

La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos?

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Publicación correspondiente al proyecto "Ciudades que cuidan" de:



La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos?

Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos? N° 59 (2021)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-36205-9 Depósito Legal: B 20600-2021

Cuadernos
de la Fundació **59**
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Pág.

Presentación

Joan Berenguer y Núria Terribas 7

Curar y cuidar, un continuo

Victòria Camps..... 11

La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿implementamos o seguimos planificando?

Rafael Bengoa 21

La atención social

Ana Isabel Lima 27

Visión económica de la relación entre el modelo sanitario y social

Guillem López-Casasnovas..... 53

Debate con los profesionales

..... 63

Relación de autores

..... 82

Títulos publicados

..... 84

PRESENTACIÓN

En el año 2019 la Fundació Víctor Grífols i Lucas y la Fundación Mémora iniciaron un trabajo de colaboración para reflexionar de forma conjunta, con la participación de profesionales expertos, sobre temáticas que aportaran conocimiento al proyecto «Ciudades que cuidan», una iniciativa que, impulsada por la Fundación Mémora, tiene como objetivo centrar las políticas de los municipios en el cuidar de sus ciudadanos y, en especial, en prevenir y evitar en lo posible las situaciones de final de la vida en vulnerabilidad y soledad no deseada de las personas.

En un primer seminario se planteó el problema de la «Soledad, el envejecimiento y el final de la vida» (Cuaderno n.º 55) en un intento de aportar una reflexión ordenada de la problemática del abordaje de los procesos de final de la vida en situaciones de soledad, destacándose los vínculos entre envejecimiento y soledad y contribuyendo con experiencias concretas, especialmente desde la perspectiva de los cuidados paliativos. El segundo seminario se centró en la idea de «Las ciudades que cuidan, también en el final de la vida» (Cuaderno n.º 57) donde se abordó cómo, quién, con qué proyectos, ideas y recursos atendemos a las personas más vulnerables cuando se encuentran en la fase última de sus vidas.

Este año 2021, después del paro obligado por la COVID-19, retomamos el trabajo con un nuevo seminario: «La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos?», cuyas reflexiones se recogen en este cuaderno.

Asimismo, la Fundación Mémora ha desplegado, durante este tiempo de pandemia, un «Fórum de debate: Hacia una sociedad cuidadora», donde se ha tratado, desde diferentes áreas de conocimiento y con la participación de más de cien profesionales expertos, el cuidado como eje y centro de las políticas a desarrollar en los municipios. Como fruto de este trabajo y de la reflexión de los grupos que abordaron el *modelo sanitario* y el *modelo de innovación social*, reforzados por la visión de los grupos de economía, ética, política municipal y salud pública entre otros, se plasma en la necesidad de coordinar el mundo de lo sanitario con el mundo de lo social.

En este seminario se aborda esta temática, presente en muchos de los debates ya antiguos pero no resueltos, a pesar de iniciativas y acciones concretas llevadas a cabo. Continúa un divorcio entre ambos mundos, el sanitario y el social, cuando la realidad sociodemográfica requiere de una solución y un abordaje conjunto. El envejecimiento de la sociedad comporta problemáticas inherentes al propio hecho de envejecer, como la necesidad de atender a personas con pluripatologías crónicas y con determinados grados de dependencia. Ambas problemáticas deben ser abordadas conjuntamente con las prestaciones que se deben dar desde la atención sanitaria y la atención social. Hacerlo de manera coordinada y conjunta debe ser una prioridad para un buen uso de los recursos que se empleen y, en especial, para poder ofrecer una adecuada calidad en la respuesta a dicha realidad sociodemográfica.

Joan Berenguer

Director de la Fundación Mémora

Núria Terribas

Directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

F U N D A C I O
V Í C T O R I A
G R A T I A
I L L U

**Curar y cuidar,
un continuo**

Victòria Camps

Catedrática emérita de Filosofía Política de la UAB

Seguramente no estaríamos hablando hoy del tema de este seminario de no haber sido por la pandemia. No quiero decir que la división de funciones entre la asistencia sanitaria y la asistencia social no haya sido problemática desde hace años. Sabemos que las Administraciones públicas llevan tiempo dándole vueltas a la cuestión. Pero ha sido la crisis del coronavirus la que ha puesto en evidencia que estamos ante una realidad que exige actuar sin demora. Cuando en los meses más crudos y crueles de la pandemia se constató el aislamiento de los residentes de muchos geriátricos, que a su vez se veían privados de atención médica por colapso del sistema sanitario, la explicación –que no justificación– tanto de gestores de residencias como de profesionales sanitarios fue la misma: las residencias de mayores no son hospitales ni centros médicos, son centros asistenciales; cada cual cumple su función específica.

Esa era la realidad implícitamente aceptada de lo que correspondía hacer en cada caso, una realidad que, al sobrevenir la crisis pandémica, desembocó en un tratamiento que llegó a rozar lo inhumano como única forma de proteger de contagios, y que puso en cuestión el derecho fundamental a la protección de la salud cuando la demanda de hospitalización se hizo urgente. La situación excepcional provocada por la COVID-19 dejaba al descubierto unas carencias y unas disfunciones que la normalidad había ocultado, pero que no por ello dejaban de ser carencias y disfunciones podríamos decir que sistémicas, de mala concepción del sistema en su totalidad. Al dirigirse los reproches a lo que ocurría en los centros asistenciales se revertía la crítica más habitual proyectada hacia una cierta deshumanización de la medicina por la tecnificación, el trabajo en equipo, la despersonalización de la relación clínica. Ahora lo que aparecía como inhumano no era la práctica médica, sino la asistencial, que por definición se daba por supuesto que tenía que ser más cálida. Pero la raíz de todo ello era que ambas prácticas discurrían en paralelo sin encontrarse: el cuidado asistencial y el tratamiento médico pertenecían a ámbitos demasiado separados.

Se repite una y otra vez que las crisis deben ser una oportunidad para el cambio, que de las crisis se aprende puesto que en ellas salen a la luz muchos defectos endémicos que el devenir cotidiano, sin grandes sobresaltos, no deja ver. En efecto, las crisis, por lo pronto, hacen visible lo que funciona

mal, aquello que habría que corregir sin espera, aunque solo fuera para evitar que la próxima crisis nos pillara igual de desprevenidos. En el caso que nos ocupa, es indudable que una de las causas de haber incurrido en varios de los errores que hemos ido lamentando durante el último año ha sido el desamparo sufrido por la actividad asistencial, un desamparo que ha hecho difícil e incluso imposible atender las necesidades básicas de muchas personas entre las cuales estaba ahora la necesidad de tratar las dolencias producidas por la COVID-19.

De dicha necesidad insatisfecha ha derivado una crítica que ya estaba sobre la mesa y que había empezado a ser tema no solo de discusión, sino de descontentos manifiestos. Me refiero a la escasa importancia dada por los sucesivos gobiernos a los centros de atención primaria. Efectivamente, la atención primaria no ha merecido ni la consideración ni el reconocimiento que requiere. Tales centros son insuficientes, escasos de personal, disponen de pocos recursos económicos y, en ellos, la gestión no siempre responde al fin de servicio público. Concurren en ellos un cúmulo de deficiencias que se explican, pero tampoco se justifican, por la pulsión de los gobiernos por invertir en instalaciones aparatosas, como son los grandes hospitales, menospreciando la función insustituible que realiza la atención médica más directa y cercana a las personas. La tan accidentada gestión de la vacunación no ha hecho sino incidir en ese déficit. La atención primaria, el llamado «médico de familia», es lo más parecido al médico de cabecera, que fue durante mucho tiempo una figura de referencia imprescindible para cualquier persona. La especialización de la medicina, como la especialización del conocimiento en general, ha significado grandes progresos, pero tiene un fallo que es la desaparición del médico de cabecera. Cuando las enfermedades se cronifican y se multiplican por causa del envejecimiento, el paciente echa de menos alguien que supervise y coordine las múltiples dolencias y necesidades de atención médica, que le condenan a ir deambulando de uno a otro especialista, a hacerse un sinnúmero de pruebas, sin que nadie le proporcione el confort de sentirse íntegramente atendido, pues eso solo sabe hacerlo el especialista en medicina general, que, por definición, no es especialista en nada.

¿Cómo debe ser el tratamiento en la última etapa de la vida, la etapa en la que, más pronto o más tarde, se manifiestan las dependencias y las discapacida-

des? ¿Cómo asistir adecuadamente a quienes requieren más protección y ayuda, en muchos casos profesionalizada? No es una cuestión de edad, sino de entrar en una fase de la existencia en que las necesidades han cambiado. Son necesidades de cuidados que, en ocasiones, implican atención médica.

Parece claro que la solución a la que hay que aspirar para superar la división de funciones entre lo asistencial y lo sanitario es reestablecer una continuidad que en otros tiempos fue más natural y fácil sencillamente porque las necesidades eran menores, la gente se moría más joven y las familias –a saber, las mujeres– vivían en exclusiva dedicadas al cuidado de los más frágiles. Muchas son las razones y las causas –no hace falta desgranarlas porque son de sobra conocidas– que han desembocado en una situación en que la atención médica es mucho más sofisticada, los tratamientos más complejos, y la asistencia que puede proporcionar la familia, más problemática. Los que más sufren las consecuencias perversas de los cambios sociales, científicos y tecnológicos son los más necesitados, aquellos que carecen de medios económicos y culturales para hacer frente a las necesidades de cuidado.

No me cansaré de recordar el impagable informe que el Hastings Center publicó en los años noventa del siglo pasado sobre «Los fines de la medicina». En él se hacía eco ampliamente de los cambios experimentados por las sociedades actuales, los cuales debían repercutir en una concepción distinta de los fines de la medicina. Si lo habitual había sido dar por supuesto que el fin de esta era curar y alargar la vida, ahora esos fines se veían como demasiado simples para afrontar las necesidades de la población. La misión de la medicina, además de curar, debía ser también prevenir la enfermedad, cuidar a quienes no tienen curación y ayudar a morir. Dicho de otra forma, el cuidado, la función asistencial, que en los centros médicos era propia de la enfermería, debía estar más integrada en el cometido de la medicina, que a su vez debía hacerse cargo de los cuidados paliativos y del cuidado de los enfermos crónicos. Curar y cuidar se complementan y es un disparate que discurran como actividades separadas.

Como he dicho más arriba, esa complementariedad se ha echado de menos a raíz de la pandemia no tanto en los hospitales como en las residencias de mayores o en la atención a la discapacidad. La necesidad de tomar medidas

muy restrictivas que condenaban a los discapacitados a quedarse en casa y a los residentes a permanecer aislados en su habitación repercutió en su salud física y mental. El foco de atención y de preocupación señaló a las residencias geriátricas, que evidenciaron claramente su escasa dotación para el trabajo que tenían a su cargo. En parte porque los geriátricos, salvo excepciones, se deben poco a la misión de servicio público que deberían asumir. Un servicio, por definición, no es un negocio: por eso, es un deber de la Administración la dotación y el control de los servicios más básicos. Pero es que, además, la pregunta que se plantea es si estamos ofreciendo el servicio adecuado, el tipo de asistencia y protección que requiere la vejez, con todas las carencias que conlleva el ir perdiendo las capacidades que hacen de la persona un ser autónomo. Uno de los interrogantes que la pandemia ha puesto en primer término y que debiera ser ineludible es qué tipo de asistencia es la más adecuada para los mayores de nuestro tiempo.

El pensamiento crítico con respecto a la reclusión de las personas en centros de distinto tipo para su tratamiento, recuperación, castigo o, simplemente, para aislarlos del resto de los mortales cuenta con nombres ilustres. Foucault es uno de ellos. También Erving Goffman, cuya obra *Internados* ocupa un lugar destacado entre los clásicos de la sociología. Goffman llamó a instituciones como las cárceles, los asilos, los cuarteles, los manicomios, también las *nursing homes*, «instituciones totales», una pareja de conceptos que alude a la represión y a la dominación como instrumentos de sometimiento y orden.

Es difícil responder a la pregunta sobre cuál es la mejor manera de atender y cuidar a los necesitados de ayuda con un modelo preciso. Pero hay una respuesta que se va repitiendo a medida que se descartan las instituciones existentes por impropias. La mejor residencia, la mejor forma de acogida a las personas que no pueden valerse por sí mismas, que se encuentran inseguras y solicitan algún tipo de cuidado, es aquella más similar a la propia casa, la que difiere menos de lo que entendemos por «hogar».

Lo explica muy bien el médico Atul Gawande en el libro *Ser mortal*, un recorrido autobiográfico por su propia carrera como médico donde se queja de que lo que menos le enseñaron en la Facultad de Medicina fue atender a los pacientes al final de la vida. En su relato se refiere a la iniciativa que puso en

marcha Karen B. Wilson, en el Estado de Oregón: las *assisted living*. Cuenta esta experta en políticas de envejecimiento que, cuando le contó a su madre a qué quería dedicarse en su vida profesional, esta le dijo: «¿Por qué no haces algo para ayudar a la gente como yo?». Lo que la madre de Wilson buscaba y no encontraba era un espacio que pudiera sentir como propio, con sus muebles, sus libros, su música, sus caprichos, donde pudiera recibir a sus amigas, entrar y salir, y también tener la seguridad de ser atendida en sus necesidades cotidianas y auxiliada médicamente cuando hiciera falta. Quería un hogar, una *home*, la palabra clave. Wilson, ayudada por su marido, no cejó en su empeño, buscó y encontró financiación para su proyecto, y en 1983 el primer *living centre with assistance* se construyó en Portland. El objetivo del nuevo modelo de acogida para personas como su madre, decía, era «que nadie se sintiera institucionalizado», que se sintieran «como en casa».

Los primeros estudios sobre lo ocurrido en las residencias geriátricas durante la pandemia dan cuenta del valor que ha tenido el tipo de asistencia en los distintos modelos residenciales. Un estudio de la Universidad de Carolina del Norte destaca el ejemplo del proyecto Green House como único por el éxito alcanzado relativo a la ausencia de contagios por coronavirus. Adelina Comas-Herrera, investigadora en sistemas de atención a mayores y creadora de una plataforma de la London School of Economics que analiza el impacto global de la pandemia en residencias, indica que el modelo citado nos enseña muchas cosas, entre ellas el tamaño pequeño de las casas, las habitaciones individuales, los equipamientos de huertos y jardines para pasear, recibir visitas y realizar actividades, y, por encima de todo, la calidad del personal. Los estudios efectuados sobre dicho modelo revelan mejoras en autonomía, actividad, relaciones, bienestar y apetito de los residentes, lo que produce un descanso y satisfacción en las familias. El *New York Times* definió el modelo Green House como «el más empático esfuerzo por reinventar las residencias».

Hay centros en nuestro país similares a esos modelos, pero son caros, un lujo que no puede permitirse más que una pequeñísima minoría. Lo que creo que hay que retener es el motivo de fondo: la gente quiere envejecer en casa y, si no es posible, en un espacio que sea lo más parecido al propio hogar. Ese debiera ser el objetivo de las Administraciones y de los individuos al intentar

encontrar respuesta a la pregunta que antes planteaba: ¿cuál es la asistencia más adecuada que hay que dar a las personas que necesitan ayuda?

Daniel Callahan planteaba dos preguntas que podrían servir de criterio para encontrar el equilibrio adecuado entre la función asistencial y la función sanitaria. Son estas: a) ¿cómo entender la medicina para ayudar al envejecimiento?; y b) ¿cómo entender el envejecimiento para ayudar a la medicina? En el libro *Setting limits*, puso énfasis en la necesidad de «poner límites», una consecuencia derivada de la autoconcepción del ser humano como un ser finito, contingente y vulnerable. Por una parte, el objetivo de la medicina debe ser evitar la muerte y conseguir una buena calidad de vida; por otra, las personas mayores deben abordar este dilema: ¿qué es mejor, acceder a unidades de cuidados intensivos y a la medicina de alta tecnología o disponer de una atención a domicilio para las enfermedades crónicas?

Si queremos que los cuidados y los tratamientos médicos formen un continuo y se complementen, hay que poner límites: a) a la medicina, porque no todo lo tecnológicamente posible ha de ser correcto ni proporcional en cualquier circunstancia; y b) al proceso de envejecimiento, aceptándolo como la fase ineludible que lleva a la muerte, lo que no tiene que significar que tal aceptación implique dejar de vivir. Desde ambas perspectivas, no se hace un uso desorbitado de la medicina y se capta el sentido de la vejez en sus justos términos. Los dos aspectos son necesarios para procurar una vida que merezca el calificativo de humana, que no pretenda ser suprahumana ni caiga en la indignidad de lo infrahumano.

Desde la medicina no deja de denunciarse el exceso de medicalización que sufren los pacientes crónicos, seguramente una consecuencia del deambular al que me refería más arriba de un especialista a otro, cada uno de los cuales prescribe su medicación e ignora el resto de las pastillas que está tomando el enfermo. La llamada «iatrogenia» tiene en la medicalización una de sus causas más conspicuas. En muchas ocasiones, humanizar la medicina significa hacerla más asistencial, más cuidadosa con el dolor y el sufrimiento del paciente, con su entorno social y familiar (si lo tiene), con su estado de ánimo. La «deshumanización asistencial», como la llama Josep Maria Busquets, «es menos habitual en ámbitos de atención primaria o sociosanita-

ria, pero bastante prevalente en el ámbito de las especialidades médicas hospitalarias», porque incide en los problemas de lo que Ortega llamó «especialismo» y que, llevado a las especialidades sanitarias, se resume diciendo que lo que trata una especialización excesiva son enfermedades y no pacientes.

Pero las personas que necesitan cuidados cuando se sienten desvalidas también quieren poder confiar en el poder curativo o aliviador de la medicina. Por mayores que sean, tienen el mismo derecho a la protección sanitaria que las de menos edad. No hay que confundir las limitaciones que la propia medicina ha de imponerse sencillamente para no despilfarrar recursos que siempre son escasos y para no incurrir en un encarnizamiento terapéutico con la atención debida a una persona que no solo necesita compañía y asistencia, sino una atención sanitaria, eso sí, adaptada a sus circunstancias específicas. Envejecer no es una enfermedad, pero los achaques del envejecimiento no son ajenos a la pérdida de salud. En ocasiones la medicina alivia; en otras, puede hacer sufrir más de lo razonable. Por eso son necesarios los límites, para encontrar la justa medida que mantenga el equilibrio entre asistencia y medicación.

Bibliografía

- Boladeras M, coordinadora. Bioética del cuidar. ¿Qué significa humanizar la asistencia? Madrid: Tecnos; 2015.
- Busquets E. Ética del cuidado en las ciencias de la salud. Barcelona: Herder; 2019.
- Busquets JM. L'atenció sanitària i la perspectiva ètica dels canvis. Barcelona: Proteus; 2014.
- Callahan D. Setting limits. Medical goals in an aging society. Georgetown: Georgetown University Press; 1987; traducción española: Poner límites. Los fines de la medicina en una sociedad que envejece. Madrid: Triacastela; 2004.
- Camps V. Tiempo de cuidados. Barcelona: Arpa; 2021.
- Gawande A. Being mortal: Illness, medicine and what matters in the end. Londres: Profile Books; 2014.

Román B. Ética de los servicios sociales. Barcelona: Herder; 2016.

The goals of medicine. The Hastings Center Report; 1996; traducción española: Los fines de la medicina. Barcelona: Fundació Víctor Grifols i Lucas; 2004.

**La atención a las
necesidades sociales
y sanitarias,
¿implementamos o
seguimos planificando?**

Rafael Bengoa

Codirector del Institute for Health and Strategy

En España habrá un envejecimiento masivo en la próxima década. Sin embargo, vivir más años no significa vivir más años con buena salud. El aumento de la longevidad en nuestro país no se acompaña de una mejor salud en la población vulnerable y esto tendrá un impacto en el modelo actual de protección social.

Tenemos un gran reto con esa creciente cronicidad, a la que no se le da una importancia proporcional en las políticas sociales y sanitarias. Sin embargo, paradójicamente, disponemos de medios de gestión para avanzar y de profesionales excelentes, así como de ejemplos pioneros con muy buenos resultados y de recursos, en un país que se gasta casi el 12% del producto interior bruto (PIB) en el sector de servicios sociales y sanitario.

Todo ello confirma que es posible transformar la sanidad y los servicios sociales a fin de ofrecer más calidad a los enfermos crónicos y hacerla a la vez más sostenible.

Para lograr ambos objetivos, a partir de ahora parece más lógico seguir una senda transformadora y detener la lógica «recortadora» de la década anterior. Asimismo, la pandemia nos ofrece la oportunidad de asumir el desafío de recursos humanos relacionado con la cronicidad.

Las soluciones que se identifiquen para este reto son especialmente relevantes para el sector social y sanitario, dos áreas donde la pandemia de la COVID-19 se ha expresado con máxima crudeza, con la subsiguiente desestabilización de las organizaciones asistenciales.

El reto de la cronicidad está planteado y analizado desde hace tiempo en España. No es necesario, por tanto, volver a analizarlo. Conviene pasar a la acción decidiendo qué modelo se debe desarrollar, qué política de empleo se quiere para el sector y qué oportunidad podrían proporcionar la digitalización del país para lograr un modelo más proactivo y preventivo.

Tampoco faltan evidencias, en concreto las que surgen de las organizaciones en las que ha habido un liderazgo transformador nos confirman el camino a seguir. En Estados Unidos, por ejemplo, el modelo de transición de cuidados desarrollado actualmente en más de doce Estados ha conseguido reducir los ingresos hospitalarios en un 54%, los reingresos en el hospital en un 24%

y las visitas a urgencias en un 27%. Para lograr datos como estos es necesario transformar de manera efectiva el modelo asistencial y gestionar de forma más eficaz a los enfermos crónicos. Igualmente, existen numerosos ejemplos parecidos en Europa y en España con resultados positivos en cuanto al potencial de mejora de la calidad y la sostenibilidad. En Suecia, el condado de Linköping consigue sistemáticamente mejores resultados de salud y de eficiencia que los demás condados gracias a este tipo de intervenciones.

Se podrá avanzar en esa transformación si se superan varias barreras. Entre otras, las siguientes:

Exceso de focalización en modelos de rescate. En primer lugar, lo que frena el cambio es la falta de percepción por parte de muchas autoridades de que el modelo de medicina de agudos no es el adecuado para atender bien a los enfermos crónicos que hoy son mayoría. A pesar de las llamadas a unas políticas más preventivas y proactivas en todos los planes, seguimos con un modelo *centrado en el rescate*, en lo curativo; uno que no atiende proactivamente a las personas más vulnerables con el fin de prevenir que acudan a urgencias y ocupen una cama hospitalaria, las dos partes más caras del sistema de salud. La creación, desde el ámbito de la política sanitaria, de condiciones incentivadoras hacia un modelo de crónicos favorecería aquellos proyectos innovadores que prueben su validez y eficiencia, y que mejoren la calidad, lo que aceleraría su escalabilidad.

Exceso de top-down. En segundo lugar, es necesario un liderazgo más participativo. Estas transformaciones profundas y culturales del sector no pueden lograrse sin la participación y la implicación de los profesionales de la salud y de los servicios sociales. Los ejemplos de buenos resultados no son solo un logro tecnológico, sino que se han conseguido también gracias a la participación activa de tales profesionales prestadores. Cuanto más participan estos y estas en temas de gestión y organización, mejores resultados de calidad y eficiencia se obtienen en una organización.

La literatura sobre la participación de los profesionales (medicina, enfermería, farmacia, servicios sociales, etc.) confirma que ya no es suficiente con que

La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿implementamos o seguimos planificando?

sean excelentes en su tarea tradicional, sino que es necesario también que participen activamente en la gestión y la organización para lograr buenos resultados. Esto es particularmente importante en el caso de los enfermos crónicos, por la complejidad natural que conllevan.

Exceso de planificación y poca implementación. En tercer lugar, es preciso superar el *gap* de implementación. España dispone de capacidad política y analítica para proponer nuevas líneas de actuación, pero su capacidad operacional es débil. Al respecto, no parece que haya sido la falta de planificación la causa de la dramática situación social que hemos vivido durante la pandemia, sino la falta de implementación.

La forma de avanzar no será en *big bang*, sino incremental, pragmática y posibilista en relación con el presupuesto de los próximos años tanto en España como en otros países. La idea central debe ser conjugar un movimiento de arriba abajo con uno de abajo arriba.

Escaso uso de herramientas transformadoras. En cuarto lugar, una reforma de este calado se lidera, no se administra. Para ello, los líderes del sector disponen hoy de un amplio arsenal de recursos de gestión. Entre otros, hay herramientas para convertir pacientes pasivos en pacientes activos, nuevos roles profesionales para la gestión de casos, trayectorias integradas de cuidados (*care pathways*), tecnologías que permiten prestar servicios a distancia (*e-health, m-health*), incentivos y desincentivos para reducir ingresos y reingresos en el hospital, nuevas formas de estratificación de la población por riesgo (que permite apuntar mejor las intervenciones preventivas o asistenciales), nuevos sistemas de apoyo a la decisión clínica, y nuevas formas de contratación orientadas a contratar valor en lugar de solo actividad. Esta batería de herramientas permite organizar el modelo asistencial de una manera diferente. La clave estará en implementarlas de forma alineada.

A todo ese arsenal de gestión, por último, le falta un elemento clave. Los políticos y los gestores deberán complementar la necesidad de resolver los problemas del día a día con una inversión en tiempo y recursos humanos en esta transformación estratégica del sector. En este sentido, los países que

La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos?

ya avanzan en esta mutación reconocen que el cambio no solo es inevitable, sino que se consigue con una inversión sustancial en la capacidad del sector para acometerlo.

La atención social

Ana Isabel Lima

*Profesora de Trabajo Social de la Universidad
Complutense de Madrid*

1. Introducción

El debate sobre la necesidad de colaboración entre los sistemas sanitario y de servicios sociales para acercar y poder abordar la atención a personas que precisan de manera simultánea cuidados de ambos, no es nuevo. Sin embargo, se requiere un nuevo análisis desde el contexto actual marcado por la crisis provocada por la pandemia de la COVID-19, teniendo en cuenta el estado de la cuestión después de las iniciativas realizadas en los últimos años y el planteamiento de un nuevo modelo de atención en el ámbito social que influye en los estándares para la coordinación y la atención entre sistemas.

Los efectos de la COVID-19 han resultado ser un acelerador de tendencias que ya venían mostrando la necesidad de actualizar el modelo de atención a las personas en situación de dependencia y adaptarlo a las nuevas necesidades sociales. No hay que obviar la importancia de los desafíos globales vinculados al mundo de los cuidados, así como otras cuestiones de carácter conceptual y de planificación tanto estratégica como operativa.

2. Desafíos globales en relación con el envejecimiento

Uno de los desafíos globales con un fuerte impacto en Europa es el denominado *invierno demográfico*, caracterizado por una baja tasa de natalidad y el aumento de la esperanza de vida, con un alto envejecimiento de la población. Este es uno de los tres grandes retos demográficos del siglo XXI, junto con la distribución del número de habitantes en los territorios y los movimientos migratorios causados por distintos motivos. La gestión de estos aspectos marcará el futuro de la sociedad en su conjunto, ya que pueden dar lugar a la creación de megaciudades *versus* territorios despoblados, y también provocar movimientos sociales antiinmigración.

España es uno de los países más envejecidos del mundo junto con Japón y Suiza, un fenómeno que tiene una lectura positiva, pues es fruto del progreso, el aumento de la calidad de vida, los avances científicos, sociales y sanitarios. También implica que los servicios de bienestar deben dar respuesta a las nue-

vas necesidades generadas por estos fenómenos sociales que ya son una realidad. Uno de los datos más significativos los arroja la proyección de la agencia estadística europea Eurostat que prevé una subida en Europa hasta los 49,1 años en el periodo comprendido entre 2019-2050, cuatro más que en 2019.¹ España ocupa un puesto importante en este caso ya que, dentro de treinta años, cuatro de sus regiones encabezarán la lista:² Zamora, León, Asturias y Ourense.

Las transformaciones sociales relativas a los roles tradicionales de género y su impacto directo en el mundo de los cuidados constituyen otro desafío. Las mujeres han ido incrementando su incorporación al mundo laboral al margen de su ocupación de las tareas domésticas y de crianza, por lo que la dedicación a los cuidados familiares ha descendido, provocando que exista una mayor demanda de servicios y prestaciones de cuidado que ya no se satisfacen en el seno interno de los hogares. Por otro lado, es interesante remarcar la feminización del espacio laboral dedicado a los cuidados, dándose una segregación ocupacional en el sector de atención a la dependencia, en donde las plantillas están compuestas en un 85-90% por mujeres cuyas condiciones laborales, por cierto, son más precarias que las de otros sectores.³ En este sentido, las mujeres han arrastrado la falta de reconocimiento del empleo de su tiempo a los cuidados en el ámbito doméstico al laboral. Por ello, para poner en valor el mundo de los cuidados, es importante reconocer y dignificar a las trabajadoras de este sector declarado como esencial en la pandemia de la COVID-19.

Vinculado con el fenómeno anteriormente descrito, las transformaciones estructurales de las familias en las sociedades postindustriales tienen un impacto directo en el mundo de los cuidados: por un lado, se ha venido dando una mayor movilidad entre sus miembros, y, por otro, se ha ido incrementando la tendencia hacia unidades familiares más pequeñas y diversas. Actualmente es más común utilizar la terminología de *familias* en plural y no la de *familia*, en singular, como una institución con características predeterminadas según el modelo de la familia nuclear.⁴

Otra de las consecuencias de los cambios sociales es el incremento del número de personas mayores que viven solas en sus hogares, así como la necesidad

de adaptar sus domicilios a la nueva realidad social.⁵ En los últimos años se ha puesto la esperanza de progreso humano en aplicar en los hogares vinculados a los cuidados las tecnologías de la información, la comunicación, la robótica y la domótica para propiciar que las personas puedan vivir el máximo tiempo en sus casas a pesar de padecer limitaciones en la movilidad y requerir cuidados para las actividades básicas de la vida diaria.⁶ Esto también constituye todo un desafío para la configuración del nuevo modelo de atención a las personas en situación de dependencia.

Sería pretencioso pensar que un país puede afrontar los desafíos globales por sí mismo, por lo que es esencial tener presente la internacionalización para poder afrontar estos retos y darles respuesta. Las agendas mundiales y europeas sirven de guía para disponer de una mirada estratégica. Al respecto, son varias las agendas, planes y acuerdos globales donde se recogen las necesidades sociales de la población y se concretan objetivos y acciones para su abordaje. Cabe destacar la Agenda 2030, que formula los 17 Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)⁷ y cuya misión principal es la igualdad entre las personas, proteger el planeta y asegurar la prosperidad, así como articular un nuevo contrato social global para no dejar a nadie atrás. También es importante el Pilar Europeo de Derechos Sociales,⁸ que marca 20 principios: entre los referidos al ámbito social, articulados en su capítulo 3, se destaca la lucha contra las desigualdades y por la igualdad de género, la atención a las personas con discapacidad, el derecho a la vivienda, la atención a las personas sin hogar y los cuidados de larga duración que requieren su tratamiento desde criterios de igualdad, derechos sociales y dignidad.

La nueva agenda urbana marca como uno de sus principios esenciales el fomento de la cohesión social y la búsqueda de la equidad. Por último, el Plan España Puede,⁹ basado en el Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, concreta, a través de la política palanca número ocho, las acciones que se van a desarrollar con los Fondos Europeos vinculadas con la nueva economía de los cuidados, los cuidados de larga duración, el modelo de atención y otras cuestiones laborales del sector.

3. Conceptualización y modelo para la colaboración entre sistemas: dos leyes clave

Es fundamental hacer hincapié en la conceptualización de los términos de coordinación y atención de servicios y prestaciones del sistema de servicios sociales y sanitarios, y diferenciarlo de la denominada integración de servicios o creación de un subsistema nuevo para ello. En la actualidad no existe un modelo estatal de coordinación y atención o de integración de ambos sistemas.

Las directrices de la Organización Mundial de la Salud¹⁰ en cuanto a la coordinación y atención social y sanitaria se enmarcan en la necesidad de una acción intersectorial en la que se dé una colaboración para el logro de una meta común mediante una estrecha interacción de las contribuciones de los diferentes sectores, tanto sociales como sanitarios. Además, necesita del empoderamiento y la participación de los diferentes actores implicados: personas cuidadoras, familias, allegados y comunidad de referencia.

Este organismo internacional remarcó la importancia de realizar una evaluación y rendición de cuentas de los resultados de su impacto, así como la necesidad de listar prioridades en la atención e incrementar las acciones preventivas y de salud pública fortaleciendo la atención primaria, los cuidados ambulatorios y la utilización de las tecnologías. En cuanto al modelo metodológico de intervención se refiere al modelo centrado en la persona desde la premisa de la creación de un contexto facilitador y accesible.

Las dos leyes clave en España de los sistemas de servicios sociales y sanitarios donde se menciona la coordinación y la atención sociosanitaria son la Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud,¹¹ que recoge la conceptualización de la atención sociosanitaria, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia,¹² que recoge la conceptualización de la coordinación entre los sistemas de servicios sociales y sanitarios. En ambas normas se insta a las comunidades autónomas a crear órganos y procedimientos de coordinación para realizar una atención entre los dos sistemas: el de servicios sociales y el sanitario. No obstante, a día de

hoy, aún no se ha desarrollado una cartera de servicios comunes en el Sistema Nacional de Salud.

3.1. La coordinación entre los sistemas de servicios sociales y sanitario

La conceptualización de la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios se refiere a una acción intersectorial entre ambos sistemas, con el objeto de garantizar una mejor atención a las personas que necesiten intervenciones desde ambos ámbitos en cuanto a la atención a situaciones de dependencia.

Si entendemos la coordinación como un espacio de trabajo donde existe la implicación de varios sistemas de protección, de distintos niveles de la Administración y la necesidad de trabajo en red, es primordial valorar que el sistema de servicios sociales mantenga una comunicación con otros sistemas en función de las necesidades de las personas con las que interviene. Por ello, sus procedimientos coordinadores no solo se suscriben al sistema sanitario. Así, se puede hablar de la coordinación sociosanitaria, socioeducativa, socio-laboral, etc. Hay que tener en cuenta, además, que se introducen elementos de complejidad entre servicios de atención primaria y especializada.

La Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, recoge en sus artículos 3 y 11 la necesaria colaboración entre los servicios sociales y sanitarios en la prestación de los servicios y la necesidad de establecer procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando los órganos que procedan por parte de las comunidades autónomas para ese fin. Esta norma supone una oportunidad para contribuir a la universalización del sistema de servicios sociales en cuanto a la garantía de derechos al acceso a recursos para las personas en situación de dependencia, si bien aún queda mucho por hacer para equiparar ambos sistemas.

Para establecer una coordinación entre estos dos sistemas no se requiere crear un nuevo subsistema, sino ajustar cuestiones de planificación y organización de los sistemas y recursos ya existentes en torno a la metodología de la aten-

ción centrada en la persona. Por otro lado, es imprescindible garantizar las ratios profesionales y el incremento salarial para las personas que trabajan en los cuidados directos del sector como criterios de eficacia y calidad.¹³ Además, requiere la implicación de los profesionales de ambos sistemas en la planificación, elaboración y desarrollo de los protocolos e itinerarios adecuados a la intervención en función de las necesidades de cada caso, para lo cual también hay que tener en cuenta el trabajo en red y la intervención que se precisa en otros ámbitos como el educativo, el laboral, etc.¹⁴

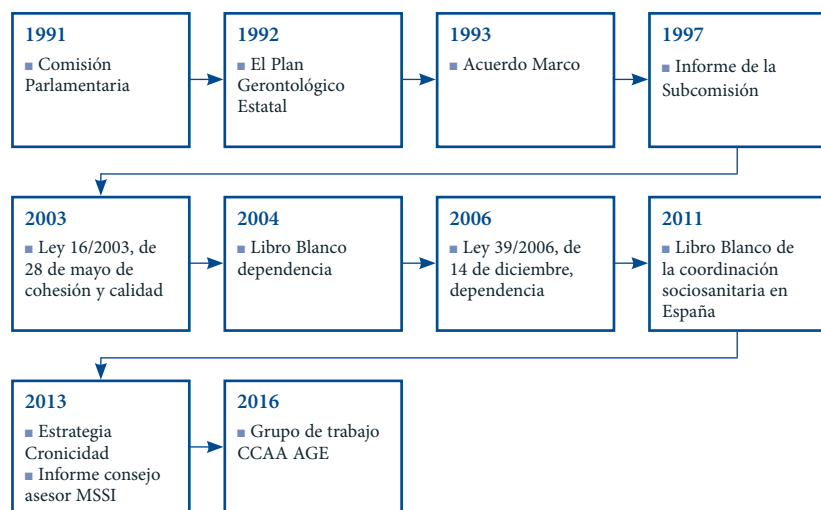
3.2. La atención sociosanitaria

La Ley 16/2003 de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud recoge en su artículo 14, por primera vez en el ordenamiento sanitario, la denominada «atención sociosanitaria» como un conjunto de cuidados para enfermos crónicos que deben beneficiarse de una actuación simultánea y sinérgica de ambos sistemas. La finalidad es facilitar la autonomía, paliar las limitaciones y promover la reinserción social. Esta norma incorpora la atención sociosanitaria en el catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud y deja en manos de las comunidades autónomas la garantía de los servicios de larga duración, atención a la convalecencia y rehabilitación, en su caso.

Esta atención compleja iría destinada a perfiles con enfermedades avanzadas, demencias, cuidados paliativos, etc., que además presenten necesidades sociales, y se puede prestar desde el sistema social o sanitario en función de la práctica que se haya planificado en el lugar de la prestación. Para que se dé una garantía de continuidad en la atención deben darse las condiciones para procurar que desde los recursos de servicios sociales se tenga un acceso al sistema sanitario como el de cualquier ciudadano o ciudadana y adaptar los procedimientos de ambos sistemas a fin de garantizar sus prestaciones de manera continuada. Un ejemplo claro de ello sería que, una vez valorado cada caso, se permita que el sistema sanitario realice una atención hospitalaria en las residencias de personas mayores del sistema de servicios sociales.

4. Antecedentes de la colaboración entre sistemas: una historia de desencuentros

Las propuestas e iniciativas para la colaboración entre sistemas en el ámbito estatal no son algo nuevo, tanto para la creación de espacios de coordinación y atención como de integración sociosanitaria. La gran mayoría están registradas entre los años 1991 y 2016. Al respecto, cabe preguntarse por las causas de su fracaso. Estas iniciativas van desde la creación de comisiones parlamentarias y grupos de trabajo, hasta menciones en normativas, planes y estrategias, pasando por acuerdos marco, informes, libros blancos, etc. Todas ellas parten del reconocimiento de la inexistencia de un modelo estatal y recogen la necesidad de coordinación y complementariedad de ambos sistemas en cuestiones organizativas, jurídicas y financieras, incluyendo a instituciones sociales y sanitarias tanto públicas como privadas.



Además de las dos leyes troncales mencionadas, ya en 1991 se creó la Comisión Parlamentaria para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro,¹⁵ que realiza

la recomendación número 53 del Congreso de los Diputados con el fin de corregir deficiencias en la atención a los casos que requieren coordinación entre ambos ámbitos. Años después, en 1997, los dos ministerios competentes en sanidad y asuntos sociales del momento firman un Acuerdo Marco¹⁶ para crear comisiones sociosanitarias de área como instrumento específico para llevar a cabo la coordinación de ambos sectores, presentándose en ese mismo año el informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud,¹⁷ que se refleja en la tercera recomendación del Congreso de los Diputados, donde se pide que en la modernización del sistema sanitario se recojan alternativas a la coordinación. Por todo ello, en 1998 se crea un grupo de trabajo para establecer un modelo de coordinación sociosanitaria sin menoscabo de las competencias de las comunidades autónomas.

Por otro lado, el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO) elaboró el *Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España*¹⁸ en 2004 y el *Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España* en 2011.¹⁹ Las conclusiones de este último indican que no existe un modelo desde el punto de vista estructural, aunque sí prácticas muy diversas de diferente envergadura en los distintos niveles de la Administración del Estado, algunas de las cuales se recogen en ese documento.

Además, se indica el desacuerdo de distintos autores y responsables de servicios sociales y sanitarios con la creación de una tercera red asistencial que suponga la integración, apostando por un modelo de coordinación. Apuntan a la necesidad de que el principio de equidad entre los dos sistemas presida todas las actuaciones. El documento concluye exponiendo que, a pesar de los esfuerzos realizados hasta la fecha para incrementar recursos y avanzar en los acuerdos conceptuales, se ha obtenido poco éxito en las estrategias de coordinación de garantía de continuidad en los cuidados de larga duración.

Más tarde, el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad elaboró dos informes relevantes sobre este tema desde el Consejo Asesor de Sanidad. Uno de ellos es el denominado *Informe de coordinación y atención sociosanitaria*,²⁰ del año 2013, donde se intentaba dar cabida a la iniciativa de crear un «espacio único sociosanitario», ya anunciada por la ministra de Sanidad en 2012.²¹

El otro informe, cuyo borrador se hizo público en 2015,²² fue denominado *Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria*, el cual despertó una gran polémica en ambos sectores. Al respecto, hay que remarcar que en su elaboración no participó el ámbito de los servicios sociales.

Ninguna de estas propuestas vio la luz finalmente. En concreto, las críticas al informe de 2015 pivotaron en torno a dos cuestiones clave: una de ellas era la carencia de promoción del equilibrio entre los dos sistemas, tratando al sistema de servicios sociales de manera subsidiaria frente al sanitario; la otra era la intención de implantar un seguro de dependencia privado y complementario, cuestión de gran trascendencia, ya que suponía un cambio de paradigma que iba más allá de la mera coordinación y abría la posibilidad de que las personas usuarias tuviesen que pagar la parte de la atención sanitaria que hasta ese momento se cubría por la universalidad de derechos del sistema sanitario. Un ejemplo gráfico es que las personas que están ingresadas en un hospital de la sanidad pública no tienen que aportar ningún copago por su atención, mientras que en una residencia del sistema de servicios sociales pública sí lo hacen, en función de sus ingresos.

Además, la cuestión del copago en la atención a la dependencia no está exenta de polémica, siendo tildado por algunas investigadoras como confiscatorio y abusivo, y enmarcándolo como un instrumento recaudatorio individual y restrictivo que no contribuye a la solidaridad ni a la redistribución de las rentas.²³ Desde esa perspectiva, la integración de los servicios puede suponer la pérdida de la universalidad del sistema sanitario, redundando en un empobrecimiento de las rentas medias-bajas.

Así se recoge en el *Decálogo del trabajo social sobre la coordinación y la atención sociosanitaria*,²⁴ donde se identifica el rechazo a la creación de un subsistema sociosanitario, se hace una apuesta por la creación de comisiones de trabajo de profesionales de ambos sistemas, y se ponen en valor los cuidados en el domicilio y el entorno comunitario, la prevención, la participación y la interoperabilidad entre sistemas de información y gestión. Respecto a la financiación se propone un refuerzo con el fin de garantizar la eficacia, ya que la coordinación, en sí misma, no suple las carencias actuales, poniéndose además el énfasis en no reducir la estrategia a las grandes empresas del sector.

Después de los debates públicos en los sectores social y sanitario, el borrador *Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria* (2015) fue desechado y no vio la luz como documento definitivo.

5. ¿Qué es necesario para hablar de un modelo estatal de colaboración entre los servicios sociales y los sanitarios?

Para construir un modelo estatal de colaboración entre los servicios sociales y los sanitarios se requiere un enfoque estructural desde los dos sistemas implicados. Su diseño funcional contendría la metodología de intervención, los procedimientos y los sistemas de información compartidos. Si bien en innumerables textos analizados donde se expone la necesidad de coordinación y atención sociosanitaria se prioriza la razón de rebajar su coste económico, el objetivo fundamental debe ser poder dar una respuesta integral, con continuidad y calidad en los cuidados y de la manera más eficiente posible a las personas que requieran estos servicios.

Desde las políticas públicas se han puesto en marcha acciones de planificación y diseño institucional como pueden ser estrategias, planes y otros acuerdos de los Consejos Territoriales tanto de Servicios Sociales como de Sanidad. Algunas de las iniciativas más destacables son el primer Plan Gerontológico²⁵ (1992) del denominado INSERSO en esa época, que ya recoge la necesidad de la coordinación sociosanitaria; y más tarde, desde el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, la elaboración de la Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud²⁶ (2012), la Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud²⁷ (2016), y el Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias²⁸ (2019), donde se recogen principios destinados a la necesidad de coordinación entre ambos sistemas.

Por otro lado, las comunidades autónomas, en el ejercicio de sus competencias, han articulado sistemas de «ventanilla única» y desarrollado prácticas donde se ha dado la coordinación social y sanitaria en algunos centros. Por último, se han elaborado también guías, protocolos y metodologías de gestión de casos y de atención centrados en la persona. Un ejemplo práctico de estas

experiencias es la *Guía de Equipos de Coordinación de Base (ECB)* de Castilla y León,²⁹ donde se realiza una gestión compartida y protocolizada de casos con necesidad de coordinación sociosanitaria, contando con un sistema de información compartido.

El marco común que se requiere para poder hablar de modelo debe ser abordado desde los Consejos Territoriales de ambos sistemas, compuestos por representantes de las comunidades autónomas y la federación de municipios y provincias. Al respecto, ya en el *Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria*, en 2014, se indicaba que ese es el escenario desde el que cabría elaborar catálogos y carteras de servicios que implicaría la posterior reforma normativa necesaria para su puesta en marcha. No hay que olvidar que las medidas que se deben ir aplicando tienen que contener un periodo transitorio de aplicación y además contar con la participación de todos los actores implicados tanto públicos como privados y el tercer sector, así como de las personas afectadas. No obstante, debe existir un liderazgo de la Administración pública desde los dos sistemas de protección del estado de bienestar: es decir, desde servicios sociales y sanitario.

En tal modelo deben figurar los criterios relativos al perfil requerido para recibir estos cuidados: según el *Decálogo del trabajo social de la coordinación y atención sociosanitaria*, la atención requerida es específica para personas que reúnen a la vez patología clínica y problema social añadido, por lo que es importante avanzar en el binomio cronicidad-dependencia, que puede ser temporal o permanente. Los dos sistemas deberán seguir atendiendo con sus propios recursos aquellos casos que no comportan situación de necesidad según los criterios del otro sistema.

Para lograr una colaboración efectiva entre sistemas también habría que definir los requisitos de acceso a nivel estatal, los protocolos de derivación, las estrategias de planificación al alta hospitalaria, o el plan de cuidados de cada caso. No solo hay que tener en cuenta los aspectos mencionados de cara a una mayor eficacia en las acciones, sino contemplar también la financiación necesaria. Por otro lado, cada contexto de atención tendría que abarcar, tanto en la atención hospitalaria como en la atención domiciliaria, la prestación de cuidados de larga duración, la convalecencia, la rehabilitación del déficit funcional recuperable y los cuidados paliativos.³⁰

6. Impacto de la pandemia de la COVID-19 en la dependencia

A raíz de la pandemia se ha producido un intenso debate en torno a la necesidad de reformar el modelo de atención en los cuidados de larga duración, esgrimiéndose al respecto diferentes posturas acerca del enfoque de esta transformación en cuanto a la colaboración entre ambos sistemas, avivándose así la antigua discusión sobre la necesidad de despertar las iniciativas de la coordinación y la atención sociosanitaria, justificándose la necesidad de una acción conjunta. El planteamiento mayoritario tiene en cuenta la diferenciación de ambos sistemas, exigiendo al sistema de salud que establezca mecanismos para garantizar la atención sanitaria tanto en domicilios como en centros residenciales, desdeñando las voces que reclamaban la integración o la creación de un subsistema estatal o el denominado «espacio único sociosanitario» que quedó atrás, en el tintero, en 2016.³¹

Existe un consenso generalizado a favor de generar una cultura del cuidado y poner a la persona en el centro de la intervención, así como en incrementar la humanización en los servicios tanto sanitarios como sociales.

6.1. Impacto de la COVID-19 en los centros residenciales de personas mayores

La evolución del modelo de residencias para personas mayores parte de los antiguos asilos para pasar a lugares parecidos a hoteles para personas con autonomía, y más tarde a espacios similares a hospitales de cuidados paliativos, hasta llegar al planteamiento actual, donde se aboga por prolongar la atención en el domicilio el máximo tiempo posible y transformar los centros residenciales para que tengan un tamaño más reducido y un ambiente más «hogareño».

El impacto de la primera ola de la COVID-19 en los centros residenciales para personas mayores ha sido devastador, convirtiéndose en el epicentro de la pandemia debido al gran número de fallecimientos producidos en ellos, contabilizándose 29.636 muertes de personas que vivían en residencias de mayores en junio de 2021, según datos actualizados semanalmente por el

IMSERSO.³² A ello hay que sumar que se produjeron fallos en la coordinación sociosanitaria y el sistema de salud colapsó. En muchos de estos casos, las familias de las personas fallecidas han denunciado por desatención sanitaria y edadismo, una situación que, además, ha acarreado secuelas emocionales en las personas que han sobrevivido.

Esta pandemia ha provocado una aceleración en la necesidad de un cambio de modelo de atención en los cuidados de larga duración, agravando problemas que ya había. Ahora bien, para plantear la reforma necesaria hay que tener en cuenta las lecciones aprendidas. Así, se ha puesto en evidencia la necesidad de más medidas de prevención, mayores medios y mayor conocimiento de las necesidades de las personas mayores que viven en un centro residencial.

Uno de los fenómenos que ha surgido a raíz de esta pandemia ha sido el activismo social de las familias afectadas por los fallecimientos en residencias durante la primera ola de la COVID-19, un activismo organizado en torno a plataformas de familiares y usuarios³³ que demandan una mayor inversión pública, un plan de inspección y otros de emergencia. Además, proponen cambios estructurales como la apertura de los centros a su entorno desde planteamientos de actuación en la comunidad, defendiendo un modelo de centros residenciales para personas mayores como lugares donde vivir y convivir, en los que se debe humanizar el trato, exigiendo soluciones a la polimedización, las sujeciones y las infecciones repetitivas, y retomar las actividades de estimulación cognitiva y terapia ocupacional. Todo ello debe ir de la mano de la mejora de las condiciones de las trabajadoras del sector de los cuidados como sector feminizado y precarizado.

Desde este movimiento social reclaman también una mejor coordinación sociosanitaria, aclarando que no quieren sustitución ni integración, sino complementariedad, ya que defienden que la atención sanitaria de las personas residentes, así como el control de salud, se realice desde la sanidad pública, al igual que la dotación del equipamiento médico necesario para el cuidado de la salud, incluyendo la atención en salud mental. Además, la Asociación contra la soledad en personas mayores³⁴ (2020) reclama la necesidad de un nuevo modelo de centros residenciales de personas mayores en España que requiere la aprobación de normativa estatal para evitar las marcadas diferencias territoriales que se dan en la actualidad.

Asimismo, el dictamen de la Comisión para la Reconstrucción social y económica del Congreso de los Diputados,³⁵ en las conclusiones de las propuestas de resolución sobre Sanidad y Salud Pública, plantea la creación de un órgano de coordinación entre los sistemas sanitario y social de atención a la dependencia encargado de: a) planificar de forma conjunta los cuidados de larga duración, b) establecer un sistema integrado de información, c) velar por la calidad de las prestaciones y d) definir los protocolos a seguir en caso de crisis sanitarias como la actual.

Además, requiere la creación de un equipo gestor de seguimiento de los programas de atención en las residencias que aseguren la atención a la cronicidad según la situación clínica y la eficaz coordinación con los servicios sociales de atención a la dependencia en las residencias. Por otro lado, también apuesta por potenciar la permanencia en el hogar cuando así lo desee la persona, trascendiendo la atención institucionalizada e instando al establecimiento de protocolos que garanticen la atención integral e integrada de ambos sistemas, social y sanitario, en el domicilio, compartiendo la información, introduciendo progresivamente la teleasistencia avanzada y reforzando el papel de los centros de día, entre otras medidas.

7. Hacia un nuevo modelo en el reto de los cuidados: la política palanca del Gobierno

El reto de los cuidados de larga duración está recogido en el Plan España Puede, donde se utilizarán los fondos NextGenerationEU³⁶ como instrumento temporal de recuperación, dotado con más de 800.000 millones de euros, que contribuirá a reparar los daños económicos y sociales inmediatos causados por la pandemia del coronavirus. Con ello, se pretende que la Europa posterior a la COVID-19 sea más ecológica, más digital, más resiliente y mejor adaptada a los retos actuales y futuros.

La política palanca número ocho destinada a la nueva economía de los cuidados y políticas de empleo se inicia ya en 2021 con el fin de reactivar la Ley de Promoción de Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, propiciando una reforma del sistema, una remodela-

ción de las estructuras existentes y un cambio de modelo hacia una atención de más proximidad al domicilio de las personas atendidas. El plan elaborado por el Ministerio de Derechos Sociales y la Agenda 2030 para el cambio de modelo de apoyos y cuidados de larga duración contendrá una estrategia nacional para el impulso de la desinstitucionalización que ya se inicia en 2021, la dotación de nuevos equipamientos públicos como residencias o centros de día con una arquitectura centrada en la persona y la atención en entornos comunitarios, teniendo también en cuenta la remodelación de estructuras residenciales ya existentes para que cumplan ese precepto. Finalmente, dicho plan contiene la incorporación de las nuevas tecnologías al servicio de la ciudadanía y la capacitación del personal del sector.

8. Decálogo de conclusiones

1. El envejecimiento de la población y las transformaciones sociales en cuanto a los roles de género y la estructura de las familias, así como la aplicación de las tecnologías al ámbito de la dependencia, tienen un fuerte impacto en el mundo de los cuidados de larga duración. Constituyen desafíos globales para los que es necesario disponer de una planificación estratégica: por ello, las alianzas y los planes internacionales pueden servir de guía para que los países orienten y ordenen sus acciones y prioridades. La Agenda 2030, el Pilar Europeo de Derechos Sociales y el Plan España Pueden ser referentes cruciales para abordar estos desafíos.
2. Existe confusión en la definición terminológica referente a la colaboración entre los sistemas sanitarios y de servicios sociales para la coordinación y la atención a situaciones relacionadas con la dependencia y la cronicidad, aunque se ha hecho un avance conceptual importante en los últimos años. La coordinación es un espacio de trabajo intersectorial entre dos sistemas y entre los distintos niveles de intervención, mientras que la atención es un conjunto de cuidados para personas enfermas que requieren una intervención simultánea de ambos sistemas. Estos términos vienen recogidos en normativas y diferentes informes, quedando reflejada la atención sociosanitaria en la Ley de cohe-

sión y calidad del Sistema Nacional de Salud, y la coordinación en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia. Queda como competencia de las comunidades autónomas la garantía de los servicios de atención y la creación de órganos para hacer operativa la coordinación.

3. Los antecedentes de las iniciativas estatales para articular esta colaboración entre sistemas datan de 1991. Desde entonces, se han elaborado diferentes iniciativas y propuestas que han logrado algunos avances. Sin embargo, sigue siendo una asignatura pendiente, ya que no existe un modelo estatal en la materia, aunque sí experiencias diversas y aisladas en algunas comunidades autónomas y municipios. Los dos sistemas implicados mantienen diferencias jurídicas, financieras, organizativas y de cultura de sus profesionales, así como en el nivel de universalización, los copagos, la zonificación y las metodologías de intervención, también diferentes. Además, la prevención y la reinserción son competencias compartidas entre distintos sistemas de protección y distintos niveles de la Administración, por lo que es una cuestión importante llegar a acuerdos en los espacios de la coordinación.
4. En 2015 se da un punto de inflexión a consecuencia del *Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria*, que, elaborado y liderado exclusivamente por el ámbito sanitario, introduce la implantación de un seguro privado de la dependencia que puede albergar intereses de grupos económicos privados del sector. Es fundamental remarcar el rechazo a la creación de un nuevo subsistema sociosanitario o *institución total* propia de la época de la beneficencia en el marco de la historia de la acción social. El modelo estatal debe contemplar medidas estructurales que favorezcan la coordinación y no la construcción de un nuevo espacio subsidiario del sistema sanitario que instaure un nuevo copago sanitario a través del llamado «espacio único sociosanitario» o la integración de los sistemas perjudicando a las personas usuarias.
5. El planteamiento de un modelo de coordinación y atención a la dependencia no puede contemplar un mero interés económico de

bajar el coste de los cuidados. La finalidad debe ser incrementar la eficacia y la calidad en la atención que se presta. En este sentido, en España, el sistema de servicios sociales está a la cola de otros sistemas de protección social en cuanto a la universalización de los derechos que son de su competencia. Por tanto, hay que reforzar y equiparar los niveles de universalización de ambos sistemas antes de plantearse una estrategia de colaboración entre ambos. Ello servirá para evitar el riesgo de subsidiariedad de los servicios sociales al sistema sanitario e introducir la idea de organizar «hospitalillos» *low cost*.

6. Un modelo estatal de colaboración entre los sistemas de sanidad y de servicios sociales requiere una articulación estructural liderada por los Consejos Territoriales de sanidad y servicios sociales de los ministerios competentes, así como establecer una relación en igualdad entre los dos sistemas partiendo del reconocimiento de ambos y salvando los obstáculos que representan las diferencias entre ellos. Algunos de los elementos clave para la coordinación y la atención entre los servicios sociales y los sanitarios son el fomento de la cultura del cuidado y una mayor introducción de las tecnologías en ese ámbito, junto con la dignificación del trabajo del sector laboral, que está en manos femeninas.
7. El marco estatal del modelo debe ser liderado por la Administración pública como prestadora o garante de la competencia de los prestadores de servicios. Además, tiene que avanzar hacia la continuidad y la integralidad en los cuidados de larga duración entre los dos ámbitos y lograr una aceptabilidad de los servicios en cuanto a la necesidad de que sean dignos. También debe compartir los sistemas de información, establecer protocolos, implementar sistemas de atención en emergencia y articular herramientas para garantizar la atención tanto en centros residenciales como en el domicilio. Es muy importante contar con la participación de todos los actores implicados, ya sean entidades públicas o privadas, el tercer sector, profesionales o ciudadanía afectada.
8. El impacto de la pandemia de la COVID-19 ha supuesto un acelerador de tendencias y ha dejado en evidencia las carencias de los sistemas de

sanidad y servicios sociales, teniendo su epicentro negativo en los centros residenciales de las personas mayores por el alto número de decesos, pues el colapso del sistema sanitario provocó desatención y edadismo y se obvió la descoordinación entre los niveles de atención primaria y especializada y entre sectores. Esta situación ha hecho surgir nuevos movimientos de activismo social que reclaman la garantía de derechos y la creación de herramientas por parte del sistema sanitario para garantizar la atención a las personas que viven en residencias de mayores. Por su parte, desde los organismos competentes de la Administración pública, en base a las lecciones aprendidas, se ha planteado la necesidad de una reformulación profunda del modelo de atención a los cuidados de larga duración, cuyas propuestas están actualmente en marcha.

9. Se da hoy una gran oportunidad para reformular un nuevo modelo de atención a los cuidados de larga duración sobre la base de la financiación aportada por los fondos NextGenerationEU a través del Plan España Puede. Además, las resoluciones del Congreso de los Diputados arrojan propuestas para el ámbito sanitario centradas en la necesidad de crear herramientas que garanticen la atención sanitaria tanto en los centros sociales de atención a la dependencia como en los hogares. Por tanto, la acción en los entornos comunitarios, la utilización de las tecnologías y el modelo de intervención centrado en la persona son ahora una prioridad en el nuevo modelo que se está configurando desde el Ministerio de Derechos Sociales y la Agenda 2030. También se invertirá más en la capacitación del personal que realizará las tareas en torno a los cuidados.
10. Potenciar el mundo de los cuidados desde la perspectiva de la humanización supone poner en valor la atención primaria de ambos sistemas, superar el binomio residencias de mayores/hospitales en el marco de la colaboración para la atención a los cuidados de larga duración, así como favorecer esta actuación en los espacios de proximidad, promover la convivencia y normalización y procurar un entorno comunitario favorable. En los entornos de proximidad es donde sentimos que importamos, es en ellos en donde se pone en juego nuestra dignidad y la determinación de nuestra comunidad.

Notas

1. EUROSTAT. Estructura demográfica y envejecimiento de la población; 2021.
2. El País (1-5-2021): Cuatro de las 10 regiones europeas más envejecidas en 2050 están en España: Zamora, León, Asturias y Ourense; 2021. Disponible en: <https://elpais.com/sociedad/2021-05-01/cuatro-de-las-10-regiones-europeas-mas-envejecidas-en-2050-estan-en-espana-zamora-leon-asturias-y-ourense.html>.
3. Comisiones Obreras (CCOO). Apuesta por un nuevo modelo de coordinación sociosanitaria que ponga en valor a las profesionales del sector; 2020. Disponible en: <https://sanidad.ccoo.es/8f3e7ffbe2f6f4ee0d5c57caa3159b67000058.pdf>.
4. Gallo Estrada J, Molina Mula J. Factores que inciden en la soledad residencial de las personas mayores que viven solas. *Gerokomos: Revista de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica*. 2015; 26(1): 3-9. Disponible en: <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2015000100002>.
5. Amezcua T, García-Domingo. Principales problemáticas e inquietudes de las personas mayores en las sociedades posindustriales. Análisis cualitativo en los contextos español y alemán. *Methaodos. Revista de ciencias sociales*. 2020; 8(2): 271-287. Disponible en: <https://doi.org/10.17502/mrcs.v8i2.418>.
6. Gómez Bueno C, Martín Palomo M.ª T. Tecno-cuidados en los hogares. Cualificaciones requeridas, activadas y activables en el Servicio de Ayuda a Domicilio, Cuadernos de Relaciones Laborales. 2020; 38(2): 231-250. Disponible en: <https://dx.doi.org/10.5209/crla.70881>.
7. Agenda 2030. Objetivos de desarrollo sostenible (ODS). Gobierno de España. Disponible en: <https://www.agenda2030.gob.es/objetivos/home.htm>.
8. Comisión Europea. Pilar Europeo de Derechos Sociales. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/economy-works-people/jobs-growth-and-investment/european-pillar-social-rights/european-pillar-social-rights-20-principles_es.
9. Gobierno de España. España Puede. Plan de recuperación, transformación y resiliencia de la economía. Políticas palanca de reforma estructural para un crecimiento sostenible e inclusivo; 2021. Disponible en: <https://www.lamoncloa.gob.es/presidente/actividades/Paginas/2020/espana-puede.aspx>.
10. Organización Mundial de la Salud (OMS): Directrices de la OMS sobre política sanitaria y apoyo al sistema para optimizar los programas de agentes de salud comunitarios; 2019. Disponible en: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326553/9789243550367-spa.pdf?ua=1>.
11. Ley 16/2003, de 28 de mayo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud. Artículo 14. BOE, núm. 128, de 29-5-2003. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2003/05/28/16/con>.
12. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Artículo 3. BOE, núm. 299 de 15-12-2006. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>.
13. Lima A I. Trabajo Social ante la estrategia de coordinación y atención sociosanitaria. *Revista Actas de Coordinación Sociosanitaria*. 2017; 19: 7-21. Disponible en: https://www.fundacioncaser.org/sites/default/files/adjuntos/fcaser_revista-actas-19.pdf.
14. Verde C, coordinador. Contactad@s. ¿Qué piensas de la creación de un subsistema Socio-Sanitario? *Servicios Sociales y Política Social*. 2012; 105: 75-85. Disponible en: https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/revista_digital/publicas/no_105_socio_sanitario/.
15. Comisión Parlamentaria para la revisión del Sistema Nacional de Salud y las tendencias de su entorno en el momento actual y cara al futuro. Recomendación 53ª. Madrid: Congreso de los Diputados; 1991.
16. Ministerios de Sanidad y Consumo y de Asuntos Sociales. Acuerdo Marco para la Coordinación Sociosanitaria (firmado el 14 de diciembre de 1997).

17. Congreso de los Diputados. Informe de la Subcomisión Parlamentaria para la Consolidación y Modernización del Sistema Nacional de Salud. Recomendación 3ª; 1997.
18. Instituto de Mayores y Servicios Sociales. Libro Blanco de atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: IMSERSO; 2004. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/libroblanco.pdf>.
19. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Libro Blanco de la coordinación sociosanitaria en España. Madrid: IMSERSO; 2011. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>.
20. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Consejo Asesor de Sanidad. Coordinación y Atención Sociosanitaria. Informe. Madrid; 2013. Disponible en: <https://clubexcelencia.org/conocimiento/plataforma-de-conocimiento/informe-de-coordinacion-y-atencion-sociosanitaria>.
21. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Nota de prensa de la ministra de Sanidad. El Consejo Asesor de Sanidad ultima propuestas para avanzar en el Espacio Sociosanitario; 2012. Disponible en: <https://www.msbs.gob.es/gabinete/notasPrensa.do?id=2676>.
22. Grupo de trabajo Comunidades Autónomas y Administración General del Estado. Documento Base para una Atención Integral Sociosanitaria. Borrador; 2015. Disponible en: [http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumenVIII.nsf/e86600a24e054a61c12576d2002e551c/5fc54ca599b34a2ac1257f0800404baf/\\$FILE/DOCUMENTO%20DE%20BASE%20CON%20INCORP.CCAA.pdf](http://bases.cortesaragon.es/bases/ndocumenVIII.nsf/e86600a24e054a61c12576d2002e551c/5fc54ca599b34a2ac1257f0800404baf/$FILE/DOCUMENTO%20DE%20BASE%20CON%20INCORP.CCAA.pdf).
23. Codorniu M. Efectos perversos del copago en la financiación de la dependencia. Agenda Pública; 2016. Disponible en: <http://agendapublica.es/efectos-perversos-del-copago-en-las-prestaciones-de-dependencia/>.
24. Consejo General del Trabajo Social y Asociación Española de Trabajo Social y Salud. Decálogo para una estrategia de coordinación y atención sociosanitaria; 2014. Disponible en: [https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL\(1\).pdf](https://www.cgtrabajosocial.es/app/webroot/files/consejo/files/Decalogo%20FINAL(1).pdf).
25. IMSERSO. Plan Gerontológico Estatal; 1992.
26. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI; 2012. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/ESTRATEGIA_ABORDAJE_CRONICIDAD.pdf.
27. Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia en Enfermedades Neurodegenerativas del Sistema Nacional de Salud. Madrid: MSSSI; 2016. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/organizacion/sns/planCalidadSNS/pdf/Est_Neurodegenerativas_APROBADA_C_INTERTERRITORIAL.pdf.
28. Ministerio de Sanidad, Consumo y Bienestar Social. Plan Integral de Alzheimer y otras Demencias (2019-2023); 2019. Disponible en: https://www.msbs.gob.es/profesionales/saludPublica/docs/Plan_Integral_Alzheimer_Octubre_2019.pdf.
29. Castilla y León. Guía de gestión compartida de casos de coordinación sociosanitaria. Equipos de Coordinación de Base (ECB); 2020. Disponible en: <https://www.saludcastillayleon.es/profesionales/es/coordinacion-sociosanitaria/estructuras-coordinacion-sociosanitaria/equipos-coordinacion-base-ecb>.
30. Fuentes F V. Social and health care coordination: towards a new culture of care. La atención y coordinación sociosanitaria: hacia una nueva cultura del cuidado. *Enferm Clin (Engl Ed)*. 2020; 30(5): 291-294. Disponible en: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC7527203/>.
31. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes en Servicios Sociales. Un nuevo modelo residencial que comienza en casa; 2021. Disponible en: <https://directoressociales.com/un-nuevo-modelo-residencial-que-comienza-en-casa/>.
32. IMSERSO. Actualización semanal de datos COVID-19 y Servicios Sociales. Disponible en: https://www.imserso.es/imserso_01/index.htm.

33. Diario 16. Nace la Plataforma Estatal de Organizaciones de Familiares y Usuaris de Residencias para pedir justicia por la COVID-19; 2021. Disponible en: <https://diario16.com/nace-la-plataforma-estatal-de-organizaciones-de-familiares-y-usuarias-de-residencias-para-pedir-justicia-por-la-covid-19/>.
34. Asociación contra la soledad en personas mayores. Informe: Hacia un nuevo modelo de centros residenciales de personas mayores en España. Madrid; 2020. Disponible en: http://contralasoledad.com/tag2020/004_comunicado_covid_01.html.
35. Congreso de los Diputados. Dictamen de la Comisión para la Reconstrucción social y económica. Conclusiones, propuestas de resolución sobre Sanidad y Salud Pública. Tema 7; 2020.
36. Unión Europea. NextGenerationEU; 2021. Disponible en: https://ec.europa.eu/info/strategy/recovery-plan-europe_es#nextgenerationeu.

**Visión económica
de la relación entre
el modelo sanitario
y social**

Guillem López-Casasnovas

Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra

Introducción

La pandemia puede haber llevado al equívoco de querer *sanitarizar* el modelo social de acuerdo con una supuesta mayor efectividad del modelo sanitario a la hora de resolver cuestiones de morbilidad, muy valoradas por la ciudadanía con la crisis de la COVID-19. Unos profesionales «resuelven» (los sanitarios), mientras que otros «palían» (los cuidadores). De sus éxitos y fracasos la pandemia ha acelerado la diferente percepción de su eficiencia. Todo ello afecta el sentimiento reputacional y de autoestima y se traduce en condiciones retributivas diferentes entre ambos sistemas de protección. Esta segmentación se produce a pesar de los peligros de no atender adecuadamente los vasos comunicantes existentes entre ambos modelos.

Hoy se trata en definitiva de recuperar los balances, tan maltrechos por la pandemia, del modelo de cuidados, para situar el valor donde corresponde, como indica muy bien el informe encargado por el Departamento de Bienestar de la Generalitat de Catalunya a un grupo de expertos y el Plan Estratégico de Servicios Sociales.

Mi lectura es que *rebalancear* la situación pasa por reconocer que:

- a) Los responsables necesitan definir una estrategia para transitar de lo deseable –supongamos que son claros al respecto– a la realidad. El voluntarismo buenista tiene límites; no en los partícipes, pero sí en la autoridad planificadora y gestora.
- b) Los cuidados sociales necesitan más recursos. Si queremos mejor cobertura, necesitamos más estructura. Se ha evidenciado ante las contingencias de la COVID-19 la muy escasa musculatura de respuesta, una organización territorial poco desarrollada, sistemas de información incompletos, y un frágil enlace con las áreas de salud, sistemas de emergencias, etc. En general, se necesita una gobernanza más potente desde el ámbito público para ayudar a coordinar mejor todo el sistema de bienestar. Debe hacerse contando con el Tercer Sector, muy presente en el ámbito social, y con el impulso de la integración social y sanitaria desde el nuevo modelo de atención domiciliaria. En resumen:

- Las relaciones entre Salud y Asuntos Sociales deben cambiar.
 - Ambos servicios deberán aprender a valorar lo bueno del otro. Curar y cuidar son imprescindibles para el estado del bienestar que queremos.
 - Habrá que preparar a los profesionales y formarlos, equilibrar sueldos y tareas entre Salud y Asuntos Sociales.
- c) El modelo de las residencias ha de cambiar. Hace falta que las residencias sean hogares y se estructuren en unidades de convivencia en las que, por un lado, se refuerce la atención sanitaria, integrándola en el sistema de salud, a partir de:
- El reconocimiento de los profesionales médicos, desde la red de atención primaria de Salud.
 - La prestación de farmacia en las residencias, de acuerdo con un modelo coordinado con Salud.
 - La provisión de material sanitario en compra centralizada para el conjunto de la red de cuidados y asistencial.
- d) Y finalmente, pero contemplado desde el principio, es imprescindible que se desarrolle el modelo de atención centrada en la persona con el objetivo de:
- Promover las capacidades de la persona y retrasar las situaciones de dependencia. Se trata de atender desde la prevención para reducir el acceso a la institucionalización.
 - Velar por la calidad de vida potenciando la individualidad, las preferencias y los horarios de la persona y su estilo de vida.

Argumentación

Necesidad de apoyar la realización de actividades de la vida cotidiana y la participación en la comunidad

Conviene que la planificación, gestión y gobernanza sea compartida con entes locales, entidades sociales (Tercer Sector) y agentes socioeconómicos.

Tabla. Acciones prioritarias y cuatro líneas específicas sobre cómo llevarlas a cabo

QUÉ SE PROPONE	CÓMO SE PROPONE
1. Crecimiento y consolidación de la atención integrada en el entorno domiciliario y comunitario.	1. Aumentar de forma sustantiva la financiación de la atención domiciliaria y de aquellos otros servicios que se dirigen a promover la autonomía.
2. Apoyo a planes y proyectos de vida individualizados mediante sistemas de atención flexibles.	2. Reforzar la gobernanza innovadora y transformadora para conseguir una atención integrada.
3. Potenciar una estrategia preventiva y de fomento de la autonomía desde una visión de comunidades inclusivas.	3. Conseguir una Administración pública inclusiva, flexible y ágil.
4. Priorizar las intervenciones de apoyo a la autonomía en la infancia y la adolescencia.	4. Apoyo y reconocimiento social y económico de las y los profesionales y personas cuidadoras no profesionales.

Fuente: Recomendaciones del grupo asesor para impulsar el futuro modelo de promoción de la autonomía y atención a las personas que precisen apoyo de larga duración en el entorno comunitario en Catalunya.

Para ello:

1. Es recomendable avanzar hacia un modelo de atención integral para la persona teniendo en cuenta todas sus dimensiones: la emocional, la salud, la participación, la inclusión social... En esta pandemia se ha forzado un primer paso con la incorporación a las residencias de la atención de otros agentes como Salud Pública, Cuidados Intermedios o Equipos de Atención Primaria.
2. Acercar más las residencias a las familias y al entorno comunitario. Las familias deben jugar un papel central. La asistencia digital y conectada debe existir. Los avances tecnológicos deben permitir que la residencia esté conectada y que aproveche los recursos comunitarios existentes (interacción vecinal, escuelas, centros cívicos...), pero también que pueda contar con más servicios (conexión con el CAP de referencia,

atención intermedia, médicos especialistas para realizar visitas de seguimiento o apoyo remoto, *apps* de estimulación cognitiva, monitorización constante, rehabilitación...).

3. El apoyo y reconocimiento social y económico de los profesionales es una prioridad, así como una mejor cualificación de los equipos a través de la formación y la capacitación.
4. Se deben producir cambios en el entorno y en las infraestructuras. Durante la pandemia hemos visto que la estructura ha condicionado la sectorización, diluyendo la importancia de las unidades de convivencia, de los espacios flexibles y adaptables. La arquitectura debe potenciar ahora más que nunca la atención personalizada, la intimidad, la privacidad y el confort de la persona.
5. Conviene reforzar la red de residencias, que actualmente está muy atomizada con una gran diversidad de entidades muy frágiles. Para ello se necesita un nuevo sistema de acreditación y un nuevo modelo de evaluación, con indicadores de calidad y resultados, promovido por la Administración pública, que acompañe y *monitorice* a fin de que las residencias hagan mejor su trabajo.
6. Es necesario definir un sistema de información, homogeneizarla e integrarla en un sistema único de información sanitaria y social, o a través de la interoperabilidad de los sistemas.

Por último, dos reflexiones, más allá de las residencias (véase Guillem López-Casasnovas y Oriol Fuertes, «El futur del sector salut i social. *Hub-albor* de la nova assistència», en *Revista Econòmica de Catalunya*, 83, 2021):

7. La urgencia del momento no debe hacernos perder de vista que debemos avanzar en una estrategia que refuerce la prevención e intervención comunitaria; en definitiva, que retrase y evite la institucionalización en la medida de lo posible.
8. La residencia debe dejar de ser el centro del sistema de cuidados. No es viable ni sostenible dado el envejecimiento de la población y las nuevas aspiraciones sociales. Si queremos un nuevo modelo tene-

mos que articularlo no desde las residencias sino desde la propia casa. Las personas deben poder vivir en sus domicilios, de forma autónoma, durante el mayor tiempo posible.

Algunas medidas

En la actualidad, se habla mucho de la importancia de lograr la sostenibilidad del sistema de protección social. Desde una perspectiva económica, las principales barreras a las que nos enfrentamos hoy en día para lograr este objetivo es básicamente una demanda de necesidades objetivables o simplemente percibidas que crece con la tecnología y las aspiraciones ciudadanas, mientras se mantiene una financiación pública limitada por el crecimiento de la renta y la aceptación de una mayor fiscalidad.

Para responder a esta situación, quizá sería bueno complementar la presión actual sobre la financiación pública abriendo fuentes complementarias o procediendo a una priorización más estricta del gasto público en la que concentrar los recursos disponibles. En esta disyuntiva, la colaboración público-privada es hoy uno de los grandes tótems de las políticas públicas en cuanto a su exhibida contribución a la mejora de la eficacia y eficiencia de las prestaciones y, por tanto, a la sostenibilidad del modelo de estado del bienestar. En cualquier caso, debemos evitar que la mencionada colaboración se convierta en un comodín que aparece cuando no se sabe ya qué hacer o decir. Y aclarar a qué nos referimos con esta colaboración, ya que de su ambigüedad surgen los equívocos a la hora de proponer soluciones a todos los problemas, no solo de provisión, sino también de financiación y libre elección. Desde la presente ambigüedad, no debería apoyarse el *mantra de la colaboración* sin concretar sus contenidos. No es un genérico para solucionar todo tipo de problemas, pues tiene especificidades en las que los detalles cuentan.

En resumen: se sabe al parecer qué se debe hacer, pero conviene interrogarse en el cómo. Es necesario confrontar para ello dos grandes cuestiones en esta área del sistema de bienestar:

1. La falta de financiación obliga a priorizar y a definir si preferimos *no hacer* antes que hacer con cargo a la financiación de los usuarios, y si estamos o no de acuerdo en territorializar las iniciativas locales o en

uniformizarlas por miedo a la aparición de desigualdades, que así se puedan visualizar más.

2. Aclarar si cuando hablamos de cambios culturales nos estamos refiriendo al hecho de que la atención al mayor dependiente es: a) un deber público (y, por tanto, existe un derecho de los hijos a *aparcar* a sus ancestros), b) un valor de las familias a reforzar desde el altruismo y/o herencia-legítima (tan propio de nuestras sociedades mediterráneas), o c) si los mayores tienen que hacer su propia previsión y asumir responsabilidades (sabiendo que los poderes públicos solo ofrecen mínimos), en todo o en parte, con fórmulas de ahorro y activación de los patrimonios que se posean.

La sociedad y los representantes políticos se esconden ante estas importantes decisiones y los responsables suelen responder con eufemismos que atrapan ambiguamente al sector de los servicios de bienestar en campos de inacción en los que prevalece un *statu quo* declarado por muchos como insatisfactorio.

El futuro que se avecina

La previsión es que 5,8 millones de personas vivirán solas en España en 2035. Hoy en Catalunya ya son en torno a 300.000 (un 75% de las cuales son mujeres). No es solo un tema de personas mayores. No todas las personas están en situación desfavorecida (compresión general de la morbilidad), y el impacto de las tecnologías de información TIC puede coadyuvar a solventar algunos problemas.

Del aislamiento y una cierta *individualidad* aparece el vínculo entre la salud y la soledad. Aquellos que se reconocen a sí mismos como «solos» en cinco años es más probable que padezcan una depresión que aquellos que no lo estén. El aislamiento social es peor que «vivir solo» por sus efectos sobre la salud mental y el abandono personal. El vínculo conlleva una lista amplia de síntomas de identificación compleja: inseguridad, ansiedad, depresión, alcoholismo, estrés y afectación en el sistema inmunológico, trastornos personales, intolerancia, insomnio, pérdida de autoestima, obesidad, hipertensión, enfermedades inflamatorias, diabetes, suicidio.

En el Reino Unido se ha dado un paso más con la creación de un nuevo ministerio que está llevando a cabo actuaciones para tratar de mitigar el mencionado problema.¹ Un análisis con 300.000 personas en 148 estudios encontró que la soledad se asocia con un aumento del 50% de la mortalidad por cualquier otra causa. Esto lo hace comparable a fumar quince cigarrillos al día y resulta más peligroso que la obesidad.²

En nuestro país, todavía no sabemos lo suficiente sobre el vínculo entre salud, soledad y bienestar individual. Al menos de una manera sistemática. En los registros de atención primaria hay una variable que identifica el «vivir solo». Pero no es exhaustiva, sino que es un marcador. Es decir, cuando el médico ve que alguien tiene artrosis de rodilla y que pronto generará la necesidad de cuidados asistenciales, entonces se pregunta si viven solos, con el fin de evaluar su contexto. Por lo tanto, quien tiene el marcador es que tiene un problema de salud suficientemente relevante. En 2019 solo había 4.000 personas con este marcador. La variable exhaustiva está en el padrón y rutinariamente este no se puede cruzar con datos administrativos.

Por lo demás, el urbanismo ha empeorado la sensación de *estar solo*. Cuanta menos interacción, menos cuenta la comunidad. La COVID-19 también ha exacerbado nuevas formas de trabajo y a tiempo parcial; el *hot-desk* de *co-working* no lo resarce suficientemente. Por lo demás, la especialización no requiere tanta cooperación, y la intermediación, si se realiza, es a través de un Internet anónimo.

Conclusión

Durante la pandemia, las personas mayores han sido uno de los colectivos más visibles debido a su vulnerabilidad al virus y, en concreto, a la compleja situación vivida en las residencias de mayores. Se ha hablado mucho de dotar de recursos suficientes a estas instalaciones e incluso de medicalizar estos centros para atender de manera óptima a este colectivo de población. *Sanitarizar* lo social no parece, sin embargo, el camino correcto. Hace falta que se revierta la situación para invertir en mecanismos de coordinación eficientes entre el modelo sanitario y el modelo social. Coordinar eficiente-

mente, sí; con responsabilidades claras y gobernanza definida. La dificultad está en implementarlo en la nueva realidad.

Notas

1. Guía del Gobierno del Reino Unido sobre soledad. Disponible en: <https://www.gov.uk/society-and-culture/loneliness>.
2. Según un estudio publicado en el diario *The Independent* el 30 de abril de 2018.

**Debate con los
profesionales**

En el debate celebrado tras las ponencias del seminario, profesionales de diferentes disciplinas aportaron sus reflexiones acerca de los modelos sanitarios y sociales y sus posibles vías de acercamiento. A continuación, transcribimos sus intervenciones.

Josep M.^a Via

Al hablar de atención domiciliaria, hay que tener en cuenta que las residencias, tal y como las conocemos, no han evolucionado tanto desde sus orígenes. Aparecieron en España, más o menos en la década de 1970, cuando la esperanza de vida era menor que la actual, y eran claramente un sustituto del hogar, no centros sanitarios. Quienes acudían a ellas estaban más o menos sanos y, cuando enfermaban o padecían alguna patología de base, iban al médico como hacían cuando vivían en sus casas. Hoy en día, las personas que están en residencia en grado tres de dependencia, aparte de dependientes son enfermos, no necesariamente graves, pero sí con mucha carga de enfermedad y polimedicados. Y esto no ha evolucionado: es decir, ha cambiado el perfil de usuario, pero la estructura no se ha adaptado. Ciertamente, en algunas encuestas se estima que solo un 4% de las personas que están en residencias desean estarlo, y que el resto quiere estar en casa. No es que la atención domiciliaria sea una moda que haya surgido ahora a raíz de la pandemia y que la gente prefiera estar en casa, sino que normalmente la mayoría de la gente ya prefiere estar en casa. Lo que habría que hacer es aprovechar la corriente para redistribuir presupuestos, porque, si tu presupuesto va a residencias y no a la atención domiciliaria, las personas mayores no podrán quedarse en sus casas.

Un último aspecto muy importante es que dentro del sector residencial hay unos intereses de tipo financiero, es decir, empresas que se encuentran en dicho sector más como negocio inmobiliario que como negocio social. Esto es un problema añadido porque si quieres hacer una reforma que pase por menos residencia y más domicilio tendrás que enfrentarte a estos poderes. Por lo tanto, tenemos un poder político, un poder profesional corporativo, un poder sindical y determinados poderes financieros que no van a remar a favor de la transformación de las residencias. Es más, en este momento empieza a circular un discurso según el cual todo está resuelto en las residen-

cias, que allí no pasa nada y que nos podemos olvidar, porque ya están todos y todas vacunados. Una tendencia a hacer como si no pasara nada, cuando lo que hay que hacer es analizar cuáles son los elementos que impiden encontrar una solución.

José Augusto García

Quiero remarcar algunas de las ideas articuladas por los panelistas que considero muy importantes. En primer lugar, Guillem López ha referido que tenemos un problema de financiación, un tema que, en mi opinión, hay que poner en mayúsculas, porque en estos momentos estamos dedicando más o menos un 0,7% del PIB a la atención a la dependencia, cuando la media de la OCDE es del 1,2% y de la Unión Europea del 1,5%. Deberíamos marcar un horizonte –veinte o treinta años– para afrontar la necesidad que tenemos de dedicar más financiación si queremos dignificar el cuidado y la atención de las personas dependientes desde el ámbito sanitario y desde el ámbito social.

Una segunda reflexión, articulada por Rafael Bengoa, es que en España no existen cambios disruptivos en la forma de atender a las responsabilidades de sanidad, de protección y de atención social en las distintas comunidades autónomas. El ejemplo que ponía Victòria Camps es muy ilustrativo. Oregón fue el primer estado norteamericano que potenció más la atención domiciliaria que la atención residencial, aunque Texas no lo siguió, a pesar de que tenía autonomía para ello. Esto aquí no se ha hecho, y ello se puede deber al freno político, incluso a la poca responsabilidad política. ¿Hasta qué punto se están implicando los alcaldes, desde los municipios, para implementar esa integración social y sanitaria que los modelos llevados a cabo demuestran resultar muy beneficiosos?

Roser Fernández

Como comentaba Rafael Bengoa, en Cataluña tenemos ahora un nuevo Gobierno que se organiza en una Consejería de Derechos Sociales (no de Servicios Sociales) y una Consejería de Salud. Se habla también de una agen-

cia de integración sanitaria y social (documento programático), que se ubica en la parte de salud y no en la de derechos sociales. Además de esto, sería exigible que se efectuase un análisis muy riguroso según el cual el concepto de «derecho social» va ligado al debate de la universalidad de determinadas prestaciones y servicios sociales; en el ámbito social aún no hay derecho a la universalidad, y cuando se habla de la agencia de integración sanitaria y social en salud se debería contemplar el concepto de salud de la OMS de 1946: la salud va más allá de la ausencia de enfermedades y es un completo estado de bienestar físico, mental y psíquico. Esta concepción permite superar el binomio sanitario-social y además nos enfoca a actuar preventivamente para tener una población sana: no solo curar la enfermedad y no solo atender a la dependencia, sino promover la autonomía personal. Sobre la base de esta nueva estructura se podría aprovechar para incorporar este concepto de salud holístico que promoviera la integración de estos servicios.

En todo caso, hemos visto muchos ejemplos y tampoco podemos poner toda la confianza en la organización institucional oficial, que veremos hasta dónde puede hacer. También podríamos apostar por la experiencia territorial. Es decir, la coordinación territorial, sea cual sea la opción formal que acaben delimitando, es muy importante porque, en el ámbito social, también están los municipios y, por lo tanto, todas las autoridades competentes con las que debería existir una coordinación de la red: dispositivos y recursos sanitarios y sociales en el territorio, protocolos y rutas asistenciales compartidas con un sistema de información que incentive este abordaje. Por otro lado, en relación con la pregunta central de este seminario: «¿Sumamos o dividimos?», creo que existen dos niveles. En primer lugar, el nivel del propio sistema nacional de salud. Cuando hablamos de un modelo de atención centrado en la persona, ya debemos incluir –aunque solo sea en el sistema de salud– que no se trata solo de curar, sino también de incorporar el prevenir y cuidar enfermedades, el abordaje biopsicosocial (no atendemos enfermedades, sino a personas que padecen enfermedades), la articulación de un plan terapéutico interdisciplinar o el trabajo en red para garantizar la continuidad y atención de proximidad en el domicilio. En segundo lugar, el otro nivel, el más clásico de interacción entre el departamento de sanidad y el departamento social. Y aquí, centrándonos más en la edad avanzada (sin olvidar la discapacidad

y otros ámbitos), debemos tener en cuenta la diversidad funcional de las personas: no todas tienen la misma diversidad funcional (limitaciones para las actividades básicas de la vida diaria) o de comorbilidad (tener dos o más trastornos de enfermedad al mismo tiempo), así como el entorno sociofamiliar y su diversa realidad.

Relacionado con este tema hay dos retos muy importantes. Uno es el modelo de atención sanitaria en las residencias. Hemos dado una respuesta a la COVID-19, pero no se ha desarrollado ni aprobado un modelo de atención sanitaria en las residencias. Es fundamental sectorizar estas en función del nivel de complejidad que puedan atender y, a partir de aquí, determinar qué recursos necesitan y cuál es su referente en el sistema sanitario, de modo que, si los usuarios ganan capacidad y funcionalidad, una opción sea volver a su domicilio particular. La otra opción es implementar un modelo de atención domiciliaria integrada e incorporar aquí a los municipios. Estas cuestiones, sea como sea, afectan al día a día de nuestras familias, de nuestro entorno, de una realidad muy patente, e incluso debemos destinar gran parte de los esfuerzos a que se desarrollen para poder saber con exactitud cuál es la cartera de servicios de atención primaria y de las residencias por niveles y cómo poder articular una planificación estratégica conjunta. El último estudio de *Modis Life Sciences* dice que el gasto sanitario relacionado con el envejecimiento repuntará un 18% en 2035 en España y que, junto con Italia (con un 13%), será uno de los países europeos con más crecimiento. Por este motivo, es esencial que en el abordaje de la integración sanitaria y social actuemos preventivamente, porque si no hacemos nada ello comportará un impacto muy relevante en el gasto sanitario.

Manel Balcells

Me voy a centrar en dos ideas que han aparecido a lo largo de este seminario: una de Rafael Bengoa, quien afirma que «hace falta mucha innovación», y otra de Guillem López, que se pregunta: «Y esto ¿con qué dinero lo vamos a hacer?». En esta encrucijada se ha constituido el nuevo Gobierno de la Generalitat de Catalunya y no sabemos demasiado acerca de cómo gestionará estas cuestiones. Sabemos que hay dos departamentos separados, si bien,

en el programa del gobierno figura una agencia de integración sociosanitaria. Pero su acción, ¿en qué se va a traducir, sin dinero y sin mucha innovación? Probablemente hagan falta proyectos locales, innovadores y muy integradores con todas las Administraciones que demuestren que esto funciona. Porque, si no participa el mundo local, las consejerías y las diputaciones, y no hay un plan de implementación progresiva en todo el sistema, la integración no se dará y nos quedaremos, como siempre, hablando de lo mismo. La situación post-COVID obliga ahora a ello, es la oportunidad para hacerlo, porque se puede hacer empezando por buscar complicidades y fórmulas de financiación.

Francesc José María

Todas las ideas que se han expresado en este seminario, muy interesantes y bien sistematizadas, no son nuevas. Quizá hayan evolucionado a lo largo de los años por el cambio de las circunstancias y porque cada vez conocemos mejor cuáles son las necesidades. Pero una muestra de que no hay nada nuevo en este escenario es la nueva agencia integrada de salud y servicios sociales antes mencionada, que es el antiguo PRODEP (Programa de Atención a la Dependencia) de 2009, que decayó en su momento, no se sabe muy bien por qué. Por otro lado, hay un aspecto de lo que se ha dicho con el que no estoy de acuerdo: la universalidad. No debe confundirse universalidad con gratuidad. Los servicios sociales, en el momento en que son reconocidos como un derecho subjetivo, y en particular los de atención a la dependencia, pasan a tener la consideración de universal; otra cosa es que haya que establecer copagos para poder recibir la atención. Creo que es importante distinguir entre universalidad y gratuidad. Por último, otro tema con el que nos encontramos guarda relación con ciertos retos del lenguaje, sobre todo cuando tratamos con culturas distintas: el concepto «sociosanitario». En Cataluña este concepto lo tenemos integrado en el sistema de salud, en la red de internamiento donde están los hospitales de agudos, los centros sociosanitarios y los centros de salud mental, entre otros. En cambio, este mismo concepto, cuando se utiliza a nivel del legislador del Estado, son nuestras residencias asistidas y punto. Este distinto lenguaje generó que, durante la pandemia, los centros

sociales no se sintieran interpelados por los reales decretos ley que concretaban protocolos en los centros sanitarios y sociosanitarios, respondiendo que ellos no eran entidades sociosanitarias sino residencias.

Núria Terribas

En primer lugar, creo que para hacer este salto del que estamos hablando hace falta un cambio de mentalidad a muchos niveles, y a nivel ciudadano también. Creo que está muy interiorizado, en esa dualidad de modelo, el hecho de que las familias cada vez son menos extensas, que tienen menos contexto de apoyo a las personas mayores, y que ya dan por supuesto que cuando llegue esa situación en que no nos podremos hacer cargo vamos a dejar a nuestros familiares en una residencia y allí se ocuparán de ellos. Lo que planteaba Rafael Bengoa de intentar ganar años en el domicilio, con mayor calidad de vida y en tu entorno, lo veo complejo con el modelo social que estamos construyendo, que es cada vez más individualista, con estructuras familiares más reducidas –la natalidad baja en picado desde hace años– y menos red de apoyo, donde la gente joven tiene que llevar a cabo sus proyectos y la gente mayor molesta, y si tenemos un sitio donde dejarles y visitarles de vez en cuando, problema resuelto. Creo que hay que promover un cambio cultural y que este será difícil, pues debería hacerse desde las generaciones más jóvenes, que son precisamente las que menos visibilizan esta problemática. Hablaba antes José Augusto García del tema de la prevención. También será tarea ardua de conseguir si la gente de nuestra generación, de 50-60 años, no tiene en cuenta que debemos empezar a cuidarnos para llegar a esa franja de edad de riesgo en buenas condiciones; lo sabemos, somos los primeros que deberíamos aplicárnoslo, pero, aun así, muchos vamos estresados y tenemos malos hábitos de vida. Aquí veo también un reto cultural que es complicado de abordar, pero que hay que enfrentar, porque si no esos cambios no serán factibles, aun cuando las políticas sanitarias y sociales puedan ir en otra dirección.

En segundo lugar está el tema económico. Guillem López ha hablado de la oportunidad de destinar parte de los fondos Next Generation a este fin de la integración social y sanitaria. Y yo me pregunto: ¿Si no hubiese existido

la COVID-19 no nos habríamos planteado ningún cambio y no habría fondos NextGeneration? Yo creo que la pandemia ha puesto de manifiesto de una manera muy cruda y realista esos déficits, pero todos éramos conscientes de que el sistema no funcionaba; si no fuera así no llevaríamos veinte años discutiendo estas cuestiones. En cuanto a la cuestión de los recursos económicos, que es el caballo de batalla que siempre se utiliza como excusa (que es real), quizá exista una forma de optimizar recursos que se estén malbaratando en otras cosas y reorientarlos a otro tipo de sectores. Creo que se puede innovar en optimizar los recursos escasos, que siempre lo son, para que este modelo sea un poco más «real». En el caso de Cataluña, se han hecho intentos a lo largo de estos años como el PRODEP o el PIAIS (Plan Interdepartamental de Atención e Interacción Social). Este último fue un intento de unir esfuerzos de dos consejerías para implementar un programa transversal y tampoco tuvo éxito. Yo coincidí con todos vosotros en que lo que hay que hacer es «aterrizar» y «hacer algo»: en lugar de tanto debate, que está muy bien, vamos a actuar para que realmente la ciudadanía, que para algo vota, exija a los responsables políticos, que están ahí para esa tarea, que den respuesta a las necesidades de una población cada vez más envejecida, más dependiente y con menos red de apoyo social y familiar.

Olga Pané

En primer lugar, me gustaría comentar que tengo la impresión de que nos centramos en el tema del envejecimiento como si se tratara de un problema social o sanitario. Al respecto, se estima que en algunos países la esperanza de vida dentro de quince años será de unos cien, y este no es un problema de servicios sociales o de sanidad, es un problema de toda la sociedad, de un modelo social. Creo que cuanto antes nos demos cuenta de esto mejor, porque el problema ya no es el de la cotización, el pagar las residencias, etc. –que también–, es un problema de que haya ascensores en todos los edificios, de que haya un sistema para poder practicar deporte distinto, etc. El primer ministro japonés, hace unos años, basó su programa de gobierno en preparar el país para la tercera edad. Señalo esto porque el envejecimiento de la sociedad no es solo un problema del ministro de Sanidad, de la misma forma que

el cambio climático no es únicamente un problema del ministro de Medio Ambiente: es un problema de todos. Existen algunas esperanzas inmediatas, nos podemos replantear maneras de hacer las cosas, tratar de mover más recursos de aquí para allá; pero la tecnología también ha venido a ayudarnos. Hemos visto, con la pandemia, que hemos podido hacer muchas cosas que no sean presenciales, y también que nuestros abuelos se han alfabetizado muy deprisa en este cambio.

Rafa Bengoa lo ha señalado antes, en relación con uno de los programas con que están trabajando en el Reino Unido; este es un tema de inversión que se podría situar perfectamente como una de las prioridades, y esta podría ser una solución práctica e inmediata. Segundo, creo que Guillem ha puesto el dedo en la llaga al decir que hay un problema económico que cada vez es más grave. En el programa NextGeneration, se calcula que en 2050 habrá un pensionista por cada 1,2 cotizantes. Y si cotizan lo que están cotizando mis hijos, el problema es gravísimo, porque yo voy a cobrar más de pensión que lo que ellos cobran trabajando. Y esta es una problemática que se ve muy lejos, pero que llegará. Aprovecho esto para remarcar la importancia de los derechos y los deberes. Hay que interpelar a las familias, que no dejan al niño en una escuela para que se lo devuelvan ya educado; evidentemente, con los mayores hay una responsabilidad de las familias. Cuando he visto todo lo que ha ocurrido con la COVID-19 lo primero que te preguntas es si antes las familias iban a visitar realmente a estos ancianos, por qué era visible lo que estaba pasando.

Como sociedad debemos tener la capacidad de trasladar los deberes que les corresponden a la ciudadanía, porque esto no lo va a resolver el Gobierno solo, hay algo que debe hacer la sociedad y es asumir un compromiso con todas las generaciones. Me explicaba el gerente de servicios sociales del Ayuntamiento de Barcelona que habían intentado efectuar un cálculo del coste de cada persona sin hogar (sabemos que no son ancianos) y el resultado fue que cada uno cuesta 37.000 euros anuales al ayuntamiento. Esto quiere decir que a lo mejor resulta que hay que evaluar un poco las políticas sociales y cambiar con distintas acciones. En salud no paramos de dar datos de evaluación, de toda una serie de resultados relacionados con los *inputs* que ponemos que son impresionantes. Pero a lo mejor nos convendría más saber

si tiene sentido dedicar tantos esfuerzos a esto, ¿lo tenemos que seguir haciendo con la misma combinación de *inputs*, tratando igual a las personas mayores, sin hogar o jóvenes?, ¿no hay una combinación distinta?, ¿todo lo tenemos que hacer pasar por funcionarios o servicios municipales? Creo que es importantísimo que seamos capaces de evaluar qué políticas son efectivas y cuáles no, y si lo son también en el ámbito social.

Manuel Gutiérrez

Quisiera enfatizar algo que ya se ha dicho: con la crisis de la COVID-19 se han evidenciado las debilidades que ya había en el sistema de coordinación social y sanitario, y creo que seminarios como este nos ayudan a poner sobre la mesa, tanto a los políticos como a los gestores, las «nuevas» necesidades. Una de ellas, que se ha hecho patente, va relacionada con la cuestión del sistema de información digital y de las tecnologías, que ya nos muestra que estamos hablando de dos sistemas completamente distintos en uno y otro ámbito. El sistema sanitario, por ejemplo, tiene todo un sistema de información desde hace mucho tiempo que es la historia clínica electrónica (o historia clínica digital). No así el sistema de servicios sociales, en muchos de los territorios. Si los dos sistemas se quieren «hablar», el sistema de servicios sociales, en muchas comunidades autónomas, no dispone de esa parte tecnológica de la historia social electrónica. En concreto, en Madrid, de donde yo vengo, no hay tal, y, por mucho que el sistema sanitario de esta comunidad quiera «hablar» con el sistema de servicios sociales, no existe un interlocutor, porque ni siquiera existen las herramientas tecnológicas que lo permitan.

Por el contrario, me comentaban los compañeros de la Consejería de Políticas Sociales de Galicia que ellos llevan desde el año 2014 poniendo en marcha la historia social electrónica. Entonces, gracias a eso, y en el marco de la pandemia, se han podido «hablar» ambos sistemas y, en consecuencia, implementar rápidamente una serie de acciones de prevención en todas sus residencias de mayores para ver qué pasaba con la COVID-19 y prevenir. En Madrid, la parte social la hicimos con tablas de Excel en pleno 2020, así de cruda era la situación.

Todo esto me gustaría unirlo con la pregunta que lanzaba Rafael Bengoa: «¿Y ahora qué vamos a hacer?». Yo soy optimista con el tema de los fondos europeos de resiliencia, porque, por ejemplo, gracias a ellos, hay una partida importante de más de 140 millones que irá destinada a la tecnología en servicios sociales, y en Madrid y Navarra se va a poder implementar la historia social electrónica. Se debe visibilizar el espacio social y sanitario con estos fondos europeos y que las personas que estamos aquí garanticemos que estos fondos se ejecuten y tengan el mayor impacto posible.

Durante el debate se ha comentado que está claro cómo se deben hacer las cosas. En mi experiencia en las dos Administraciones, estatal y autonómica, me parece que los que estamos trabajando en este sector tenemos claras cuatro o cinco cosas. El problema es la política cortoplacista que estamos viviendo en estos territorios. Podemos saber muy bien el «cómo», pero si viene un político con una estrategia a corto plazo y esta estrategia no coincide con el «cómo» de los expertos, empezarán los enredos. Tiene que haber políticos con altura de miras que se planteen qué estrategias a largo plazo quieren implementar.

Joan Berenguer

De los muchos temas que ya han salido a lo largo de este seminario, quiero reforzar alguna idea. Está claro que estamos inmersos en una realidad socio-demográfica que ya sabíamos que llegaría, que está y que aquí se queda. Hemos envejecido como sociedad, y las personas mayores tienen una expectativa de vida de muchos más años, aunque no todos de buena calidad y con muchas dificultades (más en las mujeres que en los hombres, si bien las mujeres tienen más expectativa de vida). Esto se traduce en pluripatología muchas veces, en dependencia, que además comporta un cambio de modelo social importante: vivimos en grandes ciudades, se está despoblando el mundo rural, agruparse en las grandes urbes significa anonimato, cuesta más relacionarse... La impresión que tenemos desde la Fundación Mémora es que, para abordar esta nueva realidad, con todo lo que conlleva, es evidente que habrá que ajustar la prestación pública tanto sanitaria como social. Seguro que habrá que acercar posiciones, no solamente en esto, pues también será necesaria la implicación de toda la sociedad.

Cuando hablamos de toda la sociedad, entendemos que habrá que hacer resurgir valores que «están dormidos», como la empatía, la solidaridad, la buena vecindad; valores que debemos volver a poner sobre la mesa. Esto comporta acciones desde el punto de vista de la educación de nuestros hijos e hijas, como apuntaba Núria Terribas, acciones desde el punto de vista cultural y acciones desde todos los ámbitos. Pero hoy por hoy, políticamente vende mucho más el mundo de la salud que el mundo social. El ámbito de la salud, con el auge de las nuevas tecnologías, con la superespecialización, con todos los avances en trasplantes tan mediáticos, todo esto vende más y, por lo tanto, no sé si hay voluntad política o si es una voluntad política muy mediaticizada por el «cortoplacismo».

No obstante, se deben consensuar políticas que puedan desplegarse a largo plazo, para ahora, para mañana y para muchos años, ya que no podemos pensar que esta realidad la podemos tener arreglada en cuatro años: es el momento, ahora, de empezar a enhebrar la aguja. Otro elemento que la pandemia ha puesto de manifiesto es el de la soledad, que siempre ha estado ahí, pero se ha hecho más visible. ¿Cuántas personas, en estos momentos, se sitúan en lo que llamamos «soledad no deseada»? Esto es fácil de decir y difícil de determinar. Yo preguntaría a los ponentes, ¿por dónde empezamos? Nosotros defendemos que en el ámbito territorial y local se pueden hacer más cosas. Ahora bien, si tuviéramos que hacer una o dos, ¿cuáles serían? Guillem López ha formulado una frase que sería bueno aclarar. Ha hablado de una «opa amistosa de salud a social», lo cual significa generosidad por parte del mundo de la salud y que el mundo social lo permita hacer. Si no habrá más recursos porque dentro de unos años habrá un pensionista para cada 1,2 personas en activo, ¿de dónde sacaremos estos recursos?

María Jesús Goikoetxea

Yo procedo del ámbito sanitario, he trabajado veinte años en un hospital y gracias a la ética he ido llegando al mundo social, que es donde estoy ahora. El mundo social es el mundo que recoge algo que tradicionalmente han hecho nuestras familias, que es cuidar. Algo que nunca ha sido reconocido. Como ya se ha dicho, no solo tiene poco sueldo sino también poco reconoci-

miento, y se hacía en el ámbito privado porque parecía que nos bastábamos. Pero hoy en día ya no resulta suficiente. ¿Dónde estamos, ahora? Por todas las razones que aquí se han esgrimido, ya no damos más de sí con los cuidados primarios. Hemos puesto en marcha el llamado «sistema de la dependencia» dentro del ámbito de lo social, obviamente con el mismo reconocimiento que han tenido los cuidados siempre. El problema ha sido que, cuando alguien ingresa en ese sistema, le toca, en primer lugar, renunciar a la ciudadanía, a causa de lo que ya se ha referido en relación con las «instituciones totales». Y, en segundo lugar, estando de acuerdo en que es un sistema universal, como va con copago tienes que andar con cuidado de que no te quiten la asistencia sanitaria.

Como se ha comprobado en Euskadi, en los sistemas de salud pública antes de la COVID-19, la sanidad pública estaba organizada en salud pública de atención primaria y salud pública de atención especializada. Con la pandemia, como repartían las mascarillas desde salud pública y las residencias no estaban dentro de este subsistema, no llegaban. Me gustaría que quedara claro que los servicios sociales, a día de hoy, son servicios que se ocupan fundamentalmente de los cuidados. Hemos establecido, entre todos, que en algunas circunstancias los cuidados son un derecho subjetivo, y esto, primero, lo tiene que entender el ámbito sanitario. Por otra parte, cuando hablamos aquí de «miradas», que es por donde hemos empezado, también debemos tener en cuenta otro hecho. Con todos los protocolos de actuación que se han elaborado desde los comités de ética sanitarios en mi comunidad autónoma durante la pandemia, los comités de ética de servicios sociales no estábamos de acuerdo. Y no lo estábamos porque la ética universal, en el medio sanitario, se mueve por deontología, por principios universales, mientras que, en servicios sociales, algunas y algunos hemos aprendido algo de teleología, del cuidado, de las virtudes, de lo particular... Quiero decir, en definitiva, que me parece que esta tesitura no se arregla diciendo: «Dentro del ámbito sanitario hay un apartado que es lo sociosanitario, porque ya hay un concepto de salud que lo cubre todo». Creo que nuestro problema no se solventa así, lo digo honestamente, y sinceramente pienso que esto no quita que los servicios sociales tengamos que ponernos en marcha para hacer las cosas mejor, con mayor validez y evidencia científica. Pero también creo que es justo que, si

nos ponemos a hablar, lo hagamos siendo conscientes de que son necesidades diferentes y discutiendo cómo las vamos a organizar.

Margarita Esteve

Cuando estamos hablando continuamente de lo que es la atención domiciliaria –creo que una parte del futuro debe ir por esta vía–, también es cierto que aquí tenemos que integrar los cuidados de la familia, pues si no será imposible lograrlo. No podemos atender una cobertura de 24 horas de atención domiciliaria. Esto significa recuperar valores tal vez olvidados. La persona mayor es vista desde muchos ámbitos como alguien que está ahí, que molesta y que seguramente ya no es tan necesaria como cuando era más joven. Recobrar la generosidad, el respeto a la persona mayor, yo pienso que todo esto debería aparecer en el debate social, empezando por las aulas de las escuelas. Cuando hablamos de educación sanitaria y queremos, por ejemplo, cambiar los hábitos alimentarios, vemos que son los niños y niñas quienes enseñan a los padres y madres: «Esto no se puede comer» o «esto no lo tendrías que hacer de esta manera». Quizá, desde los centros escolares, se debería profundizar en el tema de los valores. Otro punto que quería comentar, porque lo hemos vivido durante la pandemia desde cerca, es el tema de la soledad obligada. Esto, para los profesionales, ha sido algo muy duro, porque, por un lado, tenías a la persona aislada totalmente y, por el otro, a la familia que quería entrar y ver al familiar. Esta soledad obligada, ¿no atenta contra los derechos humanos? ¿Realmente tiene que ser así? En caso de una segunda pandemia o en otros casos de salud pública, ¿la solución estará en aislar a las personas en los hospitales, en las instituciones o en sus casas, es decir, aplicar una política de cero visitas con los hospitales cerrados? Creo que esta es una cuestión que deberíamos replantearnos. Se ha dado mucha importancia a esto, por desconocimiento o por miedo a lo desconocido en una cuestión de salud pública, pero ¿y la persona?, ¿y sus emociones?, ¿y las angustias? Creo que esta parte la hemos olvidado y es un tema en el que se debería profundizar.

Mireia Boixadera

Yo trabajo en atención primaria, y, como «primarista» que soy, añadiré que con el título del seminario no solo estamos hablando de personas con dependencia, sino también de toda la población en general. Me gustaría poner sobre la mesa el abordaje preventivo de las desigualdades que tenemos a nivel social. No nos hace falta ir muy lejos para encontrar ejemplos. En Barcelona, en el barrio de La Mina, hay un 24% de obesidad infantil, mientras que, en el barrio de Sant Gervasi, supone menos del 2,4%. Esto es lo que tenemos sobre la mesa desde primaria. ¿Qué hemos hecho desde la vertiente sanitaria? Cuando detectamos un caso de obesidad infantil en las consultas intentamos actuar, pero esto no ha funcionado. Hemos tenido que sentarnos a hablar con la parte social, es decir, sentarnos con las escuelas e implantar un modelo de atención primaria especializada. Si la obesidad de estos niños y niñas persiste, a los treinta y cinco años ya presentarán problemas de tensión y no llegaran a vivir cien años. Pero esta problemática no solo afecta a la población infantil, pues, en el también barcelonés barrio del Raval, nos estamos encontrando que la cobertura vacunal es del 50%, en una población de 60 a 69 años, mientras que en el barrio de l'Esquerra del Eixample es del 80%. Hay treinta puntos de diferencia. ¿Qué pasa? ¿Es que las familias paquistaníes y filipinas, por ejemplo, no quieren venir a vacunarse? Sí quieren vacunarse, pero, cuando les ofrecemos la vacuna dudan, y cuando hemos hecho los cribajes masivos no han acudido porque tenían que dejar su trabajo. O abordamos el problema social y sanitario desde el principio o no iremos bien. Guillem López comentaba que hay que hacer una opa en las residencias. Y entramos en estas, hicimos los cribajes, y desgraciadamente encontramos a gente fallecida en las habitaciones. Es decir, lo hemos hecho y lo seguiremos haciendo porque es primaria. El modelo familiar ha cambiado y no todos podemos cuidar a nuestros ancianos en casa. Pero los profesionales que tendrán que hacerse cargo de este cambio están cansados y tensionados.

Francesc Rillo

Quiero comentar algo desde el ámbito más micro. Se ha hablado de la paradoja del ámbito macro y micro de trabajo, y nosotros, en la Fundación

Mémora, trabajamos sobre todo en el ámbito micro, en ciudades, para ver que está ocurriendo.

Tomemos el modelo Frome (Inglaterra), a partir del cual sería interesante avanzar. ¿Cómo se establece un modelo comunitario en salud pública para que alcance a todos? Si no se establece un modelo de red comunitaria en el que toda la población se ponga a trabajar, no habrá forma de proporcionar atención a los pacientes en final de vida o en procesos de enfermedades crónicas, degenerativas e irreversibles. El modelo Frome nos aporta económicamente un ahorro del 40% en recurrencia hospitalaria de esas personas que están en ese grupo de red comunitaria, y aproximadamente un 50% de reducción de costes en urgencias y en el ámbito hospitalario.

En nuestro país tenemos modelos parecidos que están funcionando. Así, desde el año 2016, tenemos el modelo de Vic-Osona, un trabajo muy bien establecido desde el ámbito comunitario coliderado por la responsable de servicios del municipio de Vic junto con Xavier Gómez-Batiste; un modelo que han extendido en toda la comarca de Osona. Los servicios sanitarios, en esta cuarta fase en la que están, se han incorporado ya; unos servicios sanitarios transversales, con una historia clínica única y unificada que compartan con los servicios sociales, porque ponen en el centro a la persona.

Hay otro en Euskadi, también muy interesante, en concreto el proyecto que llevan a cabo el Hospital de San Juan de Dios, de Santurtzi, con el ayuntamiento de esta misma localidad, coliderado por la consejera de servicios sociales junto con Julio Gómez, que es el líder de paliativos del hospital, unidad desde la que visualizan todo el proceso de los que están en domicilio. Por su parte, en Donosti, la Fundación Matia está efectuando un trabajo de investigación para transformar la habitación de los pacientes según sus gustos, cultura y necesidades. Pero hay muchos más modelos y un sinnúmero de estudios financiados por la Comunidad Europea. Yo diría que tenemos unas veinte redes de ciudades: redes de ciudades saludables (más de trescientas), ciudades amigas con las personas mayores (alrededor de trescientas), Smart Cities, etc. Es decir, hay modelos y se ha aportado información, pero desde el ámbito de lo micro. Desde lo macro (las políticas públicas) no hay manera de aclararse, y a partir de aquí se diluye todo, a pesar de que hay gente que está trabajando en modelos interesantísimos y con muy buenos resultados.

El problema de todos estos modelos es que tampoco estamos aprendiendo de ninguno, nos quedamos como aislados y no queremos saber nada del entorno ni compartirlo. No obstante, si algo nos ha enseñado la pandemia espero que sea que podamos compartir y abrir todas estas experiencias al servicio de todos. Al respecto, también estamos trabajando con un grupo de la Universitat Jaume I de Castelló que ha diseñado un prototipo que se llama Serena, un robot basado en un sistema de inteligencia artificial que detecta la soledad no deseada. Y no solo lo han hecho en abierto, sino que, además, lo han trabajado metodológicamente sobre la base de lo que se llama «ciencia ciudadana», consistente en que la gente mayor cocrea el proyecto, y no únicamente participa en él, decidiendo cómo quieren que sea su cuidado. Europa tiene muchísimos recursos para la «ciencia ciudadana», al igual que el CSIC, pero no los estamos utilizando.

Y luego está el tema nuclear del que estamos hablando: salud y área social. La salud es una industria y punto, y las farmacéuticas un gran negocio, probablemente la gran industria del siglo XXI. El ámbito social, por su parte, también se ha intentado industrializar. Los «hospitalillos» de los que nos hablaba Ana Lima, por ejemplo, son el negocio que se han montado los especuladores de inmuebles, y ahora ¿cómo pasamos de ahí a la atención domiciliaria? O hacemos un cambio social profundo o estamos abocados a seguir con los mismos problemas de siempre, porque no podremos hacer el cambio de modelo económico así como así. Por esto, creo que es a nivel micro, en la ciudad que cuida, donde podemos planear este modelo diferente de cuidar.

Guillem López

Aprovecho para concretar algunas cosas sobre lo que habéis dicho. Por ejemplo, cuando decimos que hace falta un cambio cultural, que es un tema común como el de la gobernanza, ¿qué queremos decir con cambio cultural? ¿Tenemos que asumir que el cuidado del anciano o anciana, en su etapa de dependencia, es un deber social, o bien que este es un cambio cultural que empieza en la familia? Porque no son la misma cosa. De ahí que, cuando hablamos de estos temas, pida precisión para al menos saber a qué nos estamos refiriendo; si no repetiremos el mantra, en el que parece que hay consen-

so, y saldremos eufemísticamente de una problemática que exige mucha más complejidad.

Otro asunto es que estamos paralizados en la cuestión de la financiación, y mi pregunta es: ¿estaríamos dispuestos a aumentar la financiación copagando, a cambio de que se visualicen las diferencias territoriales que eso generaría? Porque si lo aceptamos y hay gente que se esfuerza en hacerlo, no se puede luego salir por la tangente de que esto es inequitativo y que el Estado lo tiene que sufragar para que todos seamos iguales. ¡Todo esto da, sin duda, para otro u otros seminarios!

Relación de autores

- Rafael Bengoa, codirector del Institute for Health and Strategy.
- Victòria Camps, catedrática emérita de Filosofía Moral y Política de la Universitat Autònoma de Barcelona.
- Ana Isabel Lima, profesora de la Universidad Complutense de Madrid y exsecretaria de Estado de Servicios Sociales.
- Guillem López-Casasnovas, catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra.

Expertos participantes en el debate

- Manel Balcells, presidente del Consell Assessor del Departament de Salut, Comissionat de Salut en Leitat y director del CIMTI.cat.
- Joan Berenguer, director de la Fundación Mémora.
- Carme Bertral, Secretaria d'Atenció Sanitària i Participació SASiP del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.
- Mireia Boixadera, directora operativa del Servei d'Atenció Primària Litoral. Gerència Territorial de Barcelona, Institut Català de la Salut.
- Juan Jesús Domingo, CEO de la Fundación Mémora.
- Margarita Esteve, directora enfermera del Hospital de la Santa Creu i Sant Pau.
- Roser Fernández, directora general de la Unió Catalana d'Hospitals.
- María Jesús Goikoetxea, departamento de Psicología Social de la Facultad de Psicología y Educación de la Universidad de Deusto.
- Manuel Gutiérrez, trabajador social y técnico de servicios sociales de la Comunidad de Madrid.
- Francesc José María, abogado, Gabinet Jurídic Francesc José María.
- Enric Mayolas, consultor de Servicios de Salud y Hospitales en Reitia.

- Olga Pané, gerente del Consorci Mar Parc de Salut.
- José Joaquín Pérez, director corporativo de la Fundación Mémora.
- Francesc Rillo, coordinador de proyectos de la Fundación Mémora.
- Begoña Román, profesora de Ética de la Universitat de Barcelona.
- Fernando Sánchez, director de Comunicación y Relaciones Institucionales del Grupo Mémora.
- Núria Terribas, jurista y directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas.
- Josep M.ª Via, presidente del Consejo Asesor de la Fundación Mémora.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

58. *Salud pública y COVID*
57. *Ciudades que cuidan, también al final de la vida*
56. *La salud pública, el género y la ética*
55. *Soledad, envejecimiento y final de la vida*
54. *Sexualidad y diversidad funcional*
53. *Nuevos escenarios en salud e investigación clínica*
52. *Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo*
51. *Una mirada ética en la gestión de conflictos*
50. *Pensar la maternidad*
49. *Publicidad y salud*
48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*
21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*

10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*
2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

5. *Pedagogía de la Bioética*
4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS