

Los cuidados de larga duración y la epidemia de COVID-19: apuntes para la reflexión



Las formas actuales de entender la vejez y los cuidados muestran claras insuficiencias. El presente artículo analiza el mundo de los cuidados de larga duración y propone una nueva manera de entenderlos, convirtiéndolos en un eje vertebrador de la sociedad y en una prioridad máxima en la construcción de un futuro colectivo.

Javier Yanguas

Director científico del Programa de Mayores de la Fundación “la Caixa”

Línea^{FGCSIC}
COVID

Se calcula que unas 20.000 personas aproximadamente han muerto en las residencias para personas mayores en España a finales de agosto del 2020. Según el informe del Canadian Institute for Health Information —con datos de dieciséis países miembros de la OCDE—, a 25 de mayo de 2020, España habría sido el segundo Estado con mayor porcentaje de fallecimientos en centros de cuidados de larga duración con respecto al total de fallecimientos relacionados con la enfermedad de COVID-19 (66%), únicamente superado por Canadá (81%). La media para el conjunto de países con datos disponibles es del 42%, según un informe recientemente publicado por el CSIC cuyo primer firmante es Eloísa del Pino, titulado *Gestión Institucional y Organizativa de las Residencias de Personas Mayores y COVID-19: dificultades y aprendizajes*.

De lo acontecido en los domicilios poco o nada se sabe. ¿Qué ha sucedido con las personas mayores que viven solas (casi cinco millones en España, el 72,3% mujeres)?, ¿cómo han vivido estos meses las personas con demencia y sus cuidadores o las que padecen un problema de salud mental?, ¿y las personas en situación de soledad?, ¿y en situación de fragilidad?, ¿y aquellos que necesitan ayudas para actividades básicas y/o instrumentales de la vida diaria?, ¿y las parejas cuidadoras de personas mayores que viven solas?

Necesitamos revisar los cuidados de larga duración (muy heterogéneos en las diversas comunidades autónomas) y replantear el mundo de los cuidados. Este es el objetivo del presente artículo: ofrecer una propuesta concreta sobre por dónde debería ir el futuro de los cuidados

de larga duración. Un ámbito sacudido por el COVID-19, que arrastraba, como era conocido, déficits muy relevantes.

Bases para un nuevo modelo de cuidados

Este texto presenta tanto un análisis como diversas propuestas de cambio del modelo de cuidados que se relacionan con tres categorías diferentes: por un lado, transformaciones en los modos de entender la vejez y estrategias relativas al rol del cuidado en nuestra sociedad; por otro, diversos enfoques alternativos sobre nuevos servicios y provisión de los cuidados; y finalmente, un abordaje de las nuevas formas de cuidado que demandan los cuidadores.

En lo relativo a modelos y estrategias, con la demografía actual (tasas de envejecimiento, disminución del potencial cuidador...), los procesos de globalización y un largo etcétera de cuestiones ampliamente estudiadas, se hace patente una cuestión esencial: o convertimos los cuidados en un eje vertebrador de nuestra

Hay que profundizar en formas de entender la vejez que promueven una manera de vivirla más conectada con el entorno y que asumen la vulnerabilidad física y cognitiva como parte de toda nuestra vida



sociedad, en una prioridad máxima en la construcción de nuestro futuro colectivo o, en caso contrario, el abordaje del cuidado será extremadamente complicado y la vida de las personas más vulnerables se fragilizará todavía más. Este es el desafío colosal al que nos enfrentamos.

Los modelos actuales de entender la vejez y los cuidados muestran claras insuficiencias. Necesitamos integrar más y mejor autonomía y dependencia, asumiendo que la vulnerabilidad, que

forma parte de toda nuestra vida, también está presente, y de una manera más “explícita”, durante el proceso de envejecimiento. Es preciso superar modelos que se centran en la autonomía y que soslayan o niegan que la vejez también es vulnerabilidad y, quizá para muchas personas, por desgracia, dependencia. Mientras la vulnerabilidad, en general, y especialmente la vulnerabilidad física y cognitiva, en particular, sean consideradas como un fracaso de la trayectoria personal, su

integración será harto complicada. ¿Quién quiere ser un “fracasado”? ¿a quién le gusta cuidar de los “fracasados”? Necesitamos transitar de un modelo de envejecer centrado en el “hacer” (actividades) a un modelo centrado en el “ser” (en el proyecto de vida de las personas), porque el “hacer”, y más en tiempos de COVID, muestra sus límites. Hace unas décadas, cuando las diferencias entre la esperanza de vida y la jubilación eran sensiblemente menores que en la actualidad, la actividad y la prevención podían configurar una cotidianeidad pertinente para los mayores.

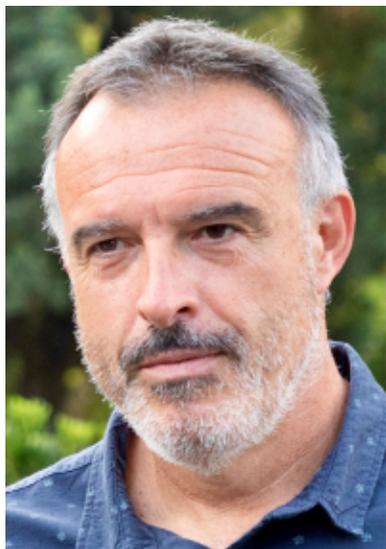
En la actualidad, cuando muchas personas se acercan a los escenarios de la vejez, con dos o tres décadas por delante, hacer actividades no es suficiente. Necesitamos proyectos para nuestra vejez en sus diferentes etapas, proyectos personales que se inscriban tanto en la esfera privada como en la pública y compartidos con otras personas de las mismas edades o distintas, en asuntos que importan porque componen una de las muchas facetas del bien común.

Los modelos de vejez necesitan además transformar su idea del bienestar hacia una mirada menos hedónica y, si se permite la expresión, más “eudaimónica” en el sentido de Waterman: “más centrada en la realización de actividades congruentes con valores profundos que suponen un compromiso pleno, con el que las personas se sienten vivas y auténticas”. Esta transición nos aportaría una forma de comprender la vejez que promueve una manera de vivirla conectada con el entorno, en

la que la contribución al bien común no se circunscribe exclusivamente al cuidado de los familiares, sino a la que sería necesario sumar otra concreción imprescindible: definir, de una vez por todas, el papel que la vejez debe de jugar en la sociedad.

Necesitamos, además, convertirnos en una sociedad cuidadora, impulsando la cultura de los cuidados y situando el cuidado como una prioridad de la política. Promover una cultura de los cuidados

requiere impulsar valores (solidaridad, interdependencia, reciprocidad, etc.), fortalezas humanas (empatía, compasión, gratitud, etc.), experiencias de interés personal (importancia del esfuerzo no gratificado, del valor de superar retos, de vivir sabiéndonos vulnerables...), inherentes al hecho de cuidar, y que son propias de toda sociedad e individuos sanos. Fomentar la cultura de los cuidados es una apuesta en la que los cuidados, como eje tractor, impregna la vida y las relaciones de los



Javier Yanguas

Doctor en Psicología por la Universidad Autónoma de Madrid, máster en Neuropsicología Clínica por la Universidad de Barcelona, MBA por la Universidad de Deusto, experto en Métodos Avanzados de Estadística por la UNED y experto en Educación de Adultos por la Universidad Pontificia de Salamanca, ha trabajado en el Centro Gerontológico Egogain de la Diputación Foral de Gipuzkoa (1989-1998). Entre 1999 y 2017, ha ocupado distintos cargos directivos en Matia Fundazioa y Matia Instituto; y entre 2015 y 2019, ha sido presidente de la Sección Europea de Ciencias Sociales y del Comportamiento de la International Association of Gerontology and Geriatrics. Ha ejercido la docencia en diversas universidades españolas (como la Universidad del País Vasco, la Universidad de Deusto y la Universidad de Valencia) y extranjeras (Universidad Católica de Chile y Cornell University, entre otras) y ha participado en proyectos de investigación nacionales e internacionales. Mercedor de distintos galardones, ha trabajado en cooperación internacional en ámbitos de vejez y envejecimiento. Es autor de numerosos artículos y varios libros relativos a la atención e intervención con personas mayores. Desde 2017, es director científico del Programa de Mayores de la Fundación “la Caixa”.

O convertimos los cuidados en un eje vertebrador de nuestra sociedad o el abordaje del cuidado será extremadamente complicado y la vida de las personas más vulnerables se fragilizará todavía más

ciudadanos, desde las escuelas a los institutos, pasando por la universidad y las empresas. Los cuidados pasan de ser responsabilidad exclusiva de los servicios sociales, a constituir uno de los ejes fundamentales de nuestra sociedad, desde los servicios sanitarios (que curan, pero no cuidan), a la cultura, por ejemplificarlo de alguna manera.

Para ello, debemos hacer compatibles el sistema productivo y los cuidados, evitando que esa “compatibilidad” refuerce la concepción de que el cuidar es una tarea femenina, lo que ahondaría en la discriminación de género ya existente. Hay que reconocer las tareas de cuidado y hacer posible la conciliación entre el cuidado y la vida laboral, estimular a través de políticas activas un cambio hacia una cultura en la que las responsabilidades laborales y de cuidado sean valoradas como

sustanciales. Los poderes públicos deben estimular e impulsar —a través de desgravaciones fiscales, incentivos, etc.— que las empresas faciliten el cuidado a sus trabajadores. No se puede crear una sociedad de los cuidados, sin una mirada transversal e integradora.

Por último, el cuidado tiene que ver con la reciprocidad, con una reciprocidad no inmediata, sino disociada en el tiempo: cuidamos, de adultos, a nuestros hijos y a las personas mayores, aspirando (estas expectativas son diversas entre generaciones y también dentro de cada generación) a que, cuando nosotros seamos mayores, aquellos a los que cuidamos cuidarán de nosotros. Además de considerar la “disponibilidad” de cuidadores (basta recordar que el potencial cuidador disminuye, como lo han demostrado Rosa Gómez Redondo y colaboradores en un informe publicado

en *Envejecimiento en Red* en 2018), nuestra sociedad se enfrenta a diversos fenómenos que pueden hacer peligrar dicha correspondencia, aumentando la “lejanía afectiva” entre generaciones; entre unos futuros cuidadores (los jóvenes) que creen vivir (y muchos viven) peor que sus padres, con un mayor riesgo de pobreza que generaciones más mayores, y con una mayor distancia entre el proyecto de vida que imaginaron para ellos y su realidad (inseguridad laboral, dificultades de acceso a la vivienda, sueldos precarios...), y los futuros receptores de cuidado.

La pregunta inmediata que surge es: ¿hacia dónde deberían dirigirse los cuidados de larga duración? Desde hace ya mucho tiempo sabemos que las personas mayores quieren vivir y envejecer en su casa, y si no, como en su casa. Esto significa envejecer en su

comunidad, en su territorio, donde han desarrollado su vida, donde se entronca su biografía, donde se asientan sus vínculos, donde se “sustantiviza” su sentimiento de pertenencia.

Esas residencias de largos pasillos llenos de habitaciones a ambos lados tienen un gran parecido a centros sanitarios y hosteleros, pero también a centros penitenciarios, donde la vida, en términos de proyecto personal, es muy difícil, por no decir imposible

Desde esta idea de envejecer en mi “lugar”, en mi “sitio”, en mi “barrio”, lo cercano es fundamental. ¿Y qué es lo “próximo”? La tienda donde compraba, la farmacia que me supervisaba, la casa de cultura a la que iba, mi centro de salud, el centro de servicios sociales de mi barrio,

el bar de siempre, las asociaciones que allí trabajan... y que, interconectadamente, pueden proveerme mucha de la ayuda que pueda necesitar.

Necesitamos, asentados en esta “proximidad”, nuevos servicios y nuevas profesiones. Precisamos pensar la vivienda (la casa) como la pieza básica de nuestro entorno, redefinir y mejorar el conjunto variado de apoyos y servicios de atención en casa, es decir, transformar la atención a domicilio (en contenidos e intensidad). Precisamos, además, mirar de forma innovadora y generar muy diversos servicios entre los márgenes que delimitan la vida en el domicilio de forma autónoma y las residencias para personas mayores en situación de dependencia.

Estos diferentes servicios parten de una mejor y más intensa atención a domicilio, es decir, más cualificada profesionalmente, con provisión de cuidados más complejos y más intensidad en horas de dedicación por persona; e incluyen servicios habituales en otros países, como apartamentos con servicios,

viviendas asistidas o los que se deban en su caso diseñar (la innovación es un elemento clave también en este sector). Estos equipamientos deberían tener un menor tamaño, con una mayor personalización de la atención, y ser más versátiles en cuanto a provisión de ayuda y acompañamiento a las personas.

Estos recursos (incluidos los residenciales) son lugares para vivir, para maximizar la vida, también cuando aumenta la necesidad de ayuda. Ya se sabe que la casa de uno no se reinventa o se reproduce de repente, por mucho que algunos se empeñen. Por lo tanto, ya no seremos más el de la 405A o el de la 210B (como si viviéramos en un hotel o en un hospital), ni en las estadísticas deberíamos ocupar una “plaza residencial”, ni ser parte del “parque de plazas residenciales”, ni por supuesto ser el “paciente” de la 309B.

Esas residencias de largos pasillos llenos de habitaciones a ambos lados, que parten de un núcleo central donde están los “espacios comunes”, tienen un gran

parecido a centros sanitarios y hosteleros, pero también a centros penitenciarios, donde la vida —en términos de proyecto personal, intimidad...— es muy difícil, por no decir imposible. Necesitamos viviendas, apartamentos y pisos “con tu nombre en la puerta” y no con un número, provistos para desarrollar la vida y recibir ayuda si la necesitamos.

Estos equipamientos, como sucede en Canadá, EE.UU. y Escandinavia, por poner algún ejemplo, suelen tener usos diversos y un mismo equipamiento ofrece servicios para mayores, guarderías, tiendas, servicios públicos, espacios para juegos infantiles, etc. Las personas (independientemente de su edad) entran y salen, los utilizan, se apropian de ellos. No constituyen espacios segregados, aunque los mayores que allí viven necesiten mucha ayuda.

Han de funcionar según una máxima que debería ser ley: los servicios se adaptan a las personas y no las personas a los servicios. Imaginemos el caso real de las personas que sufren demencia (aunque la idea es generalizable). Son estas (los

enfermos de demencia y sus cuidadores) quienes deben adaptarse (a pesar de los déficits cognitivos que dificultan su adaptación) a servicios rígidos, con normas estrictas, a los que, a raíz de su dependencia, se tienen que trasladar a vivir; en vez de ser acompañados y provistos de servicios de cuidado en el lugar en donde viven, durante su tránsito entre una mayor autonomía y una vida con mayor dependencia. ¿Son las personas que tienen dificultades importantes quienes se tienen que adaptar o es justamente al revés? Lo anteriormente mencionado exige mayor versatilidad y flexibilidad y, como nos suele recordar Joseba Zalakain (director del SIIS), requiere romper la asociación entre “el lugar donde uno vive” y el nivel y complejidad de “cuidados que uno necesita”, es decir, entre “vivienda” y “cuidados”.

Otra “área de mejora” fundamental, como antes se ha señalado, tiene que ver con las personas que trabajan en esos centros. A la escasa formación y cualificación actual se le suman ratios de personal insuficientes, salarios muy bajos,



escaso reconocimiento, horarios (si no tienen un contrato inestable) troceados a lo largo del día (tres horas a la mañana para el aseo y los desayunos, y tres horas a la noche para cenas y acostar), importante exigencia física, etc. Debemos apostar por crear nuevas profesiones de la mano de la formación profesional, similares a las “social- og sundhedshjælpere” y “social- og sundhedsassistenter” danesas, algo así como especialistas en la atención social y de salud que en esos ecosistemas donde se integren la atención social, sanitaria y otros servicios de proximidad, provean cuidados de calidad, con tecnologías, capacidad de gestión, etc. Necesitamos profesionales a los que les guste el cuidado y el acompañamiento, y debemos hacer atractivo el sector, con sueldos dignos, alta capacitación y, por supuesto, una mayor exigencia y responsabilidad

Es preciso superar modelos que se centran en la autonomía y que soslayan o niegan que la vejez también es vulnerabilidad y, quizá para muchas personas, dependencia

profesional. Una última nota para que conste: entre las personas que trabajan en el sector de los cuidados de larga duración hay muchas mujeres que han emigrado. Este binomio debe de ser tratado con especial sensibilidad.

Nada de esto se puede conseguir si no hablamos de financiación. Cuidar bien cuesta más dinero y necesitamos mejorar condiciones laborales, más y distintos servicios, profesionales dedicados a ello, etc. Quizá el momento presente de crisis económica derivada del COVID no sea bueno. O precisamente porque estamos en medio de una crisis sanitaria y social sin precedentes, debemos entender que, además de mejorar los cuidados, tenemos la oportunidad de generar empleo, I+D, PIB..., si consideramos los cuidados también como un sector productivo, y no como mero gasto. Otros países

Hay que reconocer las tareas de cuidado y hacer posible la conciliación entre el cuidado y la vida laboral

tienen otras fórmulas de financiación vía cotizaciones, impuestos específicos (no siempre son los servicios sociales los que se hacen cargo de todo), distintos modelos de copago...; nosotros también deberíamos explorar concienzudamente cambios en la financiación de un sistema que no está a la altura de nuestra sociedad.

Un par de cuestiones más: la crisis del COVID ha dejado patente la falta de control de lo “público” sobre lo que sucede con los cuidados de larga duración. Particularmente no creo que la Administración pública deba obligatoriamente proveer los servicios, pero sí es ineludible que asuma su responsabilidad en el control y supervisión

de lo que sucede con sus ciudadanos, exigiendo cambios que mejoren la calidad de la atención, especialmente en el sector residencial.

Queda una última cuestión. ¿Desde dónde proveer los servicios asociados a los cuidados de larga duración? La casuística en el Estado es muy diversa en cuanto a legislación, historia, etc., pero la respuesta es obvia: desde las instancias (públicas, privadas, sin y con ánimo de lucro...) que desempeñan su labor cerca de las personas, es decir, desde los municipios y de manera coordinada. Otra cuestión bien distinta es el control y la supervisión, que pueden ser realizados desde una instancia administrativa diferente.

No se quiere finalizar el presente artículo, sin hablar del mayor y, muy a menudo, el mejor proveedor de cuidados que existe, la familia, en particular, y los cuidadores informales, en general. En ese mal llamado “ejército de protección social invisible” se están produciendo transformaciones importantes que resumidamente tienen que ver con cambios en las expectativas y aspiraciones



de los cuidadores, desde un cuidado callado, obligado y “abnegado” que en muchos casos suponía el (casi) abandono del proyecto personal del cuidador, a una necesidad difícil de resolver, la de compatibilizar cuidados y vida personal. Las personas cuidadoras han comenzado a cuestionarse la falta de reconocimiento a su labor, cansadas por la dilatación de los tiempos de cuidado —basada en una

mejora del diagnóstico y tratamiento, así como en una mejora de los propios cuidados— que genera décadas de cuidado, con la consiguiente acumulación de renuncias personales y agotamiento, tanto físico como mental, y también apremiadas por la necesidad vital de seguir adelante con sus proyectos personales —con su “vida”—, además de ser cuidadoras.

Necesitamos transitar de un modelo de envejecer centrado en el “hacer” (actividades) hacia un modelo centrado en el “ser” (en el proyecto de vida de las personas)

Se trata de personas, con una proporción muy elevada de mujeres, de nuevas generaciones, con miradas distintas sobre las relaciones y el papel del cuidador, que desean compatibilizar los cuidados y su proyecto personal y que reclaman cambios en los modelos de apoyo y en la “arquitectura” de los cuidados. Muchas de ellas no quieren dejar de ser cuidadoras, pero sí aspiran, en numerosos casos, a ser cuidadoras de otra manera.

Se está transitando, por lo tanto, entre una mirada instrumental “clásica” de los cuidados, en la que cambiar

un pañal, hacer frente a los síntomas neuropsiquiátricos, actuar ante la disfagia o evitar el “síndrome del quemado”, por ejemplo, eran la clave de un buen cuidado, a una mirada más “contemporánea”. En esta mirada toman relevancia otro tipo de necesidades: unas de carácter más personal, conectadas con las emociones, los sentimientos, el disfrute, la autorrealización; y otras más sociales, relacionadas con la conciliación de la vida personal y la vida de cuidado, con el interés en armonizar la vida profesional y la de cuidador, con el reconocimiento social, con la construcción de nuevas relaciones intergeneracionales, etc.

Introducir cambios va a resultar obligado si queremos evitar deserciones en masa. Por ejemplo, generar en los distintos niveles asistenciales nuevos modelos de cuidado que integren biografía, vida cotidiana, tiempos de respiro, etc., garantizando su viabilidad e idoneidad; facilitar los proyectos de vida y el cuidado, a través de una supervisión continua de la vida cotidiana, con apoyo instrumental e informacional, desarrollo tecnológico y asesoramiento para ahondar en el

bienestar del cuidador y ayudarle a tener una vida con sentido y significado propios; desarrollar la formación y capacitación de cuidadores, desde la óptica de reciprocidad y bienestar.

Es necesario ahondar en las transformaciones sociales y sus consecuencias en el cuidado, elaborar propuestas especialmente sobre el aumento de la precariedad e inseguridad laboral y sobre la relación entre el género y los cuidados (con mujeres que trabajan y cuidan versus hombres muy escasamente implicados); así como ampliar los espacios vitales propios e íntimos, ya que el cuidado coloniza (y reduce) los espacios personales, que son fundamentales para el bienestar y la regeneración personal. Para ello resulta pertinente plantear y desarrollar nuevas formas de conciliación de vida laboral y familiar, sin las cuales el cuidado no puede tener un futuro esperanzador. El cuidado tiene límites, márgenes y fronteras. Es hora de armonizar los derechos de la persona cuidadora y de la persona cuidada, porque en la vida diaria, habitualmente, los derechos de ambos se contraponen.

Un último apunte para concluir: el sistema público —ante la magnitud del reto demográfico— difícilmente podrá asumir de forma exclusiva los cuidados, y si queremos que los cuidadores cuiden (si ese es su deseo), hay que volver a escribir la letra pequeña de dicho pacto, hay que buscar un nuevo modelo de cuidados, un nuevo pacto que posibilite su sostenibilidad revisando la repercusión de un nuevo enfoque en el modelo de familia y en la legislación relacionada.

Conclusiones

Necesitamos convertir el cuidado en un elemento clave de nuestra sociedad, como lo es la lucha contra el cambio climático, porque en ello nos jugamos el futuro de nuestra cohesión social. Debemos cambiar los modelos de vejez, transformarnos en una sociedad cuidadora, incluyendo los cuidados en el núcleo de cualquier actividad económica, cultural, social...

Asimismo, y más si cabe a la luz de esta pandemia que tanto sufrimiento está provocando, debemos hacer evolucionar de manera consistente los cuidados de larga duración hacia servicios que sean más a la medida de las personas, más próximos, más diversos, con nuevos profesionales mejor formados y más reconocidos, mejor financiados. El cambio en los cuidados tiene tres nociones que son imprescindibles: el “género”, porque los hombres debemos dar un paso adelante; los “cuidadores familiares”, porque tenemos que cuidar a los que cuidan; y las “relaciones intergeneracionales”, porque no hay futuro en los cuidados si las generaciones más jóvenes no tienen un “mañana”, porque vivir con dignidad no forma parte del futuro que hoy anticipan.

Artículo núm. 08 | Noviembre 2020

*COPYRIGHT © 2020 FUNDACIÓN GENERAL CSIC.
TODOS LOS DERECHOS RESERVADOS.
Prohibida su reproducción total o parcial sin permiso de los autores*

