

Esther Nieto Blanco

Una reflexión sobre los actuales modelos de atención a la dependencia y recomendaciones para modificarlos

Los datos demográficos y las proyecciones que proporcionan algunos estudios hasta el 2040, siempre tomados con prudencia, auguran un aumento de personas que precisarán atención y prestaciones ligadas a la dependencia. Este hecho pone de manifiesto la necesidad urgente de reflexionar acerca de la idoneidad y características de las prestaciones o servicios actuales, y sobre los variados modelos de atención presentes en las distintas Comunidades Autónomas (CCAA).

La pandemia del Covid-19 ha hecho visible, de forma cruda, las maltrechas entretelas que sustentaban el sistema de atención de las personas dependientes, discapacitadas, o con enfermedad mental, cuyo hogar habitual es una institución residencial. Una realidad expuesta en muchas ocasiones por los familiares y organizaciones cercanas al sector sociosanitario.

La aprobación, en 2006, de la ley para la Promoción de la Autonomía Personal y la Atención a las Personas en situación de dependencia, tenía como finalidad poner en pie y garantizar el *cuarto pilar* del Estado del Bienestar, que, junto a la educación, las pensiones o la sanidad, forma parte de los derechos sociales universales.

Este hecho supuso un avance esperanzador, dada la pésima situación histórica en la que se encontraba la atención a la población dependiente. Los derechos, servicios y prestaciones que la ley reconoció supusieron un cambio significativo para un número considerable de personas. Sin embargo, el balance no es positivo. No ha conseguido dar respuesta de forma satisfactoria a las demandas existentes, ni entonces ni ahora. Su andadura fue lenta, su ejecución fue desigual en las diferentes CCAA, y su desarrollo ha sido incompleto. Además, la implantación de “bajo coste” ha configurado un sistema inapropiado e insuficiente para responder a las crecientes demandas **[1]**. Además, la aprobación del Real Decreto Ley 12/2012 provocó el recorte de varios servicios y prestaciones. Todo ello ha derivado en el actual panorama: no se cumplen los requisitos de cobertura y de calidad deseables, y ello porque no llega a todas las personas que lo necesitan o porque los servicios que se prestan son mínimos.

Las evidencias

La última Encuesta Nacional de Salud **[2]** indica que casi la mitad de las personas mayores de 65 años tiene algún tipo de dependencia, que aumenta con la edad, y cuya mayor prevalencia se da entre las mujeres (52%). Al mismo tiempo, revela que en torno a 4 millones de personas presentan algún tipo de limitación para las actividades de la vida diaria. La mitad de ellas no las tienen cubiertas. Dicha encuesta señala también que un 11.3% de la población adulta —de 15 o más años— es cuidadora de alguna de estas personas.

Diversos estudios revelan que más del 70% de las personas preguntadas desean permanecer en

sus domicilios el mayor tiempo posible, hasta que la fuerzas y la autonomía se ven mermadas.

En el trabajo pionero que realizó María Ángeles Durán [3] se puso de manifiesto que el cuidado oculto que se dispensaba en el ámbito familiar era prestado en su mayoría por las mujeres de la familia. Tal hecho tenía un efecto en la vida familiar, en el ámbito de la vida social, laboral y, además, repercutía en la salud física y emocional de todos sus cuidadores. Son también conocidas las consecuencias económicas y el empobrecimiento que, en muchos casos, estas situaciones provocan en el seno familiar. La incorporación de la mujer al trabajo, fuera de casa, ha propiciado el desarrollo de un nuevo perfil laboral ejercido por cuidadoras, en general mujeres inmigrantes, invisibles, mal pagadas y con contratos precarios, como ha puesto en evidencia la pandemia [4].

En la actualidad, el gasto en dependencia está en torno al **0,7% del PIB**, la mitad de lo que invierten los países de OCDE. Si se descuenta el copago, el coste para el erario público supuso en el 2016 la cantidad de 4.679 millones de euros (**el 0,45% del PIB**). El Sistema para la Autonomía y la Atención a la dependencia (SAAD) atendía a 624.674 personas (un 7,2% de las personas mayores de 65 años). Otras 269.600 personas (el 10,3%) tenía reconocida su dependencia, pero permanecían en lista de espera. Cada beneficiario de la ayuda recibe 1,2 servicios; varios, como la teleasistencia o los centros de día o de noche, no son incompatibles entre sí. A finales del 2016, la prestación económica para el cuidado en el entorno familiar, indebidamente inducida, era mucho más frecuente que la ayuda domiciliaria que percibían un 24%, o la atención en residencia, que se concedía a un 18% de los casos.

Cobertura de los servicios residenciales

No resulta sencillo acceder a una información rigurosa y contrastable sobre la atención a la dependencia dada la variabilidad existente y, además, por la ausencia de transparencia informativa propia del sector. La diversidad se manifiesta tanto en la inversión como en los modelos y características de los cuidados, o bien en los tipos de gestión o de organización interna de los residentes, lo que dificulta sobremanera tener un mapa real de la situación para cada Comunidad Autónoma, que son en última instancia las responsables de los recursos sociosanitarios.

Según datos del IMSERSO (2019), en España había unos 5.457 centros residenciales para personas mayores, 4.063 de ellos (74,5%) son de titularidad privada y el resto son públicos. En total, sumarían 381.158 plazas, lo que representa un índice de cobertura del 4,21%, el cual varía significativamente entre el 7,6% de Castilla y León y el 1,42% de Murcia. Una desigualdad de acceso evidente [5].

Tipos de gestión

Pública. Las administraciones públicas de las CCAA son las responsables de la gestión total, incluida la remuneración de todo el personal.

Otros modelos públicos. En los que los edificios y el personal son administrados y financiados por los presupuestos públicos, si bien se han privatizado ciertos servicios como la restauración, la lavandería, el servicio de limpieza o el de mantenimiento.

Las CPPs, Iniciativa de Financiación Privada (PFI por sus siglas en inglés). Modelo implantando en 7 hospitales de Madrid y 4 de Valencia, principalmente. Existen dos tipos: “Iniciativa de financiación privada” y “Concesiones administrativas”. Al no disponer de toda la información el análisis resulta arduo, pero dada la opacidad habitual de estas empresas, no es aventurado suponer que el modelo de negocio residencial actual guarda muchas similitudes con el hospitalario. Y la evaluación disponible sobre su gestión es muy negativa [6].

Según apareció en prensa [7], la mayoría de las residencias no pertenecen a grandes grupos residenciales, aunque en la última década se ha producido un proceso acelerado de concentración. Hay al menos 13 grupos que gestionan quince o más residencias en suelo español. Los seis más potentes —acumulan en conjunto casi cuatro centenares de centros— tienen como principales accionistas a fondos en las Islas Jersey (Vitalia Home y Colisée), a un fondo inglés (DomusVi), a un fondo de pensiones canadiense (Orpea), a una entidad sin ánimo de lucro británica (Sanitas) y al presidente de la constructora ACS y del Real Madrid, Florentino Pérez. Un negocio al que también se ha sumado capital francés o suizo e, incluso, empresarios vinculados a escándalos de corrupción del Partido Popular español.

Colaboración Público/Privadas. En muchas CCAA, los ayuntamientos ceden el suelo por 50 años a grupos empresariales que construye la residencia y a cambio la Administración contrata todas sus plazas.

Privadas/Concertadas. El inmueble es construido por una empresa o una entidad sin ánimo de lucro, como es el caso de fundaciones del sector, órdenes religiosas o cooperativas que venden o alquilan las plazas a las Administraciones.

Privadas. Algunas de ellas se acreditan y ciertos residentes pueden recibir de la Administración una parte de lo que pagan a través de “la prestación económica vinculada”.

Problemas detectados tras las revisiones documentales realizadas

- Insuficiente presupuesto público destinado a la atención a la dependencia.
- Predominio desmesurado de la financiación privada sobre la pública con notables diferencias entre CCAA.
- Número de plazas escasas.
- Baja cobertura de las necesidades y demandas de las personas dependientes y de sus familias.
- Carencia de recursos humanos bien formados y de materiales técnicos suficientes y actualizados. Personal mal pagado, con contratos precarios y escaso reconocimiento social. Son frecuentes las rotaciones y cambio de personal que no favorece el establecimiento de lazos de referencia.
- Desigualdad laboral ligada al género de las cuidadoras.
- Estructuras físicas inadecuadas. Complejos residenciales híbridos entre el hotel y el hospital

o entre el chalet y las “guarderías para mayores”.

- Cuidados estandarizados, rutinarios, despersonalizados en muchos casos, y centrados en las “tareas” prácticas.
- Gestión vertical. Deficiente coordinación intersectorial entre las Gerencias de Atención Primaria y los médicos/as y enfermeros/as de familia. Desconfianza mutua.
- Ausencia de información y participación real de los residentes y de sus familiares.
- Falta de transparencia en la información que impide el análisis, la evaluación y la investigación.

Voces autorizadas y expertos del ámbito de la dependencia debaten desde hace años acerca de la conveniencia de revisar el presente modelo residencial, dada la desigualdad social detectada, y han recomendado evaluar los fundamentos, características y calidad de los cuidados que proporcionan. Los desafíos y retos son importantes, complejos e ineludibles.

En algunas CCAA se están desarrollando diferentes experiencias alternativas, inspiradas en los modelos y marcos teóricos nórdicos. El «Proyecto Etxean Ondo residencias» (“Vivir como en casa”), auspiciado por la Fundación Matia de San Sebastián, en colaboración con el Gobierno Vasco, es un ejemplo. También, en la comunidad autónoma de Castilla y León, o en la Comunidad Valenciana. Experiencias, todas ellas, ligadas a cooperativas o a modelos concertados [8][9][10][11].

Modelos residenciales del Norte de Europa

Como ya se ha señalado, los sistemas sociales de los países nórdicos han introducido interesantes y novedosas alternativas en las prestaciones tradicionales, que también se pueden observar en otros países como EEUU, Australia o Canadá. Son modelos que comparten algunos de estas ideas, conceptos o valores:

- Atención integral —holística, humanista— y “centrada en la persona”. Este marco conceptual permite identificar las claves en las cuales se debe sustentar el apoyo y los cuidados [12].
- Fomento de la independencia y de la autonomía personal.
- Prevención temprana de la discapacidad de forma preferente.
- Centros abiertos a la comunidad en la que viven con la finalidad de favorecer el contacto exterior y poder forjar alianzas comunitarias.
- Garantizar la seguridad y accesibilidad.

Viviendas propias asistidas. Al igual que sucede en nuestro país, la mayoría de la población nórdica prefiere vivir en sus hogares. En Finlandia, el Fondo de innovación Sintra ha concluido un proyecto centrado en hallar e implantar nuevas formas de ofrecer la atención sociosanitaria a las personas dependientes que viven en sus casas, bien de modo *on-line* o *presencial*. Existen ayudas para eliminar las barreras arquitectónicas o para el acceso a las tecnológicas, y así paliar el aislamiento social. En Helsinki hay distintas experiencias de viviendas colaborativas que disponen de algunos autoservicios comunes.

Espacios de convivencia. Son unidades en las que viven entre 8 y 12 personas. Pueden ser de nueva creación o estar dentro de un centro residencial convencional. Disponen de una habitación individual amplia, con cocina, sala de estar y baño adaptado. Acondicionadas con servicios comunes como comedor, biblioteca, sala de juegos o gimnasio, y con jardines para disfrutar de la actividad y del paseo. Algunas tienen huertos.

Los diversos cuidadores profesionales son estables, con contratos dignos, y reciben formación específica. La organización es horizontal y está abierta a la comunidad en la que sea instalán; pueden ser rurales o urbanas.

Este modelo —extendido en países como Suecia, donde la cobertura pública era mayoritaria— está experimentando cambios graduales, al aparecer en la escena los operadores privados.

Unir pasado y futuro. Añadir vida a los años

El aumento de la esperanza de vida de la generación que se jubila ahora, y su deseo de mantener su independencia y autonomía, justifica las exigencias crecientes para que se introduzcan cambios profundos en los modelos actuales de cuidados a la dependencia, tanto para los que prefieran mantenerse en su domicilio como para aquellos que deseen o tengan que vivir en una residencia.

Permanecer en casa. Para satisfacer esta demanda se precisa aumentar de forma significativa el presupuesto público para los servicios de atención domiciliaria, hoy muy escaso, en horas de atención y en el tipo de servicios que se prestan. Dicha inversión, además, debería destinarse a mejorar la accesibilidad de las viviendas y a innovar en el uso de la tecnología avanzada y la inteligencia artificial.

Pisos tutelados. Para que las personas con discapacidades leves cuenten con servicios básicos comunes como limpieza, alimentación, lavado de ropa, acompañamiento, y en los que se puedan compartir diferentes espacios de ocio. Hay algunas experiencias en Guipúzcoa [13].

Viviendas nuevas. Dado el progresivo envejecimiento ya descrito, es imperativo que todas las Administraciones promuevan vivienda pública para alquilar y adaptada a estas nuevas realidades. Experiencias en Barcelona [14].

Centros de mediana estancia y de respiro familiar. Parece conveniente repensar los resultados logrados por estos centros de mediana estancia, a caballo entre el hospital comarcal y la residencia asistida, y evaluar su funcionalidad para situaciones transitorias o como alternativa, en algunos casos, al hospital general. Podrían denominarse Casas de salud o reposo.

En el estudio de investigación sobre el covid-19 aquí reseñado, se rechaza la idea de medicalizar las residencias como alternativa a la situación vivida. No nos parece que esa sea la senda que nos conduzca a un futuro esperanzador y alternativo.

Cambiar contenido y continente. Algunas propuestas

- Aumento de la financiación pública a través de los impuestos centrales y autonómicos que garantice la atención de todas aquellas personas que lo necesiten. El proyecto de presupuesto (PGE) presentado para 2021 aumenta un 34%, hasta los 2.354 millones de euros, lo cual supone un importante incremento de fondos, aunque aún es insuficiente para atender a todas las necesidades de esta población, por lo que los incrementos deberían de seguir produciéndose en los años siguientes. Es oportuno, además, que se supriman las actuales deducciones fiscales que solo favorecen a los que más tienen.
- Definir y establecer criterios que aseguren la equidad territorial como elemento básico de la justicia social entre el medio rural y urbano. Catalogar los tipos y características de los establecimientos que atienden a estas personas.
- Modificar el actual modelo de residencia tanto para las personas con dependencia física como para los discapacitados psíquicos o personas con enfermedad mental. Favorecer entornos inclusivos. Rediseñar las habitaciones, los espacios comunes y dotarlos de medios tecnológicos que faciliten las actividades de la vida diaria y la comunicación con las familias y amigos para prevenir la soledad y el aislamiento, por ejemplo, en tiempos de pandemia.
- La gravedad de la mortalidad en las residencias (tanto en la primera como en la segunda ola de la epidemia, que coloca a estas como el principal determinante de la mortalidad Covid) debe obligar a realizar un giro estratégico para lo que es preciso realizar un gran esfuerzo político, económico y empresarial. Todas las nuevas residencias que se abran, para garantizar unos indicadores similares a los países desarrollados de la Unión Europea, deberán de ser de titularidad y gestión pública. A medio plazo, recuperar para la gestión pública las residencias que hayan externalizado la gestión con empresas y grupos privados; a largo plazo, reintegrar todas al sistema público de atención a la dependencia.
- Gestión horizontal apoyada en la participación significativa y efectiva de los trabajadores, usuarios y familiares. Actualizar y adecuar los instrumentos legales existentes a las nuevas demandas y necesidades, y modificar los que sean precisos para hacerlos eficaces, útiles.
- Incremento del personal que trabaja en las residencias. Suprimir la brecha de género que se da en este sector y que afecta a las condiciones laborales y de vida. Definir de forma precisa la ratio de atención según categoría laboral y nivel de dependencia.
- Transformar la actual planificación de la atención y los cuidados, y adoptar un enfoque

integrado “centrado en la persona”, que suprima el cuidado rutinario, homogéneo y que estimule la independencia y la actividad física y mental, también en estados de dependencia severa.

- Formación específica para favorecer el cambio de rol y contrarrestar las inercias y resistencias a la innovación deseable que proporcionan las evidencias científicas actuales.
- Establecer normas y criterios para que los servicios de inspección sean una realidad verificable y exigible por los trabajadores o los familiares. Impulsar una mejora continua.
- Coordinación efectiva con la Atención Primaria para que facilite la atención y la comunicación con su médico y enfermera de familia. Es prioritario definir de forma explícita las competencias y responsabilidades de cada sector de modo que se garantice una atención de calidad basada en unos cuidados integrales.
- Implantar sistemas de información compatibles entre administraciones que favorezcan el conocimiento, la evaluación y la investigación interna y externa.

Conclusiones

Los medios de comunicación han publicado con frecuencia noticias acerca de la repercusión del Covid-19 entre las personas que viven en las residencias; lamentablemente, las noticias no han sido siempre positivas, más bien al contrario. Tal hecho ha puesto de manifiesto la hondura del problema y la urgencia para abordarlo de forma seria y profunda. Que el sistema tenía vías de agua y que olía mal, era patente.

Con asombro, constatamos que, al igual que ha sucedido con los hospitales en ciertas CCAA, varias empresas se han infiltrado y se han enriquecido con el beneplácito de las Administraciones Públicas, y sin que la inspección pública haya ejercido su responsabilidad de forma constante y eficaz.

Es primordial suscitar un dialogo social participativo entre todos los organismos de la Administración, las asociaciones de familiares y usuarios, colectivos sociales, trabajadores, sociedades científicas, etc., con conocimientos en este ámbito de la atención social. Nos parece necesario contar con el apoyo de sociólogos expertos en este campo y antropólogos de la salud, todo ello para inducir y favorecer un análisis contextual necesario.

Tener presente los determinantes sociales a la hora del debate sobre el futuro del sistema de atención a la dependencia que se quiere, se necesita y que se está dispuesto a financiar, ayudará a comprender mejor la diversidad y complejidad del actual momento. Toca remangarse, nada puede ser igual.

La vejez es un pergamino arrugado que encierra saberes y emociones, no lo desechemos.

[Esther Nieto es enfermera y forma parte de la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública]