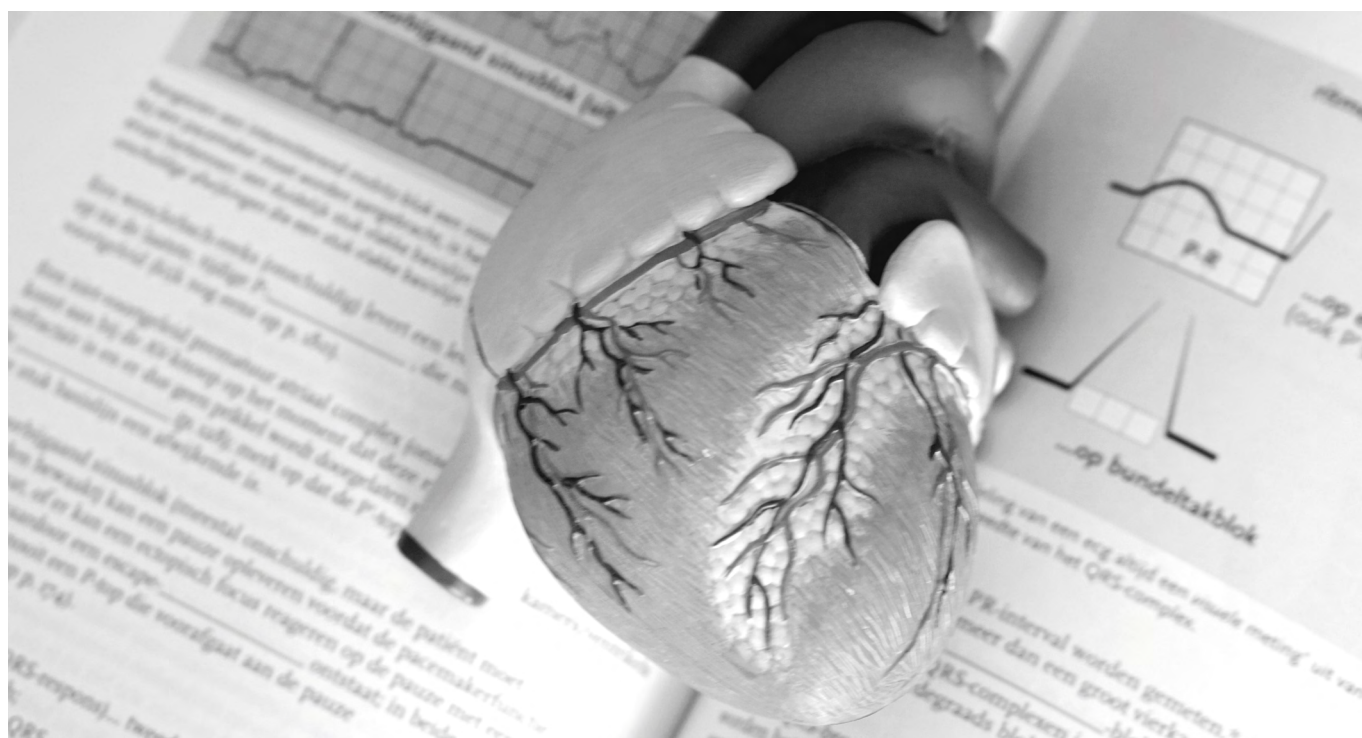


# Médicos





<b>1. El médico y los cuidados: perspectiva histórica</b>	4
<b>2. La era COVID-19</b>	6
<b>3. Cuidar en la ciudad</b>	8
<b>4. Los fines de la medicina</b>	9
<b>5. Cuando nuestro paciente es nuestra comunidad</b>	10

# Ciudades cuidadoras en sociedades cuidadoras. La visión del colectivo médico

Barcelona  
Noviembre, 2020



# Autores



## **Albert Ledesma Castellort**

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Socio fundador de la primera entidad de base asociativa de Catalunya. **(líder del área)**



## **Jordi Amblàs Novellas**

Médico geriatra. Doctor en Cuidados Paliativos UVIC. Adjunto de la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Universitari de la Santa Creu.



## **Emilia Civeira**

Médica intensivista. Vocal de la Asociación Seniors en Red.



## **Julio Gómez Cañedo**

Médico paliativista. Coordinador del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios Santurzi.

Promoción, Coordinación y Edición

 **mémora**  
Fundación  
*comprometidas con la vida*



# 1 El médico y los cuidados: perspectiva histórica

1. Durante muchos siglos la labor profesional de la medicina se centró, en intentar curar a las personas enfermas desde una posición de autoridad profesional y a menudo también moral, con los medios que disponía en cada momento y desde un abordaje esencialmente individualista. A medida que nos acercamos en el tiempo, la aproximación a la salud de las personas desde la medicina se ha ido abriendo a nuevas miradas y asumiendo otras responsabilidades, como la prevención, la promoción de la salud, etc. El entorno social en el que se daban estos cambios mantenía una estructura familiar estable, con dos o tres generaciones viviendo en el mismo hogar, con una esperanza de vida más corta y con solo un miembro, a veces dos, de cada familia trabajando fuera del hogar.

2. El cuidado de las personas recaía en el grupo familiar y solo en casos de enfermedad aparecía el profesional de la medicina como sanador, y esporádicamente como cuidador. El estado, en sus diferentes niveles, asumía pocas responsabilidades en el cuidado de las personas o de las familias. Solo instituciones o personas motivadas por causas solidarias, caritativas o por voluntad propia colaboraban o asumían el cuidado de personas, siempre de forma altruista. Existía una norma social no escrita que hacía del cuidar un valor individual, social o comunitario consolidado y sólido. No había una garantía legal de ser cuidado por el estado, pero sí una percepción subjetiva de que la sociedad y sus miembros no te abandonarían. Esta labor de cuidar se adjudicó de forma casi exclusiva a la mujer, como madre, hija o esposa, sin que se pusieran en duda los roles intrafamiliares hasta hace unas décadas.



«No había una garantía legal de ser cuidado por el estado, pero sí una percepción subjetiva de que la sociedad y sus miembros no te abandonarían»



3. Poco a poco este equilibrio, estable a lo largo de siglos, se fue alterando y la función de cuidar ha ido pasando desde la familia y la comunidad al estado, con prestaciones o beneficios sociales que venían a compensar las deficiencias en el cuidado que comportaba el cambio de rol y de la estructura familiar, el entorno laboral y la sociedad en general. Este balance también se vio afectado por un crecimiento muy rápido de la esperanza de vida, del número de personas con necesidades de atención de larga duración y de respuesta compleja, de personas con dependencia o discapacidad y una disminución de la natalidad, entre otros factores.

La adquisición y el ejercicio de derechos fundamentales, especialmente entre las mujeres, la igualdad de oportunidades, etc. han cambiado nuestra sociedad y la estructura y funciones de la familia. Todo ello lo hemos hecho sin dar una respuesta adecuada y consistente a muchos retos: la conciliación, el cuidado de las personas con dependencia o necesidades de atención compleja, etc.

La incorporación del estado en la tarea de cuidar vuelve a generar una segregación del rol de curar y cuidar dejando a los profesionales de la medicina y a las personas más vulnerables en una «tierra de nadie» llamada espacio sociosanitario.





# 2

## La era COVID-19

4. La reciente crisis de la COVID-19 ha puesto de relieve que muchas de las soluciones introducidas en las últimas décadas para el cuidado de las personas se han mostrado ineficientes, o cuando menos insuficientes. La pandemia ha actuado como una prueba de esfuerzo, un test de provocación en toda regla de nuestro sistema sanitario y social. Las costuras habitualmente se rompen por el sitio más frágil y, ciertamente, hemos descubierto que teníamos debilidades, especialmente en la atención a las personas más vulnerables y en el ámbito residencial. Ahora la gran amenaza no solo viene de los más que probables rebotes de la COVID-19, el auténtico peligro está en no ser capaces de utilizar lo que hemos aprendido para reformular las respuestas a las necesidades de atención de las personas. Tenemos una sensación de fracaso colectivo y cierta vergüenza por el trato dispensado a estos colectivos de personas mayores o dependientes, aún estamos en la primera fase de duelo, sin comprender por qué nos ha pasado esto y sin atisbar cuál ha de ser la respuesta para garantizar que nunca más volverá a suceder.

«La pandemia ha actuado como una prueba de esfuerzo, un test de provocación en toda regla de nuestro sistema sanitario y social»





**5.** En este momento, justo cuando estamos controlando la epidemia, se nos plantean muchas dudas y preguntas, retos y problemas a los que dar respuesta. Las personas mayores son sujetos de derecho, y solo ellas son dueñas de sus valores y preferencias para decidir dónde y cómo quieren vivir y, llegada la hora, morir. Así pues, aprovechemos la oportunidad para escucharlos, consensuar planes de cuidados anticipados y replantear todo el sistema de atención de larga duración en nuestro país: ¿Cómo y en qué lugar queremos envejecer? ¿Tienen que ser las residencias la única alternativa? ¿Qué estamos dispuestos a invertir, como sociedad, para hacerlo posible? Sin olvidarnos de que las personas de cualquier edad, con necesidades de atención a largo plazo o discapacidad, también han de participar en este proceso de rediseño de nuestro sistema de bienestar.

**6.** Los profesionales de la medicina tenemos que posicionarnos, coliderando con otros profesionales y agentes una respuesta adecuada a todas estas preguntas, dudas o retos. Cuidar y curar se han convertido en acciones o actos inseparables en los que el rol del médico ha de estar presente de forma activa y estructurada.

**7.** En las últimas décadas, la misión de muchas sociedades o países era conseguir el derecho a un acceso universal a la atención sanitaria y ahora hemos comprobado que no es suficiente para garantizar un buen cuidado de las personas. Nuestros esfuerzos deben resituarse en preservar el acceso universal e incorporar el derecho a ser cuidados dignamente a lo largo de toda nuestra trayectoria vital. Esto enfoca nuestra visión hacia un abordaje más global y compartido que lo haga posible. Una respuesta en términos exclusivamente sanitarios ya no es suficiente, hemos de incorporar respuestas a otras necesidades de atención, de forma sincrónica y complementaria. La respuesta integral a todas ellas, de forma priorizada, tiene como objetivo el cuidado de las personas, garantizar su calidad de vida en cada momento vital y facilitar que el proyecto de vida de cada una de ellas pueda materializarse en los términos que desee.



# 3 Cuidar en la ciudad



**8.** Las ciudades son entornos más complejos que los núcleos de población más pequeños, pueblos, villas, aldeas, en los que perviven redes comunitarias de cuidado a las personas que lo necesitan y en las que morir solo o quedarse en la calle son situaciones excepcionales. En las grandes ciudades, la pérdida de prestigio del valor cuidado se ha dado con más velocidad, con más profundidad, afectando a grandes grupos de población. Son muchas las personas que viven solas o con un conviviente en malas condiciones de salud. Algunas en hogares que no cumplen los mínimos exigibles para ser habitados, otras en la calle sin que nadie se ruborice por ello. Soledad, alimentación deficitaria e inadecuada, muerte sin compañía, aislamiento, dolor, etc. son elementos comunes y presentes en nuestra sociedad.

**9.** En estos entornos hay muchas personas con altas necesidades de atención, tanto en lo social y en lo sanitario, que no obtienen respuesta adecuada. En algunos casos por ser una respuesta parcial o inadecuada que deja necesidades prioritarias sin respuesta. En otros, por desconocimiento de la situación en que viven las personas al no haber aflorado sus necesidades a través de una demanda formal de atención. O también por haberse normalizado situaciones vitales que antes no eran aceptables. Dar respuesta adecuada en ambos casos es una labor que hemos de coliderar los profesionales de la medicina, con el resto de agentes implicados, hasta conseguir una solución aceptable y razonable para estas personas que no están bien cuidadas.





# Los fines de la medicina

# 4

**10.** El rol del médico como sanador persiste y persistirá, pero no volverá a ser el rol predominante, ni el más importante. En la sociedad actual se espera mucho más de nosotros como colectivo profesional. Más allá de la capacidad de diagnosticar y tratar dolencias concretas, resulta absolutamente trascendente incorporar la mirada más holística, que tome en consideración tanto las enfermedades más graves como las necesidades más esenciales de las personas.

**11.** Acompañando a las personas en el final de la vida redescubrimos la importancia del cuidar en el rol de los profesionales de la medicina cuando la curación no es posible. Extender esos cuidados paliativos a toda la población, garantizando que nadie quedará fuera de los mismos es uno de los objetivos prioritarios que tenemos los médicos en pro de sociedades y ciudades cuidadoras.

**12.** A nuestro parecer hay dos cambios substanciales en el rol, que la sociedad espera y demanda de los profesionales de la medicina. Uno es la reorientación de nuestra tarea profesional a cuidar de las personas a lo largo de una trayectoria vital mucho más prolongada, con más carga de

enfermedad, más dependencia o discapacidad, necesidades cambiantes y respuestas inciertas o empíricas.

**13.** La segunda se centra en nuestro compromiso de promover estilos de vida saludables y el cuidado del medio ambiente, ambos determinantes en la futura salud de personas y del entorno en que viven. La sociedad espera de los profesionales de la medicina que nos sumerjamos en la comunidad para cuidar de la salud individual y de la colectiva. Siempre de acuerdo con los agentes comunitarios. Este es un ámbito paradigmático donde la necesidad de integración de las políticas y las acciones trascienden los planteamientos unidimensionales: “El objetivo no es medicalizar más la salud de la población; se trata solo de aportar una mirada experta con vocación colaborativa”.

**14.** En ambos casos, hay que abordar la solución desde una dimensión global de la persona y garantizando una atención integral a sus necesidades. Nuestro deber profesional va más allá de intentar curar, debemos garantizar que las personas que atendemos están bien cuidadas.

«Nuestro deber profesional va más allá de intentar curar. Debemos garantizar que las personas que atendemos están bien cuidadas»



# 5

## Cuando nuestro paciente es nuestra comunidad

«La Atención Primaria tiene una tiene un gran potencial para aflorar las necesidades de atención de las personas y de sus familias»

### Nuevas tareas para seguir cuidando.

**15.** Debemos ir mucho más allá de la tarea de atender individualmente en nuestras consultas a los pacientes que deciden visitarse. Nuestro trabajo en la comunidad es esencial y si lo desarrollamos podemos contribuir a crear redes de cuidado con personas de la propia comunidad.

**16.** Hemos de dirigirnos y llegar a las personas que estén solas y necesiten cuidados. La Atención Primaria tiene un gran potencial para aflorar las necesidades de atención de las personas y de sus familias. La mejor opción para ello es pasar de una actitud pasiva, esperando en la consulta a que acudan las personas, a una conducta proactiva en busca de las necesidades de atención que estas tienen. Promoviendo alianzas entre todos los agentes de la comunidad para construir y ofrecer respuestas adecuadas e integrales a las mismas.

**17.** La dramática situación vivida durante la crisis desencadenada por la pandemia nos debe proporcionar, como mínimo, la oportunidad para

afrontar el problema de fondo y volver a pensar y diseñar todo el modelo de atención de larga duración. Este modelo debe tener en cuenta la diversidad entre las personas mayores, debe apostar por un reparto más justo de los cuidados, reconociendo su valor social y poniendo en el centro su derecho a continuar decidiendo sobre su vida. Esto implica tanto al ámbito residencial como al domiciliario y su entorno, sociedad, profesionales —también los médicos— y otros agentes que participan del mismo.

**18.** Esta tarea va estrechamente ligada con la de crear e impulsar un modelo de atención domiciliaria, social y sanitaria, que permita a las personas mantenerse el máximo tiempo en casa y, si puede ser, morir en la misma confortado, acompañado y libre de sufrimiento. Del equilibrio entre la atención domiciliaria y la residencial, tanto en su creación como en su desarrollo, dependerá en buena parte que las personas tributarias de estos servicios estén bien cuidadas.





**19.** Este futuro equilibrio entre la responsabilidad del estado y la familiar o comunitaria de cuidar a las personas, está muy relacionada con recuperar el valor de cuidar desde lo individual o lo familiar. Seguramente, en un entorno en el que la dedicación al trabajo se irá reduciendo en términos horarios, nos tendríamos que plantear fórmulas de organización personal, familiar o comunitaria que nos permitan dedicar más tiempo a cuidar a las personas de nuestro entorno. Desde establecer horarios que promuevan la conciliación y el tiempo libre para el desarrollo de estilos de vida saludable, hasta reconocer socialmente la labor de cuidar.

**20.** El segundo cambio en nuestro rol se centra en priorizar el medio ambiente, su protección y su cuidado, y los estilos de vida saludables como mejores instrumentos para promover la salud de las personas y de la sociedad.

- Implicarnos en garantizar que nuestras ciudades cuidarán de promover entornos saludables, como la reducción de la contaminación o el desarrollo de espacios verdes o amigables para promover el ejercicio físico o las actividades lúdicas en espacios compartidos por personas de diferentes generaciones.
- Promover una red relacional potente que permita a las personas relaciones interpersonales positivas que se ha

evidenciado como uno de los factores positivos más potentes que contribuyen de pleno a alargar la esperanza de vida.

- Ciudades o entornos pensados, diseñados y creados para facilitar la socialización de personas, especialmente mayores y que viven solas o en soledad, son muy útiles en el cuidado de las personas y contribuyen a maximizar la vida.
- Construir un nuevo entorno cuidador teniendo muy presente el cómo promovemos que las personas tengan igualdad de oportunidades, en términos de salud, vivan en el lugar que vivan.

**21.** Hemos de adaptar nuestra formación y nuestra esencia de ser a los nuevos tiempos, no basta con ser grandes sanadores, hemos de aprender que cuidar a las personas y al entorno, desde la prevención y la promoción de la salud son los instrumentos más útiles de que disponemos.

La educación y la formación son dos de los pilares sobre los que construir una estrategia de prevención de enfermedades y de promoción de la salud de las personas. Evitar o retrasar la aparición de morbilidad o de discapacidad son objetivos que podemos conseguir abordando estos aspectos. Para ello hemos de promover su incorporación en el día a día asistencial del médico y educar a las



personas, desde su infancia, para que incorporen hábitos de vida saludables. Las alianzas con la universidad y los centros de investigación son instrumentos que pueden facilitar la consolidación de esta estrategia incorporando en la visión del médico las nuevas funciones que se proponen en este documento.

**22.** La complejidad de la respuesta a la construcción de un nuevo entorno social y comunitario, donde la sociedad y las ciudades sean cuidadoras en esencia, es una tarea colectiva que exige un abordaje compartido entre todos los agentes. Los médicos hemos de entender que sin un trabajo colaborativo, construyendo escenarios compartidos, promover un adecuado cuidado de las personas es del todo imposible.

**23.** La epidemia actual nos obliga a replantear muchas de las soluciones dadas al derecho de ser cuidados. Sin miedo a plantearnos:

- Cómo queremos construir nuestro futuro.
- Cómo vamos a garantizar el cuidado de las personas, especialmente las que tienen algún nivel de dependencia.
- Cómo reequilibramos el derecho de ser cuidado, con el deber de cuidar o de participar del cuidado de las personas de nuestro entorno.

**24.** La respuesta que demos a todos estos retos debe preservar al mismo tiempo otros derechos fundamentales adquiridos o recuperados. Especialmente en términos de equidad de género, igualdad de oportunidades, conciliación individual o familiar, laborales, etc.

**25.** Al ser una respuesta sistémica y compleja a una situación no conocida previamente, requiere de una reflexión compartida por diversos profesionales, en un abordaje y respuesta interdisciplinar que incluya e implique a la sociedad en general y a las distintas comunidades en particular. (El urbanismo como instrumento para promover ciudades cuidadoras de la salud de las personas es un buen ejemplo de que hemos de considerar todas las facetas que incluye la tarea de cuidar en un debate amplio en que se aporten soluciones compartidas, consensuadas y respetuosas con los valores y derechos asentados que queremos preservar.)

**26.** Mostrar una actitud abierta a estas nuevas formas de entender y ejercer la medicina es un buen inicio para cambiar nuestra visión y formación con el fin de adaptarnos a una nueva realidad, llena de retos a los que dar respuesta. El futuro del cuidado a las personas en entornos que promuevan la atención a sus necesidades está en juego, los profesionales de la medicina debemos jugar este partido como un protagonista más liderando en los ámbitos que nos son propios.

«Hemos de aprender  
a cuidar a las  
personas y al entorno»





- Gómez-Batiste X, Mateu S, Serra-Jofre S, Molas M, Mir-Roca S, Amblàs J, et al. Compassionate communities: design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city. *Ann Palliat Med*. 2018;7(Suppl 2):S32-S41. DOI: 10.21037/apm.2018.03.10.
- Sallnow L, Richardson H, Murray S, Kellehear A. Understanding the impact of a new public health approach to end-of-life care: a qualitative study of a community led intervention. *Lancet*. 2017;389. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30484-1.
- Fantova F. Los cuidados como eje para la transformación de las políticas sociales *Doc social* 2017;187:71- 89.
- Wegleitner K, Heimerl K Kellehear A. *Compassionate Communities: Case studies from Britain and Europe*. Abingdon: Routledge; 2016.
- Berger J. *Un hombre afortunado*. Buenos Aires, Alfaguara 2008
- [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf)
- [https://salutweb.gencat.cat/web/.content/\\_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Visio-persones-cronicitat.pdf](https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxiu/Visio-persones-cronicitat.pdf)
- Gomez-Batiste, X., Mateu, S., Serra-Jofre, S., Molas, M., Mir-Roca, S., Amblas, J. et al. (2018). Compassionate communities: Design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city . *Annals of Palliative Medicine*, 7(2), 0-0 doi: 10.21037/apm.2018.03.10



## La Ciudad que Cuida

quiere ser una ciudad referente, como ciudad amigable y compasiva, capaz de tener una visión amplia y transversal para estructurar una respuesta a las necesidades que surgen por el envejecimiento y sobre-envejecimiento de la población, con especial énfasis en atender el final de la vida, centrándose en evitar la muerte en situación de vulnerabilidad y soledad no deseada.



[www.ciudadesquecuidan.com](http://www.ciudadesquecuidan.com)