

/10

El futuro de las residencias tras la Covid-19

Índice

0. Introducción.
1. Envejecimiento demográfico y marco residencial.
2. Dependencia funcional y enfermedades crónicas.
3. Hacia la excelencia en el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP).
4. Geriatría hospitalaria y coordinación residencial.
5. Cuidados de larga duración.
 - 5.1. Principales rasgos de los modelos genéricos de CLD europeos.
6. Entornos facilitadores de vida.
7. Comprometidos con la sociedad.
8. Anexos.
 - 8.1. Entrevista a José Manuel Ribera Casado.
 - 8.2. Entrevista a D. Carlos Martínez Ozcariz.



Autor:
Yosune Rodríguez.

Directora de Marketing y Comercial de Ballesol.

0. INTRODUCCIÓN.

Yosune Rodríguez.

Directora de Marketing y Comercial de Ballesol.

a evolución demográfica y el éxito de una longevidad productiva desde entornos facilitadores de vida como son las residencias, han sido factores determinantes para alcanzar lo que muchos denominan envejecimiento de éxito. Sin embargo, hay retos que asumir y oportunidades que afrontar desde la atención sociosanitaria. La pandemia por la Covid-19 obliga a una reflexión sobre los modelos actuales y los cuidados que precisan las personas mayores.

La apuesta por potenciar los cuidados intermedios como paso entre la residencia y el hospital en situaciones más agudas, la relevancia que debe de asumir la Geriátrica Hospitalaria por su aportación de calidad, la necesaria coordinación entre el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración, deberán ser abordados para garantizar la sostenibilidad, excelencia y calidad de los servicios residenciales tras la pandemia. Sin olvidarnos de profundizar en el modelo de atención integral centrada en la persona (AICP), adaptar las residencias a las necesidades del residente o invertir en más personal para que las residencias sigan siendo el mejor lugar para vivir con salud entendida ésta como bienestar físico, mental y social, y por su puesto, con dignidad, derechos y respeto.



1. Envejecimiento demográfico y marco residencial.

La posibilidad de vivir más tiempo es una realidad. Un logro extraordinario y colectivo que tiene su desarrollo en el ámbito social y económico, y por supuesto, su influencia en la salud. Avances que la Organización Mundial de Salud (OMS) nos recuerda en esta Década del Envejecimiento Saludable 2020-2030 con las oportunidades y los cambios fundamentales que se aprecian con el aumento de la longevidad: “Será necesario cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento. También hay que asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores. La importancia de ofrecer una atención integrada y centrada en las personas, servicios de salud primarios que respondan a las necesidades de las personas mayores”. Y por último, y no menos importante, “proporcionar acceso a la atención a largo plazo para las personas mayores que lo necesiten”. En este contexto António Guterres, Secretario General de las Naciones Unidas, expresó recientemente que todo lo que hagamos durante y después de estas crisis (Covid-19) debe de tener un fuerte enfoque en la construcción de economías y sociedades más equitativas, inclusivas y sostenibles. más resilientes frente a las pandemias.

El envejecimiento demográfico unido al aumento de la calidad y esperanza de vida han ido otorgando a los centros residenciales de personas mayores – aproximadamente 5.500 en España- un mayor protagonismo y desempeño en la sociedad.

Hace justo veinte años en España había 239.761 plazas distribuidas en 4.800 centros, lo que suponía que un 3,34% de la población mayor de 65 años disponía de una de estas plazas residenciales. Diez años después, en 2011, el número de plazas ascendió a 372.628, un incremento anual de 15.305 plazas. Del total, un 25% eran plazas públicas, un 29% concertadas y el 46% privadas. El perfil de los usuarios de residencias en su mayoría (59%) eran mayores de 80 años y en un 53% personas en situación de dependencia.

Los últimos datos oficiales recogidos a 31 de diciembre de 2019 sitúan una tendencia ascendente de la oferta residencial en España con 399.417 plazas residenciales, 250.708 usuarias de estas con 65 años o más (70,7% mujeres) y distribuidas de esta forma: personas usuarias de 65 a 79 años 49.731 (52,8% mujeres) y con 80 o más años 200.977 (75,1% mujeres). Por ocupación son las Comunidades Autónomas de Madrid con 52.830 usuarios, Cataluña con 44.746 y Castilla y León con 42.501 las que tienen más personas usuarias en Servicios de Atención Residencial.



2. Dependencia funcional y enfermedades crónicas.

La última Encuesta Europea de Salud en España (ESEE) Año 2020, referente a la Dependencia Funcional, refleja que el 19,5% de la población de 65 y más años tuvo dificultad para realizar alguna actividad básica de la vida diaria como alimentarse, asearse, vestirse, sentarse o levantarse. Este porcentaje fue superior en las mujeres (24,3%) que en los hombres (13,3%), apreciándose de manera general que la dificultad en la realización de las actividades básicas de la vida diaria aumenta con la edad, y de manera más evidente en la franja de 85 y más años.

Los problemas o enfermedades crónicas de salud más frecuentes padecidos por la población de 15 y más años en los 12 meses anteriores a la encuesta y diagnosticados por un médico fueron la hipertensión arterial (19,0%), el colesterol elevado (15,3%), la

Esta realidad confiere una percepción de la pérdida de autonomía funcional vinculada al deterioro físico, psíquico o intelectual estrechamente relacionada al avance de la edad, pero no exclusivamente. El grave impacto de la pandemia por la Covid-19 en la población de mayor edad ha puesto de relieve las debilidades del sistema de atención a la dependencia y los retos presentes y futuros que debemos de afrontar de manera perentoria. Un escenario donde la necesidad de unos cuidados de larga duración en entornos asistenciales aumenta sobre el modelo tradicional de cuidados familiares de años atrás. Es inevitablemente por tanto reseñar que pese a los logros en la percepción que tenemos sobre nuestra salud, el 75,5% de la población de 15 y más años valoró su estado de salud como bueno o muy bueno en 2020, el envejecimiento va acompañado en mayor o menor medida a enfermedades crónicas, pérdida de capacidad funcional y problemas de movilidad.

El impacto de la pandemia en la población de mayor edad ha puesto de relieve las debilidades del sistema de atención a la dependencia y los retos que debemos afrontar de manera perentoria.

artrosis (14,4%), los dolores lumbares (13,7%), los dolores cervicales (11,3%) y la alergia (10,8%). A continuación, se situaron las varices (7,6%), la diabetes (7,5%), las migrañas (6,8%), la ansiedad crónica (5,8%) y la depresión (5,3%).



3 Hacia la excelencia en el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP).

La posibilidad de vivir más tiempo sin perder calidad de vida es uno de los logros colectivos más extraordinarios, pero también un reto constante que nos debe de hacer replantearnos el modelo residencial más idóneo teniendo en cuenta a Administraciones públicas, empresas, profesionales que trabajan en el sector y fundamentalmente, a las propias personas mayores. La pandemia por la Covid-19 ha evidenciado que el modelo de Atención Integral Centrada en la Persona (AICP) necesita ser revisado y mejorado desde unos servicios y cuidados especializados que apuesten por la autonomía, la atención integral y la atención individualizada en el que trabajen equipos multidisciplinares compuestos por profesionales de diversos ámbitos sociales y sanitarios.

Existe también un consenso generalizado de que las residencias deben estar integradas en el sistema nacional de salud y apoyadas por sus hospitales de referencia. Un modelo de coordinación de la geriatría hospitalaria y la residencial necesaria que se recoge, de hecho, en el artículo 11 de la Ley de Dependencia, que en su apartado c) señala la necesidad de establecer “procedimientos de coordinación sociosanitaria, creando, en su caso, los órganos de coordinación que procedan para garantizar una efectiva atención” haciendo hincapié en un carácter más proactivo, participativo y digital. En esta línea las residencias deberán adaptarse e incorporarse al camino de la transformación digital tanto en infraestructuras como en la asistencia digital (telemonitorización, accesos, caídas, historia sanitaria...) La formación en

competencias digitales no sólo mejorará la eficiencia sino la operabilidad de los datos, la modernización de las actuaciones, la amplitud de competencias y una mejora de la gestión de las soluciones.

Garantizar que los centros residenciales sigan siendo garantes de un modelo de Atención Integral y Centrada en la Persona (AICP) desde una visión realista sobre una bioética del cuidado que garantice valores como el respeto, la dignidad, la intimidad, la igualdad o autonomía como obligaciones morales, será fundamental para dar legitimidad a esos cuidados y competencias éticas. Por tanto la manera de cuidar será un valor diferenciador para entender los servicios y oportunidades que dispone una residencia, no sólo como un espacio en el que poder vivir sino también residir (según la RAE, dicho de una persona: asistir personalmente en determinado lugar por razón de su dignidad o beneficio, ejerciéndolo) y que “implica arraigo, referencia, donde se echa raíces” y desde un punto de vista bioético en una residencia, el respeto a la autonomía como un principio vertebrador en la relación entre profesional y residente.



En España, en el año 2050, las personas mayores de 65 años representarán más del 30% del total de la población. Asumir que la población cada vez está más envejecida es también reconocer el número creciente de pacientes crónicos y pluripatológicos. Por lo tanto, la coordinación sociosanitaria con residencias será fundamental entendiendo primeramente que estas instituciones no son homogéneas, ni en su tipología, titularidad, ni en los recursos materiales y humanos que pueden ofrecer. Con ello existen otras consideraciones que se deben abordar sin dilación en el sistema de atención residencial:

- Mayor relevancia de la geriatría hospitalaria, que aporta calidad a la asistencia y coordinación residencial para que los residentes tengan los mismos servicios que una persona que está en su domicilio y pueda acceder a cualquier centro sanitario. La figura del geriatra de enlace entre el hospital y la residencia – evidenciada desde mediados de marzo de 2020 como respuesta a la pandemia de Covid-19 – debe de ser más relevante para reducir la fragmentación de cuidados que ha prevalecido de forma mayoritaria entre ambos niveles asistenciales. La proyección de esta colaboración en el tiempo deberá estar sustentada en un intercambio de experiencias con una comunicación directa y permanente que permita planificar el modelo idóneo de este tipo de atención geriátrica.
- Es prioritaria una revisión y actualización de la aplicación de la Ley de Dependencia, tanto en su insuficiente financiación como su aplicación arbitraria en las comunidades autónomas.
- Necesidad de una mayor asistencia sanitaria en las residencias bien desde los hospitales y centros de atención primaria y/o medicalizando estos centros residenciales.
- Las residencias deben seguir siendo espacios donde cuidar, pero sin olvidar en esa complementariedad de centros de cuidados intermedio como paso entre la residencia y el hospital en situaciones más agudas.
- Hay que abordar la falta de profesionales, principalmente médicos y personal de enfermería, y analizar la necesidad de recursos humanos para los próximos años.
- Unificar una cartera de servicios a nivel nacional en el ámbito sociosanitario que permita, acceder a una historia clínica compartida con los hospitales. Por lo que es necesario un sistema centralizado de información que permita hacer proyecciones de las necesidades futuras.
- Y por último, la calidad y la eficiencia marcarán el futuro de las residencias por encima del carácter público o privado de su gestión.

4. Geriatría Hospitalaria y Coordinación residencial.

En este último contexto, el último informe de la Fundación IDIS sobre “El reto de los cuidados sociosanitarios” refleja que parte de la demanda sociosanitaria es atendida en hospitales de agudos, pero en lugar de prolongar su estancia, los pacientes reciben el alta, aunque no hayan recuperado del todo sus capacidades funcionales y/o cognitivas. En estos casos, son muchos los pacientes que son ingresados inmediatamente después de recibir el alta en centros privados de larga estancias. Desde 2000, el número de camas por hospital per cápita ha decrecido en casi todos los países de la OCDE (la Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económicos). Una tendencia generalizada en todos los países de la OCDE, motivada según los estudios que esta organización ha realizado, por los avances en la tecnología médica que permiten desarrollar más cirugías ambulatorias y a las estrategias que los países de este marco europeo han puesto en funcionamiento para reducir los ingresos en hospital. Con todo, España tiene un ratio de camas por cada mil habitantes de 2,97, muy alejada de las cifras de Alemania (8) o Francia (5,91).





5.

Cuidados de Larga Duración.

La pandemia de la Covid-19 ha evidenciado los problemas endémicos que padecen los sistemas de cuidados de larga duración en casi todos los países: falta de financiación y rendición de cuentas, fragmentación, poca coordinación entre el sistema de salud y el sistema de cuidados de larga duración e infravaloración de la fuerza de trabajo.

El envejecimiento de la población española ha venido motivado como consecuencia del descenso de la mortalidad y la natalidad, y de una mayor esperanza de vida. Una concurrencia que nos ha llevado a un escenario en el que ha aumentado la prevalencia de situaciones de dependencia y las necesidades de cuidados de larga duración. Por tanto, las residencias deberán construirse respetando un modelo que los asemeje todo lo posible a un domicilio.

Existen alternativas más extendidas en los países del norte de Europa donde se apuesta por modelos intermedios entre la vida independiente y las residencias, es decir, una evolución hacia alojamientos independientes pero provistos de servicios comunes y espacios de convivencia para dar respuesta a las necesidades de salud o de ocio. El surgimiento de alternativas a los modelos de asistencia tradicional (residencias) basados en el enfoque conocido como “modelo hogar”, está especialmente pensado para las situaciones de dependencia moderada según se refleja en el último informe del CES (Consejo Económico y Social) sobre el Sistema de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia.



5.1.

PRINCIPALES RASGOS DE LOS MODELOS GENÉRICOS DE CLD EUROPEOS¹.

- Modelo nórdico y Países Bajos: se remonta a los años setenta, y se caracteriza por un sistema de cobertura universal mediante la provisión de servicios sociales municipales. Financiado mediante impuestos.
- Modelo liberal (o anglosajón): si bien la cobertura sanitaria es universal, los cuidados de larga duración son de naturaleza asistencial, mediante prestaciones monetarias a personas dependientes y a sus cuidadores, bajo demostración de ingresos, y con un sistema de copago asociado a la renta.
- Modelo continental (con Alemania, Austria y Francia como principales exponentes): se caracteriza por considerar los CLD como un riesgo específico dentro de los sistemas de Seguridad Social. La dependencia se sitúa, así, en un plano similar al de las pensiones. Se trata de un modelo que puede considerarse universal, aunque establece ciertas limitaciones en su cobertura, en función de los grados de necesidad. Se financia mediante cotizaciones a la Seguridad Social e impuestos.
- Modelo mediterráneo: en coherencia con la tradición familista de las sociedades del sur de Europa, los CLD son proporcionadas principalmente por las familias, fundamentalmente por las mujeres, y con carácter no formal. La intervención pública tradicionalmente ha sido de carácter asistencial y residual, limitada a cubrir situaciones de escasez recursos económicos.

Aunque son modelos distintos, los retos son comunes: proveer de cuidados suficientes a este sector de la población y hacer viable su financiación y los costes futuros siempre en línea con un modelo residencial y asistencial desde la ACP y en el contexto de una elevada demanda de estos cuidados ante la evidencia de una atención domiciliaria insuficiente en muchos países a excepción de los países nórdicos. Y que desde la Unión Europea se apoya desde un objetivo de cobertura universal, atención de calidad y sostenibilidad financiera. La realidad actual y la que nos hace mirar al futuro con más evidencia es que el número de personas que puedan necesitar cuidados de larga duración aumente desde los 19,5 millones de 2016 hasta 23,6 millones en 2030 y 30,5 millones en 2050 en la EU-2732. Según se refleja en el Libro Verde sobre el Envejecimiento (Comisión Europea) “depende de los cuidadores no profesionales ya no es sostenible, dado que cada vez resulta más difícil garantizar la ayuda de los familiares, y las familias tienen menos hijos, viven aún más separadas y las mujeres participan más en el mercado laboral”. En consonancia con esta percepción los cuidados de larga duración de calidad serán importantes para garantizar la dignidad personal, la capacidad de elección, el bienestar, así como para evitar hospitalizaciones innecesarias.

Como subraya la Comunicación titulada “Una Europa social fuerte para unas transiciones justas”, desarrollar unos sistemas

sólidos de cuidados de larga duración mejorará el acceso a unos cuidados de este tipo que sean asequibles y de calidad, garantizará que las personas de edad avanzada vivan dignamente e impulsará las oportunidades laborales en la economía asistencial. Con esos estándares de calidad las residencias en España –según la mayoría de los ratios de satisfacción– son muy buenas en relación con lo que cuestan, pero deberán afrontar el reto de la innovación social y tecnológica en los CLD aprovechando las oportunidades que ofrece la digitalización, la automatización, la sanidad electrónica, la teleasistencia o la asistencia integrada para mejorar la eficiencia de estos cuidados.

Depender de los cuidadores no profesionales ya no es sostenible, dado que cada vez resulta más difícil garantizar la ayuda de los familiares.

¹ Fuente: Consejo Económico y Social, Informe El sistema de promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de dependencia.



6. Entornos facilitadores de vida.

La sociedad actual está sujeta a muchos cambios e incertidumbre. La importancia de la identidad arquitectónica en la funcionalidad de las residencias será cada vez más significativa y valiosa para el cliente. Humanizar el cuidado en los centros residenciales no sólo debe de ser una implicación ética, emocional o cultural. También arquitectónica. Ese el modelo en el que pensar, un concepto de diseño para todos que haga visibles y que se respeten los principios de dignidad, autonomía y derechos que toda persona tiene reconocidos. La pandemia por la Covid-19 ha reforzado más aún la idea de que un centro residencial debe convertirse en un entorno facilitador de vida, más parecido a los hogares familiares donde preservar la intimidad de los residentes a través de espacios de bienestar en el que conjugan accesibilidad y funcionalidad sobre entornos seguros.

La evolución arquitectónica de una residencia debe estar diseñada para prestar soluciones y aceptar espacios accesibles y entornos sostenibles y amigables. Una armonía posible sobre un concepto único: crear un hogar satisfaciendo cada necesidad habitacional, fomentando la independencia funcional del residente y la toma de decisiones. Ese enfoque compensatorio intenta suplir las carencias obvias de cuando nos hacemos mayores mediante un diseño accesible. Evitar zonas monofuncionales. Conseguir áreas que fomenten la interacción entre la persona y el entorno. Lograr espacios multidisciplinares e inteligentes. Ese debe de ser el objetivo.

¿Cómo hacerlo posible? A través de la implicando, expansión, remodelación y conservación a un mismo tiempo.

Hay muchos datos que así lo corroboran como el hecho de que un buen acondicionamiento acústico puede reducir la necesidad de ingesta de medicamentos un 67% (REF: Hagerman et al. 2005) y siempre relacionado con la calidad del sueño. Y más centrado en las personas mayores, la pérdida auditiva relacionada con la edad (presbiacusia) provoca problemas de comunicación a aproximadamente un 60% entre los 71 y 80 años de edad

(REF: Baur et al. 2009). Sin olvidarnos de que esa discapacidad auditiva provoca fatiga y agotamiento al comunicarse, alteraciones significativas que repercuten en nuestra calidad de vida por estados más generalizados de depresión, apatía o decaimiento. La tendencia actual y que la pandemia ha priorizado es la de apostar por residencias donde aunar acústica, higiene, mantenimiento y estética frente a espacios con sistemas convencionales. Una realidad en la que la finalidad sea la de vivir en un hogar seguro, saludable y acogedor y en unos espacios con criterios de excelencia marcados por la privacidad, confort, salubridad o la higiene.

La mayoría de intervenciones y acciones que los grandes grupos residenciales están potenciando en esta era pos-Covid-19 están identificadas con los beneficios para la salud de los residentes y sus familias en relación con el impacto climático y la reducción de la contaminación del aire

y el ruido mediante una construcción limpia y que genere valor.

Las residencias serán espacios vivos, multifuncionales, conectados con el entorno

Las residencias serán espacios vivos, multifuncionales, conectados con el entorno y con estancias personalizadas.

con el entorno y con estancias personalizadas con un diseño propio y en consonancia con su uso. El objetivo de este tipo de centros, además de crear espacios confortables, accesibles y amigables para el residente deben de apostar por la relación directa entre el diseño arquitectónico y el



bienestar subjetivo, idea que comparten profesionales, arquitectos, y los propios usuarios que viven en las residencias. El futuro pos-Covid-19 en estos entornos debe de satisfacer el bienestar individual y familiar con un protagonismo cada vez mayor en la toma de decisiones. También la influencia de la localización, el tipo de edificio, la expresión arquitectónica, las áreas comunes, la accesibilidad desde la seguridad, el diseño y decoración interior (sensación de estar como en la propia casa), la tecnología, los espacios exteriores, hasta los colores y luces.

El foco por tanto habrá que ponerlo en la habitabilidad y la sostenibilidad, en edificios de bajo consumo energético para mejorar el confort y el bienestar de quienes viven en residencias, van a visitarlos o trabajan allí.

Entre las tendencias y estrategias energéticas activas de presente y futuro en residencias para personas destacamos:

- Sondos de detección de CO₂ para controlar y evaluar la calidad del aire (humedad, temperatura y CO₂) logrando espacios perfectamente ventilados, minimizando al máximo los riegos de transmisión por vía aérea.
- No sobrepasar concentraciones de 800 ppm, lo cual se consigue mediante la fijación de una alarma medidora de CO₂.
- Sistema de calor por radiación, proporcionando un clima más confortable para los residentes, ya que se garantiza una distribución del calor homogénea evitando las diferencias de temperatura que se producen con los radiadores tradicionales.
- Empleo de estratificadores de calefacción y refrigeración en centros residenciales. Medida que permite un uso eficiente y óptimo del agua, ya que la mantiene y distribuye a distintas temperaturas, según su uso. Así, por ejemplo, para proveer al suelo radiante, el agua circula a 45°C, en tanto que para otros usos o en verano, el agua circula a 17°C.

Criterios que se deben de tener en cuenta como firme compromiso con el desarrollo sostenible e integrados en las políticas y medidas vinculadas a la Agenda 2030 de Naciones Unidas.

En el proceso de envejecimiento la dimensión espacial entendida como el lugar donde se envejece adquiere cada vez más importancia. Así las residencias han evolucionado hasta adecuarse no sólo a las necesidades de sus residentes, también al de sus familias, añadiendo el valor de adaptarse a las propias características de los usuarios y no al revés. Un reto en el que las residencias deben orientar su visión y atención a cada realidad y situación, teniendo en cuenta tanto los deseos como las preferencias de las personas mayores. En esa adaptación hacia la persona el centro residencial debe considerar desde los entornos de estancia e interacción convivencial a los equipamientos ergonómicos

El foco arquitectónico debe ponerse en la habitabilidad y la sostenibilidad.

y eficaces para cada residente. Es una realidad que los trastornos del sueño son un problema muy frecuente en el adulto institucionalizado, por eso muchas residencias están diseñadas y estructuradas con unidades de control de sueño. El diseño arquitectónico también está en continua transformación en los centros residenciales, y cada vez más pensados en un diseño para todos. En ese proceso de tomas de decisiones se debe de garantizar las necesidades de los residentes con una atención individualizada. Por ejemplo, proporcionando soluciones para crear espacios de deambulación seguros que aumenten la sensación de seguridad e independencia o espacios estimulantes facilitadores de vida y de un envejecimiento exitoso sobre entornos amigables que garanticen los derechos de las personas mayores. En definitiva, una tendencia que oriente los cuidados hacia aspectos cualitativos y no cuantitativos.



7

Comprometidos con la sociedad.

El informe “*Approaching the Future 2021: Tendencias en Reputación y Gestión de Intangibles*”, elaborado por *Corporate Excellence – Centre for Reputation Leadership* y Canvas Estrategias Sostenibles refleja cómo en 2020 el compromiso de las marcas, la Agenda 2030, la medición de intangibles y la diversidad fueron los aspectos en los que más trabajaron las empresas y entidades. Este 2021 la tendencia ha cambiado, centrándose especialmente en la adaptación a la pandemia (el 80% de las empresas afirman estar trabajando en ello), la digitalización o el propósito corporativo. Y en el ámbito de los proveedores de servicios asistenciales y residenciales añadiría la importancia de crear y añadir valor a la sociedad, que debe de seguir siendo otro de los objetivos prioritarios.

Las residencias tienen que ser vistas como un espacio que contribuye al progreso de las personas y en el que poder desarrollar proyectos de vida con especial simbología social y solidaria. También como un lugar en el que dar respuesta a las ilusiones y expectativas, a los retos y las oportunidades.

El valor que aporta un centro residencial a la sociedad debe de entenderse como un beneficio de todos. Un compromiso con la integración laboral, la igualdad social y de género. Promover altos estándares de calidad e innovación serán gestiones fundamentales en la mejora de la cartera de servicios. Ese debe de ser el modelo de contribución al crecimiento sostenible de la sociedad,

asumiendo igualmente la capacidad de transformación de esta a través de la mejora de la salud, las condiciones sociales y el reconocimiento social a todas las personas mayores que viven en estos centros residenciales.

La pandemia por la Covid-19 ha podido distorsionar la imagen de las residencias, pero no el paradigma que suponen estos espacios para desarrollar en plenitud el llamado envejecimiento activo o de éxito, y que debe ser entendido como “un proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. En definitiva, las residencias deben seguir siendo lugares donde salud, seguridad y participación sean determinantes. Donde no sea simplemente un espacio en el que vivir y estar de paso, sino el mejor lugar para vivir con salud, entendida ésta como bienestar físico, mental y social, y por supuesto, con dignidad, derechos y respeto.



8

● Anexos.

D. José Manuel Ribera Casado.

Catedrático Emérito de Geriátrica de la Universidad Complutense de Madrid y Académico de Número de la RANME.

8.1. ENTREVISTA A D. JOSÉ MANUEL RIBERA CASADO.

¿Hacia qué modelo de atención residencial debemos pensar los cuidados de las personas mayores?

Se trata de una pregunta que quizás va más dirigida a los profesionales de los servicios sociales que no a los sanitarios como es mi caso. Desde esta última perspectiva la pandemia reciente ha puesto de manifiesto que se hace necesaria una cierta medicalización de las residencias, al menos de aquellas de mayor tamaño, y hacerlo con unos criterios comunes. El problema es fijar los límites y también unos criterios lo más homogéneos posible de funcionamiento, algo sobre lo que resulta relativamente fácil teorizar (lo hemos visto y lo seguimos viendo en estos meses) y mucho más difícil decidir y poner en práctica.

¿Qué debilidades y fortalezas han quedado al descubierto en la gestión asistencial de las residencias durante la pandemia?

Han quedado mucho más al descubierto las debilidades que las fortalezas. Entre las debilidades destacaría la incapacidad de la mayor parte de ellas para afrontar un problema tan extenso, severo e inesperado como el que se ha producido (incapacidad para llevar a cabo un aislamiento del residente enfermo, falta de profesionales adecuadamente formados, falta de recursos materiales y sanitarios, improvisación, etc). También la enorme heterogeneidad del modelo residencial, su incapacidad para hacerse oír como colectivo, en muchos casos deficiencias que hubieran podido corregirse en el caso de haber funcionado una inspección adecuada, etc. Como fortaleza quizás destacar el esfuerzo, a veces heroico, de muchos de los profesionales que trabajan en ellas.



El impacto de la Covid-19 ha dejado una tendencia hacia una gestión más personalizada y adaptada a las necesidades de los residentes en centros residenciales. ¿Qué importancia tendrán los cuidados integrales centrados en la persona y la apuesta por una mayor humanización de estos espacios?

Esas son frases muy bonitas y repetidas durante estos últimos meses, pero que hay que traducir en hechos. Evidentemente se trata de deseos loables que si se cumplen mejorarán muchísimo el panorama. Hay que poner el cascabel al gato y yo no tengo recetas personales más o menos definitivas. Habrá que hacerlo a través de un trabajo mantenido en el tiempo y con cierta verosimilitud de poder llevar a cabo sus conclusiones. Un trabajo basado en el diálogo, en encuentros en el que deben participar administraciones, empresas titulares de residencias y profesionales del medio. También, si se puede, representantes de los usuarios. Las referencias para avanzar pueden ser las experiencias positivas que van surgiendo fuera y dentro de España, y la flexibilidad y generosidad por parte de todos los interesados para discurrir esos nuevos modelos más humanizados, integrales y personalizados. No es fácil.

Por su experiencia, se habla mucho del futuro de las residencias como centros de cuidados intermedios, un proyecto entre el hospital y las residencias que conocemos ahora. ¿Qué le parece?

Analizar las ventajas e inconvenientes que han tenido los llamados centros sociosanitarios en los últimos años, especialmente en Cataluña que es donde más se prodigaron puede ser uno de los elementos de juicio a este respecto.

Aunque cada vez las residencias tienen integrados equipos sanitarios en ellas, están medicalizándolas, ¿debemos seguir pensando que las residencias son espacios donde “cuidar, pero no curar”? y en este sentido, ¿deben los centros residenciales estar bien coordinados con Sanidad pero no integrados?

Por supuesto que en las residencias hay que “cuidar” y quizás desde el punto de vista de la salud este sea el punto capital. Pero la disyuntiva pienso que es falsa. Claro que hay que curar al mismo tiempo; como se cura en el propio domicilio. Hay muchas situaciones que por ser más asequibles en términos de diagnóstico y tratamiento pueden ser resueltas en la residencia, sin necesidad de sobrecargar otros niveles del sistema sanitario. Esto es de sentido común, en mayor o menor medida ya se está haciendo y el problema principal como apunté en otra respuesta el hablar de la medicalización está en saber cuáles son los criterios a la hora de establecer las fronteras de actuación.



8.2.

ENTREVISTA A D. CARLOS MARTÍNEZ OZCARIZ.

D. Carlos Martínez Orcariz.

Director de la UDP
(UNIÓN DEMOCRÁTICA DE
PENSIONISTAS)².

Por su conocimiento y experiencia, ¿cuál cree ha sido la evolución en la última década de la percepción que la sociedad tiene de las residencias?

Las residencias, como cualquier otro entorno de convivencia, no son ajenas a la evolución social, especialmente en los últimos años. Los cambios que experimenta la sociedad y que contemplamos en nuestras vidas, cada vez se producen de manera más rápida. Lo podemos evidenciar en el impacto que el avance de la tecnología y la sociedad de la información están teniendo en prácticamente todos los ámbitos sociales: trabajo, modelo familiar, movilidad, diseño urbano, economía, etc.

Las percepciones que tenemos de las cosas también están cambiando de forma mucho más rápida de la que lo hacían en el pasado. La propia visión que cada persona tiene de sí misma y de cómo quiere vivir, está experimentando una evolución hacia escenarios en donde valoramos más nuestra independencia y capacidad de elegir. Y esa visión, lógicamente, también la percibimos y deseamos como aplicable a lo largo de toda nuestra vida. No queremos renunciar a esa capacidad de elección de cómo quiero/queremos vivir, y

la proyectamos a todo lo que concierne a nuestra última etapa de la vida. Aún así, sabemos que no sólo depende de cada persona y su voluntad, sino también de muchos factores externos, entre los que está también su entorno y posibilidades, porque somos conscientes de que el envejecimiento supone pérdida o menoscabo de capacidades personales y, con los años, situaciones de dependencia y/o discapacidad.

Desde esta perspectiva, la imagen clásica que la sociedad tiene de las residencias es la de espacios donde a nadie le gustaría acabar sus vidas, porque están asociadas a la pasividad de quienes en ellas se alojan y el alejamiento de su entorno vital, aunque se sepa que, en muchos casos, no existe otra solución.

Los nuevos modos de convivencia, el cambio experimentado por la estructura familiar y, especialmente, el modelo de atención integral centrada en la persona, han provocado la necesidad de repensar los espacios y necesidades asociadas al envejecimiento. Este nuevo modelo ya ha propiciado experiencias satisfactorias en centros residenciales, que han cambiado la imagen clásica de este tipo de centros.

² La UDP la componen 71 organizaciones de carácter provincial, autonómico, sectorial, colaboradoras e internacionales. Están adheridas como socias a UDP entidades de Francia, Alemania, Suiza, Argentina, Chile, Colombia, Uruguay y Perú. En estas organizaciones se agrupan más de 1.200.000 personas mayores, socias de UDP.



Antes de la pandemia de la Covid-19 se incrementaba la demanda de plazas en residencias, pero ¿qué sucederá ahora? ¿quién da seguridad ante la desconfianza que puede amenazar a familias y residentes?

Uno de los efectos negativos que la pandemia y los inevitables confinamientos han provocado en la sociedad y, especialmente en las personas mayores, es el del temor y la desconfianza ante la futura vuelta a la presencialidad o proximidad física. Es algo que no sólo percibimos en los centros residenciales, sino también en todos los ámbitos de convivencia, por ejemplo, los centros y locales de personas mayores.

Superar el temor y la incertidumbre y restaurar la confianza es el gran reto que tenemos toda la sociedad ante el fin de los efectos de la pandemia. Ofrecer esa seguridad va a requerir información clara y comprensible, así como transparencia en la gestión y, sobre todo, un esfuerzo de comunicación con todas las personas actoras, las propias personas mayores y sus familiares.

¿Cómo cree que pueden las residencias recuperar la credibilidad, confianza y la imagen de centros no sólo especializados en atender la fragilidad y la dependencia después de la pandemia?

Son imprescindibles nuevos modelos de ser y actuar, que han de pasar, no sólo por la escrupulosa implementación de las medidas y planes diseñados para estos establecimientos en las estrategias que cada comunidad autónoma ha trabajado, sino también por una mayor interacción con su entorno y comunidades. Las residencias no pueden ser “islas” en los barrios y pueblos donde se ubican; han de formar parte del tejido social y comunitario, impulsando la vida activa y participación de las personas residentes, sus familiares y el entorno social.

Las residencias no pueden ser “islas” en los barrios y pueblos donde se ubican; han de formar parte del tejido social y comunitario, impulsando la vida activa y participación de los residentes, sus familiares y el entorno social.

La comunidad debe percibir estos centros como parte importante del tejido social, como lo son los centros sociales, vecinales, culturales o asociativos. Este esfuerzo ha de realizarse de forma bidireccional, porque las personas y colectivos de barrios y pueblos deben sentir a las personas residentes como algo “suyo”, una parte más de la comunidad.