

# Propuestas de la FADSP para modificar los actuales modelos de atención a la dependencia

---

## **TENEMOS QUE MODIFICAR LOS ACTUALES MODELOS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA**

Los datos demográficos y las proyecciones hasta el 2040 que proporcionan algunos estudios, siempre tomados con prudencia, auguran un aumento de personas que precisaran 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 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 ocasiones por los familiares y organizaciones cercanas al sector sociosanitario.

La aprobación de la ley, en diciembre del 2006, para la Promoción de la Autonomía Personal y 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 universales sociales.

Este hecho supuso un avance esperanzador. 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, desigual su ejecución en las diferentes CCAA, su desarrollo incompleto y la implantación de "bajo coste", ha configurado un sistema inapropiado e insuficiente para responder a las crecientes demandas . Además, la aprobación del RLD 20/12/2012, 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 deseable, porque no llega a todas las personas que lo necesita o porque los servicios que se prestan son mínimos.

## **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 cuanto a la inversión, como a los modelos y características de los cuidados, a los tipos de gestión, o la organización interna de los residentes, lo que dificulta sobremanera, tener un mapa real de la situación por CCAA, 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 1.394 (25,5%), 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.

Por otro lado, existen diversos tipos de gestión que van desde la totalmente pública a la totalmente privada pasando por diversos modelos de la llamada colaboración público-privada no siempre fáciles de identificar porque con frecuencia residencias de titularidad pública están gestionadas en todo o en parte por empresas privadas.

### **Los principales problemas detectados son:**

- 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.

Existen muchas experiencias en el mundo sobre la atención a la dependencia y a las personas mayores, en general son modelos que comparten los siguientes valores o ideas fundamentales:

- ✓ Atención integral —holística, humanista— y “centrada en la persona”. Este marco conceptual permite identificar las claves en la cuales se debe sustentar el apoyo y los cuidados.
- ✓ 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. Forjar alianzas comunitarias.
- ✓ Garantizar la seguridad y accesibilidad.

Desde la Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública entendemos que habría que cambiar el contenido y el continente a la hora de abordar la problemática de las residencias, no se trata de hacer mini-hospitales u hospitales de crónicos, sino de arbitrar otra forma de atender la problemática de la vejez y la dependencia. En este sentido pensamos que es preciso poner en práctica las siguientes propuestas:

### **Once propuestas para abordar el problema de la atención a las personas mayores y/o dependientes.**

1. Aumento de la financiación pública a través de los impuestos centrales y autonómicos que garantice la atención de todas aquellas personas que lo necesiten. Suprimir las actuales deducciones fiscales que solo favorecen a los que más tienen. Incremento en los presupuestos generales de este año y de la partida que presumiblemente, llegará de Europa.

2. 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.
3. Modificar el actual modelo de residencia tanto para las personas con dependencia física como para los discapacitados psíquicos o personas con enfermedad mental. Es necesario crear nuevas residencias de pequeño tamaño, cercanas al entorno de las personas residentes, cerrar progresivamente las masificadas, crear pisos y apartamentos compartidos y sobre todo apostar por mantener a los mayores en sus viviendas habituales con ayudas profesionales para realizar actividades cotidianas. 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.
4. 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.
5. 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.
6. Incremento del personal que trabaja en las residencias, garantizando una formación específica de nivel medio en atención a mayores y condiciones laborales dignas. 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.
7. 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.

8. Formación específica para favorecer el cambio de rol y contrarrestar las inercias y resistencias a la innovación deseable que proporcionan las evidencias científicas actuales.
9. 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.
10. 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.
11. 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, no siempre positivas. 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 se ha sucedido con los hospitales en ciertas CCAA, varias empresas se han infiltrado y se han enriquecido con el beneplácito de las administraciones, y sin que la inspección pública haya ejercido sus responsabilidades 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. Contar con el apoyo de sociólogos expertos en este campo y, antropólogos de la salud, nos parece necesario para inducir, 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. Deberíamos de aprender de la experiencia y que tantas muertes no hayan sido en balde.

***Federación de Asociaciones para la Defensa de la Sanidad Pública***

***Noviembre de 2020***