerarse como algo superfluo y por tanto prescindible. Solo así podremos avanzar en el buen cuidado.

4/ Disponer de profesionales suficientes y formados

Nos consta la escasez de profesionales y el carácter a menudo precario de las condiciones de trabajo en los servicios residenciales, algo ya sabido, pero que hasta la fecha no se ha tomado como una prioridad social. Sin ser esta la condición única ni suficiente para garantizar la calidad de cuidados, es una cuestión que debe ser seriamente considerada, como ya ha señalado el Defensor del Pueblo.

5/ Hacer valer el derecho a la atención sanitaria pública

Consideramos que las personas que enferman en un centro residencial -en una situación como esta, de máxima gravedad- y siendo el principal grupo de riesgo, tienen derecho a la atención sanitaria pública por su condición de ciudadanos/as tanto en atención primaria de salud como en especializada. No es admisible que sean privados/as de este derecho por su edad avanzada o por tener una gran discapacidad.

6/ Transformar el Modelo de Atención Residencial

Necesitamos un cambio en profundidad del modelo de alojamientos para mayores o con discapacidades que precisan apoyos para continuar con sus proyectos de vida. La experiencia de otros países sugiere la bondad de desagregar los conceptos “vivienda” y “cuidados” dependientes cada uno de su ámbito competencial natural. El “modelo vivienda” garantiza espacio propio, intimidad y una atención centrada en las personas. Racionaliza el gasto público y nos aleja de la institución tradicional.

7/ Eliminar los macro centros

Consideramos de especial importancia erradicar definitivamente los macrocentros y dejar de percibir como un lujo las habitaciones individuales. En los centros que agrupan a las personas, donde la mayoría de las habitaciones son compartidas, donde las personas permanecen casi todo el día en salas repletas de “internos” alineados, evitar el contagio cuando hay enfermedades fácilmente transmisibles puede acabar siendo una misión imposible. Conocer y tratar de una forma personalizada a quienes allí viven se puede acabar percibiendo como una utopía inalcanzable. Debemos, por tanto, trabajar por dejar atrás definitivamente este diseño residencial que responde a un modelo institucional del siglo XIX que ya ha sido abandonado hace décadas en otros países.

8/ Diseñar entornos para una vida con sentido

Apostamos de una forma decidida por **nuevos modelos de diseños arquitectónicos y fórmulas organizativas y de gestión lo más similares al hogar**. Lugares de vida donde se garantice la intimidad, se personalice el cuidado y en los que se evite la continua rotación de profesionales. Donde el tiempo y las actividades se organicen pensando en las personas y en **alimentar una vida con sentido en contacto con su comunidad**.

Sobre los estereotipos en relación a la vejez y a la discapacidad

9/ Reconocer la heterogeneidad de las personas mayores y personas con discapacidad

Valoramos como imprescindible erradicar los estereotipos que forjan una visión distorsionada, negativa y uniforme sobre las personas mayores y la vejez: discursos que se repiten incluyendo en el mismo “saco” de las personas mayores a un amplio grupo con características y necesidades muy diferentes: Unas son totalmente autónomas y entre otras tareas, asumen el cuidado de sus madres, padres y nietos, mientras que otras se encuentran en situaciones de gran vulnerabilidad y con necesidad de cuidados y protección. El mero hecho de haber cumplido cierta edad no las hace iguales. Algo similar sucede también en relación a las personas con discapacidad, que frecuentemente son nombradas por sus patologías o déficits, lo que conduce a etiquetarlas en categorías vinculadas a sus carencias o dificultades, obviando su singularidad, sus fortalezas, así como su capacidad de contribución a la sociedad.

10/ Promover un trato digno basado en los derechos y deberes

Necesitamos que las personas que precisan apoyos o cuidados reciban un trato de igualdad con el resto de la ciudadanía. Homogeneizar a través de términos como el “respeto” es muy peligroso. Todas las personas merecen respeto y trato digno, cualquiera sea su edad. No compartimos el lenguaje paternalista que apela a la lástima o a la obligación de devolver, como si de un favor se tratara, a “nuestros mayores”, a “nuestros abuelitos”, lo mucho que hicieron por la sociedad actual. Revisemos nuestra mirada y lenguaje colectivo sobre la vejez y la discapacidad eliminando la infantilización y la discriminación. Antes que nada, somos personas, con derechos y deberes.

Finalmente, los abajo firmantes concluimos la urgencia de:

Generar Modelos de Cuidados de larga duración

Esta crisis reitera la urgente revisión del actual modelo de atención a personas que precisan apoyos o cuidados para dar respuestas diversas, globales y ecosistémicas. Asimismo, el correspondiente escenario de financiación pública de los distintos servicios de apoyos y cuidados de larga duración, ha de ser revisado y mejorado, eliminando diferencias entre territorios.

Construir una sociedad de los cuidados

La situación actual puede convertirse en una oportunidad de lograr una mejora atención a las personas que la precisan, avanzando en la construcción de una sociedad de los cuidados, donde el reconocimiento, la participación y el apoyo a quienes son más vulnerables, necesariamente se conviertan en un compromiso y en una prioridad social central.

Los abajo firmantes (figuran por orden alfabético), apoyan este documento a título personal.

Asimismo, deseamos clarificar que ante la gran diversidad de representación del mundo asociativo hemos incorporado sólo a las organizaciones de personas mayores y de discapacidad de ámbito estatal. Desde el reconocimiento de la labor de otras muchas asociaciones y entidades de carácter autonómico y local, incluyendo las que realizan iniciativas de acción voluntaria en torno a las personas mayores o defienden sus derechos en calidad de familiares de afectados, invitamos a adherirse a esta declaración a todos quienes así lo deseen, enviando un correo donde se solicite la inclusión a esta lista inicial que por rapidez no se ha hecho más extensa, indicando: nombre, apellidos, profesión y centro/entidad de trabajo. cambiomcuidadosesp@gmail.com

1. Abellán García, Antonio. Investigador. CSIC.
2. Amunarriz Pérez, Gerardo. Director General Matía Fundazioa.
3. Bermejo García, Lourdes. Dra. en Ciencias de la Educación. Consultora.
4. Bonafont Castillo, Anna. Enfermera. Profesora de Gerontología y Enfermería de la Facultad de Ciencias de Salud y Bienestar. U. Vic.
5. Comas Herrera, Adelina. Care Policy and Evaluation Centre (formerly Personal Social Services Research Unit, PSSRU). Department of Health Policy. London School of Economics and Political Science.
6. De Lorenzo García, Rafael. Jurista. Profesor titular de Trabajo Social. UNED.
7. Díaz Aledo, Loles. Periodista.
8. Díaz-Veiga, Pura. Psicóloga. Investigadora. Matía Instituto.
9. Durán Heras, M^a Ángeles. Ex-directora Departamento Análisis Socioeconómico, CSIC. Consultora
10. Fantova Azcoaga, Fernando. Consultor Social.
11. Goikoetxea Iturregui, Marije. Profesora de Ética. U. Deusto.
12. Hernández Gómez, Mercedes. Médica Atención Primaria.
13. Izal Fernández, María. Catedrática de Psicología. UAM
14. Kalache, Alexander. Ex-Director del Departamento de Envejecimiento y Curso de Vida de la OMS. Presidente International Longevity Centre Brazil (ILC-Brazil).
15. Lara Montero, Alfonso. Chief Executive Officer, European Social Network.
16. Lacasta Reoyo, Juan José. Trabajador Social. Consultor Organizacional. Presidente de DHO.
17. Leturia Arrazola, Francisco Javier. Psicólogo.
18. Martín Lesende, Iñaki. Médico Atención Primaria.
19. Martínez Gómez, Juan Manuel. Geriatra. Presidente de CEOMA.
20. Martínez Lozano, Isabel. Presidenta de HelpAge España.
21. Martínez Maroto, Antonio. Jurista Gerontólogo.
22. Martínez Rodríguez, Teresa. Psicóloga Gerontóloga. Principado de Asturias.
23. Montorio Cerrato, Ignacio. Catedrático de Psicología. UAM
24. Ortega Cachón, Iñaki. Director de Deusto Business School.
25. Pérez Bueno, Luis Cayo. Presidente del CERMI.
26. Pinazo Hernandis, Sacramento. Profesora Titular de Psicología. U. Valencia. Presidenta SVGG.
27. Ramos Feijóo, Clarisa. Profesora Dto. Trabajo Social y Servicios Sociales. U. Alicante.
28. Regato Pajares, Pilar. Médica Atención Primaria.
29. Ribera Casado, José Manuel. Catedrático emérito de Geriatria. U. Complutense.

30. Rodríguez Cabrero, Gregorio. Catedrático de Sociología de la U. Alcalá.
31. Rodríguez Rodríguez, Pilar. Gerontóloga. Presidenta Fundación Pilares para la Autonomía Personal.
32. Sancho Castiello, Mayte. Psicóloga Gerontóloga.
33. Seoane Rodríguez, José Antonio. Catedrático de Filosofía del Derecho. U. da Coruña.
34. Tamarit Cuadrado, Javier. Psicólogo. Plena Inclusión España.
35. Tricio Gómez, Paca. Presidenta de UDP.
36. Vela Caudevilla, Juan. Trabajador y Educador Social. Presidente Federación Lares.
37. Villar Posada, Feliciano. Catedrático de Psicología del Envejecimiento. U. Barcelona.
38. Zalakain Hernández, Joseba. Director del SIIS.
39. Zunzunegui, Viki. Catedrática de Epidemiología. Escuela de Salud Pública, U. Montreal.