ciudades que cuidan



LIBRO BLANCO
DE CIUDADES QUE CUIDAN

Foro de debate:

Hacia una sociedad cuidadora

mémora

mémora Fundación
comprometidos con la vida

ciudades que cuidan

Foro de debate:

Hacia una sociedad cuidadora

LIBRO BLANCO
de Ciudades que Cuidan

mémora

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Editores: Fundación Mémora

Coordinación editorial y diseño: Departamento de Comunicación de Memora / LLYC

Fotografías: Emilio Morenatti AP y Banco de imágenes con derechos autorizados

Titulo Documento: Foro de Debate: Hacia una Sociedad Cuidadora

Características de la publicación

Número de páginas: 356

Lengua: español

Formato: 21 x 29,7

Edición no venal de la Fundación Memora

Fecha edición: diciembre 2021

Deposito legal: pendiente

ISBN: en trámite

Impresión: NT Gràfics

CC BY NC ND

Índice

Prólogo 4

Introducción 6

Foro de debate: Hacia una sociedad cuidadora 8

Sociedades que cuidan 10

Ética 20

Soledad 30

Médicos 44

Educación 57

Modelo sanitario 80

Salud Pública 98

Economía 112

Social 125

TICS 138

Urbanismo y hábitats 149

Política municipal 162

Legal 176

Psicólogos 191

Cultura 203

Farmacéuticos 213

Investigación 224

Voluntariado 246

Enfermería 259

Envejecimiento 272

Comunicación 286

Ecología y medioambiente 302

Feminismo 337

Conclusiones 348

Agradecimientos 350

Prólogo

Desde la Fundación Mémora, tenemos la satisfacción de presentar el *Libro Blanco de Ciudades que Cuidan*, un compendio que recoge las reflexiones de más de 100 expertos en 22 especialidades para encaminar nuestras urbes hacia un nuevo paradigma en el que los cuidados ocupen un lugar central. Con este trabajo, damos un paso más en nuestra voluntad de avanzar hacia un nuevo modelo urbano que esté preparado ante los retos de futuro que plantean el envejecimiento de la población, la concentración de la vida en las ciudades y el aumento de la soledad no deseada, especialmente en el colectivo de las personas mayores.

Fieles a la visión de la filósofa y patrona de la Fundación Mémora, Victoria Camps, creemos firmemente que es el momento de recuperar el valor ético del cuidado y la capacidad de cuidar del conjunto de la sociedad. En este sentido, el presente *Libro Blanco de Ciudades que Cuidan* contiene una propuesta multidisciplinar para avanzar hacia una sociedad cuidadora que abandone el individualismo y piense en el beneficio colectivo, bajo la premisa de que todos, en un momento u otro de nuestras vidas, podemos ser dependientes y requerir cuidados.

El cuidado como deber cívico implica conjugar diversos elementos, como su retirada del ámbito tradicional y exclusivamente femenino, así como apostar por su reconocimiento y valoración de acuerdo con el bienestar que aporta al conjunto de la sociedad, tanto desde el ámbito privado como en la dimensión pública.

Desde este punto de vista, el ámbito municipal puede ser un actor decisivo en el camino hacia una sociedad cuidadora. Como administración más cercana al ciudadano, los ayuntamientos pueden ser actores relevantes en la detección y puesta en marcha de redes ciudadanas de cuidados, además de potenciar dinámicas participativas y políticas comunitarias activas, entre otros factores.

En esta línea, el movimiento de Ciudades que Cuidan nace con la complicidad indispensable que nos ha brindado, entre otros, la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP) como representante del municipalismo en nuestro país, para promover un modelo de ciudades responsables y comprometidas con el cuidado.

Como decíamos, es el momento propicio y hay la necesidad urgente de reconstituirnos como sociedad cuidadora. La pandemia de la COVID-19 ha evidenciado la fragilidad del sistema de cuidados actual y la situación de vulnerabilidad de colectivos como el de las personas mayores. En este contexto, no solo hemos visto como un virus se ha esparcido trágicamente, sino que también ha emergido la epidemia de la soledad no deseada, una realidad que exige de estrategias públicas y privadas, aunque ni tan solo hemos llegado a conocer su auténtica envergadura.

Así lo puso de relieve en marzo de 2021 el informe *Impacto de la soledad en los medios de comunicación* del Observatorio Ciudades que Cuidan, al señalar la falta de datos oficiales sobre las personas mayores que viven en situación de soledad no deseada. Además, haciéndose eco del debate social y mediático entre septiembre de 2019 y octubre de 2020, dicho informe ya apuntó que la soledad no deseada se debe abordar como un problema social y de salud pública, desde una mirada interdisciplinar y con el objetivo de empoderar a la ciudadanía para impulsar un cambio estructural.

Cuando no hace ni un año de la presentación de las conclusiones de ese informe, desde Fundación Mémora y a través del proyecto Ciudades que Cuidan, presentamos este *Libro Blanco* que esperamos guíe a administraciones públicas, entidades sociales, asociaciones, profesionales y ciudadanía en el camino hacia una sociedad cuidadora.

Agradecemos desde aquí el trabajo del centenar de expertos que han participado en las diferentes sesiones del Foro de debate del proyecto Ciudades que Cuidan. Su labor nos ha servido y nos servirá para dar respuestas a un desafío transformador que nos concierne a todos y que cada vez se hará más evidente, a medida que el envejecimiento se acentúe en nuestra sociedad.

13 de diciembre de 2021

Juan Jesús Domingo
Consejero Delegado
de Mémora

Santiago de Torres
Presidente de la
Fundación Mémora

Introducción

Libro Blanco de Ciudades que Cuidan. Foro de debate: Hacia una sociedad cuidadora.

El *Libro Blanco de Ciudades que Cuidan* es el compendio del Foro de debate efectuado por la Fundación Mémora (FM) durante el tiempo de pandemia por la COVID-19, desde marzo de 2020 a diciembre de 2021.

Es un punto de partida de un cambio que se deberá abordar para avanzar hacia una sociedad más cuidadora, donde podamos pasar del predominio cultural actual del solo producir y competir para evolucionar a una mayor sensibilidad en el servir y cuidar. El cuidado afecta a todas las personas, pues todos somos objeto de cuidados en algún momento de nuestra vida, nadie se escapa de esta necesidad en el momento de nacer y muchos también en el de morir. Todos somos interdependientes unos de los otros.

Una ciudad está para cuidar de sus ciudadanos, de la gente más necesitada, de sus comunidades, de sus barrios, así como del medio ambiente que facilite el poder vivir en mejores condiciones. Bajo esta premisa hemos desplegado el "Foro de debate: Hacia una Sociedad Cuidadora", con la voluntad de hacer una reflexión ordenada y en profundidad de la idea del cuidar aplicada a una ciudad desde diferentes áreas de conocimiento.

Evitar la muerte en soledad no deseada: Proyecto Ciudades que Cuidan, un modelo integrador

La FM desarrolla el proyecto de "Ciudades que Cuidan". La iniciativa nace, como una aportación, que se suma a muchas otras, para dar respuesta a las necesidades que surgen por los cambios sociodemográficos que se están produciendo en nuestra sociedad. El envejecimiento de la población, la concentración de las personas en grandes ciudades, el anonimato y las dificultades de relación, los nuevos modelos familiares, entre otros elementos, acaban incrementando las situaciones de soledad no deseada de las personas. Que muestra su faceta más adversa cuando se produce la muerte de una persona en soledad no deseada. El proyecto Ciudades que Cuidan desea combatir la epidemia de la soledad no deseada y evitar o prevenir en lo posible la muerte en situación de vulnerabilidad y soledad.

En España el desarrollo de diferentes redes de ciudades es una realidad que avanza progresivamente. El proyecto de Ciudades que Cuidan engloba a la mayoría de estas redes, aportando un factor común a todas ellas: el cuidado como elemento que debe vertebrar todas las políticas y acciones que una ciudad debe desplegar.

Las Ciudades que Cuidan son un modelo integrador, son ciudades amigables, compasivas, inteligentes, saludables y sostenibles (medioambiental, social y económicamente), donde en el núcleo del modelo late con fuerza el concepto de cuidar, como el alma de la nueva urbe.

Una Ciudad que Cuida ha de ser referente para que sus ciudadanos puedan envejecer activa y saludablemente, integrando los valores y los procesos que permitan abordar el final de la vida en paz y dignidad, enmarcada en un entorno de innovación y conocimiento basado en la creatividad y alta tecnología, y comprometida con la promoción y protección de la salud de todos sus ciudadanos. El bienestar para todos en comunidades inclusivas, seguras, resilientes y sostenibles. El proyecto desea combatir la epidemia de la soledad no deseada. Nace de la necesidad de desarrollar un nuevo modelo de atención que permita crear y desplegar servicios que garanticen la calidad de la atención y acompañamiento a las personas mayores, en especial atendiendo el proceso de final de vida.

Foro de debate

Basándose en la conferencia "Sociedades cuidadoras" de la Profesora Victoria Camps y bajo su tutela, la FM desarrolla un proceso de reflexión que hemos denominado "Foro de debate: Hacia una sociedad cuidadora". En esta iniciativa han participado más de 100 profesionales expertos, agrupados en 22 grupos temáticos, que de manera ordenada reflexionan, desde su respectiva área de conocimiento, sobre los conceptos y elementos que deben de constituir las bases de una sociedad cuidadora que son la inspiración del proyecto y del modelo de Ciudades que Cuidan.

Este *Libro Blanco de Ciudades que Cuidan* recoge las aportaciones de los 22 grupos de trabajo. Se han establecido 3 fases. Una primera de reflexión por escrito, en un sentido conceptual y amplio, de la idea de sociedad cuidadora desde el área de conocimiento del grupo. Con metodología de elaborar un cuaderno divulgativo/científico que refleja la opinión del grupo (todos los trabajos se han hecho en Open Access - licencia Creative Commons). Una segunda fase, con la realización de una mesa redonda, en formato webinar, con los integrantes del grupo que recapacitan sobre el trabajo realizado con el objetivo de concretar sus reflexiones de manera más aplicada a una ciudad y, una tercera fase final, que se traduce en la realización de la 1ª Conferencia de Ciudades que Cuidan, donde se recoge el trabajo efectuado, que se presenta en forma del *Libro Blanco de Ciudades que Cuidan.*

Nuestro más sincero agradecimiento a los profesionales expertos que han participado en este foro. En especial a los lideres de cada grupo, por sus valiosas aportaciones que de manera altruista han contribuido para hacer realidad esta reflexión y mención especial al soporte de la profesora Victoria Camps, patrona de la Fundación Mémora, que con su inspiración ha propiciado este espacio para el intercambio de conocimiento y con su tutela ha contribuido a no desviarnos de los objetivos que en su momento nos marcamos.

13 de diciembre de 2021

Joan Berenguer
Director de la
Fundación Mémora

Francesc Rillo
Coordinador de proyectos
de la Fundación Mémora

Foro de debate

Sociedades que cuidan



P. 10

Ética



P. 20

Soledad



P. 30

Médicos



P. 44

Educación



P. 57

Modelo sanitario



P. 80

Salud pública



P. 98

Economía



P. 112

Social



P. 125

TICs



P. 138

Urbanismo y hábitats



P. 149

Política Municipal



P. 162

Legal



P. 176

Psicólogos



P. 191

Cultura



P. 203

Farmacéuticos



P. 213

Investigación



P. 224

Voluntariado



P. 246

Enfermería



P. 259

Envejecimiento



P. 272

Comunicación



P. 286

Ecología y Medio ambiente



P. 302

Feminismo



P. 337

Hacia una sociedad cuidadora

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Sociedades que cuidan



ciudades que cuidan

1. Introducción 13

2. La pérdida de la capacidad de cuidar 15

3. Cambio de perspectiva. Una nueva concepción de ciudadanía 17

4. Para seguir reflexionando 19

«Desde Platón y Aristóteles, imaginar sociedades más justas ha sido el objetivo de la filosofía moral en todas sus versiones»

Barcelona

Octubre, 2020

CC BY NC ND

Autora



Victòria Camps

Presidenta de la Fundació Víctor Grífols.

Fue nombrada en 2018 Consejera Permanente y Presidenta de la Sección Séptima del Consejo de Estado.

Patrona de la Fundación Mémora.

Licenciada en Filosofía y Letras por la Universitat de Barcelona. Catedrática de ética por la Universitat Autónoma de Barcelona, de la que fue vicerrectora entre 1990-1993. Catedrática emérita de la Universitat Autónoma de Barcelona. Doctora Honoris Causa por las Universidades de Huelva y Salamanca.

Ha sido miembro del primer Comité de Bioética de España, ha participado en los comités éticos del Hospital de Mar, del Hospital Universitari Vall d'Hebron y de la Fundación Esteve de Barcelona.

Ha publicado diversos ensayos sobre ética, filosofía política y bioética. Entre ellos *Virtudes públicas* (Premio Espasa de Ensayo), *Una vida de calidad*, *La voluntad de vivir* y *Creure en l'educació*. Sus últimos libros son: *El gobierno de las emociones* (Premio Nacional de Ensayo), *Breve historia de la ética*, *Elogio de la duda*, *La fragilidad de una ética liberal* y *La búsqueda de la felicidad*.

La trayectoria profesional de Victòria Camps ha sido reconocida con el Premio Josep Maria Lladó a la libertad de expresión, en 1999; el Premio al Mérito en la Educación, concedido por la Junta de Andalucía en 1999, y el Premio Internacional Menéndez Pelayo, recibido en 2008.

1 Introducción



Desde hace varios decenios, el cuidado que mutuamente nos debemos los humanos ha irrumpido en el discurso ético como uno de los valores ignorados pero imprescindibles para los nuevos tiempos. El cambio se ha producido gracias a una serie de investigaciones feministas que detectan un cierto reduccionismo en la centralidad exclusiva adquirida por el concepto de justicia en las teorías éticas. Desde Platón y Aristóteles, imaginar sociedades más justas ha sido el objetivo de la filosofía moral en todas sus versiones. Ese horizonte ha vinculado el comportamiento moral al cumplimiento de la ley moral y, en definitiva, de las normas jurídicas cuyo fundamento último lo constituyen las intuiciones morales básicas, una de las cuales es la justicia. Sin duda, la justicia es un ideal, un principio, un valor fundamental; pero no el único a tener en cuenta al considerar como se adquiere y desarrolla la conciencia moral. La moralidad tiene que ver con el modo de relacionarse entre sí los miembros de una comunidad, con el modo de asumir deberes y responsabilidades que conciernen a unos y a otros, y no solo al Estado; la moralidad tiene que ver con la capacidad de responder a la interpelación del otro que pide ayuda o reconocimiento. Para dar cuenta de esa exigencia no basta hablar de justicia; conviene hablar también de cuidado.

Aunque seguramente podrían rastrearse distintos momentos del pensamiento filosófico en los que se vislumbra la importancia del cuidado mutuo para conseguir una vida mejor para todos, la primera en hacer teoría del cuidado e introducir dicho valor en el pensamiento moral fue Carol Gilligan. En 1982, la psicóloga estadounidense publica el ya clásico *In a Different Voice*, donde, a partir de una investigación empírica realizada por ella misma, enmienda la plana de su maestro, Lorenz Kohlberg, a propósito de la teoría elaborada por este último sobre el desarrollo de la conciencia moral en el niño. No es preciso dar detalles aquí de una polémica suficientemente conocida.

En síntesis, Gilligan le objeta a Kohlberg el no haber sido capaz de percibir la diferencia con que niños y niñas desarrollan su conciencia moral. Si aquéllos, efectivamente, tienden a percibir la norma moral como un imperativo legal, en función de lo que es justo o injusto, las niñas, por su parte, atienden más a las relaciones interpersonales, al deber de cuidar al otro y responsabilizarse personalmente de las asimetrías entre las personas y de los sufrimientos concretos. En síntesis, las mujeres acceden a la ética menos desde la abstracción de la ley moral y más desde situaciones singulares y cercanas que hay que resolver; no piensan tanto en la correcta aplicación de la norma, cuanto en las consecuencias que puedan derivarse de la decisión tomada. El planteamiento femenino es, en una palabra, menos racional porque también es emocional.

No hace falta decir que, desde el feminismo más radical e igualitario, la atención a la diferencia planteada por Gilligan fue, en principio, rechazada por falsa, retrógrada y, en definitiva, equivocada, en la medida en que se la veía como la mera reproducción de una perspectiva patriarcal y dominadora con respecto al género femenino. Condenada secularmente a ocuparse del hogar, recluida en la vida privada, la mujer siempre se ha volcado en las tareas del cuidado – de los hijos, los ancianos, los enfermos-, no porque esa fuera su elección prioritaria ni estuviera especialmente dotada para ello, sino porque ese fue su inevitable destino. Desde tal punto de vista, el intento de subrayar el valor del cuidado no podía entenderse sino como el intento de ensalzar un valor que siempre estuvo vinculado a la servidumbre. Sin duda era un valor necesario, pero, desde la perspectiva de la emancipación de la mujer, mejor no nombrarlo porque era inconveniente.

El tiempo ha ido poniendo de manifiesto que las críticas anteriores se equivocaban. No había esencialismo en la propuesta de Gilligan ni de quienes, desde el principio, como es mi caso, la secundaron. No se trataba, en ningún caso, de recordarles a las mujeres sus deberes como cuidadoras ni su especial disposición para ese menester para que siguieran perpetuándolo. Al contrario, se trataba de dar relieve a un valor que la ética había obviado porque estaba oculto en el trabajo invisible –a saber, no remunerado- de muchas mujeres. Se trataba de universalizar ese valor: mostrar que realmente cuidar unos de otros es un deber moral básico, porque es necesario, dada la vulnerabilidad que constituye al ser humano, razón por la cual nadie –ninguna mujer ni ningún hombre- podía quedar eximido de esa obligación fundamental.

A partir de aquí, la teoría ética que incluya el cuidado entre sus valores imprescindibles ha de intentar responder a dos cuestiones:

1. Si el cuidado es una necesidad derivada de la vulnerabilidad y contingencia humanas, ¿por qué hemos perdido la capacidad de cuidar?
2. Puesto que la pérdida de la capacidad de cuidar es un hecho, ¿cómo hacer que esa capacidad se convierta en un deber asumible por todos?

«Realmente cuidar unos de otros es un deber moral básico»

La pérdida de la capacidad de cuidar

2

La empatía es una capacidad innata de la naturaleza humana. Así lo vieron filósofos clásicos, como David Hume y Adam Smith, para quienes el ser humano nacía dotado de un sentimiento de «simpatía» (*sympathéia*), por el que sentía en sí mismo el dolor y el placer de sus congéneres. Simpatía o compasión, es la misma palabra. Ambos pensadores veían en ese sentimiento inicial el origen del comportamiento moral. No sólo ellos, el neurocientífico contemporáneo Roberto Damasio o el psicólogo Frans de Waal entienden que ese «sentir con» el otro es un aspecto indisociable de los animales superiores, incluidos los humanos.

Si esto es así, la pregunta que debemos hacernos es por qué el cuidado mutuo, expresión de la empatía entre los semejantes, ha dejado de ser una característica que acompaña nuestra relación con los demás. ¿Por qué la empatía originaria parece ausente en tantas situaciones de aislamiento, soledad, indigencia, dependencia, abandono, frecuentes en sociedades supuestamente civilizadas como la nuestra? La condición humana dispone de los requisitos para el amor, la compasión, la compañía, ¿qué falla para que no haya rastro de dichas actitudes cuando más falta hacen?

El cuidado es, en teoría, una disposición que se activa cuando algo en nuestro interior nos dice que lo que vemos que ocurre está mal y no debería ser así. No obstante, esa llamada interna permanece desactivada demasiado

«La condición humana dispone de los requisitos para el amor, la compasión, la compañía, ¿qué falla para que no haya rastro de dichas actitudes cuando más falta hacen?»

a menudo, y la razón de que así sea es que la costumbre, el lenguaje, las formas de vida han acabado normalizando situaciones que están mal y deberían corregirse. Es normal, pensamos, que la soledad acompañe a los mayores, que los ancianos mueran muchas veces solos, que las residencias geriátricas sean el hábitat natural para personas con familiares que viven lejos o están excesivamente ocupados, que el estado de bienestar profesionalice los cuidados hasta el punto de que el ciudadano concreto pueda desentenderse de ellos, es normal que, en la profesión sanitaria, los médicos curen y las enfermeras cuiden a los pacientes, es normal que los migrantes huyan de sus países en busca de una acogida que nadie está dispuesto a brindarles de buen grado.

Y también es normal, pensamos, que se haya consagrado una división ancestral del trabajo por la que las mujeres son las cuidadoras por necesidad o incluso por excelencia mientras los hombres se inhiben de las tareas del cuidado.

Frente a ese modelo incuestionado se pronuncia la ética del cuidado, no sólo porque, como he venido arguyendo, el cuidado es un valor que hay que reconocer y procurar, sino porque sustraerlo del monopolio femenino y convertirlo en un deber universal es una de las maneras de liberar a la democracia de las dominaciones, muchas veces aún invisibles, del patriarcado.

La negligencia frente al cuidado, y la normalización de esa negligencia, tiene raíces en algunas de las premisas que han sustentado la ideología liberal desde sus inicios. Lo explica muy bien, en este caso un varón, el filósofo Alasdair MacIntyre, en el libro *Animales racionales dependientes* (1999), donde pone de relieve el desacierto de la modernidad al considerar que el ser humano alcanza su plenitud con la autonomía personal. Todo el pensamiento ilustrado se construye sobre la base de esa característica propia de la humanidad madura, capaz de pensar y actuar por sí misma. A causa del enaltecimiento de la autonomía, no se ha reparado suficientemente en la vulnerabilidad humana, en la contingencia, en el hecho concreto de que lo que nos caracteriza (a diferencia de lo que ocurre con otros animales no humanos) es que los humanos nacemos y morimos dependientes. La dependencia no es un rasgo que superemos del todo; nos acompaña a lo largo de la vida, en distintas ocasiones, más aún cuando las expectativas de vivir más años crecen junto con el peligro de que los años de más que se van sumando a los habituales incrementen la dependencia. El problema es que, a pesar de esa realidad indiscutible que nos constituye, nuestro marco mental sigue siendo individualista. Seguimos creyendo que la autonomía es el máximo logro que se nos ha concedido y lo que hay que lograr y preservar a toda costa.

Dicho de otra forma, el marco individualista que pervive desde la modernidad impide caer en la cuenta de que somos seres «relacionales». Nuestra libertad, ese derecho fundamental, es y será limitada porque la vulnerabilidad nos acecha. Pero, lejos de vernos así, tendemos a pensarnos como autónomos; los dependientes son siempre otros, unos «ellos» distintos de «nosotros», los que podemos contar con la plenitud de nuestras capacidades.



Cambio de perspectiva. Una nueva concepción de ciudadanía

3

«Si el cuidado es un deber de todos, porque es necesario para el mayor bienestar de la sociedad, su valor debe ser reconocido como tal»

Lo que se impone para que el cuidado sea visto de veras como un valor imprescindible es otro marco mental, un cambio de perspectiva, que parta de la convicción de que todos somos dependientes, aunque la dependencia no se manifieste en muchos casos de una forma continua a lo largo de la vida. Debemos cuidar de los demás porque, a la corta o a la larga, antes o después, también nosotros necesitaremos ser cuidados. Partir de esa convicción es abandonar la perspectiva individualista para concebirnos como elementos de una interdependencia inevitable.

Obviamente, dicho cambio no se producirá a partir de un voluntarismo individual promovido por quienes sienten con mayor intensidad, o mayor responsabilidad, esa simpatía original hacia los que sufren o viven peor. Como explica muy bien Joan Tronto (*Caring Democracy,* 2013), el cuidado debe ser responsabilidad de todos y convertirse en una obligación cívica, en un deber de la ciudadanía. La democracia ha de evolucionar hacia una «democracia cuidadora».

Lo cual implica algo muy sencillo y no tan difícil de llevar a la práctica si pensamos que depende de nosotros. Si el cuidado es un deber de todos, porque es necesario para el mayor bienestar de la sociedad, su valor debe ser reconocido como tal. Dicho reconocimiento ha estado ausente mientras los espacios del cuidado eran los orfanatos, los hospitales, los centros de acogida... y la vida doméstica. Había un cuidado profesional, mejor o peor ejecutado y repartido, y el resto era desempeño de las madres, las hijas y las esposas en el ámbito familiar.



Frente a un trabajo cuyo valor venía determinado por la remuneración que en cada caso se le asignaba, el cuidado siempre fue gratuito, algo que se supuso sin coste pues iba incluido en la biología de las cuidadoras. Ha sido la lucha de las mujeres por su emancipación la que ha traído consigo una serie de cambios, entre los cuales se encuentra este: aun cuando siga siendo un trabajo no remunerado, cuidar de los demás es un acto valioso que merece reconocimiento. Merece reconocimiento individual y colectivo. De ahí que estemos hablando no sólo de una virtud personal que deba desarrollar y cultivar cada uno, sino también de un derecho y un deber público garantizable y asumible por las instituciones democráticas.

Además de la revolución feminista, otros cambios sociales han contribuido a poner de manifiesto el imperativo del cuidado. La teoría de que el ser humano tiene una dignidad intrínseca se ha ido imponiendo en el discurso ético y en los textos legales con el fin de recabar y exigir una actitud de respeto, solicitud, protección y ayuda hacia aquellas personas cuya dignidad es sólo un atributo nominal no confirmado por el tipo de vida que les es dado llevar. Personas, discapacitadas, dependientes, mayores, que van perdiendo paulatinamente sus facultades más básicas. La dignidad de nuestros ancianos depende de la forma en que la sociedad los trate. Y la sociedad somos todos nosotros, hombres y mujeres. De la misma forma que las situaciones de desigualdad y discriminación remueven las conciencias y fuerzan a reparar un daño injusto, la escasa calidad de ciertas formas de vida, por causa de la enfermedad, los años, la soledad o la pobreza, debería incitar al cuidado.

En el ámbito de la medicina, el informe elaborado por el *Hastings Centre*, «Los fines de la medicina» (1996), puso de manifiesto que las funciones del profesional sanitario han cambiado. La función del médico no es ya sólo curar la enfermedad y procurar alargar la vida, sino también cuidar al que no tiene curación y ayudar a morir. Ese cuidado, en principio reducido a las funciones propias de la enfermería, hoy debe formar parte del deber médico en general. Cuidar es también una función de la medicina.

Y ese cambio, que el mundo sanitario ha acogido con relativa facilidad, ha de darse también en la política siguiendo los parámetros de la «democracia cuidadora». Hay cuidados institucionalizables y profesionalizables; otros no, pues la fragilidad del ser humano tiene tiempos imprevisibles. Procurar una vida de calidad para los mayores y los moribundos es un deber político y moral que debe afectar a las decisiones políticas y a las actitudes personales. No es de recibo, en un mundo de abundancia como el nuestro, que las personas mueran solas y totalmente desatendidas; las políticas públicas deben paliar esas deficiencias y procurar evitarlas. Pero también los ciudadanos deben asumir como una responsabilidad cívica el cuidado de quienes viven en su entorno más cercano.

Para seguir reflexionando 4

Los cambios que se precisan para la promoción de ciudades cuidadoras y de una ciudadanía consciente de sus deberes con respecto al cuidado, tienen que ver con los cuatro puntos siguientes.

1. Debe cambiar la concepción de la persona para aceptar la vulnerabilidad y contingencia que la caracteriza. El cuidado no será visto como un deber sólo a partir de la consideración de la dependencia ajena, sino de la autoconcepción de todo ser humano como interdependiente. Todos somos, nos guste o no, *care receivers* y *care givers*. Esa condición nos iguala.
2. La división del trabajo que ha repercutido en el binomio público/privado debe ser puesta en cuestión. Nuestro mundo crece y se desarrolla tanto gracias a la actividad productiva como a la actividad reproductiva. Si atendemos a la realidad, vemos que la actividad productiva ocupa un espacio cada vez más corto en la vida de las personas, mientras la actividad reproductiva carece de reconocimiento. La relación entre el llamado «tiempo de vida» y el tiempo dedicado al trabajo productivo está dejando de ser la que era por causa del desarrollo tecnológico. Las cargas vinculadas a la reproducción y al cuidado de los demás deben ocupar el espacio que merecen en la vida de todos.
3. Hay que desnaturalizar el cuidado como algo exclusivo del género femenino y verlo como una actividad que concierne a todos sin excepción. Carecen de fundamento las «dispensas» masculinas de las responsabilidades del cuidado.
4. El cuidado no es un valor privado, sino también público. Las instituciones deben ser también «cuidadoras», lo cual significa, en palabras de Tronto: «percibir necesidades y repartir responsabilidades». El objetivo de las políticas públicas no debe ser sólo la provisión de cuidados, sino la promoción de un debate público sobre prioridad en las necesidades y asignación de responsabilidades.

«Hay que desnaturalizar el cuidado como algo exclusivo del género femenino y verlo como una actividad que concierne a todos sin excepción»

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Ética



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. La mirada ética del cuidado 23

2. Noción de la vulnerabilidad 24

3. Taxonomías de la vulnerabilidad 25

4. Vulnerabilidad y cuidado 26

Decálogo 28

«La respuesta ética ante la fragilidad es el cuidado de lo vulnerable»

Barcelona

Octubre, 2020

CC BY NC ND

Autores



Núria Terribas Sala

Jurista especializada en el ámbito de la bioética y el bioderecho. Directora de la Fundació Víctor Grífols i Lucas. Directora de la Càtedra de Bioètica "Fundació Grifols" - Universitat de Vic-Central de Catalunya (**líder del área**).



Esther Busquets Alibés

Doctora en Filosofía. Profesora de Bioética de la Facultat de Ciències de la Salut i el Benestar de la Universitat de Vic. Coordinadora de la Càtedra de Bioètica "Fundació Grifols" de la UVIC-UCC.



Xavier Cardona Iguacen

Licenciado en Medicina. Profesor de Bioética de la Facultat de Ciències de la Salut - Blanquerna, Universitat Ramon Llull. Vocal del Comitè d'Ètica i Serveis Socials de Catalunya



Begoña Román Maestre

Doctora en Filosofía, Universitat de Barcelona. Profesora de Filosofía y Ética Aplicada en la Universitat de Barcelona. Presidenta del Comitè d'Ètica i Serveis Socials de Catalunya.



Francesc Torralba Roselló

Doctor en Filosofía, Universitat de Barcelona; en Teología, Facultat de Telogía de Catalunya y en Pedagogía, Universitat Ramon Llull. Director de la Càtedra Èthos d'Ètica Aplicada, Universitat Ramon Llull. Miembro del Consejo Asesor de la Fundación Mémora.

La mirada ética del cuidado 1

Desde hace varios decenios, el cuidado que mutuamente nos debemos los humanos ha irrumpido en el discurso ético como uno de los valores ignorados pero imprescindibles para los nuevos tiempos. La condición de vulnerabilidad del ser humano es un hecho universal del cual nadie puede emanciparse, porque la fragilidad está arraigada en la naturaleza humana. A pesar del optimismo de la cultura tecnológica la condición humana es vulnerable, y no se puede deshacer de la enfermedad, del dolor, del sufrimiento y de la muerte.

«La condición de vulnerabilidad del ser humano es un hecho universal»



2 Noción de vulnerabilidad



La vulnerabilidad es, según Samuel Gorovtiz, la posibilidad de ser herido (1). El ser humano, como toda entidad mundana, es vulnerable. Ser vulnerable significa ser frágil, inconsistente, lábil; significa ser susceptible de recibir o padecer algún tipo de mal.

El concepto evoca impotencia, falta de control sobre la situación. La vulnerabilidad tiene que ver con la posibilidad de sufrir, de enfermar, de padecer. Por eso el concepto está íntimamente vinculado a otros vocablos como el de fragilidad, de finitud, de contingencia y de indigencia.

La vulnerabilidad, intrínseca a la condición humana, puede ser asumida y apropiada de un modo consciente. Esto significa que el ser humano no sólo es vulnerable como cualquier otro ser vivo, sino que, además, puede tomar consciencia de ésta, puede hacerse cargo, mental y emotivamente, de su situación vital, anticiparla e idear mecanismos para paliarla o bien para sobrellevarla.

«La vulnerabilidad tiene que ver con la posibilidad de sufrir, de enfermar, de padecer»

Taxonomías de la vulnerabilidad 3

«La vulnerabilidad, en el ser humano, es una vulnerabilidad abierta»

La vulnerabilidad, constitutiva de uno mismo y de todo cuanto hay en el mundo, se oculta permanentemente detrás de la conciencia de los objetos concretos de nuestro vivir. Sólo cuando uno toma conciencia, realmente, del carácter finito y efímero de su ser vivo o del ser vivo que tiene enfrente, trasciende la conciencia objetual, para ahondar en la conciencia de la vulnerabilidad, de lo que hay de transversal en todas las cosas.

Esta apropiación de la vulnerabilidad es, de hecho, potencial y se convierte en algo actual a través de las experiencias que uno va acumulando a lo largo del periplo vital. El recién nacido, por ejemplo, no sabe que es vulnerable, pero, en la medida, en que vaya adquiriendo consciencia del mundo y de su mundo particularmente se percata de su carácter lábil y efímero.

La vulnerabilidad, en el ser humano, es una vulnerabilidad abierta, que trata de comprenderse, de justificarse, de explicarse a sí misma y de hallar una razón de ser y una práctica de salvación de ésta. La vulnerabilidad del animal es una vulnerabilidad cerrada. Esto no significa que no busque mecanismos para paliar sus precariedades. Los busca de un modo natural, por instinto de supervivencia, pero en él esta vulnerabilidad no adquiere consciencia de orden metafísico, no se abre a una respuesta de orden global que permita dar sentido a la misma y justificarla, aunque sólo fuera de un modo provisional.

Existen distintos modos de clasificar la vulnerabilidad humana. Según Gorovtiz, se pueden distinguir diferentes niveles y grados de vulnerabilidad (2). Él distingue la vulnerabilidad individual, la de determinados grupos y la universal (3).

4 Vulnerabilidad y cuidado

La vulnerabilidad humana nos convierte en seres dependientes de otras personas. La autosuficiencia y la soberanía no son propias de la vida humana, porque nadie tiene, ni puede pretender tener, el control absoluto sobre su vida.

La respuesta ética ante la fragilidad es el cuidado de lo vulnerable. La vulnerabilidad en sentido antropológico tiene un carácter descriptivo, en cambio la vulnerabilidad en sentido ético tiene un carácter prescriptivo: no solamente debemos contemplar la vulnerabilidad, sino que debemos responder a la fragilidad propia y ajena. El sustrato antropológico caracterizado por la fragilidad es la base de la ética. Peter Kemp y Jacob Dahl Rendtorff piensan que la noción de vulnerabilidad es en sí misma un concepto ético porque conlleva, más allá de la descripción de un hecho, la prescripción de un tipo de ética de la vulnerabilidad, que ofrezca una respuesta comprometida con la protección de la vida vulnerable, ya sea humana, animal o natural en general. (4)

La responsabilidad representa una manera de relacionarse con los demás que pone de relieve la importancia del cuidado. Joan Tronto y Marian Barnes subrayan que «el cuidado no es solo una necesidad de los débiles, los jóvenes y los mayores. Todos los seres humanos necesitamos cuidados, cada día». (5) Y tenemos responsabilidad del cuidado de los otros en tanto que somos seres interdependientes, (6) que vivimos en relaciones mutuas de cuidado y no podemos vivir al margen de los demás, si queremos que nuestra vida tenga sentido y calidad. «El cuidado no es un añadido, no es un elemento opcional, sino que es un elemento de 'primer orden' sobre el que se fundamentan los acuerdos sociales». (7) Si no cuidamos y no nos cuidan cuando lo necesitamos, si no nos sentimos responsables ante la vulnerabilidad ajena, se quebrantan los cimientos de la humanidad.



«Debemos responder a la fragilidad propia y ajena»

El cuidado va más allá de las relaciones interpersonales (vida privada), porque el cuidado constituye un fundamento imprescindible de nuestra vida en común. No es un valor privado sino también público. Las instituciones deben ser también "cuidadoras", lo que significa en palabras de J. Tronto "percibir necesidades y repartir responsabilidades". Por ello la organización social y política (ciudades que cuidan) debería pivotar sobre el cuidado, lo cual conlleva una desfeminización del cuidado. Como recuerda Carol Gilligan «el cuidado y la asistencia no son asuntos de mujeres, son intereses humanos». (8)

El cuidado es una experiencia humana, con independencia del género, porque todos pueden y deben cuidar de quien lo necesita.

A su vez, el cuidado también requiere autocuidado, el cuidado de sí, para poder cuidar mejor a los demás, ya que uno debe estar en sus mejores condiciones, pero el autocuidado es importante sobre todo para poder desarrollar el propio proyecto de vida. En ese sentido las ciudades que cuidan deberían ofrecer instrumentos para fomentar el autocuidado de su ciudadanía sin penalizar aquella vulnerabilidad debida a factores contextuales, a menudo no elegibles.

Todo ello sin olvidar la vulnerabilidad moral: nos pueden herir moralmente con humillación, estigmatización, por falta de reconocimiento. (9) Las ciudades que cuidan lo deben hacer desde una perspectiva de derechos y de justicia. Sin embargo, también deben cuidar que las otras estructuras trascendentales en el desarrollo de la persona, como la familia o las comunidades de intereses compartidos, puedan hacer su labor. En esas tres esferas las exigencias morales son diferentes, tienen responsabilidades asimétricas. La vulnerabilidad de un miembro de la familia no exige lo mismo a esa familia que a la comunidad de vecinos o a la ciudad. Pero las ciudades que cuidan deben asumir su responsabilidad facilitando las del resto. El cuidado universal atiende al ser genérico, en cualquier lugar, en cualquier momento; pero para ser completo el cuidado debe atender el cuidado familiar y comunitario, que tiene en consideración el ser concreto (10) de la persona vulnerable y por ello sus relaciones.

Finalmente, debemos advertir del peligro de asociar vulnerabilidad y cuidado, creando una relación de dependencia paternalista, desde esa visión de "saber lo que conviene al ciudadano". Es necesario que nuestras ciudades cuidadoras pregunten a los vulnerables, si quieren ser cuidados y cómo. Es imprescindible la participación de los vulnerables y tener en cuenta su voz y valores vitales; tendremos que desempoderarnos para dejar espacio a su propio empoderamiento y así constatar también nuestra vulnerabilidad de no poder con todo. Tendremos que descubrir la fortaleza de la vulnerabilidad intrínseca al hecho humano, la de los vulnerables, que somos todos, no solo la de los vulnerados por las desigualdades.

Es imprescindible, pues, un cambio de perspectiva y una nueva concepción de ciudadanía, que parta de la convicción de que todos somos dependientes y vulnerables, aunque esta dependencia pueda manifestarse de distintas formas y en distintos momentos de nuestra vida, pero todos tenemos la responsabilidad de cuidar porque antes o después necesitaremos ser cuidados.

«Es necesario que nuestras ciudades cuidadoras pregunten a los vulnerables, si quieren ser cuidados y cómo»

Decálogo

1. Promover un cambio en la concepción de la persona en su condición de vulnerabilidad, que realmente el ciudadano tome conciencia de esto, vulnerables somos todos, hay que hacer tomar conciencia de la condición de vulnerabilidad del individuo.
2. Dar mejor y más peso a cuidar a las cuidadoras, al valor de la tarea que hacen los cuidadores, sean cuidadores informales, familiares, privados, sean cuidadoras profesionalizadas y lo decimos en femenino porque es el mayor grupo, sean las instituciones que cuidan y que cuidan con recursos escasos, es decir, dar más valor y más peso a los que cuidan, sea del perfil que sea ese cuidador.
3. Potenciar el autocuidado de la ciudadanía, el autocuidado importante y trascendente.
4. Visibilizar el cuidado como algo transversal más allá del rol de la mujer o del rol femenino que hasta ahora ha tenido. Todos podemos asumir un papel de cuidado, cada uno en su ámbito, en su parcela.
5. Mejorar los recursos dirigidos a las instituciones cuidadoras, y esto puede ser una responsabilidad local o del municipio y evidentemente también a mayor gran escala de una administración autonómica o a nivel incluso de país. Pero mejorar, y la pandemia nos lo ha puesto evidente, la necesidad de dotar de más recursos a las instituciones cuidadoras.
6. Priorizar el debate público sobre las necesidades de cuidado en la ciudad y de las responsabilidades para cubrirlas. Abrir un debate sobre qué necesitamos, qué cuidados, y luego cómo repartimos las responsabilidades para responder a esa necesidad de cuidados.
7. Empoderar al ciudadano para participar en la toma de decisiones y en las políticas de cuidado. Dar voz al ciudadano que es el sujeto pasivo de los cuidados, que sea un sujeto activo.
8. Fomentar herramientas de ayuda y colaboración comunitaria y vecinal. Hay muchas iniciativas, comunitarias regionales que se podrían extrapolar a otras ciudades que funcionan, que son redes de apoyo y que deberían ponerse a trabajar mejor y generalizar.
9. Promover la colaboración público-privada. Aquí, por ejemplo, hemos abierto una actividad desde una iniciativa privada, pero que lo que pretendemos es que sirva para cualquier administración pública que quiera tomar estas ideas e implementarlas, y esto es fundamental, potenciar esa colaboración.
10. Estaría bien que las ciudades, las grandes ciudades, sobre todo, creasen herramientas tipo observatorio de la vulnerabilidad, de la necesidad de cuidados que les permiten identificar qué pasa en su ciudad, qué necesidades tienen, cuánta vulnerabilidad hay y qué tipo de respuestas le debemos dar y cómo dársela.

Bibliografía

1. S. GOROVTIZ *Reflections on the vulnerable,* en Z. BANKOWSKI, J. H. BRYANT (Ed.), *Poverty, vulnerability and the value of human life*, Ginebra, 1994, p. 203.
2. Dice en Ibídem, p. 203: "Further, vulnerability, where it exists, is not unitary, either present or absent in each of its many dimensions. Rather, there is a continuum of severity of risk one faces in each dimension in which one is at risk. That is, one can be vulnerable in each of the ways in which on can be vulnerable at all".
3. Ibídem, p. 203: "We can consider three levels at which vulnerability is present. The first level is that of the individual; each person is vulnerable to varying degrees in varying ways. The second level is the vulnerability of specific groups – (....) - be it the urban poor, children, haemophiliac, politicians, soldiers...or any other group at some specific risk. Finally, there is vulnerability at the level of universality –the vulnerability we all share by virtue of our humanity".
4. P. Kemp, J.D. Rendtorff, «Principe de vulnerabilité», en G. Hottois y J-N. Missa, *Nouvelle encyclopédie de bioéthique*, Bruxelles, De Boeck, 2001, pp. 869-876.
5. J. Tronto, «La democracia del cuidado como antídoto frente al neoliberalismo», en AA. VV, *El futuro del cuidado*, Barcelona, Ediciones San Juan de Dios, 2017, p. 30.
6. David Gauthier considera que los humanos somos 'centros independientes de actividad', y que el cuidado va destinado únicamente a las personas con necesidades especiales. [D. Gauthier, *Moral by Agreement*, Oxford, Oxford University Press, 1986].
7. M. Barnes, «Alianzas integrales para el cuidado», en AA. VV, *Nuevas políticas del cuidar*, Barcelona, Edicions Col·legi Oficial Infermeres i Infermers Barcelona, 2018, p. 54.
8. C. Gilligan, *La ética del cuidado,* Barcelona, Fundación Víctor Grífols y Lucas, 2013, pp. 54-55.
9. A. Honneth: *La lucha por el reconocimiento*. Barcelona, Crítica, 1997
10. S. Benhabib, *El ser y el otro en la ética contemporánea*, Gedisa, Barcelona, 2006.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Soledad



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Conceptualización. Soledad, Soledades 33

2. Salud y Soledad, la COVID-19 y Soledad 36

3. Intervenir y evaluar 39

4. Aspectos a considerar 41

Decálogo 42

«Abordaje de la soledad a lo largo de la vida en entornos de cuidado»

Barcelona

Noviembre, 2020

CC BY NC ND

Autores



Cristina Segura Talavera

Licenciada en Sociología. Directora del Departamento de Personas Mayores de la Fundació Bancària la Caixa (**líder del área**)



Sacramento Pinazo Hernandis

Doctora en Psicología. Coordinadora de la Unidad de Investigación Intervención Psicosocial en Envejecimiento, Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.



Albert Quiles Martínez

Director de Amigos de los Mayores. Màster en Gerontologia Social per la Universitat de Barcelona.



Javier Yanguas

Doctor en Psicología, Universidad Autónoma de Madrid. Director científico del Programa Mayores de la Fundació «la Caixa», director de proyectos de Aubixa Fundazioa y expresidente (2014-2018) de la Sección de Ciencias Sociales y del Comportamiento de la International Association of Gerontology an Geriatrics for the European Region.

Conceptualización. Soledad, Soledades

1



La soledad es un constructo complejo, difícil de definir y aprehender, que tiene muy diversos abordajes no mutuamente excluyentes, que deben de ser comprendidos y conceptualizados desde la integración de diversas perspectivas complementarias. Se puede conceptualizar la soledad como una experiencia subjetiva vivida en forma de múltiples realidades, que son experiencias personales únicas, distintas y cambiantes que el individuo construye y reconstruye a lo largo de su historia de vida, y cuyos matices cambian con el paso del tiempo.

Por lo tanto, la soledad es algo dinámico que exige intervenciones capaces de asumir dicha variabilidad, siendo además necesario indagar en los distintos factores que provocan el sentimiento de soledad para su detección y abordaje asumiendo su complejidad, acompañando y fortaleciendo a las personas durante todo su proceso.

Las relaciones, el apoyo y su «reverso tenebroso», la soledad, no se pueden comprender sin vincularlas al entorno comunitario. Las relaciones son fundamentales en la vida de las personas, ayudan a conformar nuestra identidad personal y psicosocial, nos proveen sentido, y las relaciones sociales significativas pueden además ofrecernos tanto apoyo y ayuda en caso de necesitarla, como que nos facilitan reducir la soledad.

El fenómeno de la soledad comprende desde emociones a procesos cognitivos, incluye a la persona y a la comunidad, engloba variables «intrapersonales» y culturales, se ve influenciado por los comportamientos y mediatizada por factores externos como la vivienda, se relaciona con fragilidad y vulnerabilidad y un largo etcétera de cuestiones en las cuales residen tanto su complejidad como el desafío a nuestras sociedades.

Existen diferentes aproximaciones a la soledad desde la Filosofía, Sociología, Psicología, que podemos resumir en (Yanguas et al, 2018a; Yaguas et al 2018b):

1. La perspectiva cognitiva, en la que la soledad se entiende como una discrepancia (una evaluación que el sujeto realiza) entre las relaciones sociales que una persona desea y las que tiene.
2. El interaccionismo, que conceptualiza la soledad no desde el hecho de estar solo, sino desde la falta de relaciones tanto significativas como íntimas, así como por la falta de vinculación comunitaria.
3. La perspectiva psicodinámica, que concibe la soledad como las consecuencias negativas derivadas de la necesidad de intimidad, de relaciones interpersonales para vivir.
4. El existencialismo, para el que la soledad es una realidad consustancial al ser humano que, por un lado, puede causar sufrimiento y dolor, y por otro, supone la posibilidad de crear cosas nuevas, reflexionar y comprenderse a uno mismo, etc.

Con el fin de comprender qué es, se asumen dos componentes básicos en ella:

1. un componente afectivo, ligado a las emociones negativas (y sustentado por una aproximación teórica de corte psicodinámico que enfatiza la importancia de la necesidad social de relación);
2. un componente cognitivo (que es el que en realidad adquiere importancia en la visión de la soledad), relacionado con la discrepancia entre expectativas y realidad propia de las visiones cognitivistas.

Además, la soledad:

a. Se caracteriza por contener un sentimiento de aislamiento, que puede ser objetivo o subjetivo, metafísico o comunicativo, existencial, social, etc., que está siempre presente y que es parte nuclear de la experiencia personal e intransferible de lo que llamamos soledad.

b. Se refiere a su vez a la carencia o privación referida a sentimientos de vacío o abandono asociados a la ausencia de relaciones de intimidad, en otras palabras, la soledad tiene es su génesis, un fuerte componente relacional.

c. Es fruto de una discrepancia cognitiva entre las relaciones que una persona tiene y las que esperaba tener, cuya aparición y/o mantenimiento dependen de la evaluación subjetiva de la propia persona sobre la calidad y la cantidad de sus relaciones sociales.



d. Incluye siempre un conjunto de aspectos emocionales que la acompañan como tristeza, melancolía, frustración, vergüenza o desesperación, habitualmente ligados con la presencia de un déficit, que siempre conlleva amargura y dolor (aunque a través de ella una persona -hipotéticamente- pueda aprender, mejorar, desarrollarse personalmente, etc).

e. Puede derivarse de causas objetivas (ausencia de relaciones, por ejemplo) o ser independiente de dichas causas objetivas (una persona puede no estar solo, pero sentirse solo), no estando obligatoriamente relacionada con las habilidades sociales del sujeto que la padece.

f. La soledad además de poder venir provocada por una falta de relación con otras personas también puede tener un componente de falta de vinculación comunitaria. La comunidad donde vive un individuo le provee sentimientos de pertenencia, identificación con otros, seguridad emocional, influencia recíproca, percepción de compartir valores y recursos, conexión emocional además de satisfacción de necesidades, etc.; cuya ausencia puede provocar sentimientos de soledad. Autores relevantes como Cacioppo y Patrick (2008) definen la soledad como un «dolor social» comparable al dolor físico, dotándola de una función específica: si el dolor físico surge para protegernos de los peligros físicos, la soledad, como «dolor social», se manifestaría como una forma de protegernos del peligro de permanecer aislados (relacionado, obviamente, con la importancia de las conexiones sociales).

g. Existen además tantas soledades como «porqués» generadores de los distintos sentimientos de aislamiento, vacío, exclusión, etc. que experimenta una persona en situación de soledad (Yanguas, 2018a).

Juntamente con lo ya explicitado, la soledad depende de la interacción mutua de diversas variables, algunas propias de la persona y otras externas al individuo (algunas bajo su influencia y otras que no dependen en absoluto de su voluntad) en mutua interacción (Victor et al 2009; Victor y Sullivan 2015):

a. Factores intrapersonales: personalidad y los «estilos» cognitivos (expectativas, evaluación de la situación por parte de la persona, etc.);

b. Factores extrapersonales: como el «engagement interpersonal» (es decir, el funcionamiento social de la persona a lo largo de todo su ciclo vital); los eventos vitales que les suceden a las personas tanto relativos a su salud (enfermedades, etc.) como sociales (jubilación, viudez, pérdidas, marcha de los hijos a otros países, etc.); factores socioeconómicos(renta, existencia o no de servicios de atención; el «ambiente social» en el que la personas viven (vivienda, barreras arquitectónicas, equipamientos, tipo de comunidad más individualista o colectiva ámbito rural versus urbano, etc.; estilos de vida (uso del tiempo libre, aficiones,...); factores culturales, estereotipos sociales (edadismo), etc.

La soledad se compone de sentimientos distintos que corresponden a motivos diferentes que la provocan, que tienen respuestas diversas por parte de las personas en situación de soledad, lo cual requiere intervenciones diferenciadas, si no queremos ofrecer la misma respuesta al que sufre soledad por una pérdida, que al que se siente solo porque su vida no tiene significado.

«La soledad puede tener un componente de falta de vinculación comunitaria»

2 Salud y Soledad, la COVID-19 y Soledad

«Las relaciones sociales son fundamentales para afrontar situaciones de estrés como las vividas durante la pandemia»

Las relaciones sociales afectan directamente a la salud, la felicidad y el bienestar. A la soledad se le denomina a menudo, el «aislamiento doloroso». Esta es la diferencia entre estar solo y sentirse solo, entre salud objetiva y salud subjetiva, si bien ambas correlacionan con mayor morbilidad y mortalidad. Tener apoyo de la familia y amigos es importante para nuestra salud pero también es instrumental para compartir información o aprender de otros.

La evidencia científica muestra que las personas que experimentan soledad durante largos periodos de tiempo tienen peor salud, pero, a la vez, las personas con menos salud se sienten más solas al cabo del tiempo.

Analizar los aspectos objetivos y subjetivos de la soledad puede permitirnos entender mejor cómo afecta la soledad a la salud (Holt-Lunstad et al., 2015; Newall & Menec, 2019). Así, el aislamiento social predice declive cognitivo (Beller & Wagner, 2018; Griffin, Mezuk, Williams, Perrin, & Rybarczyk, 2018; Shankar, Hamer, McMunn, & Steptoe, 2013) y peor salud física. Y la falta de implicación en actividades sociales puede derivar en un desuso de las facultades mentales que pueden conllevar a un declive en la capacidad cognitiva. Por contra, la implicación en actividades intelectuales, físicas, sociales y comunitarias estimula el cerebro. Además, las relaciones sociales son fundamentales para afrontar situaciones de estrés como las vividas durante la pandemia, las derivadas de las pérdidas de vínculos, las asociadas a enfermedades crónicas o a la pérdida de funcionalidad; y pueden modular la respuesta a los eventos vitales estresantes que dañan la salud.

¿Cómo ha afectado la COVID-19 a la vida de relación y cómo ha acentuado situaciones de soledad y aislamiento social previas? La situación vivida, por novedosa, nos ha dificultado hacer una buena adaptación y dar una buena respuesta a las pérdidas (libertad, amigos, personas...). En estos tiempos de pandemia, muchas personas han estado solas y/o se han sentido solas, descubriendo unas nuevas vivencias jamás experimentadas antes, con el posible «estrés postraumático» derivado. La soledad obligada ha hecho que quienes viven solos hayan tenido que crear hobbies y rutinas con el objetivo de sobrevivir y protegerse de todo lo que estaba pasando durante la cuarentena. Ya no podían pasar tiempo con otros y socializar, y han tenido que buscar otras cosas que les resultaran gratificantes y que podían hacer solos.

De esta pandemia no está claro que salgamos mejores, lo que si es evidente es que salimos menos, porque han muerto muchas personas mayores. Debemos de ser capaces de afrontar las pérdidas, tanto las de los familiares, amigos y compañeros; como las pérdidas emocionales o de otro tipo, que esta situación nos ha traído. Las pérdidas son hermanas de la soledad. Debemos plantarle cara al miedo, a la ansiedad, al aislamiento, a la soledad y al dolor. Necesitamos más que nunca aumentar nuestros recursos personales para retomar el control de nuestra vida, sin olvidarnos de nadie, ni de los «invisibles», ni de los que se fueron. Necesitamos ser compasivos, necesitamos superar el dolor de las pérdidas y la soledad asociada.

Las relaciones familiares tienen un papel fundamental en el apoyo social. La familia es central en los cuidados de larga duración en España, pero en estos tiempos de pandemia, muchas familias han tenido que estar separadas, con contactos no presenciales. Las entidades de voluntariado se han quedado sin poder realizar sus tareas de acompañamiento de siempre, limitando su labor a llamadas de seguimiento. La ayuda y apoyo de los vecinos y la comunidad ha pasado a un primer plano. Se han creado (especialmente en donde ya había un trabajo comunitario previo) nuevos grupos de apoyo vecinal y se han reforzado otros. Relaciones comunitarias, de vecindad, en el territorio, que se han podido expandir rápidamente gracias a su capacidad para generar confianza y cercanía en su geografía particular. Se habla de más de 500 nuevos espacios de solidaridad en todo el Estado, redes invisibles de cuidado mutuo para hacer frente a la crisis sociosanitaria.

Las entidades de voluntariado como agentes que operan en el territorio se han convertido en espacios de oportunidad, llegando a donde no podían llegar los lazos y vínculos familiares. No obstante, es necesario profundizar en la calidad de su labor y en la coordinación con los servicios públicos así como en el uso de las tecnologías.



Por otro lado, es posible prevenir el deterioro de las personas que sienten solas o tienen factores de riesgo con diferentes formas de implicación y nuevos estímulos (entrenamiento cognitivo, conversaciones, redes relacionales para mantener la participación social,....) sobre todo en momentos, como éste de la pandemia, en donde se encuentran con un mayor riesgo de disminución en las habilidades cognitivas, funcionales y motoras por menor uso.

El libro de Vivek Murthy (2020) *Juntos. El poder curativo de la conexión humana en un mundo a veces solitario,* destaca el deseo innato de conectar que tenemos todos los seres humanos de participar en la comunidad, de forjar vínculos con otros, de ayudarnos y compartir experiencias vitales. Como dice el libro, «simplemente estamos mejor juntos». Y para crear comunidades que cuidan de la salud social/relacional de las personas es necesario y pertinente: pasar tiempo cada día (al menos 15 minutos) con las personas a las que uno quiere; concentrarse en los otros; olvidarse de la multitarea y regalarle al otro atención plena (contacto ocular, escucha activa); aceptar la soledad y dedicarse tiempo a uno mismo (meditación, arte, música, paseos, cualquier cosa que produzca placer y alegría); ayudar y dejarse ayudar. El servicio a otros (familia, amigos, vecinos), es una forma de conexión humana que nos recuerda el valor y propósito en la vida.



Nuestra ciudad, el barrio al que uno pertenece forma parte de la historia y geografía personal. El espacio en el que crecemos y donde vivimos, en el que socializamos y donde nos relacionamos, forja nuestra identidad, decía Saint-Exupery que «nuestra patria es la niñez». La importancia de lo próximo aumenta con la edad y es vital para aquellas personas que viven en entornos domiciliarios junto a otras personas (centros residenciales, por ejemplo). Durante la pandemia hemos visto la soledad de las personas que vivían en residencias y estaban en un doble confinamiento: aislados de las familias y del entorno comunitario, sin poder salir al barrio y sin poder salir de sus habitaciones. La soledad, el miedo al virus, el temor a la muerte se han expandido en el interior de los centros; mientras que la sociedad, los ciudadanos, éramos contaminados por el virus del edadismo, haciendo realidad el título del libro de Cormac McCarthy que los hermanos Coen llevaron al cine: «No es país para viejos».

Intervenir y evaluar 3

Una vez revisado el concepto y conocidos los factores desencadenantes y las consecuencias en la salud, queda hablar de cómo intervenir. Para y por ello necesitamos:

1. Empoderar personas, construir comunidades y sensibilizar ciudadanía.
2. Claridad conceptual. Soledad y aislamiento social son términos diferentes que a menudo se usan indistintamente. El aislamiento social puede ser un factor de riesgo para la soledad y por ello, dirigir las intervenciones a disminuir el aislamiento social puede también aliviar la soledad. Un buen modelo teórico que defina los aspectos clave es necesario para dirigir las intervenciones. Las intervenciones en soledad son algo complejo que debe contemplar los distintos mecanismos implicados (Pinazo-Hernandis y Donio-Bellegarde, 2020).
3. La soledad se refiere a la falta de apoyo social, respeto o intimidad y las escalas que se usen deben evaluar esto. Pero la soledad también es una experiencia subjetiva que se refiere a los sentimientos negativos que emergen cuando las personas piensan que sus relaciones sociales son deficientes (Perlman & Peplau, 1981). No basta una evaluación sobre la disonancia cognitiva para comprender la soledad e intervenir sobre ella.
4. Se precisa investigaciones longitudinales y de cohortes que incluyan cuestiones sobre relaciones, soledad y aislamiento, vinculada a factores de riesgo y variables moduladoras. Dado que a lo largo de la vida, podemos sentir soledad en muchos y diferentes momentos y la soledad no es algo exclusivo de los ciudadanos de mayor edad, una buena iniciativa es enseñar a los niños y jóvenes en los centros educativos cómo pueden afrontar la soledad.
5. Diferentes intervenciones para distintas soledades. Las personas mayores son muy heterogéneas y la soledad es una experiencia individual. Por ello, no existe una única manera de afrontarla, ni una sola forma de intervenir (1). Las soluciones deben hacerse a medida, debe haber múltiples formas de intervenir en soledad dependiendo del lugar donde se realice la intervención, el modo en el que se va a llevar a cabo el programa (individual, grupal), si la intervención es preventiva o si se trata de un programa para paliar la soledad. Se precisan más intervenciones modeladas según las características de las personas que participen, los grupos específicos o el grado de soledad experimentado en el momento de la intervención.

«Disminuir el aislamiento social puede también aliviar la soledad»

6. Necesitamos evaluar las intervenciones y proponer guías de buena práctica. Necesitamos evaluaciones rigurosas antes y después de la intervención, con grupo control y metodologías mixtas, cualitativas y cuantitativas. La investigación futura debe ir encaminada a averiguar qué tipo de intervenciones son eficaces para qué tipo de personas o grupos, cómo y en qué contextos.
7. Buenas prácticas costo-eficaces. Analizar correctamente las buenas prácticas costo-eficaces, realizar proyectos piloto, incluir a los participantes en las reflexiones sobre los puntos fuertes de las intervenciones para que puedan servir de ejemplo a otros programas en marcha.
8. Trabajar conjuntamente entre las iniciativas públicas y las fundaciones y asociaciones para generar más evidencia consistente. Trabajar conjuntamente desde servicios de bienestar social y salud con otros servicios, programas y áreas como seguridad, transporte o vivienda para afrontar la soledad de las comunidades en las que vivimos. El trabajo en red es, hoy más que nunca, fundamental. Ante la posibilidad de nuevas epidemias y confinamientos, unir esfuerzos con un objetivo común es imprescindible. Tenemos que aprender de lo vivido y asumir la responsabilidad como ciudadanos

A pesar de la importancia de envejecer en casa, pocas investigaciones se han centrado en evaluar qué aspectos pueden ayudar más a las personas para que sigan viviendo dónde y cómo desean.

La integración social es un aspecto clave durante el envejecimiento y es uno de los factores del envejecimiento exitoso. Se relaciona con satisfacción con la vida, aumenta la salud física y cognitiva, y disminuye el sentimiento de soledad.

Pero para envejecer en casa es necesario propiciar oportunidades para la implicación e interacción social. Urge abrir espacios públicos comunitarios, en el vecindario o el barrio para tejer relaciones de proximidad. Esta es un área clave a desarrollar.



Aspectos a considerar 4

- Todos somos vulnerables y los sistemas también lo son.
- Hoy en día muchos estamos muy comunicados, muy conectados y esto genera complejidad a las relaciones. Pero hay otros que no lo están. Además, una cosa es conexión digital y otra es relación interpersonal y vínculo.
- Si lo comunitario no se trabaja, no permanece en el tiempo.
- Cualquier intervención que quiera ser transformadora, no puede ser a corto plazo. Hay que pensar en Estrategias y Planes a largo plazo, conectados con lo local, aprovechando los recursos existentes y creando trabajo en red.

«Si lo comunitario no se trabaja, no permanece en el tiempo»

Decálogo

1. Empoderar personas para afrontar las situaciones de soledad. Esto significa apoyo y confianza en sus capacidades.
2. Construir arquitectura comunitaria que fomenten redes de cuidado y apoyo mutuo, requieren construcción de estructuras que sostengan la implicación de la comunidad, con decir que los proyectos tienen que ser comunitarios, no basta, tenemos que trabajar para que así lo sean.
3. Cooperación entre lo público y lo privado, como actores cómplices y complementarios, cercana y desde la proximidad, cuando más local y más pegada al territorio, mucho mejor.
4. La soledad se vive en la vida cotidiana. Es importante coordinar, pero lo importante es construir, que es distinto.
5. Tenemos que llenar de sentido esa vida cotidiana y aprender de esos momentos que tenemos todos a lo largo del día, mejores y peores, pero que forman parte de nuestra vida, en reconciliarnos.
6. La soledad depende de factores interpersonales: personalidad, emociones, percepciones y factores externos también, sobre los que es necesario intervenir. Y ahí, por ejemplo, los contextos y las arquitecturas de las ciudades. Pueden ayudar o pueden dificultar.
7. Cultivar las fortalezas personales a lo largo de la vida
8. Compromiso, gratitud y perseverancia
9. Los vínculos estrechos con las personas
10. Proyectos que fomenten relaciones, compromisos, sentido y significado de la vida.

Bibliografía

- Beller, J. y Wagner, A. (2018). Disentangling loneliness: Differential effects of subjective loneliness, network quality, network size, and living alone on physical, mental, and cognitive health. *Journal of Aging and Health*, 30 (4), 521-539. Disponible en: https://doi.org/10.1177%2F0898264316685843 [Consulta: 22 de junio 2020]
- Beller, J. y Wagner, A. (2018). Loneliness, social isolation, their synergistic interaction, and mortality. *Health Psychology*, *37*(9), 808-813. Disponible en: http://doi.org/10.1037/hea0000605 [Consulta: 22 de junio 2020]
- Cacioppo, J. T., y Patrick, W. (2008). Lonely in a social world. En J. T. Cacioppo, y W., Patrick (eds.), *Loneliness: Human Nature and the Need for Social Connection* (cap. 1, pp. 3-19), Nueva York: W. W. Norton & Co.
- Diamantis, S., Noel ,C., Vignier, N., y Gallien, S. (2020). SARS-cov-2 related deaths in French long-term care facilities: the «confinement disease» is probably more deleterious than the COVID-19 itself, *Journal of the American Medical Directors Association*. Disponible en: https://doi.org/10.1016/j.jamda.2020.04.023 [Consulta: 22 de junio 2020]
- Fakoya, O.A y McCorry. N.K. (2020). Loneliness and social isolation interventions for older adults: a scoping review of reviews. *BMC Public Health*, 20: 129. Disponible en: https://doi.org/10.1186/s12889-020-8251-6 [Consulta: 22 de junio 2020]
- Griffin, S.C., Mezuk, B., Williams, A.B., Perrin, P.B., y Rybarczyk, B.D. (2018). Isolation, not loneliness or cynical hostility, predicts cognitive decline in older Americans. *Journal of Aging and Health*, 32(1), 52-60. Disponible en: https://doi.org/10.1177%2F0898264318800587 [Consulta: 22 de junio 2020]
- Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., Baker, M., Harris, T. y Stephenson, D. (2015) Loneliness and social isolation as risk factors for mortality: A meta-analytic review. *Perspectives on Psychological Science*, *10*(2), 227-237. Disponible en: https://doi.org/10.1177/1745691614568352. [Consulta: 22 de junio 2020]
- Lee, E.L., Depp, C., Palmer, B.W., Glorioso, D., Daly, R,. Liu, J., Tu, X.M., Kim, H.C., Tarr, P., Yamada, Y., y Jeste, D.V. (2020). High Prevalence and Adverse Health Effects of Loneliness in Community-dwelling Adults Across the Lifespan: Role of Wisdom as a Protective Factor. *Int Psycogeriatr*, 1-16. Disponible en: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC6581650/ [Consulta: 22 de junio 2020]
- Murthy, V.H. (2020). *Together: The Healing Power of Human Connection in a Sometimes Lonely World*. New York: Harper Collins.
- Newall, N.E. y Menec, V.H. (2019). Loneliness and social isolation of older adults: Why it is important to examine these social aspects together. *Journal of Social and Personal Relationships*, 36(3), 925-939. Disponible en: https://doi.org/10.1177/0265407517749045 [Consulta: 22 de junio 2020]
- Pinazo-Hernandis, S. y Donio-Bellegarde, M. (2018). La soledad de las personas mayores. Conceptualización, evaluación e intervención. Madrid: Fundación Pilares. Disponible en: https://www.fundacionpilares.org/publicaciones/fpilares-estudio05-soledad-personas-mayores.php [Consulta: 2 de junio 2020]
- Rohrer, J.M., Richter, D., Brümmer, M., Wagner, G.G., y Schmukle, S.C. (2018). Successfully striving for happiness: Socially engaged pursuits predict increases in life satisfaction. *Psychological Science*, 29(8), 1291-1298. https://doi.org/10.1177/0956797618761660 [Consulta: 22 de junio 2020]
- Shankar, A., Hamer, M., McMunn, A., y Steptoe, A. (2013). Social isolation and loneliness: Relationships with cognitive function during 4 years of follow-up in the English Longitudinal Study of Ageing. *Psychosomatic Medicine*, 75(2), 161–170. DOI: 10.1097/PSY.0b013e31827f09cd [Consulta: 22 de junio 2020]
- Victor, C. R., Scambler, S., y Bond, J (2009). The social world of older people: Understanding loneliness and social isolation in later life. *The British Journal of Social Work*, *39*(6), 1175-1175. https://doi.org/10.1093/bjsw/bcp090. [Consulta: 22 de junio 2020]
- Victor, C. R., y Sullivan, M. P. (2015). Loneliness and isolation. En J. Twigg, y W. Martin (eds.), *Handbook of Cultural Gerontology* (pp. 252-260). Abingdon, Oxon: Routledge.
- Yanguas, J., Cilvetti, A., Hernando, S., Roig, S., y Segura, C. (2018a). El reto de la soledad en la vejez. *Gizarte zerbitzuetarako aldizkaria / Revista de Servicios Sociales*, *66*, 61-75. https://doi.org/10.5569/1134-7147.66.05. [Consulta: 22 de junio 2020]
- Yanguas, J., Pinazo-Henandis, S., y Tarazona-Santabalbina, F. J. (2018b). The complexity of loneliness. *Acta Biomedica*, *89*(2), 302-314. http://doi.org/10.23750/abm.v89i2.7404. [Consulta: 22 de junio 2020]

1. ANEXO

- Siempre acompañados: es un programa para la intervención en soledad en personas mayores de la Fundacion «La Caixa» implementado en distintas comunidades autónomas del estado, que se caracteriza por definir una metodología de intervención cuyos objetivos son: a) empoderar a las personas para gestionar su propia soledad; b) desarrollar arquitectura comunitaria que fomente relaciones de cuidado entre las personas; c) sensibilizar a la ciudadanía sobre las situaciones de soledad. Por último, mencionar la publicación de «El reto de la soledad en las personas mayores» : https://fundacionlacaixa.org/es/recursos-digitales-personas-mayores
- La Fundación Amigos de los Mayores desarrolla, desde el año 1987, programas de acompañamiento emocional para personas mayores en situación de soledad no deseada a través del voluntariado. Observatorio de la Soledad plataforma de generación e intercambio de conocimiento en torno a la soledad no deseada en España.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Médicos



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. El médico y los cuidados: perspectiva histórica 47

2. La era COVID-19 49

3. Cuidar en la ciudad 50

4. Los fines de la medicina 51

5. Cuando nuestro paciente es nuestra comunidad 52

Decálogo 55

«Ciudades cuidadoras en sociedades cuidadoras. La visión del colectivo médico»

Barcelona

Noviembre, 2020

CC BY NC ND

Autores



Albert Ledesma Castelltort

Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Socio fundador de la primera entidad de base asociativa de Catalunya. **(líder del área)**



Jordi Amblàs Novellas

Médico geriatra. Doctor en Cuidados Paliativos UVIC. Adjunto de la Unidad Geriátrica de Agudos del Hospital Universitari de la Santa Creu.



Emilia Civeira

Médica intensivista. Vocal de la Asociación Seniors en Red.



Julio Gómez Cañedo

Médico paliativista. Coordinador del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios Santurzi.

El médico y los cuidados: perspectiva histórica

1

1. Durante muchos siglos la labor profesional de la medicina se centró, en intentar curar a las personas enfermas desde una posición de autoridad profesional y a menudo también moral, con los medios que disponía en cada momento y desde un abordaje esencialmente individualista. A medida que nos acercamos en el tiempo, la aproximación a la salud de las personas desde la medicina se ha ido abriendo a nuevas miradas y asumiendo otras responsabilidades, como la prevención, la promoción de la salud, etc. El entorno social en el que se daban estos cambios mantenía una estructura familiar estable, con dos o tres generaciones viviendo en el mismo hogar, con una esperanza de vida más corta y con solo un miembro, a veces dos, de cada familia trabajando fuera del hogar.

2. El cuidado de las personas recaía en el grupo familiar y solo en casos de enfermedad aparecía el profesional de la medicina como sanador, y esporádicamente como cuidador. El estado, en sus diferentes niveles, asumía pocas responsabilidades en el cuidado de las personas o de las familias. Solo instituciones o personas motivadas por causas solidarias, caritativas o por voluntad propia colaboraban o asumían el cuidado de personas, siempre de forma altruista. Existía una norma social no escrita que hacía del cuidar un valor individual, social o comunitario consolidado y sólido. No había una garantía legal de ser cuidado por el estado, pero sí una percepción subjetiva de que la sociedad y sus miembros no te abandonarían. Esta labor de cuidar se adjudicó de forma casi exclusiva a la mujer, como madre, hija o esposa, sin que se pusieran en duda los roles intrafamiliares hasta hace unas décadas.





3. Poco a poco este equilibrio, estable a lo largo de siglos, se fue alterando y la función de cuidar ha ido pasando desde la familia y la comunidad al estado, con prestaciones o beneficios sociales que venían a compensar las deficiencias en el cuidado que comportaba el cambio de rol y de la estructura familiar, el entorno laboral y la sociedad en general. Este balance también se vio afectado por un crecimiento muy rápido de la esperanza de vida, del número de personas con necesidades de atención de larga duración y de respuesta compleja, de personas con dependencia o discapacidad y una disminución de la natalidad, entre otros factores.

La adquisición y el ejercicio de derechos fundamentales, especialmente entre las mujeres, la igualdad de oportunidades, etc. han cambiado nuestra sociedad y la estructura y funciones de la familia. Todo ello lo hemos hecho sin dar una respuesta adecuada y consistente a muchos retos: la conciliación, el cuidado de las personas con dependencia o necesidades de atención compleja, etc.

La incorporación del estado en la tarea de cuidar vuelve a generar una segregación del rol de curar y cuidar dejando a los profesionales de la medicina y a las personas más vulnerables en una «tierra de nadie» llamada espacio sociosanitario.

«No había una garantía legal de ser cuidado por el estado, pero sí una percepción subjetiva de que la sociedad y sus miembros no te abandonarían»

La era COVID-19 2

4. La reciente crisis de la COVID-19 ha puesto de relieve que muchas de las soluciones introducidas en las últimas décadas para el cuidado de las personas se han mostrado ineficientes, o cuando menos insuficientes. La pandemia ha actuado como una prueba de esfuerzo, un test de provocación en toda regla de nuestro sistema sanitario y social. Las costuras habitualmente se rompen por el sitio más frágil y, ciertamente, hemos descubierto que teníamos debilidades, especialmente en la atención a las personas más vulnerables y en el ámbito residencial. Ahora la gran amenaza no solo viene de los más que probables rebrotes de la COVID-19, el auténtico peligro está en no ser capaces de utilizar lo que hemos aprendido para reformular las respuestas a las necesidades de atención de las personas. Tenemos una sensación de fracaso colectivo y cierta vergüenza por el trato dispensado a estos colectivos de personas mayores o dependientes, aún estamos en la primera fase de duelo, sin comprender por qué nos ha pasado esto y sin atisbar cuál ha de ser la respuesta para garantizar que nunca más volverá a suceder.

5. En este momento, justo cuando estamos controlando la epidemia, se nos plantean muchas dudas y preguntas, retos y problemas a los que dar respuesta. Las personas mayores son sujetos de derecho, y solo ellas son dueñas de sus valores y preferencias para decidir dónde y cómo quieren vivir y, llegada la hora, morir. Así pues, aprovechemos la oportunidad para escucharlos, consensuar planes de cuidados anticipados y replantear todo el sistema de atención de larga duración en nuestro país: ¿Cómo y en qué lugar queremos envejecer? ¿Tienen que ser las residencias la única alternativa? ¿Qué estamos dispuestos a invertir, como sociedad, para hacerlo posible? Sin olvidarnos de que las personas de cualquier edad, con necesidades de atención a largo plazo o discapacidad, también han de participar en este proceso de rediseño de nuestro sistema de bienestar.

6. Los profesionales de la medicina tenemos que posicionarnos, coliderando con otros profesionales y agentes una respuesta adecuada a todas estas preguntas, dudas o retos. Cuidar y curar se han convertido en acciones o actos inseparables en los que el rol del médico ha de estar presente de forma activa y estructurada.

7. En las últimas décadas, la misión de muchas sociedades o países era conseguir el derecho a un acceso universal a la atención sanitaria y ahora hemos comprobado que no es suficiente para garantizar un buen cuidado de las personas. Nuestros esfuerzos deben resituarse en preservar el acceso universal e incorporar el derecho a ser cuidados dignamente a lo largo de toda nuestra trayectoria vital. Esto enfoca nuestra visión hacia un abordaje más global y compartido que lo haga posible. Una respuesta en términos exclusivamente sanitarios ya no es suficiente, hemos de incorporar respuestas a otras necesidades de atención, de forma síncrona y complementaria. La respuesta integral a todas ellas, de forma priorizada, tiene como objetivo el cuidado de las personas, garantizar su calidad de vida en cada momento vital y facilitar que el proyecto de vida de cada una de ellas pueda materializarse en los términos que desee.

«La pandemia ha actuado como una prueba de esfuerzo»

3 Cuidar en la ciudad



8. Las ciudades son entornos más complejos que los núcleos de población más pequeños, pueblos, villas, aldeas, en los que perviven redes comunitarias de cuidado a las personas que lo necesitan y en las que morir solo o quedarse en la calle son situaciones excepcionales. En las grandes ciudades, la pérdida de prestigio del valor cuidado se ha dado con más velocidad, con más profundidad, afectando a grandes grupos de población. Son muchas las personas que viven solas o con un conviviente en malas condiciones de salud. Algunas en hogares que no cumplen los mínimos exigibles para ser habitados, otras en la calle sin que nadie se ruborice por ello. Soledad, alimentación deficitaria e inadecuada, muerte sin compañía, aislamiento, dolor, etc. son elementos comunes y presentes en nuestra sociedad.

9. En estos entornos hay muchas personas con altas necesidades de atención, tanto en lo social y en lo sanitario, que no obtienen respuesta adecuada. En algunos casos por ser una respuesta parcial o inadecuada que deja necesidades prioritarias sin respuesta. En otros, por desconocimiento de la situación en que viven las personas al no haber aflorado sus necesidades a través de una demanda formal de atención. O también por haberse normalizado situaciones vitales que antes no eran aceptables. Dar respuesta adecuada en ambos casos es una labor que hemos de coliderar los profesionales de la medicina, con el resto de agentes implicados, hasta conseguir una solución aceptable y razonable para estas personas que no están bien cuidadas.

Los fines de la medicina 4

10. El rol del médico como sanador persiste y persistirá, pero no volverá a ser el rol predominante, ni el más importante. En la sociedad actual se espera mucho más de nosotros como colectivo profesional. Más allá de la capacidad de diagnosticar y tratar dolencias concretas, resulta absolutamente trascendente incorporar la mirada más holística, que tome en consideración tanto las enfermedades más graves como las necesidades más esenciales de las personas.

11. Acompañando a las personas en el final de la vida redescubrimos la importancia del cuidar en el rol de los profesionales de la medicina cuando la curación no es posible. Extender esos cuidados paliativos a toda la población, garantizando que nadie quedará fuera de los mismos es uno de los objetivos prioritarios que tenemos los médicos en pro de sociedades y ciudades cuidadoras.

12. A nuestro parecer hay dos cambios substanciales en el rol, que la sociedad espera y demanda de los profesionales de la medicina. Uno es la reorientación de nuestra tarea profesional a cuidar de las personas a lo largo de una trayectoria vital mucho más prolongada, con más carga de enfermedad, más dependencia o discapacidad, necesidades cambiantes y respuestas inciertas o empíricas.

13. La segunda se centra en nuestro compromiso de promover estilos de vida saludables y el cuidado del medio ambiente, ambos determinantes en la futura salud de personas y del entorno en que viven. La sociedad espera de los profesionales de la medicina que nos sumerjamos en la comunidad para cuidar de la salud individual y de la colectiva. Siempre de acuerdo con los agentes comunitarios. Este es un ámbito paradigmático donde la necesidad de integración de las políticas y las acciones trascienden los planteamientos unidimensionales: "El objetivo no es medicalizar más la salud de la población; se trata solo de aportar una mirada experta con vocación colaborativa".

14. En ambos casos, hay que abordar la solución desde una dimensión global de la persona y garantizando una atención integral a sus necesidades. Nuestro deber profesional va más allá de intentar curar, debemos garantizar que las personas que atendemos están bien cuidadas.

«Nuestro deber profesional va más allá de intentar curar. Debemos garantizar que las personas que atendemos están bien cuidadas»

5 Cuando nuestro paciente es nuestra comunidad



Nuevas tareas para seguir cuidando.

15. Debemos ir mucho más allá de la tarea de atender individualmente en nuestras consultas a los pacientes que deciden visitarse. Nuestro trabajo en la comunidad es esencial y si lo desarrollamos podemos contribuir a crear redes de cuidado con personas de la propia comunidad.

16. Hemos de dirigirnos y llegar a las personas que estén solas y necesiten cuidados. La Atención Primaria tiene un gran potencial para aflorar las necesidades de atención de las personas y de sus familias. La mejor opción para ello es pasar de una actitud pasiva, esperando en la consulta a que acudan las personas, a una conducta proactiva en busca de las necesidades de atención que estas tienen. Promoviendo alianzas entre todos los agentes de la comunidad para construir y ofrecer respuestas adecuadas e integrales a las mismas.

17. La dramática situación vivida durante la crisis desencadenada por la pandemia nos debe proporcionar, como mínimo, la oportunidad para afrontar el problema de fondo y volver a pensar y diseñar todo el modelo de atención de larga duración. Este modelo debe tener en cuenta la diversidad entre las personas mayores, debe apostar por un reparto más justo de los cuidados, reconociendo su valor social y poniendo en el centro su derecho a continuar decidiendo sobre su vida. Esto implica tanto al ámbito residencial como al domiciliario y su entorno, sociedad, profesionales —también los médicos— y otros agentes que participan del mismo.

18. Esta tarea va estrechamente ligada con la de crear e impulsar un modelo de atención domiciliaria, social y sanitaria, que permita a las personas mantenerse el máximo tiempo en casa y, si puede ser, morir en la misma confortado, acompañado y libre de sufrimiento. Del equilibrio entre la atención domiciliaria y la residencial, tanto en su creación como en su desarrollo, dependerá en buena parte que las personas tributarias de estos servicios estén bien cuidadas.



19. Este futuro equilibrio entre la responsabilidad del estado y la familiar o comunitaria de cuidar a las personas, está muy relacionada con recuperar el valor de cuidar desde lo individual o lo familiar. Seguramente, en un entorno en el que la dedicación al trabajo se irá reduciendo en términos horarios, nos tendríamos que plantear fórmulas de organización personal, familiar o comunitaria que nos permitan dedicar más tiempo a cuidar a las personas de nuestro entorno. Desde establecer horarios que promuevan la conciliación y el tiempo libre para el desarrollo de estilos de vida saludable, hasta reconocer socialmente la labor de cuidar.

20. El segundo cambio en nuestro rol se centra en priorizar el medio ambiente, su protección y su cuidado, y los estilos de vida saludables como mejores instrumentos para promover la salud de las personas y de la sociedad.

- Implicarnos en garantizar que nuestras ciudades cuidarán de promover entornos saludables, como la reducción de la contaminación o el desarrollo de espacios verdes o amigables para promover el ejercicio físico o las actividades lúdicas en espacios compartidos por personas de diferentes generaciones.
- Promover una red relacional potente que permita a las personas relaciones interpersonales positivas que se ha evidenciado como uno de los factores positivos más potentes que contribuyen de pleno a alargar la esperanza de vida.
- Ciudades o entornos pensados, diseñados y creados para facilitar la socialización de personas, especialmente mayores y que viven solas o en soledad, son muy útiles en el cuidado de las personas y contribuyen a maximizar la vida.
- Construir un nuevo entorno cuidador teniendo muy presente el cómo promovemos que las personas tengan igualdad de oportunidades, en términos de salud, vivan en el lugar que vivan.

21. Hemos de adaptar nuestra formación y nuestra esencia de ser a los nuevos tiempos, no basta con ser grandes sanadores, hemos de aprender que cuidar a las personas y al entorno, desde la prevención y la promoción de la salud son los instrumentos más útiles de que disponemos.

La educación y la formación son dos de los pilares sobre los que construir una estrategia de prevención de enfermedades y de promoción de la salud de las personas. Evitar o retrasar la aparición de morbilidad o de discapacidad son objetivos que podemos conseguir abordando estos aspectos.

Para ello hemos de promover su incorporación en el día a día asistencial del médico y educar a las personas, desde su infancia, para que incorporen hábitos de vida saludables. Las alianzas con la universidad y los centros de investigación son instrumentos que pueden facilitar la consolidación de esta estrategia incorporando en la visión del médico las nuevas funciones que se proponen en este documento.

22. La complejidad de la respuesta a la construcción de un nuevo entorno social y comunitario, donde la sociedad y las ciudades sean cuidadoras en esencia, es una tarea colectiva que exige un abordaje compartido entre todos los agentes. Los médicos hemos de entender que sin un trabajo colaborativo, construyendo escenarios compartidos, promover un adecuado cuidado de las personas es del todo imposible.

23. La epidemia actual nos obliga a replantear muchas de las soluciones dadas al derecho de ser cuidados. Sin miedo a plantearnos:

- Cómo queremos construir nuestro futuro.
- Cómo vamos a garantizar el cuidado de las personas, especialmente las que tienen algún nivel de dependencia.
- Cómo reequilibramos el derecho de ser cuidado, con el deber de cuidar o de participar del cuidado de las personas de nuestro entorno.

24. La respuesta que demos a todos estos retos debe preservar al mismo tiempo otros derechos fundamentales adquiridos o recuperados. Especialmente en términos de equidad de género, igualdad de oportunidades, conciliación individual o familiar, laborales, etc.

25. Al ser una respuesta sistémica y compleja a una situación no conocida previamente, requiere de una reflexión compartida por diversos profesionales, en un abordaje y respuesta interdisciplinar que incluya e implique a la sociedad en general y a las distintas comunidades en particular. (El urbanismo como instrumento para promover ciudades cuidadoras de la salud de las personas es un buen ejemplo de que hemos de considerar todas las facetas que incluye la tarea de cuidar en un debate amplio en que se aporten soluciones compartidas, consensuadas y respetuosas con los valores y derechos asentados que queremos preservar.)

26. Mostrar una actitud abierta a estas nuevas formas de entender y ejercer la medicina es un buen inicio para cambiar nuestra visión y formación con el fin de adaptarnos a una nueva realidad, llena de retos a los que dar respuesta. El futuro del cuidado a las personas en entornos que promuevan la atención a sus necesidades está en juego, los profesionales de la medicina debemos jugar este partido como un protagonista más liderando en los ámbitos que nos son propios.

«Hemos de aprender a cuidar a las personas y al entorno»

Decálogo

1. El médico reconoce, expone y asume su propia vulnerabilidad y se relaciona con el entorno desde esta posición. Es bueno enfatizar de que no somos todopoderosos, que no hacemos milagros, que somos importantes, pero no tanto, y que somos uno más y con capacidades para movernos en este entorno, que son las ciudades o las sociedades cuidadoras.
2. El segundo es que cuidar es una parte esencial de nuestra labor profesional, inseparable de la de curar. La competencia en el cuidado es una habilidad preceptiva en el médico del siglo XXI. No solo una misión nuestra, es una misión compartida con los demás profesionales.
3. Cuidar es un verbo poliédrico que nos interpela a todos. Enfatizando lo que os decía anteriormente, la calidad y la ética de los cuidados nos define como profesionales, también a los médicos y como sociedad en general, y este debe ser el auténtico parámetro llamado estado de bienestar.
4. Otro paradigma que ha ido saliendo, la atención debe ser compartida, especialmente la valoración de la respuesta a las necesidades de las personas ha de construirse conjuntamente con el resto de los profesionales que participan en el proceso.
5. El médico se relaciona desde la simetría moral acompañando a las personas y a la familia en la toma de decisiones, por lo tanto. dicho en pasiva, el paciente es una parte junto con la familia que deben de participar en primera persona en la toma de decisiones conjuntamente desde esta simetría moral.
6. El médico reconoce a su comunidad como parte de su compromiso en la salud.
7. El médico colidera las iniciativas para impulsar la ciudad que cuida, debemos ser un agente más, pero un agente importante o queremos ser importantes, importantes por nuestra presencia y por nuestro rol en esta ciudad que cuida.
8. Deberíamos participar impulsando el desarrollo de la salud pública, de sus funciones y de su consideración profesional y social como parte esencial de un sistema de salud respetuoso con el entorno y promotor de las condiciones de vida saludables.
9. La penúltima es promover y garantizar entornos residenciales seguros, saludables y satisfactorios, ya sea en el domicilio particular o en dispositivos residenciales como puntos en los que pivota la atención a las personas, especialmente las más vulnerables, en un replanteamiento global de nuestro sistema de bienestar. Lo hemos comentado también aquí antes con las residencias, no tiene nada que ver con la profesionalidad de las personas que trabajan, sino como con el propio sistema y cómo se articula, y, por tanto, creíamos que era un punto importante.
10. Y la última impulsar la formación y la investigación en estos nuevos ámbitos de actuación para incorporar las nuevas funciones que asume nuestro rol y que forman parte de nuestro compromiso social. Y estas son las diez aportaciones que creemos más importantes.

Bibliografía

- Gómez-Batiste X, Mateu S, Serra-Jofre S, Molas M, Mir-Roca S, Amblàs J, et al. Compassionate communities: design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city. Ann Palliat Med. 2018;7(Suppl 2):S32-S41. DOI: 10.21037/apm.2018.03.10.
- Sallnow L, Richardson H, Murray S, Kellehear A. Understanding the impact of a new public health approach to end-of-life care: a qualitative study of a community led intervention. Lancet. 2017;389. DOI: 10.1016/S0140-6736(17)30484-1.
- Fantova F. Los cuidados como eje para la transformación de las políticas sociales Doc social 2017;187:71- 89.
- Wegleitner K, Heimerl K Kellehear A. Compassionate Communities: Case studies from Britain and Europe. Abingdon: Routledge; 2016.
- Berger J. Un hombre afortunado. Buenos Aires, Alfaguara 2008
- https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Model-de-Bases-de-Cronicitat.pdf
- https://salutweb.gencat.cat/web/.content/_ambits-actuacio/Linies-dactuacio/Estrategies-de-salut/Cronicitat/Documentacio-cronicitat/arxius/Visio-persones-cronicitat.pdf
- Gomez-Batiste, X., Mateu, S., Serra-Jofre, S., Molas, M., Mir-Roca, S., Amblas, J. et al. (2018). Compassionate communities: Design and preliminary results of the experience of Vic (Barcelona, Spain) caring city . Annals of Palliative Medicine, 7(2), 0-0 doi: 10.21037/apm.2018.03.10

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Educación



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Interdependientes 60

2. Vida y trabajo 64

3. Desnaturalizar el cuidado como algo femenino 69

4. El cuidado público 72

Decálogo 78

«El cuidado no será visto como un deber solo a partir de la consideración de la dependencia ajena, sino de la autoconcepción de todo ser humano como interdependiente»

Barcelona

Diciembre, 2020

CC BY NC ND

Autores



Maria Rosa Buxarrais Estrada

Catedrática de la Facultad de Educación de la Universitat de Barcelona (UB). Doctora en Pedagogía y Licenciada en Psicología por la UB. Investigadora Principal del Grupo de Investigación en Educación Moral (GREM) de la UB.



Mireia Cabero Jounou

Licenciada en Comunicación Audiovisual, Universitat Ramón Llull y en Psicología, Universitat de Barcelona. Directora de Cultura Emocional Pública. Psicóloga Coach. Formadora y conferenciante internacional.



Mireia del Pozo Farreres

Licenciada en Derecho. Gerente del Centre d'Estudis Economics i Socials de Catalunya (CEES). Directora y productora del programa de radio Plusvalua Dones.



Gemma Téllez Bernad

Enfermera. Sistema d'Emergencies Mediques de Catalunya. Profesora Master de atención prehospitalària urgente de l' Universitat de Barcelona y del Máster en urgencias del COMB (Col·legi Oficial Metges Barcelona). Responsable de investigación del Área de Enfermería del Instituto Borja de Bioética.



Lluís Ylla

Ingeniero agrónomo. Miembro del Consejo de Dirección de Jesuïtes Educació. Miembro del equipo de dirección de la transformación pedagógica Horitzó+.

1

Interdependientes

Debe cambiar la concepción de la persona para aceptar la vulnerabilidad y contingencia que la caracteriza. El cuidado no será visto como un deber solo a partir de la consideración de la dependencia ajena, sino de la autoconcepción de todo ser humano como interdependiente. Todos somos, nos guste o no, *care receivers* y *care givers*. Esa condición nos iguala.

En cada sociedad y en cada momento se vive primando determinadas formas de ser, comportamientos y prácticas cotidianas, la organización del tiempo y las relaciones con los demás. Sin duda, la concepción de la persona está permanentemente influyendo en las sociedades. Nos planteamos continuamente preguntas tales como: ¿qué es lo bueno?, ¿qué es lo deseable?, ¿qué es lo detestable y qué hay que evitar?, ¿por qué algo es importante y merece la pena luchar por ello?, ¿en qué debería ocupar mi tiempo?, ¿quién soy?, y ¿cómo debería ser mi relación con los demás?

Esta comprensión de la persona no está escrita. O, mejor dicho, se escribe viviéndola, es fruto de las relaciones entre personas, entre instituciones que, a su vez, influyen sobre los individuos y los grupos transmitiendo respuestas a las preguntas anteriores.

La concepción de la persona ha variado a lo largo del tiempo y es distinta según los lugares y los contextos. No hay una única concepción de la persona. En el transcurso de la historia no ha parado de evolucionar y desarrollarse. La concepción de la persona hay que entenderla como un "todo", mayor que la suma de sus partes o las dimensiones que la integran. La persona es un ser bio-psico-social, cultural y espiritual. La fuente de su vitalidad radica en alcanzar el máximo alineamiento y coherencia entre lo que siente, piensa y hace.

«Todos somos, nos guste o no, *care receivers* y *care givers*. Esa condición nos iguala»



Los valores de hoy no son los mismos que los de hace cincuenta años. Algunos colectivos sociales sufren discriminaciones por las concepciones que hemos construido sobre ellos: las mujeres, los ancianos, los inmigrantes o el colectivo LGBTI, entre otros. También se han modificado los roles laborales, el acceso a los estudios o a los puestos directivos de las organizaciones.

Esa concepción de la persona, dinámica y en construcción, en consonancia con la evolución de la sociedad, está también presente en la escuela, en la educación, no solo por lo que se dice y se hace allí, sino mucho más por cómo se desarrollan los roles de los adultos, que son modelo para los niños y las niñas. ¿Qué concepción de la persona se transmite desde la escuela? (Díaz-Salazar, 2016; Martínez, 2016; Noddings, 1992). La familia y la escuela son dos lugares determinantes en la configuración que los niños y las niñas hacen de sí mismos y de los demás, de lo que soy, lo que puedo hacer y lo que debo hacer.

Cuando analizamos nuestra sociedad actual y nuestra cultura, identificamos aspectos de la vida individual y social tanto satisfactorios como insatisfactorios, unos que ayudan al desarrollo y expansión de las personas y de los grupos, y otros que crean tensiones y son fuente de problemas. La persona es frágil y vulnerable, a la vez que tiene una gran capacidad de resiliencia, potencial y fortaleza. Para poder alcanzar el máximo potencial inherente en el ser humano y que se despliegue en su totalidad, es primordial tomar conciencia de que hay que promover el cuidado de todas las dimensiones y también de todas las etapas vitales, desde la gestación hasta la muerte.

Ciertas concepciones de la persona están en la base tanto de estos aspectos positivos deseables como de los que miramos de una forma crítica y que creemos que deberían modificarse. Es una concepción de la persona la que asigna los trabajos de servicio a las mujeres o a los inmigrantes, la que anima a proteger a la infancia y a la vejez. Y es una concepción de la persona la que alimenta el racismo o el rechazo al que es distinto.

«Una sociedad cuidadora precisa de una evolución de algunos aspectos en relación a cómo contribuimos al desarrollo de la persona»

Gracias a la sensibilidad social, hemos avanzado hasta aprobar una ley que permite la baja por paternidad. Al mismo tiempo que el reconocimiento de este derecho, se transmite la importancia de que los padres también cuiden de los recién nacidos durante las primeras semanas de vida y no dejen esta tarea solo en manos de la madre. Una sociedad cuidadora precisa de una evolución de algunos aspectos en relación a cómo contribuimos al desarrollo de la persona.

De ahí que la concepción de la persona acabe plasmándose en los sistemas normativos formales e informales y, de esta forma, configurando o influyendo en los cambios sociales. La importancia de las declaraciones universales de derechos, sean de los derechos humanos (ONU, 1948) o de los derechos de niño y la niña (ONU, 1959; UNICEF, 1989), está en que establecen una referencia universal con la que pensar la cultura y la sociedad. A escala regional y local, es preciso desarrollar los grandes marcos normativos globales para concretar en las circunstancias de los grupos sociales.

Sin embargo, hablar de concepción de la persona es también hablar de con qué comprensión me identifico. Es hablar de identidades. Las personas y colectivos que han sido marginados históricamente porque no formaban parte de las concepciones privilegiadas, ¿qué referencias de identidad tienen para encontrar un puesto distinto en el que se valore su especificidad? Es muy importante el aspecto normativo y jurídico, pero la identidad no es solo una cuestión de leyes, es una cuestión ontológica del ser (Stein, 2003), de cómo percibimos la vida y lo que somos en nuestra intimidad y cómo somos reconocidos en nuestra singularidad.

Con el objetivo de progreso hacia una sociedad que cuide, es indispensable desarrollar conceptos como, por ejemplo, el de igualdad de todas las personas, y que esta igualdad se plasme en las prácticas sociales. A menudo, dicha discriminación no es consciente ni deseada, pero en la práctica se impone por los valores tácitos que impregnan la cultura. Priorizar la fuerza frente a la vulnerabilidad, la actividad frente a la pasividad, lo cuantitativo sobre lo cualitativo, lo individual frente a lo colectivo, el éxito individual o monetizado al éxito colectivo y de servicio, o lo masculino frente a lo femenino, por poner algunos ejemplos, son impedimentos tácitos para dicha igualdad.



«El valor de lo que se es más allá del hacer y del tener debe estar presente»

Deberíamos dar las explicaciones oportunas para que la concepción de la persona, que facilita avanzar hacia una sociedad del cuidado, sea compartida. Valores éticos como la igualdad, el respeto, el reconocimiento de la diferencia, la comprensión de la persona como ser, no solo social sino también comunitario, la importancia de reconocer y cuidar de la realidad individual, grupal y ambiental, y la interrelación estrecha entre dichas facetas de la realidad, pueden ser compartidos entre personas de muchas sociedades y cosmovisiones distintas. El valor de lo que se es más allá del hacer y del tener debe estar presente en esta concepción.

Dichos valores deben impregnar las normativas educativas y convertirse en imaginarios compartidos en los centros educativos formales e informales, así como, cuando corresponda, en otros contextos que configuran dicha concepción (medios de comunicación, acción política...).

La concepción de la persona está presente también en el mismo diseño del sistema educativo, de sus finalidades y de los recursos que se le destinan. Este, tanto en sus etapas obligatorias, universitarias y de adultos, a lo largo de toda la vida, debería revisar sus finalidades últimas, sumando a los grandes objetivos de las leyes de Educación — formación para la vida, aprendizaje de habilidades y competencias, etc. — esto representaría una acción enérgica en favor del pleno desarrollo de la persona, el crecimiento de consciencia humana, social y medioambiental. Para ello, el enfoque de los procesos de enseñanza y aprendizaje debe ser humanizador, individualizado, sistémico, holístico (Yus, 2001; Duch, 1997) y relacional-comunitario (Macintyre, 2004; Burgos, 2009; Noddings, 1984), sin que ello deba impedir la formación especializada que una sociedad compleja precisa para su buen funcionamiento. Asimismo, para una sociedad que cuida de sus ciudadanos, el paso de las etapas o espacios formativos a los laborales debe disponer de unas facilidades que permitan su tránsito entre formación y trabajo, y del trabajo a formación para el cuidado. Es necesario poder atender en los diferentes momentos vitales, como en la jubilación, un periodo de tiempo en desempleo, la transición de la escuela a la universidad, etc., recuperando en cierta forma los "rituales de paso".

2 Vida y trabajo

La división del trabajo que ha repercutido en el binomio público-privado debe ser cuestionada. Nuestro mundo crece y se desarrolla gracias tanto a la actividad productiva como a la actividad reproductiva. Si atendemos a la realidad, vemos que la actividad productiva ocupa un espacio cada vez más corto en la vida de las personas, mientras la actividad reproductiva carece de reconocimiento. La relación entre el llamado "tiempo de vida" y el tiempo dedicado al trabajo productivo está dejando de ser la que era a causa del desarrollo tecnológico. Las cargas vinculadas a la reproducción y al cuidado de los demás deben ocupar el espacio que merecen en la vida de todos.

El tiempo de vida tiene una clara acepción mercantil, y tanto es así que la vida cotidiana está básicamente organizada según un horario laboral y el proyecto de vida de las personas gira en torno al tiempo de trabajo remunerado. Y, precisamente, el único tiempo al que la sociedad atribuye valor es el remunerado o, si se prefiere, el del trabajo obligado. En este sentido, la vida personal requiere ser acreditada por parámetros de valor reconocido socialmente según la productividad, y todo aquello que no produce forma parte de los invisibles sociales.

Los cuidados pertenecen a estos invisibles sociales porque, aunque podemos definirlos como un conjunto de actividades del día a día que proporcionan bienestar afectivo, social y material a las personas, generalmente no se consideran parte del ámbito empresarial o mercantil.

De esta forma, en el ámbito empresarial encontramos una división del trabajo, diferenciando entre ámbito público y ámbito privado, siendo el primero remunerado económicamente. La teoría económica clásica considera el trabajo industrial, medido por el reloj, fuente de valor y riqueza. Lo que queda fuera del ámbito mercantil, como las tareas domésticas y la atención a las personas, no es valorado, remunerado, ni tiene prestaciones. Porque la actual noción de trabajo es androcéntrica, ya que toma como modelo una realidad masculinizada y de carácter impersonal, de mercado y monetarizada.

En los últimos años, ha surgido la economía crítica con perspectiva de género, que ha situado los cuidados en el centro de los procesos económicos, considerando el cuidado como una gestión y mantenimiento cotidiano de la vida que conlleva una doble dimensión: material e inmaterial, o afectivo-relacional.

«Las cargas vinculadas a la reproducción y al cuidado de los demás deben ocupar el espacio que merecen en la vida de todos»



Desde la vertiente económica, debemos volver al concepto etimológico de economía, ya que etimológicamente, economía significa administración de la casa. Y la casa incluye los bienes y las personas que la conforman. Sin embargo, a lo largo de la historia, el término economía se ha distanciado de su significado originario, relegando el ámbito doméstico a un plano oculto, originando dos consecuencias básicas graves: no nos hemos centrado en el sostenimiento de la vida y el concepto de trabajo.

Seamos conscientes, además, de que la evolución del concepto de la economía y su práctica social han inhabilitado históricamente a más de la mitad de la población mundial, para construir su proyecto de vida a través de su sostenibilidad económica, independencia de pensamiento y acción, y validación y legitimación social. En las sociedades modernas, las mujeres son mayoritariamente quienes se encargan de las tareas domésticas y reproductivas, no consideradas trabajo, y los hombres quienes asumen las productivas, que sí se consideran trabajo y están remuneradas.

En este sentido habida cuenta de que todos necesitamos cuidados, la economía feminista señala de falsa la división abstracta de personas autónomas y personas dependientes, apoyando la interdependencia, pues la visión real debe ser en los seres humanos y visibilizar la esfera sumergida de la economía: los trabajos domésticos y la atención a las personas.

Además, históricamente, la mujer ha estado separada del tejido cultural, del poder político y económico, ha sido aislada de la red social y, sistemática y profundamente estigmatizada. La perspectiva de género reivindica que las mujeres ya no pueden estar más tiempo alejadas de la gobernabilidad y del estudio de los mecanismos sociales y morales que construyen estructuras y condiciones que generan constante desigualdad cultural, económica y social.

Desde el ámbito laboral, debemos tener en cuenta también las cadenas globales de cuidados. El fenómeno de mujeres de diferentes regiones y países que dejan a sus hijos al cuidado de alguna mujer (madre o abuela) para ir a otros países a cuidar enfermos, ancianos, discapacitados, etc. Ya que, como no está remunerado, dejamos el cuidado de los nuestros en manos de terceros. La transferencia de trabajo entre mujeres exporta el problema pero no resuelve, de raíz, la injusta división sexual del trabajo.

En el mercado laboral encontramos segregación horizontal, segregación vertical y el llamado "techo de cristal", todas ellas desigualdades de género del mercado de trabajo. En la actual crisis sanitaria, la feminización del trabajo de atención a las personas se ha puesto en evidencia de nuevo. Según las estimaciones de la Cámara de Comercio de Barcelona, por ejemplo, unas 715.000 personas trabajan en la primera línea de la pandemia. De estas, el 65% son mujeres. A este hecho se suman los datos del informe publicado por Oxfam Intermón en enero del 2020, según el cual las mujeres realizan más de las tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerado.

Desde un punto de vista legal, estamos hablando de derechos humanos. Estos deberían ser intocables e invulnerables. La igualdad es un derecho reconocido por la propia Constitución Española, en sus artículos 1 y 14. También lo recogen las diferentes legislaciones, tanto europeas como internacionales, diferentes tratados, la ONU, las legislaciones autonómicas y las laborales... tratándose también de un bien social irrenunciable. Un derecho y un bien social irrenunciable que hoy en día no es real.

La igualdad no implica que todas las personas debemos ser iguales ni eliminar las diferencias, sino eliminar la desigualdad. Se trata de una idea relacionada con el principio ético y jurídico de equidad, vinculado a justicia social. La desigualdad de trato entre hombres y mujeres obstaculiza el desarrollo entre ambos sexos y obstaculiza el desarrollo pleno de las sociedades.

Pero la igualdad no se alcanza únicamente promulgando leyes (igualdad formal) sino que es necesario trabajar dos dimensiones más para conseguirlo: igualdad de trato e igualdad de oportunidades. Hoy en día, la discriminación por razón de género es directa e indirecta. Por ello, para revertir dicha situación, es necesario implantar medidas positivas que favorezcan a las mujeres como parte de un colectivo discriminado y la transversalización de género, reconociendo así que las desigualdades existen y tratándolo como un problema público que atañe a las administraciones públicas y a todos los agentes sociales.

Todos y cada uno de nosotros, cada uno desde su ámbito, debemos trabajar para la igualdad de oportunidades entre mujeres y hombres, para transformar la realidad, la sociedad y la cultura.



«Las mujeres realizan más de las tres cuartas partes del trabajo de cuidados no remunerado»



Y hacerlo en red. Haciendo esto ganamos todas las personas, y se da un *win-win*, conocido concepto introducido no hace muchos años y que ha calado con la suficiente profundidad en entornos económicos, empresariales y en las distintas esferas de liderazgo. Haciendo esto no solo nos rescatamos, nos cuidamos y acompañamos a las generaciones que todavía están en edad productiva sino que, sobre todo, y de eso somos responsables, dejamos un futuro más armónico, constructivo y conciliador a las futuras generaciones, empezando ya por la generación Z. Aún estamos a tiempo si tomamos consciencia, ponemos el foco en lo esencial y nos empeñamos colectivamente, cooperativamente y creativamente. Se trata de cuidar la ecología en todas sus facetas: la de la naturaleza, aspecto que ya va siendo asumido, y también de la ecología relacional, la de los vínculos de la persona consigo misma y con los demás.

Este trabajo de fondo debe llevarse a cabo desde las bases, desde los cuatro agentes generadores de formación e información para el ser humano: familia, escuela, formación, medios de comunicación y entorno laboral, sea este el de las empresas privadas, los organismos públicos, etc. Por ello, es básico el papel de la educación y, en particular, de la educación para la igualdad. Es un reto de carácter universal, una educación extrapolable a los diferentes actores: empresas, entidades e instituciones, administraciones públicas, corporaciones, organizaciones sociales y sindicales. El Agente de Igualdad de Oportunidades, figura más necesaria y vigente que nunca, deberá darles educación y formación.

La COVID-19 nos ha brindado una oportunidad única para esta educación en la igualdad. Constituye un momento fundamental para romper barreras, falsos mitos y estereotipos desde el ejemplo, en los hogares. Porque el primer agente educativo por excelencia es la familia, y la descendencia es fiel reflejo de los comportamientos, hábitos y acciones de los seres humanos. El ser humano actúa como un espejo de quien tenemos enfrente, consecuentemente de aquello que vemos en casa. Se trata de reivindicar el tiempo de cuidados y hacer un reparto equilibrado de las tareas de casa. Cada individuo debe ser responsable de lo suyo, y esta responsabilidad, a la vez que la autonomía, debemos trabajarla y enseñarla en casa, trabajándola también adecuadamente en los centros de formación y en los medios de comunicación. Concienciación,

coherencia y reparto, por supuesto, a partes iguales. Primando que somos personas y que, todas y cada una de nosotras, tenemos capacidades distintas y complementarias, enriquecedoras. Estamos preparadas y habilitadas para llevar a cabo las mismas tareas. Y este es el momento de construir realidades equilibradas, justas y reales, sumando.

La escuela deberá asumir la necesidad de establecer relaciones de cuidado, para formar personas serviciales, competentes, cariñosas y agradables, sin necesidad de reducir necesariamente la dimensión intelectual del currículo escolar. Así, proporcionar un entorno que favorezca el aprendizaje, que motive al alumnado, será un buen contexto en el que las personas se sentirán acogidas, atendidas y cuidadas. Para ello, no solo las niñas, sino también los niños, podrán conectar y desarrollar la sensibilidad situacional necesaria para ofrecer cuidado, de tal modo que la remota idea de causar daño a otra persona fuera impensable. La escuela se tiene que enfrentar al importante reto de que los niños se preparen para ser proveedores de cuidado. Noddings (2009) sostiene que nuestra sociedad podría reducir en gran medida la violencia, la alienación, si cuidara más eficazmente de su infancia y, yendo más allá de la propuesta de Noddings, si cuidara mismamente de la etapa gestacional.

El sistema educativo, si se plantea como reto cuidar a sus alumnos, de tal modo que aprendan a ser cuidados, a cuidarse y a cuidar de los demás, preocuparse por ellos, por sus necesidades y por las de sus congéneres, estará educando para la corresponsabilidad y la sostenibilidad global.

Una educación para la corresponsabilidad, fomentada por la ética del cuidado, supone una ruptura con la inercia social. Pretende una transformación social, el olvido del modelo patriarcal y la preponderancia de un modelo ético que priorice las necesidades de las personas, de los demás, y no únicamente las del sistema económico y del mercado laboral.

Indiscutiblemente, la educación desempeña un papel crucial en todo este proceso: si hay que transformar la sociedad, hemos de ser capaces de enseñar a las nuevas generaciones otras formas de priorizar nuestras metas, aceptando y respetando nuevas formas de intereses humanos que también son legítimos. El cuidado de los demás, de la infancia, de la adolescencia, de la juventud, de las personas mayores o de las personas vulnerables, ya sea por problemas de salud o de otra índole, es responsabilidad de todos, y no únicamente de las mujeres, las madres o las esposas. Esta educación debe enseñar otra forma de emplear y gestionar el tiempo y debe impartirse tanto en las escuelas como en la universidad, el entorno familiar y el organizativo empresarial.

«La escuela deberá asumir la necesidad de establecer relaciones de cuidado»

3 Desnaturalizar el cuidado como algo femenino



Hay que desnaturalizar el cuidado como algo exclusivo del género femenino y verlo como una actividad que concierne a todos sin excepción. Carecen de fundamento las "dispensas" masculinas de las responsabilidades del cuidado.

La obra de Gilligan (1982) situó el cuidado en el debate sobre la justicia y la ética y llamó la atención sobre este aspecto de la actividad femenina en los hogares, olvidado por las corrientes marxistas. Contribuyó a que el cuidado saliera de los hogares, del conglomerado indistinto y reduccionista del trabajo doméstico, para situarse en la esfera pública. El cuidado no se refería únicamente a una actividad con un contenido concreto, sino a una disposición ética basada en la responsabilidad y la atención de necesidades y juicios de los demás, que podría abarcar distintas actividades, espacios, sujetos y relaciones. En la ética del cuidado domina la responsabilidad y el compromiso hacia el prójimo y la atención a la necesidad.

La importancia creciente de los cuidados en los debates públicos y, particularmente, en las aportaciones feministas, no es solo el resultado de una visión coyuntural de las crisis de los cuidados. Cada vez hay más ancianos y menos tiempo, recursos y personas para cuidarlos, cada vez los hijos se independizan más tarde, cada vez se estrechan las posibilidades de cuidar(nos), sobre todo porque no hay condiciones, ni tiempo, ni espacio para ello.

Sin lugar a dudas, como afirma Camps (2005), el cuidado se convierte en descuido personal y explotación del cuidado y tiene que ver con diferencias de poder. Los marginados tienen que adoptar una ética de la responsabilidad y del

«En el cuidado no todo es bondad, sino también coerción»

cuidado porque tienen conciencia de que la ayuda mutua es lo que les sostiene como comunidad (Graham, 1983). La inclinación hacia la responsabilidad y el cuidado se consideran un producto de la socialización femenina y el sentimiento de obligación que la acompaña. Pero somos conscientes de que en el cuidado no todo es bondad, sino también coerción.

Las organizaciones feministas luchan desde hace años para desnaturalizar el papel de las mujeres en la sociedad, pero en estos últimos tiempos se incorporó la categoría de análisis denominada "Economía del cuidado" (Esquivel, 2011), que quiere visualizar el aporte económico a la sociedad por parte de las mujeres en estas cuestiones no remuneradas. De esta manera, el modelo tradicional de familia pasaría definitivamente a la historia y comprenderíamos que la igualdad de género es un beneficio para todas las personas. Para muchas feministas, el trabajo doméstico aliena y la dominación sexual, el amor y los cuidados encierran la trampa de la sumisión.

El cuidado se deja entrever tímida y ocasionalmente como una parte del trabajo doméstico familiar: el cuidado de los niños y niñas, de los ancianos y, en ocasiones, el amor conyugal. Los aspectos afectivos, comunicativos, inmateriales de gestión de la atención y los cuidados, han estado más presentes en las corrientes radicales y culturales, además de en el feminismo de la diferencia y en los debates de la división sexual de trabajo en el capitalismo patriarcal. Sin embargo, algunas autoras como Balbo (1996), con su idea de las "colchas locas", nos advierte de la complejidad de la actividad que realizan las mujeres en los hogares. Angela Davis (2004) dice que cuando estos trabajos ocupan toda la jornada invaden la personalidad femenina: el ama de casa se torna indistinguible de su trabajo, ya que ella es su trabajo. En la actualidad, las que saben hacer de todo, las que lo hacen de "forma tan natural", a las que "les nace" y se conforman como cuidadoras por excelencia, son las mujeres inmigrantes en el servicio.

Las encuestas de uso del tiempo han permitido visibilizar el tiempo que las personas integrantes de un hogar dedican a la producción doméstica y de cuidados no remunerada, y valorizar su importante contribución al bienestar social. Los datos demuestran que son las mujeres las que mayoritariamente se dedican a tales tareas, unas nueve horas más a la semana que los hombres. Con la mayor participación de las mujeres en el mercado laboral, estas horas adicionales de tareas no remuneradas significan una sobrecarga de trabajo. Por otra parte, si no se reducen las horas de trabajo de los hombres y si no se amplía la socialización de la provisión de cuidados, no podrá lograrse una distribución más igualitaria de las responsabilidades dentro del hogar que modifique los déficits de tiempo. Estos déficits de tiempo pueden significar una caída en la pobreza cuando los individuos no tienen ingresos suficientes para compensarlos adquiriendo sustitutos en el mercado.



Según el informe de la Organización Internacional del Trabajo (OIT) de 2012, las desigualdades de género se presentan en materia de *"desempleo, empleo, participación de la fuerza de trabajo, vulnerabilidad, y segregación sectorial y profesional"*. Muchas mujeres se ven imposibilitadas en traspasar el llamado "techo de cristal" que les impide alcanzar puestos jerárquicos; sus sueldos son considerablemente menores y padecen la doble jornada, por tener que cargar en sus espaldas las tareas domésticas y el cuidado de sus hijos.

Seguimos naturalizando los roles de género dentro de la división social del trabajo. La realidad refleja que, aunque las mujeres han ingresado masivamente al mundo laboral —la proporción de las que trabajaban era de 34,7% en 1990 y de 62% en 2007, según el estudio *Trabajo y familia: hacia nuevas formas de conciliación con corresponsabilidad social*, editado en 2009 por la OIT y el Programa de las Naciones Unidas para el Desarrollo (PNUD)—, el tiempo que le destinan a los quehaceres domésticos es cuatro veces mayor que el de los hombres. Sin embargo, el estudio de la democracia de género debe prestar fundamental atención a la problemática en las mujeres pobres, muchas de ellas migrantes, que para garantizar su subsistencia y la de su familia se enfrentan a situaciones laborales en las que ven vulnerados todos sus derechos. Sus ingresos son precarios, sus jornadas de trabajo son a veces muy extensas y, en casos de embarazo, suelen ser discriminadas y estigmatizadas. A su vez, tienen mayores dificultades para delegar el cuidado de su familia y hogar.

«El estudio de la democracia de género debe prestar fundamental atención a la problemática en las mujeres pobres, muchas de ellas migrantes»

4 El cuidado público

«El cuidado no es un valor privado, sino también público. Las instituciones deben ser también "cuidadoras"»

El cuidado no es un valor privado, sino también público. Las instituciones deben ser también "cuidadoras", lo cual significa, en palabras de Tronto, "percibir necesidades y repartir responsabilidades". El objetivo de las políticas públicas no debe ser solo la provisión de cuidados, sino la promoción de un debate público sobre la prioridad en las necesidades y la asignación de responsabilidades.

Es un hecho de gran importancia moral que, en nuestra sociedad, algunos deben trabajar para que otros puedan lograr su autonomía e independencia. Este hecho, sin embargo, está oscurecido por la separación de las vidas públicas y privadas y por la forma en que la atención se divide en diferentes partes de la vida privada. Entendemos la división entre la vida pública y la privada como la formas en que se presume que algunas preocupaciones son responsabilidad de individuos privados y no de la sociedad. Muchos aspectos de la vida de las mujeres y del cuidado se ven oscurecidos por esta distinción. Un ideal político de atención nos obligaría a reconsiderar esta delineación de la vida en las esferas pública y privada.

Dainius Pūras, relator especial de la ONU sobre el derecho a la salud física y mental, defiende la justicia social como uno de los determinantes clave en la salud mental. Las conexiones cuidadas entre las personas, familias y comunidades a lo largo de la vida, a través de generaciones, entre el Gobierno y las personas, entre diferentes naciones, y entre la humanidad y la naturaleza son fundamentales para la salud mental.

La desigualdad es un obstáculo clave para la salud mental a nivel mundial. Las cifras del 2019 de la Organización Mundial de la Salud (OMS) sugieren que 970 millones de personas en todo el mundo sufren algún tipo de angustia mental, y la prevalencia de afecciones como la depresión y la ansiedad han aumentado más del 40% en los últimos treinta años.

No podemos obviar que estudios preliminares (*The Lancet*), como el elaborado por investigadores del King's College, demuestran que los problemas psicológicos derivados de la cuarentena de anteriores pandemias perduran meses (*BMC Public Health*, 2008) y hasta tres años (especialmente en profesionales de la sanidad, según el *Canadian Journal of Psychiatry*, 2009). A las personas que ya contaban con problemas en la salud mental y con falta de recursos resilientes, tal y como apunta el Consejo General de Psicología de España, se les alargan los efectos del impacto psicológico hasta seis meses (*Epidemiology and Health*, 2016). Igualmente, el estudio hace referencia al impacto en suicidios. Según el *Academy of Medical Sciences* de Londres durante la epidemia del Sars de 2003 aumentaron un 30% los suicidios en personas mayores de 65 años.

Antonio Ramos Quiroga, jefe del Servicio de Psiquiatría del Vall d'Hebron, afirma que a largo plazo veremos más trastornos depresivos y adaptativos, fruto del impacto en la salud mental de la pandemia. En la sociedad post-Covid-19, la necesidad de invertir en política pública para la recuperación de la ciudadanía es evidente: recuperación social, económica, sanitaria y emocional.

Ya no es tiempo de prevenir únicamente, entendiendo la prevención de la salud como la evitación activa de las enfermedades o del malestar social. Es tiempo de promover los activos de salud, de activar modelos comunitarios que favorezcan las capacidades, habilidades y recursos de las personas y las comunidades para poder construir su proyecto de vida.

Centrándonos en la vulnerabilidad, y a pesar de que es intrínseca al ser humano, no es una característica estable e inmutable. Todo lo contrario. Es dependiente, al menos en parte, de factores que pueden cambiarse (Moreno Ortega, 2013). Así pues, precisamente por dicha afirmación, fomentar políticas públicas orientadas a la promoción del cuidado de las personas debería ser objetivo relevante y prioritario, incluso para asegurar el carácter innovador y competitivo de las ciudades.

La alta capacitación tecnológica y la alta capacitación humana, que pasan por una experiencia en el cuidar, deben ir indefectiblemente acompasadas y de la mano, asegurando así la sostenibilidad a todos los niveles. Lo contrario, que sería olvidarnos de lo que nos hace más humanos y que vela por nuestro bienestar integral, haría que los desequilibrios y las desigualdades vayan, como ya está ocurriendo, en aumento y, dado que todo está relacionado con todo, nos alejamos peligrosamente de la fórmula llamada *win-win*, donde todo el mundo gana, para pasar a perder globalmente como humanidad.



Adoptar una mirada holística puede aportar como positivo entender que el cuidado es un valor emergente que debe ser puesto precisamente en valor como camino de armonización, sostenibilidad y liberación.

A parte, cada vez más se está extrapolando el concepto recogido en el acrónimo VICA (Volatilidad, Incertidumbre, Complejidad y Ambigüedad) para adjetivar las características de la realidad en la que nos movemos. Del mismo modo, el antídoto que permite responder a estas características VICA son la cooperación, el trabajo en equipo, la sinergia y otras cualidades que encuentran en la afectividad, la empatía, la compasión y la capacidad cuidadora sus ingredientes esenciales. De todo esto, podemos concluir que hay que desarrollar una mirada sistémica, cooperativa, empática y cuidadora para dar respuesta a los retos presentes y futuros.

Esta responsabilidad es, en realidad, una corresponsabilidad dinámica que recae en la persona, en su entorno y en la sociedad en la que vive, con mayor o menor intensidad, según sea la etapa vital transitada.

Estamos ante un cambio de paradigma que se caracteriza por su carácter transformacional, donde todo está en constante cambio y transformación y es fundamentalmente integrativo o siquiera apela que así sea. Ya no se tiene la concepción de que unas u otras personas hacen determinada acción como ser garantes de los cuidados, sino que tanto unas como otras deben ser corresponsables del cuidado.

De este último aspecto se deriva que las estructuras públicas, la política en sí, las instituciones y las organizaciones, deben ser también agentes de cuidado y que este se centre verdaderamente en la persona, no desde una perspectiva paternalista, sino todo lo contrario, empoderadora, que fomente la autonomía. El verbo de acción es el de "acompañar" y no el del "hacer para", que sustituye e infantiliza al ciudadano.

Obviamente, este es un reto de primer orden y genera incertidumbre, respeto y, a veces, incluso miedo. Cuando esto ocurre, se generan dinámicas de estancamiento, de evasión, involutivas y alejadas completamente de lo que los entornos VICA requieren, y son formas de hacer y estar en el mundo que acaban siendo altamente perniciosas y destructivas.

Se nos pide fomentar una cultura y una pedagogía del ser que cuide y potencie la capacidad de permanecer abiertos de corazón, de espíritu y de acción, para dar respuesta de manera óptima a cada reto. Cada situación será clave.

«Hay que desarrollar una mirada sistémica, cooperativa, empática y cuidadora»



Algunas de las personalidades que nos inspiran y alientan en esta dirección son: Carl Rogers, Viktor Frankl, Martha Rogers, Jonas Salk, Florence Nightingale, Pau Casals, Jean Shinoda Bolen, Laura Balbo, Albert Einstein, Carl Sagan y Félix Rodriguez de la Fuente, entre muchos otros.

También hemos querido rescatar el trabajo realizado por Van Rensselaer Potter plasmado en el artículo *Bioethics: the science of survival* (Bioética: La ciencia de la supervivencia) publicado en 1970, y en su libro de 1971 *Bioethics: bridge to the future* (La bioética: un puente hacia el futuro). Van R. Potter dejó un gran legado adelantado a su tiempo. Afirmó: *«La humanidad necesita urgentemente una nueva sabiduría que le proporcione el conocimiento de cómo utilizar el conocimiento para la supervivencia del hombre y la mejora de la calidad de vida».* A parte del qué, también apuntó el cómo, y este era a través del diálogo fértil y el trabajo en equipo de diferentes disciplinas. De esta forma, su obra nos proporciona las claves y pautas para el momento actual y puede ser un excelente cuaderno de bitácora para catalizar, y sobre todo acompañar, el cambio de paradigma en el que nos encontramos.

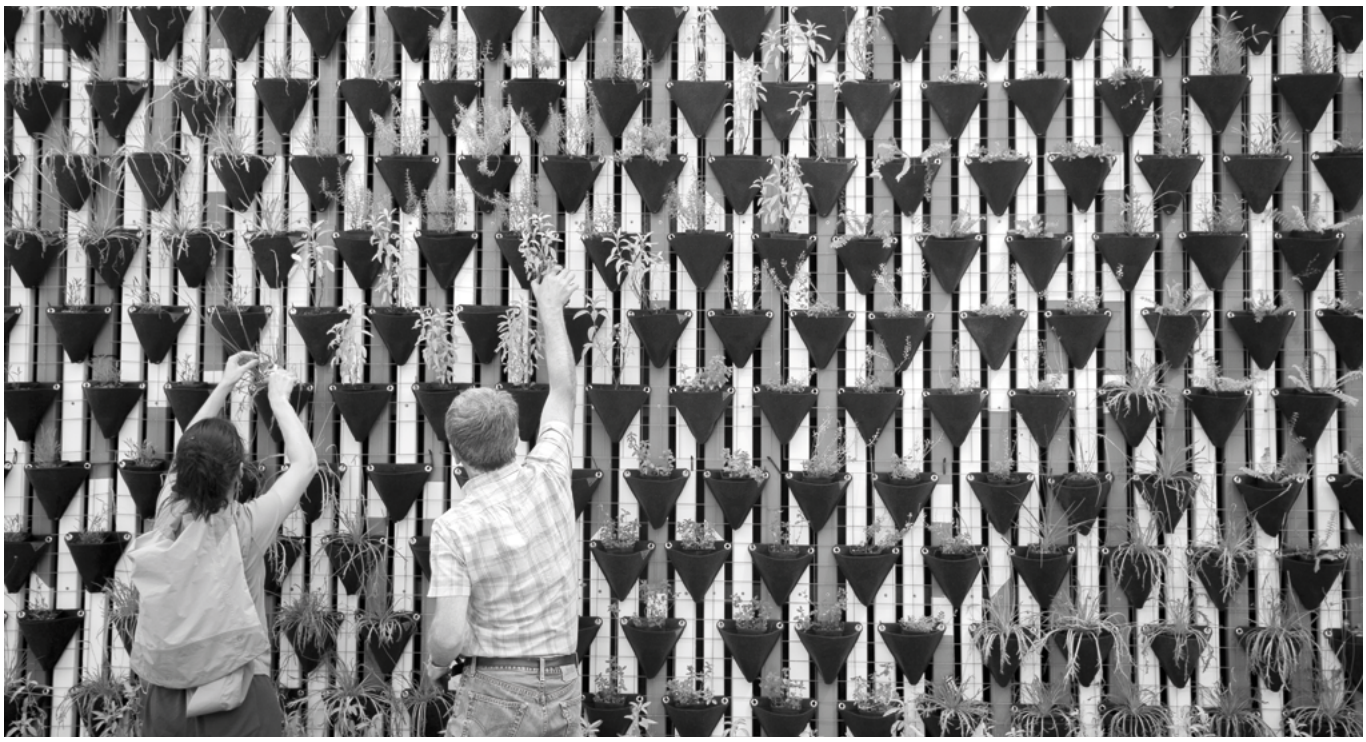
Por todo ello, hay que trabajar aquella apertura de mente, corazón y acción apuntada anteriormente, añadir grandes dosis de generosidad, compromiso y resiliencia, fomentar la cooperación, la transdisciplinariedad y el valor del cuidado aplicado a todo: a los pensamientos, a las acciones, a las relaciones en el vínculo que establecemos con el entorno, la naturaleza y con nosotros mismos. Y es que un denominador común de nuestra sociedad es la sed por lo nuevo, sin tener en cuenta muchas veces que otros antes ya han apuntado teorías avanzadas e innovadoras. Aquí también se puede aplicar la filosofía del cuidado y el resurgimiento de lo que ha sido menospreciado, seguramente por adelantado y porque no se podía comprender su alcance. Eso motivó que al no ser entendido, fuera rechazado también por complejo. Porque, por muchos motivos, preferimos lo simple y fácil.

La complejidad requiere tiempo, paciencia y amor por el conocimiento, ir con cuidado, tener tacto y, de nuevo, valores como el compromiso y la entrega, actualmente en crisis. Por eso hay que invertir energía, ganas, ingenio y coraje. ¿Nos atrevemos a empezar ese camino?

La buena noticia es que cuidar nutre tanto a quien es cuidado como a quien cuida, y nos hace mejor persona a todos y todas. Nos permite crecer, madurar, desplegar y llegar a ser la mejor versión que se puede ser como persona y, también colectivamente, como humanidad.

Van R. Potter ya señalaba que la realidad exigía que la finalidad fundamental de la educación fuera la comprensión de la naturaleza humana en todo su conjunto, así como la de sus relaciones e interacciones con el mundo que la rodeaba, en lugar de que siguiera, como en muchos casos hace aún ahora, criterios de carácter económico, fragmentarios, reduccionistas con poco y, en ocasiones, con ningún margen hacia la mirada sistémica y holística.

La bioética es una ciencia que hace una síntesis entre las ciencias de la vida lideradas por la biología



y la ética, que es la ciencia de la excelencia, y de la calidad humana para asegurar esa supervivencia que apuntaba Van R. Potter. Últimamente, las emergencias climáticas, humanitarias, de salud, etc., nos están indicando que nos estamos escorando peligrosamente, probablemente por una falta de acompasamiento, equilibrio y armonía interna y externa.

La bioética permite tejer puentes entre los avances técnico-científicos, las humanidades y las llamadas *soft skills*. Así, como todo está interconectado, todo va de la mano, confiriendo un todo inseparable. El objetivo de la bioética es el de trabajar, como decía Van R. Potter, para la supervivencia de la persona y del medio ambiente en la que está inserta. Yendo más allá, si a la bioética se la rescata del ámbito meramente médico-sanitario, donde ha sido tradicionalmente recluida, puede reconectar con la amplitud propuesta por Van R. Potter y pasar del objetivo de asegurar una mera supervivencia a ser generadora y garante de una calidad humana y de vida que asegure la sostenibilidad de la humanidad y la naturaleza y los diferentes ecosistemas.

La doctora en Filosofía, Anna Quintanas, en su escrito *V. R. Potter: una ética para la vida en la sociedad tecnocientífica*, dice: *"De acuerdo con Potter, hacen falta biólogos, botánicos, zoólogos, y científicos en general, comprometidos con la 'crisis de hoy' y que, además de respetar la 'frágil red de la vida', sean capaces de abrirse al conocimiento de la naturaleza humana y la sociedad en general".* Y recuerda que Potter creyó en la posibilidad de que la bioética pudiera aportar un nuevo tipo de erudito, e incluso un nuevo tipo de hombre, añadiríamos de mujer, de Estado, pues asume que "el puente hacia el futuro" tan solo se podía construir partiendo del mundo de la educación y la cultura, pero con conjunción con el ámbito de la política, dado que las grandes decisiones que afectan el destino de la humanidad y su hábitat se toman en el terreno público.

Esquivel (2011) sostiene que la gran potencialidad de la economía del cuidado sigue siendo contribuir a instalar el "cuidado" como un problema de política pública, sacándolo del terreno de lo privado y, si se insiste lo suficiente, desnaturalizándolo como propio de las mujeres y de los hogares. Es indispensable poner a los cuidados en el centro de la agenda, en un marco de igualdad de género: garantías básicas de la Seguridad Social, integrar la salud maternofilial, la protección económica básica para las mujeres en el embarazo, parto y postparto, y el cuidado de las personas dependientes y menores de edad. Habrá que implementar políticas públicas sociales que garanticen una reducción efectiva de la pobreza y avanzar a sociedades más igualitarias. La sobrecarga y la falta de reconocimiento de las tareas de cuidado generan una gran injusticia, porque cuidado y derechos han de ir de la mano.

Hay que apostar para que el cuidado no se convierta en servilismo, falta de reconocimiento e invisibilidad. Por todo ello, necesitamos una política pública:

- Con mirada salutogénica, que sitúe el foco en los orígenes de la salud y del bienestar, en la generación, promoción y mantenimiento, y que realce del bienestar.
- Con mirada poblacional del bienestar comunitario.
- Con perspectiva de género e interseccional.
- Que considere como valiosa a la comunidad, que promueva sus cuidados y la cuide, le ceda liderazgo, participación y protagonismo y le confiera capacidad de agencia (*agency)*.
- Que se cuantifiquen los trabajos de cuidado, lo que aportan y sus repercusiones en la economía.

Una sociedad cuidadora será aquella que reconozca sus responsabilidades hacia la infancia y otros colectivos vulnerables con la finalidad de ayudarlos a desarrollarse y construirse, atendiendo a sus diferencias, como personas con igualdad de derechos y oportunidades. Supondrá una transformación de los diferentes segmentos de la sociedad, integrando los valores del cuidado y la cooperación, que van a sustituir las jerarquías y las dominaciones de género, clase social, raza y etnia. Y todo esto tiene como punto de partida la educación.

"No es posible la educación sin amor. La sola presencia de la actitud amorosa descubre y alimenta en el educando una riqueza de valores antes insospechados y los hace gradualmente presentes en su vida. Educar consiste en descubrir con mirada delicada todas las aptitudes y capacidades del educando y hacerlas efectivas. Llevarlo al pleno desenvolvimiento del propio ser, hacer que sea con plenitud aquello que es. En tal cosa consiste la formación de la personalidad, la educación del carácter, el descubrimiento de aptitudes y la satisfacción de los intereses". (Noddings, 1984)

«Una sociedad cuidadora será aquella que reconozca sus responsabilidades hacia la infancia y otros colectivos vulnerables»

Decálogo

1. El cultivo de las relaciones de cuidado como finalidad principal de la educación. Como decía Noddings, no es posible la educación sin amor.
2. Toma de conciencia de la familia y la escuela como lugares determinantes en la configuración que la infancia hace de sí misma y de los demás.
3. La promoción del cuidado en todas sus dimensiones y en todas las etapas vitales, proporcionando diversidad de experiencias.
4. El desarrollo de marcos normativos, formales e informales, que incluyan valores éticos de igualdad, respeto, reconocimiento y responsabilidad.
5. Incorporar la igualdad de trato y de oportunidades de todas las personas en todas las prácticas sociales, en el diseño del sistema educativo y en la educación a lo largo de la vida.
6. Desarrollo de la conciencia humana, social y medioambiental.
7. Potenciación de un aprendizaje humanizador, individualizado, sistémico, holístico y relacional comunitario.
8. Incorporación de la educación para el cuidado en el currículum escolar, por ejemplo, el uso de las narraciones en el aula, el autoconocimiento, las evaluaciones no competitivas.
9. Participación de la infancia y la adolescencia en todo este proceso de aprendizaje.
10. Implicación y compromiso social del profesorado, las familias y la comunidad.

Bibliografía

- Brooks, S., Webster, R., Smith, l. et al. "The psychological impact of quarantine and how to reduce it: rapid review of the evidence". *The Lancet*. 2020; 395: 912-920.
- Burgos, J.M. (2009). *Reconstruir la persona. Ensayos personalistas*. Madrid: Palabra.
- Buxarrais, M.R. y Vilafranca, I. (coords). (2018). *Una mirada femenina de la educación moral*. Bilbao: Desclée de Brouwer.
- Buxarrais, M.R. y Burguet, M. (coords). *Aprender a ser. Por una pedagogía de la interioridad*. Barcelona: Graó.
- Buxarrais, M.R. y Burguet, M. (eds.). *La conciliación familiar, laboral, social y personal: una cuestión ética*. Barcelona: Edicions UB.
- Díaz-Salazar, R. (2016). *Educación y cambio ecosocial. Del yo interior al activismo ciudadano*. Madrid: PPC.
- Duch, L. (1997). *La educación y la crisis de la modernidad*. Barcelona: Paidós.
- Esquivel, V. (2016). *La economía feminista en América Latina*. Nueva Sociedad, nº 265. 103-116.
- Held, V. (2006). *The Ethics of Care. Personal, Political and Global*. New York: Oxford University Press.
- Jeong, H., Yim, H., Song, Y, et al. "Mental health status of people isolated due to Middle East respiratory syndrome". *Epidemiology and Health*. 2016; 38: e2016048.
- Macintyre, A. (2004). *Tras la virtud*. Barcelona: Crítica.
- Martínez, M., Esteban, F., Jover, G., y Payà, M. (2016). *La educación, en teoría*. Madrid: Síntesis.
- Noddings, N. (1984). *Caring: A Feminine Approach to Ethics and Moral Education*. Berkeley: University of California Press.
- Noddings, N. (1992). *The Challenge to Care in Schools: An Alternative Approach to Education*. Advances in Contemporary Educational Thought series, vol. 8. New York: Teachers College Press.
- Moreno Ortega, R. (2013) *Voces de Bioética y Excelencia*.
- Ramos Quiroga, A. (2020). "A largo plazo veremos más trastornos depresivos y adaptativos". *El País*, 4/5/2020. [en línea] Disponible en: https://elpais.com/espana/catalunya/2020-05-04/a-largo-plazo-veremos-mas-trastornos-depresivos-y-adaptativos.html [consulta: 1 de julio 2020].
- Stein, E. (2003). *Obras Completas. IV., Escritos antropológicos y pedagógicos*. Burgos: Ed Monte Carmelo.
- Taylor, M., Agho, K., Stevens, G., y Raphael, B. "Factors influencing psychological distress during a disease epidemic: data from Australia's first outbreak of equine influenza". *BMC Public Health*. 2008; 8: 347.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Modelo sanitario



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Introducción 83

2. Las sociedades que cuidan como marco 84

3. La importancia de la salud pública (SP) 86

4. Las residencias de mayores no forman parte del Sistema Nacional de Salud 87

5. El rol de la Atención Primaria de Salud (APS) 89

6. Efectos del envejecimiento de la población sobre la atención hospitalaria 90

7. Centros sociosanitarios o de cuidados intermedios u hospitales de cuidados intermedios 91

8. Atención domiciliaria 92

9. Oficinas de farmacia 93

10. Territorialización de los servicios sanitarios y sociosanitarios. El rol de los municipios 94

11. Conclusión 95

Decálogo 97

Barcelona

Enero, 2021

CC BY NC ND

Autores



Josep Maria Via Redons

Doctor en Medicina. Máster en Gestión de Servicios Sanitarios. Diplomado en Gestión Hospitalaria. Profesor en EADA, ESADE, UOC y profesor colaborador de la Universidad de Montreal en Suiza e Italia. Consultor en el ámbito sanitario. Presidente del Consejo Asesor de la Fundación Mémora. (Líder del área).



Rafael Bengoa Rentería

Doctor en Medicina por la Universidad del País Vasco. Médico especialista en Salud Comunitaria por la Universidad de Londres. Dirección de Sistemas de Salud de la Organización Mundial de la Salud durante 15 años. Ex Consejero de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco. Codirector del Institut for Health and Stratey (SI-Health). Senior Fellow de Harvard. Patrón de la Fundación Mémora.



Joan Berenguer Maimó

Licenciado en Medicina y médico especialista en Cuidados Intensivos por la UAB. Démi-certificat de Méthodes Stadistiques et de Méthodes Epidémiologiques, Facultad de Medicina de París. Diplomado Gestión Hospitalaria (ESADE). Gestor del sector hospitalario. Director de la Fundación Mémora.



José Augusto García Navarro

Licenciado en Medicina. Diplomado en Gestión Clínica por EADA, en Gestión de Servicios Sanitarios por ESADE, en Liderazgo y Gestión de Equipos por la U.B. y Programa de Alta Dirección de Empresas por IESE. Director del Consorci de Salut i Social de Catalunya. Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)



Olga Pané Mena

Licenciada en Medicina y Cirugía por la UAB. Diplomada en Sanitat por la Escola Nacional de Sanitat de Barcelona. Diplomada en Gestión Hospitalaria por ESADE. Especialista en Medicina de Trabajo por la U.B. Máster en Gestión de Servicios de Salud por la U.B. Directora gerente del Parc de Salut Mar.

1 Introducción

Desde la perspectiva de las ciudades, de las administraciones municipales, de las entidades ciudadanas y de los propios ciudadanos, cualquier aspecto del sistema de salud y del modelo sanitario, les afecta y les concierne. Ya sea la atención primaria de salud, la salud pública y comunitaria o la atención hospitalaria, en especial en las ciudades que cuentan con estos equipamientos. En definitiva, nada les es ajeno.

No obstante, y atendiendo al objetivo de tratar de ser útiles al proyecto *Ciudades que cuidan* de la Fundación Mémora, muy orientado hacia personas mayores y al final de vida, sin eludir una visión sistémica general, nos vamos a centrar en un aspecto muy concreto que, desgraciadamente, la pandemia provocada por el coronavirus ha puesto de manifiesto de forma cruenta: la necesidad de integrar las residencias de mayores en un *continuum* asistencial sociosanitario.

Los profesionales y expertos en modelos sanitarios y sociosanitarios no han experimentado sorpresa –o su sorpresa ha sido relativa– con lo sucedido en residencias de mayores. No hacía falta llegar a una situación tan lamentable para saber que la atención sanitaria a los mayores que viven en residencias no está bien resuelta.

Probablemente, incluso con vacuna y tratamiento, el coronavirus acabará siendo endémico, como lo es el virus de la gripe y, al igual que este, en términos de morbimortalidad, afectará preferentemente a los mayores. Ese va a ser el tema en el que nos vamos a centrar, y el mismo nos llevará a formular algunas consideraciones más sistémicas, más de modelo sanitario y sociosanitario.

«La atención sanitaria a los mayores que viven en residencias no está bien resuelta»

2 Las sociedades que cuidan como marco



En el documento «Sociedades que cuidan», su autora, Victoria Camps, nos describe una sociedad moderna en la que el cuidado de los demás, en especial de los más necesitados (niños, enfermos, personas discapacitadas, mayores...), era una responsabilidad que recaía en las mujeres. Explica cómo la evolución ha llevado a una «desresponsabilización» del cuidado y reclama que este se reincorpore como responsabilidad cívica, asumida de igual manera por hombres y mujeres, y como un deber político y moral. Por lo tanto, un deber ciudadano, privado y también una responsabilidad política, pública.

Victoria Camps introduce la necesidad de tomarse en serio el cuidado del prójimo a partir, no únicamente de la necesidad de contar con sociedades más justas, que también, sino de reclamar una moralidad relacionada con la capacidad de responder a la interpelación del otro que pide ayuda o reconocimiento. Para dar cuenta de esta exigencia, no basta, pues, con hablar de justicia, sino que conviene hablar también de cuidado.

El cuidado es, en teoría, una disposición que se activa cuando algo en nuestro interior nos dice que lo que vemos que ocurre está mal y no debería ser así.

«¡La sensación ha sido que nuestro Estado del Bienestar, nuestra sanidad pública, ha abandonado a los mayores que viven en residencias!»

No obstante, esa llamada interna permanece desactivada demasiado a menudo, y la razón de que así sea es que la costumbre, el lenguaje y las formas de vida han acabado normalizando situaciones que están mal y deberían corregirse. Es normal, pensamos, que la soledad acompañe a los mayores, que los ancianos mueran a veces solos, y que las residencias geriátricas sean el hábitat natural para personas con familiares que viven lejos o están excesivamente ocupados.

Victoria Camps piensa en la población general y aboga por que la responsabilidad del cuidado deje de atribuirse fundamentalmente a las mujeres, se generalice y, por supuesto, forme parte de las obligaciones públicas, políticas.

El hecho de que el cuidado de los mayores que viven en residencias suponga una delegación –mayor, menor o absoluta– del deber social de cuidar a elementos profesionales, contribuye a que cuando preguntamos a los residentes si han elegido por voluntad propia vivir allí, solo el 4% respondan afirmativamente. A menudo se sienten solos y más o menos abandonados por familiares y amigos, que viven una vida poco compatible en la práctica –y no solo por obligaciones laborales– con cuidar de sus mayores.

El coronavirus ha hecho ver a todo el mundo que la dejación de responsabilidad, más allá de la ciudadanía, la ha practicado la Administración. La atención social profesional ha hecho todo y más por hacer frente a la situación, pero la falta o insuficiencia habitual de atención sanitaria ha tenido, en este caso, efectos especialmente graves.

¡La sensación ha sido que nuestro Estado del Bienestar, nuestra sanidad pública, ha abandonado a los mayores que viven en residencias!

Como bien dice Victoria Camps, la dignidad de nuestros ancianos depende de la forma en que la sociedad los trate. En este caso, el trato no siempre ha sido todo lo digno que debería haber sido. No solamente han muerto algunos mayores más de los que inevitablemente hubiesen muerto –es de justicia contribuir a hacer entender que personas mayores muy deterioradas hubiesen muerto igualmente por la COVID-19, con o sin atención médica– sino que han tenido, en muchos casos, un final de vida indigno, sin acceso a atención paliativa adecuada.

Es a partir de este análisis que plantearemos algunas reflexiones sobre el modelo sanitario, en general, y su integración con los servicios sociales, en particular.

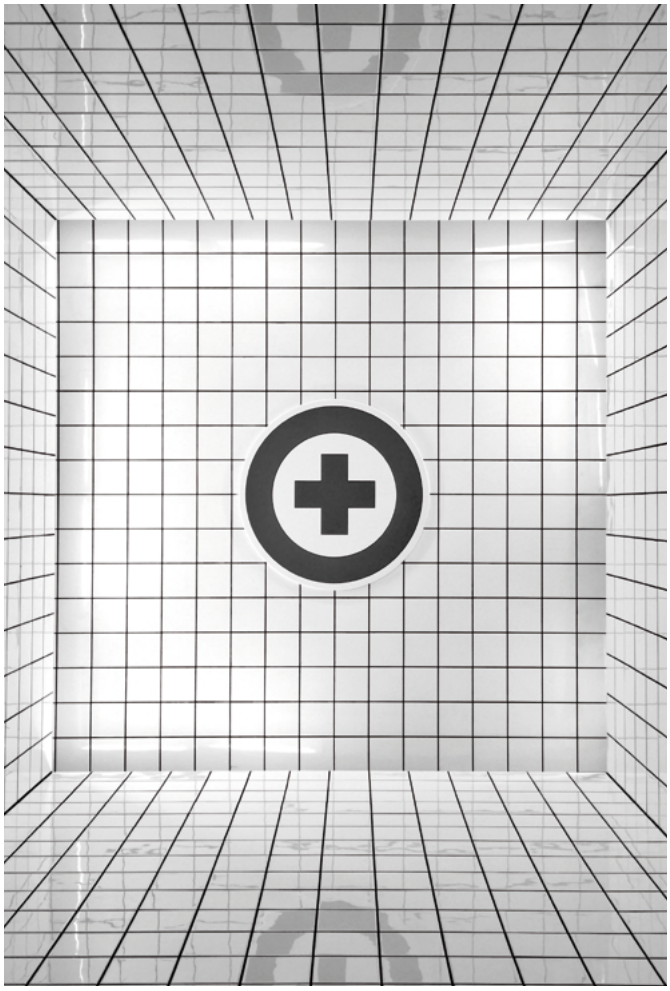
3 La importancia de la salud pública (SP)

Si contar con un buen sistema de salud pública es esencial, en cualquier caso, teniendo en cuenta lo vivido por la pandemia del coronavirus y el rol destacado de las ciudades y de los ayuntamientos en esta materia, se impone insistir en repensar y mejorar la organización de la salud pública.

Esa revisión del modelo de SP debería acompañarse de su modernización. Agencializar la salud pública significa captar profesionales competitivos, a menudo fuera de las carreras funcionariales, independizarla de la influencia política y asentarla sobre estructuras de gobernanza plurales con representación territorial.

Debería crearse una Agencia de Salud Pública capaz de coordinarse adecuadamente con las correspondientes Agencias de Salud Pública de las CCAA. El modelo de la Organización Nacional de Trasplantes podría inspirar la estructuración coordinada y colaborativa de esas Agencias.

El fortalecimiento y agencialización de funciones ministeriales, tanto en salud pública como en otros ámbitos, en correspondencia con las reformas promovidas en diversos países europeos, debería acompañarse de su reubicación territorial. No debería ser extraño que la Agencia Española de Medicamentos, de Salud Pública, de Trasplantes, etc., pudiera tener su sede no en base a criterios de capitalidad, sino a su acercamiento a polos de talento.



Las residencias de mayores no forman parte del Sistema Nacional de Salud

4

La crisis del coronavirus ha puesto de manifiesto que, en general, la población desconoce que las residencias de mayores, desde su origen hace décadas, fueron concebidas como recursos sociales sustitutivos del hogar y no forman parte del Sistema Nacional de Salud. Nacieron para cuidar, no para curar.

Como resultado de ello, y dado que el 85% de mortalidad por la COVID-19 se ha producido en mayores de 70 años, el número de decesos en las residencias ha sido elevado, y la opinión pública no ha comprendido la falta de personal sanitario, que se ha vivido como abandono y dejadez. Los Media no han ayudado a la hora de analizar adecuadamente la situación y centrar el debate de forma realista, apostando en demasiados casos por el tremendismo que más vende. *Business as usual* (lo de siempre).

¿Cuál es la realidad? Hace muchos años, los residentes eran personas que vivían mucho menos que ahora. La morbimortalidad por pluripatología crónica no era comparable, puesto que la mayoría fallecían antes de que esta se manifestara como lo hace hoy en día.

Un estudio de la Fundación Edad&Vida, de 2015, caracterizaba el perfil clínico de los mayores que viven en residencias. Los resultados obtenidos indicaron que más del 75% de los usuarios de los centros residenciales para personas mayores tiene tres diagnósticos activos, que el 66% toma más de siete medicamentos cada día, que el 18% ingresa con algún tipo de úlcera por presión, que el 75% presenta algún tipo de incontinencia urinaria, y que el 45% está en una situación de dependencia total.



De esta forma, se puede concluir que, globalmente, la complejidad de las personas atendidas en los centros residenciales es elevada y poco diferenciada de los atendidos en centros hospitalarios de cuidados intermedios o sociosanitarios, allí donde existen. El resultado, pues, es que tenemos personas mayores dependientes, con alta carga de enfermedad, viviendo en residencias sociales no definidas para cubrir sus necesidades de salud en cada momento que lo requiera la persona.

En esta misma línea, en el marco del VII Congreso Internacional de Dependencia y Calidad de Vida organizado por Edad&Vida se presentaron las conclusiones de un trabajo realizado por la Fundación en colaboración con expertos del ámbito de la atención sociosanitaria, de sociedades científicas, de colegios profesionales, de asociaciones, etc. En este trabajo, se reclamaba:

1. La necesidad de reconocer que la asistencia sanitaria básica que se lleva a cabo, con mayor o menor intensidad en las residencias, no es, en ningún caso, suficiente, y que debe reconocerse y conceptualizarse como un nivel asistencial diferenciado de la atención primaria y de la hospitalaria y, además, plenamente integrado en el Sistema Nacional de Salud.
2. La creación de un marco estatal de acreditación social y sanitaria básico y común.
3. La necesidad de un nuevo modelo de financiación pública que contemple la carga sanitaria y social de los servicios prestados en las residencias, que contribuya, a su vez, a la dignificación del sector y de sus profesionales.

Como resumen, diremos que si la –inexistente– integración sociosanitaria ya era una laguna preocupante, la COVID-19 la ha transformado en una prioridad absoluta. La solución que deberá adoptarse para prestar atención sanitaria integrada con la social en residencias deberá contemplar, entre otros, protocolos de derivación claros a hospitales de agudos, hospitales de cuidados intermedios y cualquier otro recurso asistencial existente, además de integrar –digitalmente– la historia social y la historia clínica.

«La complejidad de las personas atendidas en los centros residenciales es elevada y poco diferenciada de los atendidos en centros hospitalarios»

El rol de la Atención Primaria de Salud (APS)

5

En términos generales, la coordinación entre la APS y la atención especializada en hospitales y centros de cuidados intermedios, presenta dificultades. En el caso de las residencias, salvo en algunas excepciones, tiende a ser inexistente.

En la medida que la residencia de mayores es un sustituto del hogar, al igual que cada familia, en función de dónde vive, tiene asignado un Equipo de Atención Primaria (EAP) que, entre otros servicios, presta atención domiciliaria, el Centro de Atención Primaria (CAP) del distrito o pueblo en el que hay una residencia, debería ocuparse de la atención a los residentes. También de la atención domiciliaria, es decir, del pase de visita en la residencia, haciendo efectivo el derecho a la prescripción farmacéutica con receta pública y de otros tratamientos, el derecho a la petición de pruebas complementarias y de interconsulta a especialistas, así como la derivación a hospitales y centros de cuidados intermedios. Debería existir una historia de salud social y de salud, única y compartida, así como un plan integral de atención individualizada. Igualmente, debería estratificarse adecuadamente la población, considerando de forma diferenciada las personas que viven en sus domicilios, versus las que viven en alternativas residenciales u otras. Ese es el camino para saber quién necesita protección.

A partir de aquí, cualquier otra fórmula de contratación de personal sanitario por parte de la residencia, debería implicar la coordinación con el EAP.

En la práctica, esto no suele ser lo habitual, ya que los EAP no suelen estar dimensionados para asumir en sus cupos de 50 a 120 personas mayores frágiles que viven en residencia. Ni en términos de personal, ni de recursos materiales. Simplemente comparando el presupuesto asignado para farmacia a un CAP, se observa que difícilmente va a poder cumplirlo con un centenar de residentes polimedicados, adicional a su cupo. Así, en la práctica, las personas mayores que viven en residencias no están en el presupuesto territorializado de atención primaria del respectivo Departamento de Salud autonómico (donde radica la competencia).

Igualmente, es necesario resaltar que la concentración territorial de las residencias no es homogénea, lo que comporta que la carga asistencial sobre unos equipos u otros diste mucho de ser uniforme.

El resultado es que el derecho de todos los españoles a la protección de la salud, establecido en el artículo 43.1 de la Constitución (recogido y desarrollado por la Ley General de Sanidad), no acaba de ser efectivo, de forma satisfactoria, en las residencias de mayores.

Resulta obvio que la respuesta está en la integración social y sanitaria (sociosanitaria) efectiva, destinando los recursos necesarios para hacerla realidad y venciendo intereses políticos y corporativos, de grupos empresariales y otros.

«Debería existir una historia de salud social»

6 Efectos del envejecimiento de la población sobre la atención hospitalaria

Los hospitales de enfermos –teóricamente– agudos observan cómo, día a día, la edad media de sus pacientes crece o, dicho de otra manera, hay un número cada año mayor de pacientes de más de 70 años atendidos en los hospitales. El resultado es que instituciones concebidas hace años para atender población joven afectada prevalentemente por enfermedades agudas, deben afrontar cuadros de pluripatología crónica en personas mayores y muy mayores.

Es evidente que, en la medida que los hospitales son un eslabón más de una red, deben adaptarse a esta realidad, pero difícilmente el valor añadido que se espera de ellos se materializará si el conjunto de la red no se transforma también y se adapta a este perfil de paciente. Por ejemplo, la organización y funcionalidad del hospital variarán según disponga en su entorno, o no, de verdaderos centros sociosanitarios o centros de atención intermedia, preparados para atender a personas mayores convalecientes, garantizar rehabilitación avanzada y atención paliativa. Como veremos, sería tan poco descabellado como difícil, plantear una reconversión amplia de camas hospitalarias de enfermos agudos, a camas de centros u hospitales de atención para atender personas mayores con elevado grado de dependencia y pluripatología crónica severa y/o agudizada. La necesidad de minimizar la estancia de estos pacientes en un hospital de enfermos agudos es conocida. Más allá de razones de eficiencia, es necesaria para reducir en estos pacientes, entre otros problemas, la exposición a sobreinfecciones, o evitar la desorientación y el deterioro cognitivo que supone su estancia en centros de estas características.

En cualquier caso, los hospitales deberían tener Unidades Geriátricas de Agudos (UGA), estrechamente coordinadas con hospitales de cuidados intermedios –donde existan– y con la APS.

En este contexto, el domicilio, la residencia del paciente, los mencionados centros de cuidados intermedios y la APS, devienen ámbitos de atención sanitaria, cuya intervención debe ser armonizada y colaborativa si se quiere prestar con la máxima eficacia y eficiencia. Hay que estructurar los cuidados de larga duración de forma coordinada con todos los niveles asistenciales.

La intervención en el domicilio o residencia del paciente debe estar liderada por la atención primaria, pero no tiene por qué ser un ámbito exclusivo atendiendo al hecho de que determinadas intensidades de atención o especialización pueden requerir el concurso de otros niveles asistenciales (hospitalización a domicilio). Lo que sí requiere es que todos los agentes que intervengan en la atención se remitan a un mismo plan de cuidados y conozcan quién interviene en cada momento y para qué. De nuevo, la historia clínica y social, integrada digitalmente y accesible a toda la red de atención social y sanitaria, es indispensable.

7 Centros sociosanitarios o de cuidados intermedios u hospitales de cuidados intermedios

En España hay un problema grave de apariencia semántica, pero no solamente de apariencia. Va más allá. Se usa el término sociosanitario para definir desde residencias sociales sin la atención sanitaria bien resuelta, hasta verdaderos centros sociosanitarios dotados de trabajadores sociales, educadores sociales, terapeutas ocupacionales, gerocultores, nutricionistas, psicólogos, fisioterapeutas, personal de enfermería, médicos...

En estos centros, hay Unidades de Convalecencia, se prima la rehabilitación, se dispone de soluciones y productos terapéuticos básicos como son oxígeno y sistemas de vacío, morfina y otros fármacos para paliar el dolor y, en general, fármacos, en farmacia hospitalaria propia o compartida con algún hospital cercano. Puede haber Unidades específicas para demencias y otras. Y también Unidades de Larga Estancia para aquellas personas con alto grado de dependencia y necesidad de cuidados sanitarios no disponibles en residencias ni posibles de prestar a domicilio.

En España hay un grave problema, consistente en que solamente Cataluña, el País Vasco y, de forma aislada, algunas Comunidades Autónomas, disponen de este nivel asistencial. El Sistema Nacional de Salud, de forma integrada con los servicios sociales y de atención a la dependencia, debería fijarse como objetivo disponer de este recurso asistencial en el conjunto del territorio. La COVID-19 ha puesto de manifiesto la importancia de contar con este recurso. En la Comunidad de Madrid, durante el mismo periodo de tiempo –el de subida y pico de la pandemia– se derivaron desde las residencias a hospitales de agudos 10.300 mayores infectados. En Cataluña, la existencia de hospitales de cuidados intermedios hizo posible que los mayores infectados, derivados desde residencias a hospitales de agudos, fueran 2.168. Igualmente, la posibilidad de derivar a mayores convalecientes desde hospitales de agudos a hospitales de cuidados intermedios y así disponer de más camas hospitalarias, fue crucial en Cataluña.

Dentro de las diversas posibilidades de cumplir con el objetivo imprescindible de generalizar la existencia de hospitales de cuidados intermedios en toda España, mencionaremos tres:

1. Reconversión de parte de las camas de agudos en hospitales a Unidades Sociosanitarias de Cuidados Intermedios.
2. Crear o concertar nuevos hospitales de cuidados intermedios.
3. Dotar a residencias de mayores, cuya estructura lo permita, de Unidades de Cuidados Intermedios.

8 Atención domiciliaria



La mayor parte de la población prefiere vivir el máximo tiempo posible en sus hogares. Solamente el 4% de los mayores que viven en residencias, están allí por elección y voluntad propia. Preferirían disponer de buenos sistemas de atención social y sanitaria que facilitasen esa opción. Teniendo en cuenta que hoy en día, en España, de promedio, la atención domiciliaria diaria a mayores solo contempla 95 minutos de gerocultor, 11 minutos de enfermera, 5,8 minutos de fisioterapeuta y 1,6 minutos de médico, las posibilidades de vivir en el hogar con un cierto grado de dependencia son limitadas. Además, hay que tener en cuenta que entre el hogar y la residencia, hay diversos recursos: centros de día, centros de noche, viviendas con servicios... Sería más que recomendable implicar a los afectados y darles la oportunidad de manifestar sus preferencias, de forma sistematizada. Sea cual sea la elección, hoy por hoy, normalmente, se trata de fórmulas que no tienen mejor resuelta la atención sanitaria de la que la tienen las residencias.

Está claro, además, que la mayor parte de *baby boomers*, próximos usuarios potenciales de residencias, va a optar por permanecer a domicilio mientras la técnica, la ciencia, los servicios disponibles y la financiación lo permitan.

Si el SNS, de forma integrada con los servicios sociales y de atención a la dependencia, priorizara la financiación de la atención domiciliaria (servicios básicos de ayuda a domicilio, teleasistencia, trabajadores sociales, psicólogos, fisioterapeutas, enfermería, médicos, servicio farmacéutico domiciliario –Sistema Personalizado de Dosificación (SPD)– domótica, adaptaciones arquitectónicas, hospitalización a domicilio, cuidados paliativos...), la alternativa residencial podría acotarse substancialmente y limitarse a los casos en los que la autonomía personal sea incompatible con todas las posibilidades de la atención domiciliaria avanzada. En muchos de estos casos, la residencia tampoco sería la alternativa adecuada. Debería pensarse en Unidades de Larga Estancia en centros de cuidados intermedios.

Oficinas de farmacia 9

«Han demostrado su capacidad de llegar a los domicilios y un gran papel en la divulgación de buenos hábitos sanitarios»

Es relevante también considerar que entre los agentes sanitarios, cuya intervención es relevante, están las oficinas de farmacia. Más allá de la crisis provocada por el coronavirus, la prestación es importante. Durante la crisis de la COVID-19, han demostrado también su capacidad de llegar a los domicilios y un gran papel en la divulgación de buenos hábitos sanitarios y en la vigilancia de la adherencia a los tratamientos e interacciones farmacológicas. El Servicio Personalizado de Dosificación (SPD) debe permitir administrar a las personas mayores dependientes el equivalente a la unidosis hospitalaria, a domicilio.



10

Territorialización de los servicios sanitarios y sociosanitarios. El rol de los municipios

«La atención sociosanitaria a los mayores es inimaginable sin la implicación local»

Las competencias sanitarias y sociales, en buena lógica de subsidiariedad, fueron transferidas a las Comunidades Autónomas. El hecho de que los territorios dispongan de la gestión ha conllevado que allí se produjera la innovación. Y es bueno que sea así, ya que la flexibilidad y la variedad de soluciones, lejos de asustar, debe verse como una riqueza.

Siguiendo esta misma lógica, tiene pleno sentido que los municipios propongan y apliquen las mejores soluciones, coordinadamente con otras administraciones competentes. Más allá de las estrictas competencias municipales que existen –por ejemplo, en el campo de la salud pública–, la dinámica histórica del municipalismo en España, la proximidad de la Administración municipal a los problemas de las personas, les legitiman plenamente para ejercer un rol esencial en lo referente al cuidado de los ciudadanos. Esa es la base del proyecto de la Fundación Mémora, *Ciudades que cuidan*. Hoy en día sabemos, por ejemplo, que el control de los rebrotes de coronavirus deberá ser controlado a nivel local. Los EAP, que, a pesar de no ser de titularidad municipal, deberán trabajar estrechamente con los responsables locales de salud pública –que sí compete a los municipios– para controlar esas recidivas, es solo un ejemplo de tantos.

El tema no es estrictamente competencial. Es de responsabilidad de la administración local en el cuidado de las personas. La atención sociosanitaria a los mayores es inimaginable sin la implicación local, más allá de las competencias.

11 Conclusión

El Sistema Nacional de Salud debe adaptarse mejor a la realidad demográfica y al envejecimiento de nuestra sociedad. Y debe hacerlo mejorando la integración con los servicios sociales y el sistema de atención a la dependencia.

Las residencias han de resolver el déficit de atención sanitaria que, si bien viene de lejos, se ha hecho dramáticamente patente con la pandemia provocada por el coronavirus. El compromiso de la APS de prestar primero, y además prestar adecuadamente, este servicio es una posibilidad a tener en cuenta. En cualquier caso, la APS deberá adaptarse a las preferencias sociales, entre las que destacamos la atención domiciliaria. Para que la APS pueda cumplir esa función, queremos destacar dos requisitos imprescindibles:

1. Se precisan más recursos económicos para incrementar las dotaciones materiales y de profesionales. La APS actual, sin más, está limitadísima para prestar esa función.
2. Hay que reorganizar, agilizar y desburocratizar los EAP.

El hospital todavía llamado de agudos también ha de adaptarse al envejecimiento de la población. Además de prestar atención hospitalaria domiciliaria, deberá reconvertir camas y dispositivos de agudos a Unidades de Cuidados Intermedios en el propio hospital o simplemente disminuir el número de camas de agudos y sustituirlas, en el mismo territorio, por camas en nuevos centros de atención intermedia. Además, el hospital de agudos deberá dotarse de Unidades Geriátricas de Agudos (UGA) gestionadas conjuntamente con hospitales de atención intermedia.

Más allá de que la atención social residencial sea completada, de forma integrada, con la atención sanitaria, el nivel de hospitalización de cuidados intermedios resulta indispensable.

El SNS deberá priorizar, en su presupuesto, la atención domiciliaria integrada con los servicios sociales y de atención a la dependencia. Además de la APS domiciliaria y la hospitalización a domicilio, deberá priorizar la atención farmacéutica domiciliaria, a través del Sistema Personalizado de Dosificación, para personas dependientes.

La Comisión Europea recomendó a España, a propósito de la crisis generada por la COVID-19, que incrementara el presupuesto sanitario. Esa es una premisa princesa, sin la cual, difícilmente va a ser posible adaptar el sistema sanitario y sociosanitario a la evolución demográfica y a la nueva morbimortalidad (cronicidad), lo que vendría a ser. El poder cuidar a las personas, exige ese esfuerzo.

El incremento del gasto en salud y la aplicación del principio de subsidiariedad, incentivando la territorialización, es decir, la implicación de las CCAA y los municipios en la política sanitaria y sociosanitaria, son dos premisas esenciales para hacer posibles los cambios apuntados.

«El Sistema Nacional de Salud debe adaptarse mejor a la realidad demográfica»

Bibliografía

- Ham, C. Walsh, N. *Making integrated care happen at scale and pace*. March 2013

https://www.kingsfund.org.uk/sites/default/files/field/field_publication_file/making-integrated-care-happen-kingsfund-mar13.pdf

- The Commonwealth Fund. *Designing a High-Performing Health Care System for Patients with Complex Needs: Ten Recommendations for Policymakers*. September 8, 2017.

https://www.commonwealthfund.org/publications/fund-reports/2017/sep/designing-high-performing-health-care-system-patients-complex

- COVID-19: Managing the COVID-19 pandemic in care homes for older people. British Geriatrics Society 2020. National Institute for Health Research (NIHR)

https://enrich.nihr.ac.uk/covid-19-managing-the-covid-19-pandemic-in-care-homes-for-older-people/

- Bengoa, R. *Una oportunidad para mejorar el sistema de salud*. 22 ABR 2020. Elpais.

https://elpais.com/elpais/2020/04/21/opinion/1587482908_052132.html

- Amblàs-Novellas, J., Santaeugènia, S.J., Vela, E. *et al*. What lies beneath: a retrospective, population-based cohort study investigating clinical and resource-use characteristics of institutionalized older people in Catalonia. *BMC Geriatr* 20, 187 (2 Junio 2020). https://doi.org/10.1186/s12877-020-01587-8

- Via, JM. Video - Entrevista d›Antoni Bassas al Dr. Josep Ma. Via. Diari ARA. Julio 2020

https://www.ara.cat/videos/entrevistes/Entrevista-Antoni-Bassas-Josep-Maria_3_2483181668.html

- Comas-Herrera A, Zalakain J, Lemmon E, Henderson D, Litwin C, Hsu AT, Schmidt AE, Arling G, Fernández JL. Mortality associated with COVID-19 outbreaks in care homes. ltccovid.org (last updated 14 october 2020)

- Mortality-associated-with-COVID-among-people-living-in-care-homes-14-October-2020-5

- Santabalbina, FJT. Vidán, MT. García Navarro, JA. *Enfermedad por coronavirus 2019 (COVID-19) y edadismo: revisión narrativa de la literatura*. Rev Esp Geriatr Gerontol. 2020. https://doi.org/10.1016/j.regg.2020.08.002

Decálogo

1. Para mitigar la desigualdad, las políticas de educación y políticas económicas son importantes. No es que no lo sean las sanitarias, pero tanto las sanitarias como incluso las sociales, seguramente no son las más fundamentales, con lo cual recomendación a esos ayuntamientos que vuelvan a considerar aspectos tan importantes como el control de las enfermedades infecciosas, la higienización, la policía sanitaria y planteen la lucha contra la desigualdad.
2. La proximidad facilita colaborar en la integración de servicios sociales y sanitarios. No olvidemos, los servicios sociales de base son responsabilidad municipal.
3. Influir en la gobernanza del sistema y favorecer la integración social y sanitaria desde la base como la manera de avanzar.
4. Las políticas transversales son un elemento fundamental. La salud, no se mejora solamente desde la regiduría de salud o desde la Agencia de Salud Pública ni desde servicios sociales, se mejora también desde ámbitos como el urbanismo, haciendo ciudades y viviendas más accesibles, más saludables, detectando y corrigiendo los déficits y problemas.
5. Potenciar el desarrollo de redes de ayuda y de lucha contra factores que son determinantes de la salud como son la pobreza o la soledad no deseada.
6. Favorecer la relación intergeneracional, con políticas de redes de vecindad o de barrio entre las personas mayores y personas de otras generaciones que pueden ayudar a mitigar esta soledad,
7. Desarrollo de redes de voluntariado de todo tipo enfocadas a estos objetivos.
8. Y finalmente, no debemos olvidar que muchas personas mayores que están en casa su principal cuidado es el familiar o el vecino que es el cuidador informal. Estas personas a veces no están formadas, los ayuntamientos directamente o por colaboración con entidades diversas, pueden y deben contribuir a la formación de estos cuidadores informales.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Salud pública



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

«El papel (potencial) de la salud pública en la promoción de la sociedad del cuidado»

Barcelona
Enero, 2021

CC BY NC ND

Autores



Andreu Segura Benedicto

Doctor en Medicina, especialista en Salud Pública y Medicina Preventiva, epidemiólogo y salubrista jubilado. Fundador de la Sociedad Española de Epidemiología. Ha sido presidente de la Sociedad Catalana de Salud Pública y de la Sociedad Española de Salud Pública y Administración Sanitaria (SESPAS) Actualmente es coordinador de los grupos de trabajo de SESPAS sobre ética y iatrogenia, y vocal del Consejo Asesor de Salud Pública y del Comité de Bioética de Catalunya (**líder del área**).



Jara Cubillo Llanes

Médica especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Jefa del Servicio del Área de Promoción de la Salud, de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad. Coordinadora del Grupo de Trabajo "Inequidades en salud y salud internacional" de la Sociedad Madrileña de Medicina Familiar y Comunitaria (SOMAMFYC).



Beatriz González López-Valcárcel

Catedrática de Economía de la Salud. Fue presidenta de la Asociación Española de Economía de la Salud, de la Sección de Economía de la Salud Pública de The European Public Health Association (EUPHA). Fue presidenta de SESPAS. Actualmente es vocal del Consejo Asesor de Sanidad del Ministerio de Economía y representante de Canarias en el Comité Científico COVID.



Sebastià March Llull

Licenciado en Sociología. Máster en Investigación en Atención Primaria, y formado en metodología epidemiológica, estadística y cualitativa. Quince años de experiencia como asesor y docente en investigación (promoción de la salud, servicios de atención primaria, inmigración y salud, determinantes sociales, evaluación de políticas pública y ética de la investigación).



Soledad Márquez Calderón

Doctora en Medicina y especialista en Medicina Preventiva y Salud Pública. Responsable del Sistema de Información de Mortalidad por Causas de Andalucía (Consejería de Salud e Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía). Ha sido profesora de la Escuela Andaluza de Salud Pública y del Institut Valencià d'Estudis en Salut Pública. Editora de la revista Gestión Clínica y Sanitaria. Miembro del Patronato de la Fundación Instituto de Investigación en Servicios de Salud.



Bernabé Robles del Olmo

Licenciado en Medicina por la Universitat de Barcelona, especialista en Neurología y en enfermedades vasculares del SNC. Máster Universitario de Bioética por la Universitat Ramon Llull. Profesor asociado de Bioética y Neurología en la Universitat de Vic. Jefe del Servicio de Neurología del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu. Presidente del Comité de Ética Asistencial del Parc Sanitari Sant Joan de Déu. Vocal de la comisión permanente del Comité de Bioética de Catalunya.

«La equidad debería constituir uno de los ejes de la ciudad de los cuidados»

La salud pública –y su versión más local, la salud comunitaria– podría contribuir de modo sustantivo al desarrollo de los cuatro aspectos que Victoria Camps(1) destaca en su estimulante texto.

En primer lugar, porque al tener como objeto la población y las comunidades, la salud pública resalta la naturaleza biológica de la especie humana, que incluye necesariamente la dimensión social, una de las tres facetas de la definición de salud adoptada por la OMS. Es una característica que se materializa mediante la interdependencia entre las personas que integran las comunidades humanas y que viven mayoritariamente en las ciudades. Se trata de una propiedad imprescindible para desarrollar las actividades colectivas de promoción y de protección de la salud, fundamentales para la salud pública y comunitaria.

En segundo lugar, para desarrollar el derecho a la protección de la salud –y también el derecho a la promoción de la salud– de cada persona, cada una de ellas –preferiblemente todas o, cuando menos, una notoria mayoría– se debe comprometer en hacer viable (ahora se dice sostenible) la(s) comunidad(es) de la(s) que forma parte (a). Los derechos individuales de los humanos no pueden materializarse efectivamente sin un entorno social adecuado. Es lo que requiere eso que ahora se llama empoderamiento –que también se puede denominar emancipación, autonomía o libertad–, ser capaces de decidir por cuenta propia y asumir las responsabilidades correspondientes, características esenciales de la promoción colectiva de la salud comunitaria.

En cuanto al tercer aspecto, la cohesión social imprescindible para la supervivencia de las sociedades humanas –incluidas las ciudades– se debilita por las inequidades, ya sean sociales, de género, de edad u otras, por lo que la equidad debería constituir uno de los ejes de la ciudad de los cuidados. Recordemos que la equidad es uno de los propósitos principales de la promoción colectiva de la salud comunitaria. Particular interés tiene la equidad de género –que requiere prevenir las discriminaciones y las desigualdades injustas en razón del sexo y del género– en el ámbito de la salud, puesto que en muchas culturas humanas contemporáneas –particularmente las heteropatriarcales– las actividades de cuidado de los demás se supone, lo que además se fomenta que corren a cargo de las mujeres.

---

a Y la tendencia de la humanidad a la urbanización no se ha visto interrumpida desde el Neolítico, por lo que las ciudades se han convertido en las organizaciones típicas de las sociedades humanas.



La cuarta y última de las aportaciones de Camps remite a la necesidad de cuidarse y, sobre todo, de tener cuidado de los otros y, particularmente, del entorno urbano, lo cual es necesario para mantener la cohesión social y para desarrollar, además, actitudes y conductas que incrementen los valores de la convivencia, la equidad, el civismo y la política (b).

Cuidar es palabra polisémica. Es un verbo transitivo que significa "poner diligencia, atención y solicitud en la ejecución de algo", o "asistir, guardar o conservar"; pero también es un verbo intransitivo cuando se emplea, por ejemplo, al decir "cuidar de los niños". Sin olvidar sus usos pronominales como "mirar por la propia salud, darse buena vida" o "vivir con advertencia respecto de algo" (2). Hasta la Edad Media, sin embargo, significaba pensar, ya que deriva del latín cogitare. Luego pasó a expresar "prestar atención" y de ahí a "asistir (a alguien)", o "poner solicitud (en algo)" (3).

El cuidado se puede entender, pues, como la cualidad de la interdependencia entre las personas, imprescindible para que sean viables los grupos humanos más simples: las bandas y los clanes prehistóricos, por ejemplo. Una actitud colaborativa seguramente innata en las especies de animales sociales, desde los insectos a los primates. Así pues, resulta verosímil suponer que en las bandas prehistóricas de las distintas especies del género Homo, la percepción que de la propia identidad tuviera cada componente fuera más la del clan que la personal. Identidad que no se contrapone a la individual en las especies biológicas en las cuales la diversidad de sus componentes puede enriquecer el conjunto. Siempre que existan posibilidades, modos y procedimientos que no solo permitan, sino que también fomenten la colaboración.

Mantener viable el grupo requiere, por un lado, procedimientos eficientes de comunicación como, por ejemplo, el lenguaje –que además funciona como un atributo diferenciador que permite reconocer a los propios y distinguirlos de los extraños– y, por otro, usos y costumbres que no solo no obstaculicen, sino que promuevan la cohesión social.

Cuando, a partir del Neolítico, comienza la urbanización, los requerimientos para que las primeras ciudades se mantengan viables durante suficiente tiempo adquieren mayor complejidad.

En primer lugar, desde una perspectiva del entorno, el medio en el que se ubican, lo que comporta garantizar el abastecimiento de agua potable, el almacenamiento y conservación de alimentos, la evacuación de residuos, la policía sanitaria mortuoria, etc. Un salto cualitativo respecto de las conductas y hábitos higiénicos

b Civismo viene de civis, que significa ciudad, como política del griego polis, ciudad, comunidad.

de los cazadores-recolectores que comporta el desarrollo de los primeros programas de saneamiento, antecedentes de la protección colectiva de la salud comunitaria, actividad independiente de la clínica, que seguramente había empezado a desarrollarse mucho antes (4). Además de la protección de la salud, el urbanismo también promueve espacios e instalaciones para el ocio y el placer, precedentes, a su vez, de la promoción colectiva de la salud comunitaria, entendida esta como una característica relacionada con el confort y el bienestar. Promoción y protección colectivas de la salud comunitaria, que son dos de las funciones fundamentales de la salud pública contemporánea.

En segundo lugar, también se hacen más complejas las relaciones de interdependencia imprescindibles para la subsistencia. Y se formalizan las costumbres y las conductas más provechosas (*ethos* y *mores* en griego y en latín, respectivamente) más valiosas para mantener la mínima cohesión social imprescindible (5).

Pero, a diferencia de la Prehistoria, en la actualidad las funciones de la salud pública incluyen también la prevención de enfermedades determinadas. Funciones que no se limitan, sin embargo, al ámbito sanitario, cuya perspectiva hegemónica sigue siendo patogénica: reconocer las enfermedades y sus causas para poder evitarlas en su caso, curar a los afectados cuando sea posible y aliviar siempre el sufrimiento de los pacientes. Porque muchos de los factores determinantes de la salud son otros que los estrictamente sanitarios: la educación, el trabajo, la vivienda, el urbanismo, la cohesión social, etc. La salud pública como institución social desborda ampliamente el ámbito de la sanidad, lo que justifica el fomento de políticas públicas saludables o, en otras palabras, la salud en todas las políticas, que también podría expresarse como cuidar a la polis.

De acuerdo con Wilkinson y Marmot(6), las comunidades humanas menos cohesionadas socialmente, más desiguales, son las que presentan peores resultados en salud. Incluso las personas más favorecidas disfrutan de mejor salud en las sociedades más equitativas. Tener amistades alarga y mejora la calidad de vida. Una calidad de vida que no depende exclusiva ni principalmente de los recursos materiales y económicos, y que acostumbramos a identificar como bienestar o felicidad, aunque en el sentido aristotélico de la palabra (c).

---

c Aquello que, a diferencia del honor, la riqueza y el placer, que se buscan deseando precisamente la felicidad, preferimos por sí misma y jamás por otra cosa: "El bien autosuficiente es aquel que por sí solo torna amable la vida, y tal bien es la felicidad". (Aristóteles. Ethica Nicomaca).

«La salud pública como institución social desborda ampliamente el ámbito de la sanidad»



«La idea de "salud en todas las políticas" forma ya parte de los fundamentos de la salud pública y comunitaria»

Ya que los determinantes de la salud exceden, en gran medida, al ámbito sanitario, la idea de "salud en todas las políticas" forma ya parte de los fundamentos de la salud pública y comunitaria (7).

Pero, entonces, ¿hasta dónde y cómo han de actuar los servicios sanitarios, incluidos los de la salud pública? A veces, la intervención de los servicios sanitarios y de salud pública, incluso cuando sus propósitos explícitos son la promoción y la protección de la salud, genera efectos contraproducentes (d).

Enfoques intervencionistas en la prevención de enfermedades, particularmente en la prevención secundaria, contribuyen a la medicalización inadecuada y excesiva de la vida cotidiana, al consumismo sanitario y a la iatrogenia. Al mismo tiempo, las estrategias de promoción de salud lideradas desde la sanidad no siempre consiguen que se involucren otros sectores (grupos sociales, ayuntamientos, otros sectores de las políticas) y, a veces, aun con buenos efectos sanitarios, obstaculizan incluso el "empoderamiento" de los agentes sociales principales que no asumen el control y la responsabilidad de su salud personal y colectiva, incluyendo los cuidados.

---

d No solo indirectamente, influyendo negativamente sobre determinantes más generales como la educación o el trabajo remunerado o incluso exacerbando la violencia de género –como está poniendo de manifiesto la pandemia de la COVID-19– sino también directamente, incrementado inequidades de acceso de pacientes con otras patologías a los servicios asistenciales.

Entre los profesionales expertos en salud pública y atención primaria (8) predomina la consideración de que se debe mejorar el planteamiento y el desarrollo de las intervenciones de promoción de la salud, sobre todo las actividades comunitarias en colaboración con los ayuntamientos y otros sectores, y que el papel de los servicios de salud convendría ser de abogacía. Y reconocer que los determinantes sociales de salud dependen, sobre todo, de otros sectores. El papel de la abogacía de los servicios de salud pública y comunitaria es fundamental en términos de advertir de las consecuencias en la salud de las políticas que tienen un impacto negativo en los derechos y condiciones de vida.

Determinados modelos de ciudad y de sistemas de organización social obstaculizan el desarrollo positivo de las relaciones sociales. Y la cohesión social no prospera sin interacciones cooperativas. Desde la perspectiva de la salud pública y comunitaria son, pues, deseables aquellas acciones y programas que promuevan y desarrollen el contacto social que genera este "bienestar" genuino, puesto que otras versiones más banales del bienestar o de la felicidad convierten a los humanos en meros consumidores en lugar de ciudadanos involucrados efectivamente en los asuntos de la comunidad (9). Alienados o idiotas, si atendemos a la etimología de la palabra griega original en la que idiota es quien solo se ocupa de sus propios asuntos despreciando los intereses comunes.

Un planteamiento, el de vivir bien (*sumak kawsai*), emparentado con la idea feminista de "poner la vida en el centro" y asociado, a su vez, con la feminista perspectiva misma de cuidado, desde la que el propósito principal de nuestras actuaciones y comportamientos es el desarrollo de las personas y de las interacciones que permiten el progreso de las comunidades, en lugar del mero desarrollo económico o material. En este sentido, la dimensión ecofeminista de la sostenibilidad complementa la formulación al instarnos a cuidar del entorno, velando para que nuestras acciones tengan el mínimo de efectos negativos y el máximo de positivos sobre nuestro entorno/ecosistema (comunidad, medio ambiente, sociedad, etc.). Un bienestar espiritual, afectivo, e incluso ético en el que el sentido el cuidar no se limita a cuidar de o para, sino también "de qué nos cuidamos".



«Vivir bien (*sumak kawsai*), emparentado con la idea feminista de "poner la vida en el centro"»

Una cosa es la calidad del cuidado, la calidad de la vida, el propósito o el *ikigai*, para decirlo con un término japonés, que para conseguirla requiere la complicidad de los otros, propósito que desde la salud pública y comunitaria no parece particularmente discordante, al menos en teoría, y otra cosa es cómo desde la salud pública se puede contribuir a desarrollarlo. A construir la ciudad de los cuidados. Sin olvidar el papel salutogénico –generador de salud– que pueden tener por sí mismos los cuidados.

Entre las funciones esenciales de la salud pública (10), destaca la vigilancia y el monitoreo de los problemas y los determinantes de la salud y las enfermedades de las personas y las comunidades, de modo que diseñar y desarrollar un sistema de vigilancia específico podría ser una de las aportaciones prácticas de la salud pública. Una actividad que, en cierta forma, ya se reconoce como una de sus funciones (monitoreo de los determinantes sociales de la salud y de las desigualdades) en la vigente –pero no desarrollada– Ley General de Salud Pública.

Otra de las funciones fundamentales es la de identificar, reconocer y, en su caso, contribuir a generar las condiciones –factores promotores– que fomentan los cuidados y sus beneficios en las sociedades humanas. Remarcar –o poner en valor, como se dice ahora– la importancia de los cuidados en nuestras vidas cotidianas, lo que a menudo no somos capaces de visibilizar, tal vez porque lo damos por supuesto, como ocurre también con los servicios de salud pública que solo se echan de menos cuando se hace patente su necesidad.

Como lo es también incentivar la implicación y la participación comunitaria mediante el fomento de alianzas, la promoción de la cooperación intersectorial y el desarrollo de redes de apoyo y colaboración mutua. Lo que exige a la salud pública concurrir con el conjunto de agentes determinantes en la producción de la salud y de los cuidados.

La participación tiene un papel fundamental en la promoción de la salud comunitaria, de la equidad y también de los cuidados. En las sociedades más igualitarias, las personas tienden a participar más en grupos locales, organizaciones de voluntariado y asociaciones (11) y, a su vez, la participación comunitaria mejora el bienestar y reduce las desigualdades en salud. La participación incrementa el control de las personas sobre las cuestiones que afectan a sus vidas y es imprescindible para la acción transformadora sobre los determinantes sociales de la salud (12).



«Algunas de las reacciones más positivas frente a la pandemia COVID-19 tienen que ver con una perspectiva solidaria de la interdependencia»

La pandemia de la COVID-19 ha perturbado el funcionamiento de las sociedades humanas. Aunque todavía es pronto para valorar cuál ha sido la influencia directamente atribuible a la epidemia y cuál debemos imputar a las respuestas que se han adoptado –algunas de las cuales comportan efectos indeseables tan o más graves que la infección–. En cualquier caso, se ha puesto de manifiesto la necesidad de una estructura de servicios colectivos, particularmente de salud pública, imprescindibles cuando los problemas deben abordarse colectivamente. Sin embargo, conviene evitar una excesiva e inadecuada dependencia de las instituciones gubernamentales, que puede fomentar usos inapropiados de los recursos comunes (13) o, por lo menos, no asumir pertinentemente la responsabilidad ciudadana o social. Una actitud que, en cierto modo, podría etiquetarse –análogamente a la caracterización aristotélica de los tipos de gobierno–, como una perversión del Estado del bienestar, cuyas costuras corren un riesgo elevado de reventarse.

Un riesgo que, tal vez, podría reducirse mediante una sociedad del cuidado, en la que las ventajas de las organizaciones colectivas fueran consecuencia directa de la cooperación voluntaria –como parte del compromiso de reciprocidad imprescindible– para la supervivencia de los individuos de las especies biológicas sociales. Una cooperación basada en el cuidado mutuo, ya que las dimensiones del cuidado incluyen preocuparse (*caring about*), hacerse cargo (*caring for*), suministrar cuidados (*care giving*) y recibirlos (*care receiving*).

Un proceder que, para que fuera objeto de incentivación efectiva en sociedades como las nuestras, convendría reconocerla explícitamente como un valor y, por ello, considerada productiva e incluida en el cálculo del Producto Interior Bruto, como argumentan politólogas economistas del prestigio de la premio Nobel Elinor Ostrom (14) o de la economista Marianne Mazzucato (15), y que ha reivindicado persistentemente María Ángeles Durán (16).

Precisamente, algunas de las reacciones más positivas frente a la pandemia COVID-19 tienen que ver con una perspectiva solidaria de la interdependencia, por lo que convendría analizar las experiencias que las propias comunidades han promovido para paliar algunos de los efectos negativos de la infección o de las medidas protectoras adoptadas como, por ejemplo, las redes de acompañamiento, la distribución de alimentos y otros productos básicos, e incluso la neutralización de bulos y rumores.

Una tarea que ya han comenzado a desarrollar algunas instituciones de las administraciones de la salud pública, entre las que destacan el área de promoción de la salud del Ministerio de Sanidad (17), la iniciativa de la Secretaría de Salud Pública de Cataluña en relación con la salud comunitaria (18) o la Dirección General de Salud Pública de Baleares (19) y, desde luego, las de salud comunitaria de Asturias de larga tradición (20). Sin olvidar el papel de las sociedades profesionales (científicas) como las de la Red de Atención Primaria (REAP) y la Asociación de Enfermería Comunitaria (AES) de SESPAS, cuyo órgano informativo *Gaceta Sanitaria* ha prestado una especial atención a la cuestión. O la revista *Comunidad* (21), el PACAP de la semFYC y la Alianza de la Salud Comunitaria, una plataforma intersectorial para la promoción de la salud comunitaria que dispone de una plataforma gestionada por la Escuela Andaluza de Salud Pública (22).

Teniendo presente las dificultades para el desarrollo de estos planteamientos, entre las que destacan las limitaciones de un urbanismo carente de las virtudes de las ciudades helénicas –cuyas dimensiones demográficas facilitaban la interdependencia y el cuidado mutuo– sin olvidar tampoco la tendencia al cortoplacismo de los responsables políticos, los sentimientos de culpa, el miedo y la dificultad de asumir y gestionar adecuadamente la incertidumbre, junto a la ilusión del individualismo y las exageradas expectativas sobre las posibilidades del progreso clínico, va a ser necesario algo más que el optimismo de la voluntad.



«Va a ser necesario algo más que el optimismo de la voluntad»

Decálogo

Intentaría recoger el reto de Adam Smith, en el sentido de decir que consiguiéramos incentivar las actitudes de cuidado a los demás con un beneficio propio, que eso es lo que nos va a motivar más. Si perdemos la conciencia de que vamos a beneficiarnos con nuestra actitud de contribución al bienestar general, yo creo que nos va a costar más el conseguir este tipo de actitudes más solidarias.

1. Los humanos, por naturaleza biológica, somos animales sociales, y satisfacer los aspectos relativos a esta dimensión social es imprescindible si queremos disfrutar de una salud individual aceptable.
2. Las comunidades, que son nuestra dimensión colectiva, y cuanto más saludables son, más salud podemos disfrutar las personas individualmente.
3. La salud de uno depende del cariño y el cuidado de otros.
4. La cooperación, no solo la competencia es una estrategia evolutiva o fructífera.
5. Despreocuparse de los asuntos comunes es de idiotas. En griego, idiota es el que no se ocupa de los aspectos de la comunidad. Idio es el yo, el egoísta, el que no se preocupaba de los demás y, por lo tanto, no se desarrollaba adecuadamente.
6. Para que te quieran hay que querer.
7. El comportamiento cívico es algo más y mejor que el de los simples consumidores o clientes. El estatus del ciudadano es superior porque implica el deber de contribuir a que la ciudad o a que la comunidad sea más adecuada.
8. La mayoría de las enfermedades que nos afectan en la actualidad a los de nuestras sociedades privilegiadas son incurables, pero que cuidarlas mejora sustancialmente la calidad de vida de quienes las padecen.
9. No hay que obnubilarse mucho con ilusiones y esperanzas. Hay que saber distinguir lo que nos conviene y lo que nos aliena, y hay que asumir que somos mortales, y por lo menos, morirnos con dignidad y no morirnos con un respirador, solos, desconectados, por ejemplo.
10. Cuídate de ti mismo lo necesario para vivir plenamente y del vecindario como de ti mismo.

Bibliografía

(1) Camps, V. (2019) *Sociedades cuidadoras*. Jornada de Ciudades que Cuidan. Madrid: Fundación Mémora, 6 de noviembre de 2019. 7 páginas. Disponible en: https://ciudadesquecuidan.com/wp-content/uploads/200610_Victoria-Camps_Sociedades-cuidadoras-1-1.pdf

(2) Diccionario de la RAE. Disponible en: https://www.rae.es/drae2001/cuidado

(3) Corominas, J. (2016) Breve diccionario etimológico del castellano. Disponible en: https://desocuparlapieza.wordpress.com/2016/02/11/descargar-breve-diccionario-etimologico-de-la-lengua-castellana/comment-page-1/

(4) Repullo, J. R. y Segura, A. (2006) Salud Pública y sostenibilidad de los sistemas públicos de salud. Revista Española de Salud Pública, 80, 475-482.

(5) Segura, A. (2019) Ética en, de y para la Salud Pública. *Post del comité editorial de Gaceta Sanitaria*. 15 de agosto de 2019. Disponible en: http://bloggaceta.elsevier.es/blog-del-comite-editorial/etica-en-de-y-para-la-salud-publica/

(6) Wilkinson, R., y Marmot, M., (Eds.) (2003). Social determinants of health. The solids facts. Denmark: WHO Europe.

(7) Ståhl, T., Wismar, M., Ollila, E., Lahtinen, E. & Leppo, K. (Eds.). (2006) Health in all policies. Prospects and potentials. Hèlsinki: Ministry of Social Affairs and Health. Disponible en: http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/109146/E89260.pdf

(8) Márquez-Calderón, S., Villegas-Portero, R., Gosalbes-Soler, V., y Martínez-Pecino, F. (2014). Promoción de la salud y prevención en tiempos de crisis: el rol del sector sanitario. Gaceta Sanitaria, 28(S1), 116–23.

(9) McAvoy P.V., Driscoli M.B., y Gramling B.J. (2004) Integrating the environment, the economy, and community health: A community health center's initiative to link health benefits to smart growth. *American Journal of Public Health*, 94, 525-7.

(10) CDC. The Public Health System & the 10 Essential Public Health Services. Disponible en: https://www.cdc.gov/publichealthgateway/publichealthservices/essentialhealthservices.html

(11) Lancee, B., Van de Werfhorst, H.G. (2012) Income inequality and participation: A comparison of 24 European countries. Social Science Research, 41(5), 1166-78. Disponible en: http://www.hermanvandewerfhorst.socsci.uva.nl/SSR2012.pdf

(12) National Institute for Health and Care Excellence (2016) Community engagement: improving health and wellbeing and reducing health inequalities. Disponible en: https://www.nice.org.uk/guidance/ng44

(13) Forsyth, T., y Craig, J. (2014) Elinor Ostrom's legacy: governing the commons, and the rational choice controversy. Development and Change, 45, 1093-110. Disponible en: http://eprints.lse.ac.uk/56198/

(14) Ostrom, E. (2000) El Gobierno de los Bienes Comunes: La evolución de las instituciones de acción colectiva. Ciudad de México: Fondo de Cultura Económica de México.

(15) Mazzucato, N. (2018) El valor de las cosas. Quién produce y quién gana en la economía global. Madrid: Taurus.

(16) Durán, M. A. (2000) La contribución del trabajo no remunerado a la economía española. Alternativas metodológicas. Madrid: Instituto de la Mujer, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

(17) Ruiz, E., Cubillo, J., Segura, J., Campos, P., Koerting, A., Hernández, T., y Cobos, M. Redes comunitarias en la crisis de COVID-19. Disponible en: https://www.mscbs.gob.es/profesionales/saludPublica/prevPromocion/Estrategia/docs/ImplementacionLocal/Redes_comunitarias_en_la_crisis_de_COVID-19.pdf

(18) Salut comunitària i COVID-19. Secretaria de Salut Pública. Gencat. Disponible en: http://salutpublica.gencat.cat/ca/ambits/promocio_salut/salut_comunitaria/Salut-comunitaria-i-COVID-19/

(19) Cabeza, E., Núñez, C., Planas, T., Ramos, M., y Salvá, M. Servei de promoció de la Salut. Direcció General de Salut Pública i Participació. Conselleria de Salut. Reforzar la acción comunitaria frente a la pandemia del COVID-19. [Se puede solicitar el informe a: promociosalut@dgsanita.caib.es]

(20) Observatorio de Salud de Asturias. Alianzas para la acción comunitaria en tiempos de emergencia. Observatorio de Salud Comunitaria y COVID-19. Disponible en: https://obsaludasturias.com/obsa/category/salud-comunitaria/

(21) Revista Comunidad. Programa de actividades comunitarias en atención primaria. semFYC. Disponible en: https://www.pacap.net/pacap/revista-comunidad/

(22) Hernán, M., y García, D. Acción comunitaria en situaciones de emergencia. EASP. Disponible en: https://www.easp.es/web/coronavirusysaludpublica/wp-content/uploads/sites/17/2020/04/Comunitaria2.jpg

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Economía



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. La economía de los cuidados en tiempos de pandemias sanitarias 116

2. Un marco conceptual para la economía de los cuidados 117

3. Los cuidados a los mayores y al final de la vida en España 119

4. La «nueva normalidad» para la economía de los cuidados a mayores 120

5. Elementos para seguir con la reflexión 122

Decálogo 123

«Elementos de reflexión para la economía de los cuidados tras la pandemia de la COVID-19»

Barcelona

Diciembre, 2020

CC BY NC ND

Autores



David Elvira Martínez

Licenciado en Economía y Empresa, Máster en Economía Aplicada y Doctorando por la Universidad Autónoma de Barcelona. Exdirector del CatSalut Fue miembro del Consell Assessor per a la Sostenibilitat i el Progrés del Sistema Sanitari (CASOST). Ha desarrollado investigaciones sobre planificación y evaluación económica de los servicios sanitarios y farmacia. Consultor en gestión y planificación sanitaria. Docente en Universidad Pompeu Fabra y de la Universitat Oberta de Catalunya. (**Líder del área**)



Lluís Bohigas Santasusagna

Doctor en Ciencias Económicas por la Universidad de Barcelona. Asesor del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya. Académico de la Real Academia de Medicina de Catalunya, Presidente del Cercle de Salut. Ha sido Secretario del Col·legi d'Economistes de Catalunya. Presidente de la Federació Catalana d'Escacs. Presidente de l'Associació d'Economia de la Salut. Director General de Planificació de la Generalitat de Catalunya. Vocal de la Comisión Abril Martorell. Director de la Fundació Avedis Donabedian. Director General de Planificación del Ministerio de Sanidad. Presidente de SESPAS. Presidente de la Comissió de Salut del Col·legi d'Economistes de Catalunya.



Guillem López Casasnovas

Licenciado en Ciencias Económicas y licenciado en Derecho por la Universidad de Barcelona. Doctor en Economía Pública. Universidad de York, Catedrático de Economía de la Universidad Pompeu Fabra. Fundador y Director del Centro de Investigación en Economía y Salud (CRES-UPF). Codirector del Máster de Gestión Pública (UPF-UAB-EAPC) y del Máster de Health Economics & Policy de Barcelona Graduate School of Economics (Barcelona GSE). Ha sido Consejero Independiente del Consejo de Gobierno del Banco de España. Presidente de la International Health Economics Association, entre 2007 y 2013 y también asesor senior de la Organización Mundial de la Salud sobre desigualdades en salud en Europa. Es director de la Revista Económica de Cataluña desde el 2020, y miembro de los consejos de redacción de Hacienda Pública Española, del Journal of Health Services Management (desde sus inicios hasta el 2019) y de Review of Health Economics. Autor de más de un centenar de artículos científicos, colabora regularmente con El Periodico, El Punt Avui, diari Ara y La Vanguardia con un artículo mensual en cada uno de ellos.



Lluís Torrens Mèlich

Licenciado en Ciencias Económica Universidad Autónoma de Barcelona, Magíster en Análisis Económico y Diplomado por el Programa de Dirección General de IESE. Director de Innovación Social Ajuntament de Barcelona. Profesor asociado de economía en l'Escola Superior de Comerç Internacional de la Universidad Pompeu Fabra. Ha sido Director de Serveis del Departament de Salut y del Departament d'Interior, de la Generalitat de Catalunya. Ha sido también, gerente del Centre de Recerca en el IESE. Es miembro de la red Renda Básica; del Consejo Asesor del Campus Cohesió i Compromís Social de la Universitat de Girona y del Consell Assessor del Pla d'Atenció Integrada Social i Sanitària.

1

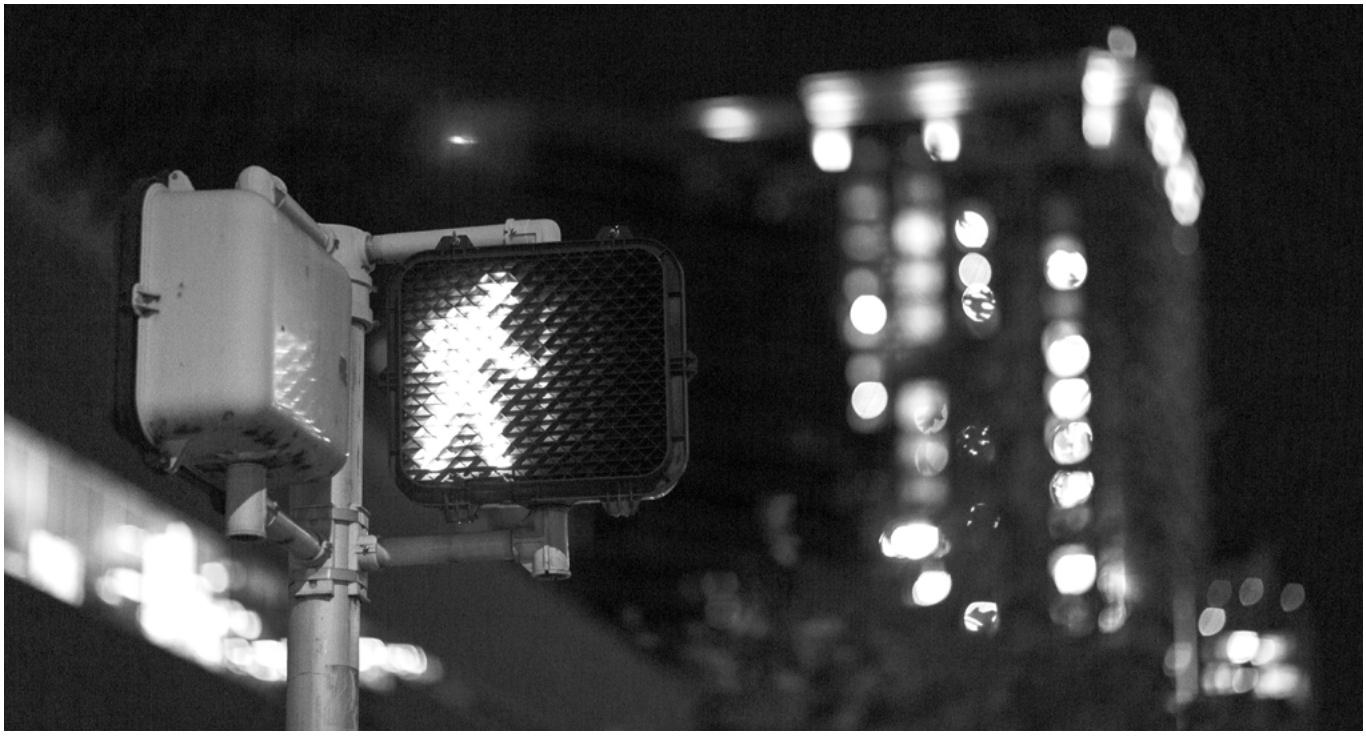
La economía de los cuidados en tiempos de pandemias sanitarias

La crisis de la COVID-19 ha reforzado la necesidad de colocar el cuidado a las personas en el centro del diseño de las políticas públicas de la llamada "nueva normalidad". Los cuidados son innatos a las estructuras sociales que impactan en la economía de los países. Incluso cuando los mercados colapsan, la economía de los cuidados sigue funcionando. Si algo ha puesto de manifiesto la COVID-19 es que las crisis sanitarias hacen aflorar de forma intensa (y, en ocasiones, inhumana) las debilidades de las estructuras sociales, las fragilidades de las economías desarrolladas globalizadas y la necesidad de reenfocar (y reforzar) ciertas políticas públicas (en el ámbito social y económico). A pesar de que la pandemia ha hecho nuestra interdependencia más evidente, también nos ha recordado la necesidad de articular políticas económicas que tengan en cuenta que la fragilidad y la vulnerabilidad requieren de estructuras y reglas económicas que protejan a los individuos y eviten que las economías, en su conjunto, colapsen. En esta necesidad de gestionar la interdependencia radica el requerimiento de revisar la economía de los cuidados.

«En esta necesidad de gestionar la interdependencia radica el requerimiento de revisar la economía de los cuidados»

Un marco conceptual para la economía de los cuidados

2



Esping-Andersen (1993) (1) incluyó por primera vez en los análisis comparativos sobre los Estados de bienestar la familia como pilar básico del bienestar, al mismo nivel que el Estado o el mercado, como una institución que asume y se hace cargo del trabajo de los cuidados y el trabajo doméstico que se genera en su seno. Así, a partir de la desmercantilización, la estratificación social y el equilibrio entre las tres instituciones del bienestar (Estado-mercado-familia), el autor muestra la existencia de tres regímenes de bienestar (liberal, conservador y socialdemócrata).

En España, desde la implantación de la Ley de la Dependencia, lo que se observa bajo el paradigma Esping-Andersen es una combinación de regímenes. Por un lado, un sistema universal que cubre, normalmente de forma insuficiente, las necesidades de cuidado (el promedio de horas que recibe una persona atendida por el SAD –Servicio de Ayuda Domiciliaria– es de una por día laborable). Adicionalmente, normalmente se complementa el servicio universal con contratación regular (o irregular) de servicios domiciliarios con una intensidad que depende de la renta de la persona atendida o de su núcleo familiar cercano. Y, finalmente, existe un tercer tramo de atención prestado por los propios familiares, mujeres principalmente, o incluso por el círculo íntimo de amistades. Es un sistema profundamente inequitativo en el que el nivel de atención adecuado depende de la capacidad financiera o de la posibilidad de disponer de tiempo de los familiares. A mayor riqueza y potencial apoyo familiar, mejor cuidado, y viceversa (2).

En este sentido, la taxonomía de Esping-Andersen ha sido criticada a lo largo de los últimos años, especialmente por no incluir otras fuentes de desigualdad más allá de la estratificación social (como es el género) y su potencial impacto en la "mercantilización" de los servicios que se dan en el seno familiar. Además, el debilitamiento del modelo productivo que tradicionalmente había alimentado el paradigma del Estado del bienestar, con la progresiva consolidación de la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, hace evidente el cuestionamiento de la organización de los cuidados en base a la división sexual del trabajo, su "mercantilización" o su apoyo público.

Además, para complementar el papel del sector público en la discusión de la innovación en la economía de los cuidados, no deben descartarse las recientes aportaciones sobre el papel del "Estado emprendedor"(3) como un actor clave para que el sector privado encuentre incentivos a la inversión mediante la socialización de los riesgos iniciales de la misma (fomentando la implantación de modelos de negocio de provisión pública, pero producción privada). Bajo este prisma, podemos introducir la promoción pública de la innovación tecnológica como un posible factor corrector de las inequidades. Por ejemplo, la teleasistencia, siendo un modelo de relativa sencillez en su concepción original, permite avanzar hacia modelos avanzados que reduzcan sensiblemente la necesidad de periodos de vigilia (retribuidos o no) e incrementar la autonomía personal.

Finalmente, la aportación del pensamiento feminista ha permitido incluir nuevas dimensiones de análisis a la economía de los cuidados (Lewis, 1992 (4); Sainsbury, 1999 (5)) y ha proporcionado un marco conceptual de las relaciones del género con las unidades familiares y su institucionalización en los sistemas de protección social. En este sentido, a diferencia de los análisis convencionales desde la perspectiva clásica de los Estados de bienestar (los sistemas públicos de protección social cubren de manera subsidiaria las necesidades de cuidados que tienen las familias), desde la óptica del Modelo de Organización Social del Cuidado, se contempla la manera en que se proporcionan los cuidados a las personas dependientes desde distintos ámbitos, como son: las familias, la comunidad, el Estado o el mercado, para así poder incluir las diferencias de género y de clase en dicha provisión de cuidados.

El sector de la dependencia y de la economía de los cuidados en España muestra claras debilidades en términos de recursos humanos y económicos si se comparan con otros países económicamente avanzados. Además, es un sector con carencias en su retribución a sus profesionales (si se compara con sectores como el sanitario) y que es ampliamente permeable a soluciones contractuales irregulares, al tener una frontera difusa en la identificación de los trabajos del hogar y los servicios de cuidados. En el sector de la atención domiciliaria, por ejemplo, el 98,5% de sus profesionales tienen alguna condición objetivable de precariedad: sueldo bruto inferior a 1.000 euros mensuales, altos porcentajes de parcialidad o temporalidad contractual (pese a que el retorno en el saldo fiscal de la mejora de dichas condiciones sería claramente positivo (6)).

«A mayor riqueza y potencial apoyo familiar, mejor cuidado, y viceversa»

Los cuidados a los mayores y al final de la vida en España

3

Estamos experimentando cambios demográficos sostenidos que nos conducen hacia la necesidad social y económica de hacer frente a una sociedad cada vez más envejecida con lazos familiares intergeneracionales más debilitados y con roles intrafamiliares en evolución (especialmente, como consecuencia de la normalización en la incorporación de la mujer al mercado de trabajo). En este sentido, nuestra sociedad está experimentando una crisis en los cuidados de nuestros mayores en situaciones de mayor dependencia.

La crisis de la COVID-19 ha expuesto, con suma crudeza, importantes deficiencias en el actual modelo de atención institucionalizada que, sin duda, necesita ser revisada, especialmente en los cuidados asociados al acompañamiento al final de la vida. Pero, más allá de los elementos puramente asistenciales, la crisis ha puesto también de relieve la importancia y necesidad de incluir los aspectos comunitarios (incluyendo el urbanismo, la arquitectura o las redes de apoyo social) como aspectos clave de análisis en la economía de los cuidados para colectivos frágiles (como los mayores).

La crisis no hace más que poner mayor foco en la necesidad de afrontar los retos sociales y económicos que supone el envejecimiento sostenido de nuestra sociedad. La pirámide de población de España continúa su proceso de envejecimiento. Según los datos estadísticos del Padrón Continuo (INE), a 1 de enero de 2019 hay 9.057.193 personas mayores, un 19,3% sobre el total de la población, que siguen aumentando, tanto en número como en proporción. Hacia 2050, las personas mayores casi habrán duplicado sus efectivos actuales, y la generación del *baby boom* iniciará su llegada a la jubilación en torno al año 2024 (siendo la presión sobre los sistemas de protección social especialmente notable en la década de los 40). Y, aunque no siempre suficientemente destacado (especialmente por las implicaciones en los cuidados que puede tener), el envejecimiento en España no solo sigue feminizándose, sino que es mucho más acentuado en el mundo rural.

La soledad será un fenómeno relevante que condicionará nuestra noción de los cuidados, y también su análisis desde la perspectiva económica. Se viene observando, en los últimos años, un incremento de los hogares unipersonales en personas de 65 y más años, aunque las proporciones son todavía menores que en otros países europeos. La proporción es mayor entre las mujeres que entre los hombres (2018: 31% frente a 17,8%) pero en estos ha habido un aumento notable en los últimos años. Aunque la forma de convivencia mayoritaria entre los hombres de 65 y más años es la pareja sola, en el futuro se espera que aumente y tenga consecuencias en la redistribución de los cuidados dentro del hogar. De hecho, ya se observa que los hombres mayores cuidan en proporciones crecientes (el 13,6% de los hombres mayores cuidan a personas dependientes; también lo hace el 14% de las mujeres que, en cifras absolutas, suponen la mayoría en el total de cuidadores en todas las edades) (7). La soledad dobla las probabilidades de mortalidad, en particular, por razones cardíacas, casi dobla la probabilidad de tener trastornos depresivos, y aumenta los riesgos de trastornos de demencia en aproximadamente un 60% (8). Se comprueba, por tanto, que la falta de contacto y apoyo humano tiene consecuencias comparables a las del consumo de tabaco y la obesidad (9). En este sentido, políticas públicas orientadas a disminuir el aislamiento social, especialmente de personas mayores, permiten mayores eficiencias en algunos servicios públicos, como el sanitario, y mejoras en el estado de salud (10) de las personas mayores dependientes.

4 La «nueva normalidad» para la economía de los cuidados a mayores

La COVID-19 ejemplifica claramente lo que se ha denominado en la literatura sobre transiciones sociotécnicas (11) un *landscape shock* (12). Los rasgos de los probables cambios ofrecen una gran oportunidad para enfocar las políticas de adaptabilidad y resiliencia de los sistemas sociales y económicos. Retos como la transición demográfica y la revolución digital están claramente interrelacionados con los impactos de la COVID-19 y con las respuestas que esta crisis requiere.

Conceptos como la economía colaborativa, el teletrabajo, la telemedicina o la teleasistencia pueden permitir que el uso de esas tecnologías y modelos productivos se acelere en la fase de reconstrucción de la COVID-19. Además, el proceso de reconstrucción y resiliencia también modifica el valor que damos a distintos tipos de actividades económicas, promoviendo un giro hacia lo que se denomina *foundational economy* (13) (que prioriza, sobre todo, salud, cuidado, educación, vivienda, utilidades y alimentación).

En base a la priorización de las actividades relacionadas con los cuidados, y tomando el Modelo de Organización Social del Cuidado como marco de análisis económico (Sainsbury, 1999), cabe destacar que en España hay 4,1 plazas de residencia por cada 100 personas mayores; en total, 372.985 plazas (2019) y, aunque podemos tener un amplio debate sobre cómo puede evolucionar el modelo de cuidados a mayores institucionalizados, el reto social y económico de los cuidados está en el 96% de mayores que recibirán sus cuidados en sus hogares a través de la familia, la comunidad o el mercado.

Desde la aprobación de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia, coexisten dos formas de provisión pública de



«La soledad dobla las probabilidades de mortalidad»

cuidados a mayores dependientes en sus hogares: los beneficios financieros para cuidadores no profesionales y los servicios domiciliarios profesionalizados (no sanitarios), en gran medida provistos por las administraciones locales. Ambos servicios se pueden combinar entre ellos o con el servicio de centro de día. No obstante, existen grandes diferencias en el acceso a los mismos. Por un lado, la universalidad queda, a menudo, comprometida por largos plazos de espera para acceder a los servicios y, por otro lado, los plazos son diferentes según el servicio, lo cual altera la libertad de elección. Además, la prestación de cuidador no profesional, que debería ser un recurso excepcional, es mucho más frecuente de lo esperado y existen dudas de que, para algunos usuarios vulnerables, en realidad es un complemento de pensiones o ingresos bajos. Pero, más allá de los servicios que podemos identificar desde la provisión pública, la mayor parte de los cuidados a los mayores en sus hogares son provistos por familiares o personas de sus círculos de confianza (mayoritariamente mujeres) o por empleadas contratadas o irregulares con, también, un claro sesgo racial o étnico (14).

La crisis de la COVID-19 ha acentuado la necesidad de tejer redes sociales (y económicas) de solidaridad a través de cuidados. También ha reforzado la necesidad de preocuparse por el impacto social y económico del modelo de cuidados para las generaciones del *baby boom*.

En este sentido, algunas innovaciones recientes, aceleradas o acentuadas por la pandemia de la COVID-19, merecen atención:

- **Intervenciones comunitarias basadas en creación de capital social (15):** que evitan el aislamiento social, refuerzan la cohesión social y diversifican la necesidad e intensidad de recursos necesarios para proveer servicios de cuidados, mejorando su efectividad y eficiencia. Estas intervenciones (por ejemplo, "radares" sociales (16)), aunque evidentemente no son exclusivamente ejecutadas por las administraciones, sí requieren ser facilitadas o promovidas por estas y, en gran medida, deben hacer frente al reto de la soledad en colectivos especialmente frágiles (por ejemplo, personas mayores dependientes).
- **Los cuidados domiciliarios de base comunitaria:** inspirados en la experiencia de economía social de Buurtzorg (17), que promueve un modelo holístico, integrado en la comunidad y con equipos profesionales con un alto grado de autogestión. Experiencias similares se están implantando ya en la ciudad de Barcelona, a través de la identificación de "supermanzanas sociales" (microáreas urbanas) en las que los servicios domiciliarios se implementan en base a redes de cuidados informales preexistentes, redes de cuidados sociosanitarios domiciliarios profesionalizados y servicios extradomiciliarios en la comunidad (18).
- **Modelos residenciales "distribuidos" para mayores:** que permiten a las personas mayores dependientes recibir los cuidados sociales y sanitarios requeridos de forma coordinada y coherente entre el hogar y los dispositivos sociosanitarios de proximidad. Para ello, se requieren recursos comunitarios y soluciones tecnológicas que garanticen la continuidad de los cuidados, su efectiva provisión y la eficiencia en el uso de todos los recursos disponibles (en la familia, en la comunidad o en el mercado) en un modelo integrado domicilio-comunidad-institución. El modelo residencial "distribuido" para personas mayores significa un cambio radical en el concepto de la institucionalización residencial, para evolucionar hacia "hubs logísticos" de provisión de cuidados en microáreas urbanas (19), y necesitará también de modelos capitativos de financiación sociosanitaria.

«Enfocar las políticas de adaptabilidad y resiliencia de los sistemas sociales y económicos»

5 Elementos para seguir con la reflexión

La reciente crisis de la COVID-19 nos permite aprovechar las oportunidades para conseguir una economía más competitiva asentándose no solo en la innovación y las capacidades de las personas, sino también en la integración y valoración del trabajo de los cuidados, tanto como trabajo remunerado (en el mercado) como en trabajo no remunerado (que incluye las tareas domésticas y de cuidado) (20). La integración de este enfoque en las medidas de reconstrucción y renovación pueden permitir afianzar una sociedad más cohesionada y resiliente en términos económicos y sociales.

Al igual que, en su momento, la concienciación social sobre los retos medioambientales ha activado estrategias sólidas de mejoras en la competitividad a través de compromisos en políticas económicas basadas en el *green deal* (21), la conciencia social sobre la necesidad de reforzar la economía de los cuidados como uno de los pilares de la reconstrucción económica post COVID-19 también nos plantea algunos elementos de reflexión:

- Necesidad de soluciones económicas y de gestión colaborativas: que más allá de la colaboración público-privada amplíen el perímetro de colaboración e implementación al ámbito comunitario. De esta manera, se puede favorecer la construcción de cadenas de valor resilientes con nuevas interacciones sociales, técnicas y económicas entre el "Estado", el "mercado" y la "comunidad". La equidad en el cuidado y su sostenibilidad financiera también puede requerir establecer sistemas de copago justos.
- Necesidad de ecosistemas más productivos y competitivos en la economía de los cuidados: que permitan conectar a las empresas (especialmente locales) con otros agentes (públicos o comunitarios) para mejorar sus capacidades de diagnóstico y análisis de las problemáticas, especialmente de los colectivos frágiles (personas mayores dependientes), y mejoren así sus soluciones técnicas (innovación digital) y de negocio (modelos de reembolso y pago) en la economía de los cuidados. Y que, a la vez, proporcionen puestos de trabajo dignos y atractivos, con carreras profesionales verticales y horizontales en estrecha relación con el sector sanitario.
- Necesidad de modelos de reactivación económica anclados en la legitimidad social: en base a grandes retos sociales (como la transición demográfica y la revolución digital) que permitan orientar las estrategias empresariales, individuales y de las políticas públicas (bajo el paradigma de un sector público "emprendedor") hacia estrategias socialmente compartidas y legitimadas. La tecnificación del sector debe ser vista como una oportunidad industrial de primer orden en campos como la domótica, la robotización, la inteligencia artificial, las tecnologías de la información y la comunicación, o las adaptaciones de los hogares.

«Permitir afianzar una sociedad más cohesionada y resiliente en términos económicos y sociales»

Decálogo

Cinco ideas clave con mucha visión municipal.

1. Intervenciones públicas basadas en capital social y eso quiere decir municipios que diseñen espacios públicos, un organismo adecuado de las ciudades para favorecer interacciones sociales, crear espacios de socialización y eso quiere decir incorporar dispositivos culturales, artísticos, educacionales, deportivos, sociales, lo que decíamos del PIB como elementos de capital social que permita facilitar la Economía de los Cuidados.
2. Reforzar la Economía de los Cuidados entendiéndola como uno de los pilares de la reconstrucción post COVID, y eso quiere decir fijarnos en qué elementos de legitimación social podemos invertir desde lo público en lo municipal. Eso quiere decir transición demográfica, revolución digital y poner la domótica, la robotización, la inteligencia artificial, las tecnologías de la información y la comunicación y la adaptación por tanto de los hogares, como a lo mejor un elemento clave de inversión o colaboración públicas con lo privado.
3. Gestión colaborativa, hay que insistir en la idea de que hay espacio para una colaboración entre lo público, lo comunitario y lo privado, básicamente reforzando la idea de este domicilio o de esta residencia distribuida entre distintos dispositivos y con mucho peso de la base comunitaria, siempre insistir en esta idea.
4. Ecosistemas más productivos y competitivos, los municipios pueden ser facilitadores para conectar el espacio más local, las empresas más locales con los agentes públicos y comunitarios y este puede ser un rol para facilitar la mejora de los servicios de cuidados en las ciudades y
5. No solo es para los municipios, pero que los municipios tengan en cuenta que sus proyectos y colaboraciones tienen que ser basadas en mejores condiciones laborales en este sector porque solo con trabajos más dignos, más atractivos podremos tener carreras profesionales y atraer recursos hacia la Economía de los Cuidados.

Bibliografía

(1) Esping-Andersen, G. (1993). *Los tres mundos del estado del bienestar.* Edicions Alfons el Magnanim-IVEI. Valencia.

(2) https://ajuntament.barcelona.cat/dretssocials/sites/default/files/revista-castellano/07_en_profundidad_julia-rojas_bcn25_es.pdf [Consulta: 15/07/2020].

(3) Mazzucato, M. (2013). *The Entrepreneurial State: debunking public vs. private sector myths.* Athens.

(4) Lewis, J. (1992). «*Gender and the Development of Welfare Regimes*». Journal of European Social Policy nº 3.

(5) Sainsbury, D. (1996). *Gender, Equality and Welfare States.* Cambridge University Press. (Ed.) (1999). Gender and Welfare State Regimes. Oxford University Press.

(6) https://www.ief.es/docs/destacados/publicaciones/papeles_trabajo/2018_05.pdf

https://www.upf.edu/web/catedra-politica-economica-local/la-politica-de-atencio-domiciliaria-barcelona-estocolmo-y-copenhague [Consulta: 15/07/2020].

(7) INE (2019). Informes- Envejecimiento en red. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2019.pdf [Consulta: 05/07/2020].

(8) López-Casasnovas, G., y Beiggelman, M. *La nueva economía de la soledad. Soledad y salud de las personas mayores.* Colección Health Policy Papers 2020-03_GL_MB (2020).

(9) Holt-Lunstad, J., Smith, T. B., y Layton, J. B. (2010). *Social Relationships and Mortality Risk: A Meta-analytic Review.* PLOS Medicine.

(10) McDaid, D., Park, A., y Knapp, M. *Commissioning Cost-Effective Services for Promotion of Mental Health and Wellbeing and Prevention of Mental Ill-Health*, 2017.

(11) Wilson, J. et al. (2020). *Los impactos socioeconómicos de la COVID-19 en la Comunidad Autónoma del País Vasco.* https://www.orkestra.deusto.es/images/investigacion/publicaciones/informes/informes-especiales-covid-19/200013-Los-impactos-socieconomicos-COVID-19-comunidad-autonoma-Pais-Vasco-CAST.pdf [Consulta: 29/06/2020].

(12) Geels, F. W., y Schot, J. (2007). *Typology of sociotransition pathways*, Research Policy, 36(3): 399-417.

(13) Williams, K., Stafford, C. y Elliot, C. (2019). *The Foundational Economy, Renewal: A Journal of Social Democracy*, 27(2).

(14) Carrasco, C., Borderías, C., y Torns, T. (Ed.). (2011). *El trabajo de cuidados. Historia, teoría y políticas.* Madrid: Los Libros de la Catarata.

(15) Patulny, R. V., y Svendsen, G. L. H. (2007). *Exploring the social capital grid: bonding, bridging, qualitative, quantitative.* International Journal of Sociology and Social Policy, 27 (1/2), 2007, 32-51. DOI: 10.1108/01443330710722742.

(16) Moreno-Colom, S. (2018). La acción comunitaria y los cuidados a domicilio. Vega Solís, C., Martínez Buján, R., y Paredes Chauca, M. (Eds.), *Cuidado, comunidad y común: experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida* (pp. 147-166). Recuperado de: https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TDS-UTIL_cuidados_reducida_web.pdf

(17) https://www.buurtzorg.com/

(18) Moreno-Colom, S. (2020). *Creando comunidad desde lo público: el caso de las "superilles socials" del Ayuntamiento de Barcelona.* Informe inédito. Àrea de Drets Socials, Ajuntament de Barcelona.

(19) Rotelli, F., Gallio, G., y Entrar Afuera. (2018). *Futuro anterior de la ciudad social. Reflexiones desde la experiencia de atención sanitaria territorial en Trieste.* In Vega Solís, C., Martínez Buján, R., y Paredes Chauca, M. (Eds.), Cuidado, comunidad y común: experiencias cooperativas en el sostenimiento de la vida (pp. 125-146). Recuperado de: https://www.traficantes.net/sites/default/files/pdfs/TDS-UTIL_cuidados_reducida_web.pdf

(20) https://www.orkestra.deusto.es/eu/zer-berri/albisteak-ekitaldiak/beyondcompetitiveness/1972-economia-cuidados-pilar-competitividad-eu [Consulta: 05/07/2020].

(21) https://ec.europa.eu/info/strategy/priorities-2019-2024/european-green-deal_en [Consulta: 05/07/2020].

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Social



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Introducción 128
2. La dimensión estructural del cambio social y la acción comunitaria en la intervención social 129
3. Formulación de la cuestión y objeto del espacio social de reflexión 131
4. Claves del análisis para caminar hacia la ciudad cuidadora desde los servicios sociales municipales 132
5. Conclusiones 134
Decálogo 137

«Análisis sobre la necesidad de caminar hacia una ciudad cuidadora como antídoto contra la soledad no deseada, el aislamiento y la exclusión social»

Barcelona
Febrero, 2021

CC BY NC ND

Autores



Ana Isabel Lima Fernández

Exsecretaria de Estado de Servicios Sociales. Trabajadora social. Directora de Servicios Sociales. Docente en la Universidad Complutense de Madrid y en la Universidad Nacional de Educación a Distancia (líder del área).



Manuel Gutiérrez Pascual

Trabajador social. Asesor técnico de servicios sociales de la Comunidad de Madrid. Profesor tutor de Trabajo social de la Universidad Nacional de Educación a Distancia.



Pedro Moreno Ródenas

Sociólogo y trabajador social. Director General de Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Alcorcón.



Enrique Pastor Seller

Sociólogo y trabajador social. Docente de la Universidad de Murcia.



Ana Sánchez Córdoba

Educadora social y trabajadora social. Directora del Centro Municipal de Día de personas mayores de Parla.

1 Introducción



Las ciudades se configuran como espacios estructurados donde se dan relaciones sociales. Lo social toma un papel destacado como espacio donde se desarrolla la vida cotidiana, donde se prestan los servicios de proximidad, donde surgen los conflictos, la discriminación y también las muestras de ayuda mutua y solidaridad. En el texto se realiza un análisis sobre la necesidad de caminar hacia una ciudad cuidadora como antídoto contra la soledad no deseada, el aislamiento y la exclusión social. Para ello, es fundamental utilizar estrategias de planificación municipal lideradas por los servicios sociales que incluyan la innovación social y la acción comunitaria.

«Lo social toma un papel destacado como espacio donde se desarrolla la vida cotidiana»

2 La dimensión estructural del cambio social y la acción comunitaria en la intervención social

«La postmodernidad como una etapa en la que se produce una exaltación del individualismo»

A partir de la segunda mitad del siglo XX, en el marco del desarrollo de las ciencias sociales, los científicos Bourdieu, Giddens y Habermas se replantean el futuro del Estado del bienestar poniendo de relieve nuevo la dimensión estructural del cambio social y la importancia de la acción colectiva y comunitaria en la intervención social. Estos autores ponen de manifiesto la importancia de lo social, de las relaciones sociales y lo comunitario para afrontar los problemas sociales en las sociedades democráticas. Lo hacen desde la perspectiva del subjetivismo y el objetivismo (Bourdieu, 2000), la necesidad de superar la dualidad entre acción y estructura (Giddens, 1995) y la importancia de la comunicación racional como medio para organizar y superar los conflictos sociales (Habermas, 1992).

Así mismo, evocan la postmodernidad como una etapa en la que se produce una exaltación del individualismo, sobre todo en las dos últimas décadas del siglo XX. Se deja de lado la comunidad como algo inexistente, lo que conlleva fragilidad de las relaciones interpersonales y desvinculación social. Se produce una crisis del vínculo social que avoca a la soledad y un aumento de la incertidumbre, la inseguridad y la inestabilidad. En definitiva, un modo de vida con riesgo de aislamiento social.

Los pilares de la inclusión social están basados en tres ejes interdependientes que abarcan la adscripción política y la ciudadanía como mecanismo de integración de redistribución y reconocimiento, la participación en la producción y en la creación de valor como mecanismo de integración en la utilidad social y la adscripción cultural, y la conexión con las redes sociales como mecanismo de integración y reciprocidad (Subirats y otros, 2004). A causa de una diversidad de factores, las personas pueden encontrarse a lo largo de su vida con falta de apoyo social, lo que tiene incidencia en sus relaciones sociales, tanto familiares como vecinales, etc., y esto puede desembocar en una situación de soledad y aislamiento social (Juárez y Renes, 1995), que puede afectar a su sentido vital.

La situación demográfica actual en España, con una alta tasa de envejecimiento de la población, tiene un impacto social importante en el fenómeno de la soledad no deseada (INE, 2018) y, por ello, es necesario que sea abordado desde las políticas públicas, que ya tienen en marcha normativas, planes, programas y servicios en el sistema de cuidados, fundamentalmente a través de los servicios sociales como Cuarto Pilar del Estado de Bienestar Social.

A raíz de la crisis provocada por la pandemia de la COVID-19, se ha puesto en tela de juicio la globalización, por un lado, como fenómeno de mundialización fundamentalmente económico, que nos lleva a tendencias como el excesivo individualismo. Por otro lado, se cuestiona la tendencia a la estratificación bidimensional (blanco o negro), de los factores de estructuración social como atajo cognitivo del que se sirve la sociedad y que limita la mirada a la diversidad (Granizo, 2014). Por ello, se ha puesto de relieve la necesidad de una mayor apuesta por el cumplimiento de los Objetivos de Desarrollo Sostenible de la Agenda 2030, una apuesta más fuerte por lo local y por la organización desde ese espacio del apoyo mutuo, y la solidaridad para salir fortalecidos de este trance.

Además, esta pandemia también ha puesto en tela de juicio la necesidad de la revisión de los sistemas de cuidados en el sistema de dependencia y en la crianza, con el cuidado de los niños y las niñas respecto de la necesidad de conciliación de la vida laboral y familiar por los efectos negativos que ha tenido en estos ámbitos sociales. No obstante, nos centraremos fundamentalmente en el sistema de servicios sociales y la situación de las personas mayores.

Se debería aplicar el desarrollo de la definición de Innovación Social de la Comisión Europea a la revisión del sistema de cuidados, la implementación de las estrategias en las políticas públicas y la planificación estratégica de las mismas. Atendiendo a una definición clásica como el desarrollo e implementación de nuevas ideas (productos, servicios y modelos) para satisfacer las necesidades sociales, así como para crear nuevas relaciones sociales y ofrecer mejores resultados. Todo ello debe servir para dar respuesta a las demandas sociales que afectan al proceso de interacción social, dirigiéndose a mejorar el bienestar humano.



«Se ha puesto en tela de juicio la globalización»

3 Formulación de la cuestión y objeto del espacio social de reflexión

Desde el ámbito social nos preguntamos: ¿Es posible caminar hacia el modelo de una ciudad cuidadora con la aplicación de la innovación social? ¿Qué cuestiones habría que revisar y ajustar en el actual sistema de cuidados para conseguirlo? ¿Cómo construir una sociedad para todas las edades en la que cuidar sea algo normal y con valor?

Por otro lado, en cuanto a la forma de caminar hacia una ciudad cuidadora, ¿son el ámbito local de proximidad y la dimensión comunitaria los más adecuados para establecer acciones en el sistema de cuidados en ese modelo de ciudad? ¿Cómo pueden contribuir los servicios sociales municipales a ello? Y, por último, nos planteamos: ¿Sería la realización de un plan municipal contra la soledad una herramienta adecuada para apoyar el camino hacia una ciudad cuidadora?

El objetivo de estas reflexiones es contribuir a la definición del modelo hacia una ciudad cuidadora desde los servicios sociales municipales con una metodología innovadora para desarrollar ideas dentro de un plan de soledad no deseada en el ámbito local.



4 Claves del análisis para caminar hacia la ciudad cuidadora desde los servicios sociales municipales

Hemos desgranado cuatro claves fundamentales para dar respuesta a nuestros interrogantes en el camino hacia una ciudad cuidadora.

1. Percepción social del envejecimiento, la soledad no deseada.

El edadismo debilita derechos de forma muy poco visible, como impedir que las personas tomen decisiones sobre sus vidas. Se generan situaciones de desigualdad a la hora de ejercer derechos fundamentales. Asimismo, se obvia la heterogeneidad del colectivo formado por personas con características muy diversas, experiencias, estilos de vida o salud. En la discriminación y los estereotipos están la base de los malos tratos. La diversidad del proceso de envejecimiento depende, en gran medida, del contexto en el que la persona se desenvuelve.

De los dos millones de personas que viven en hogares unipersonales que hay en España, casi la mitad de ellos son de personas mayores, incrementándose esta situación en los tramos de edad de 80 o más años, siendo el mayor porcentaje de mujeres (INE, 2018). Además, se estima que más de 2,5 millones de personas mayores se sienten solas, constituyendo casi el 40% de los mayores de 65 años, siendo también mayor el porcentaje de mujeres que de hombres. No solo las personas mayores se sienten solas, sino que el 34,3% de las personas que tienen entre 20 y 39 años sufren soledad emocional provocada por el déficit en las relaciones significativas, datos que se incrementan cuanto más bajo es el nivel educativo (Yanguas, 2018). La evidencia de la soledad es la realidad de muchas personas que merma su dignidad y bienestar.

Algunos de los efectos más devastadores de la crisis provocada por la pandemia de la COVID-19 han sido las demostraciones de edadismo, los prejuicios sobre las personas mayores como grupo homogéneo de personas débiles y vulnerables, que no aportan nada en esta situación (Pinazo y Flores, 2020). Se ha aumentado la discriminación y el abandono y, además, se han evidenciado y visibilizado situaciones de soledad no deseada. Por ello, es necesario recoger historias positivas de fortaleza de las personas mayores durante la crisis de la COVID-19 centrándose en sus capacidades y resistencia (Yanguas, 2020).

2. La creación de alianzas con diferentes instituciones con la lucha contra la soledad no deseada y por un envejecimiento activo y con derechos.

Si pensamos en un modelo de ciudad de los cuidados, la ciudad necesariamente debe ser percibida como un espacio donde configurar estructuras de participación desde la ciudadanía democrática, un espacio de proximidad en cuanto a las relaciones sociales que se establecen.

Asimismo, se debe tener en cuenta las nuevas o ampliadas relaciones sociales en comunidades virtuales a través de internet y sus herramientas (Castells, 2006).

Actualmente, se está comprobando que muchas prácticas existentes han sido muy valiosas durante la alerta de la COVID-19. Además, han surgido numerosas experiencias muy valiosas para construir una sociedad comprometida con la intergeneracionalidad en la que aprendamos a estar juntos y a ayudarnos. Estas buenas prácticas han sido públicas, privadas, así como de la sociedad civil y del Tercer Sector. Desde esa perspectiva, existen experiencias como la Red Mundial de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, promovida por la Organización Mundial de la Salud como respuesta al rápido envejecimiento de la población (OMS, 2010), las ciudades con proyectos de "ciudades compasivas" y entidades que tienen entre sus objetivos la lucha contra la soledad.

En todas estas prácticas, se necesita desarrollar la experiencia comunitaria aplicando la innovación como acelerador en las estrategias para afrontar los procesos de aislamiento y exclusión social.

3. Políticas públicas de cuidados, necesidad de revisión y restructuración.

El sistema de atención a la dependencia, derivado de los antecedentes en servicios sociales y de la aplicación a través de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia (2006), afronta el difícil reto de combinar los esfuerzos del Estado, de las familias y la sociedad civil para prevenir y promocionar la autonomía, las capacidades personales, la tan deseada calidad de vida. Además de responder a imperativos políticos como el reparto de competencias en servicios sociales, el desgaste de las familias y la creación de redes asistenciales, y a la sostenibilidad financiera. El sistema público de atención a la dependencia debe preservar los derechos y deberes de las personas mayores y su ejercicio en la vida cotidiana, así como procurar el mantenimiento de las personas en situación de dependencia el máximo tiempo en sus hogares.

Uno de los servicios que más se ha cuestionado ha sido el modelo de residencias. Esta situación se ha agudizado en los tiempos de la pandemia por la alta mortalidad registrada en las personas mayores usuarias de las mismas y, por ello, se ha convertido en uno de los focos más importantes de debate en la agenda pública, y se ha puesto de manifiesto la necesidad de trabajar los dilemas éticos de los profesionales sociales y sanitarios, así como las consecuencias de la muerte en soledad y el duelo (Lima, 2020).

4. Municipalismo y planes estratégicos. Intervención comunitaria y transversal liderada desde servicios sociales.

Los servicios sociales municipales desarrollan la atención básica o primaria y competencias delegadas en la atención social especializada, por lo que es fundamental la coordinación. Además, constituyen un espacio idóneo para la planificación estratégica y la acción comunitaria de los pueblos, barrios y ciudades. Los planes estratégicos municipales establecen líneas generales de actuación que deberán ser desarrolladas específicamente por cada área de atención. A la hora de diseñar esos procesos estratégicos en el ámbito del envejecimiento y la atención de la dependencia, es necesario partir del análisis y estudio de la población mayor de cada municipio que permita establecer prioridades en la atención. Una de ellas podría ser la lucha contra la soledad, el final de la vida y el duelo.

«Establecer prioridades en la atención. Una de ellas podría ser la lucha contra la soledad, el final de la vida y el duelo»

5 Conclusiones



Para ir hacia un modelo de ciudad cuidadora es necesario:

- Establecer estrategias de intervención social con un enfoque basado en los derechos fundamentales, y centradas en los derechos sociales. Cuestiones claves para ello son la dignidad de las personas, la promoción de su autonomía personal y social, la capacidad de decidir, la igualdad, la libertad, la seguridad, la participación social, las relaciones familiares y sociales, la continuidad en la atención, el respeto al honor, la residencias hogareñas, modelos domésticos que organicen espacios de vida y relaciones de interdependencia satisfactorias, el mantenimiento de una imagen positiva, el acceso a los recursos, la permanencia en el entorno, la autotutela, la protección jurídica... En definitiva, un enfoque que sea el resultado de una estrategia política integral basada en el Estado Social de Derechos.
- Políticas públicas que propicien la generación de sinergias entre los distintos actores que trabajan por un envejecimiento activo y la atención en los cuidados. Además, es necesaria una estrategia que introduzca la innovación social en la gestión de recursos para personas mayores y en los programas de soledad no deseada, final de la vida y duelo, extendiendo las acciones a otras áreas desde la perspectiva de la ética de los cuidados y el compromiso con la sociedad de los cuidados.
- Partir de un análisis y restructuración de la prevención y atención a las situaciones de dependencia, sistema que sufre dificultades ahora agravadas por la pandemia provocada por la COVID-19. Se está resaltando la naturaleza sanitaria de esta crisis. No obstante, la crisis social es igual de grave y más duradera. La responsabilidad pública a nivel social y sanitario

afronta los mismos desafíos en ambos ámbitos y, por tanto, se tiene que dar respuesta a través de la revisión de los modelos de prevención y atención a la dependencia.

- Propiciar el liderazgo de las administraciones públicas, así como la estructuración a través de estrategias y planes de lucha contra la soledad no deseada, con la coordinación interadministrativa entre los distintos niveles de la administración municipal, autonómica y central. Estos planes deben incorporar el trabajo en red de todos los actores: el Estado, el mercado y los representantes de la sociedad civil, las nuevas formas de trabajar y los nuevos modelos de intervención social.
- La intervención comunitaria supone una clave para crear conciencia social, para impulsar el desarrollo de redes de apoyo efectivas y para que los recursos sean espacios y equipamientos abiertos a la comunidad, para interactuar con elementos comunitarios de apoyo y para contribuir a una transformación necesaria de la percepción social de reconocimiento positivo del proceso de envejecimiento y dependencia.
- Reforzar a los servicios sociales como Cuarto Pilar del Estado de Bienestar Social, ya que uno de sus objetivos básicos es la mejora de la convivencia y la cohesión social. Además, tienen equipamientos de carácter social con centros, servicios y prestaciones. Los programas y proyectos que se establecen o desarrollan desde los servicios sociales implican la necesaria transversalidad con otros ámbitos: sanitario, educativo, cultural y de participación ciudadana. Debido a su carácter innovador, integral, transversal y local, es conveniente que los planes municipales sean liderados desde los servicios sociales.
- La sociedad necesita dar respuesta urgente, desde el sistema de cuidados, al vertiginoso envejecimiento demográfico, a la necesidad de conciliación de la vida laboral y familiar en la crianza, y los cambios sociales que determina. Adaptar sus valores, costumbres y actitudes para la sostenibilidad de la convivencia y el ejercicio de derechos y responsabilidades compartidas entre todas las generaciones, como base del desarrollo comunitario. Este enfoque requiere generar modelos de intervención social con una mirada desde la innovación social y el sunamitismo versus al edadismo.



«Revisión de los modelos de prevención y atención a la dependencia»

Bibliografía

- Bourdieu, P. (2000). *Cuestiones de sociología*. Madrid.
- Castells, M. (2006). *La sociedad en Red: una visión global*. Madrid: Alianza Editorial.
- Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores. Recuperado de: https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/index.htm
- Granizo, S. (2014). Representación cultural de la discapacidad. *Pódium*. Guayaquil. 9-24. 26: p. 12.
- Giddens, A. (1995). *La construcción de la sociedad.* Buenos Aires: Amorrortu.
- Habermas, J. (1992). *Teoría de la acción comunicativa, I. Racionalidad de la acción y racionalización social.* Madrid: Taurus.
- Juárez, M., Renes, V., y otros. (1995). Población, estructura y desigualdad social. En *V Informe sociológico sobre la situación social en España, Síntesis, Documentación social*, 101: 67-132. p. 117. Gráfico 1. Recuperado de: https://caritas-web.s3.amazonaws.com/main-files/uploads/1995/11/DS100101-V-INFORME-SOCIOLOGICO-SOBRE-LA-SITUACION-SOCIAL-EN-ESPA%C3%91A-ocr.pdf
- Lima, A. (2020). Acompañar desde los Servicios Sociales Municipales en tiempos de COVID-19. Observatorio ciudades que cuidan. Fundación Mémora. [Consulta: 10 de junio 2020] https://ciudadesquecuidan.com/acompanar-desde-los-servicios-sociales-municipales-en-tiempos-de-covid-19/?fbclid=IwAR35f2yw_GfCdw3lYcjgZn-HZ-rDLzJR7XKkGpdmf_SM7d4BfPQTm16nSKA
- Pinazo, S., y Flores, F. (2020). Derechos, personas mayores y edadismo. Infolibre. [Consulta: 14 de junio 2020] https://www.infolibre.es/noticias/opinion/plaza_publica/2020/05/11/derechos_personas_mayores_edadismo_106662_2003.html
- Subirats, J. (dir.) y otros. (2004). Pobreza y exclusión social. Un análisis de la realidad española y europea. Barcelona: Fundación La Caixa. Recuperado de: http://www.lacaixa.comunicacions.com/se/index.php?idioma=esp
- Yanguas, J. (2018). Soledad y riesgo de aislamiento social en las personas mayores. Obra social "la Caixa". Recuperado de:
- http://www.infocoponline.es/pdf/SOLEDAD-RIESGO-AISLAMIENTO.pdf
- Publicación Miradas con ALMA. "La Solidaridad Entre Generaciones Nos Convierte En Humanos". (Abril 2020) Entrevistas a Javier Yanguas, director científico del Programa de Personas Mayores de la Fundación "la Caixa".
- Encuesta Continua de Hogares. Año 2018. Recuperada de: https://www.ine.es/prensa/ech_2018.pdf

Decálogo

1. La clave principal es ver el municipio como un espacio clave para las prácticas de la ciudad cuidadora, adaptándolo a soluciones locales y personales.
2. Aplicar la innovación social en las políticas sociales para buscar soluciones a los problemas sociales en general de la ciudadanía, con un enfoque basado en derechos.
3. Dimensionar desde el ámbito de lo social las consecuencias en las personas mayores de la crisis por la pandemia COVID19.
4. Establecer mecanismos de control y de actuación en situaciones de crisis, emergencia y catástrofes.
5. Revisar las políticas sociales de la dependencia, para una reestructuración del modelo.
6. Analizar las buenas prácticas de innovación social existentes sobre envejecimiento y cuidados,
7. Potenciar la imagen positiva de las personas mayores.
8. Potenciar herramientas para el desarrollo de proyectos comunitarios con la participación democrática de la ciudadanía y, por supuesto, las redes de apoyo y los espacios con equipamientos abiertos a la comunidad para abordar el envejecimiento y la dependencia.
9. Reforzar los servicios sociales como cuarto pilar del estado de bienestar social y su liderazgo en la coordinación de los planes municipales de la soledad no deseada. Ya que uno de sus objetivos básicos es mejorar la convivencia y la cohesión social.
10. Por último, todos los planes municipales tienen que responder a una estrategia estatal de lucha contra la soledad y situar la evaluación en la clave de la gobernanza multinivel.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

TICs



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1.Introducción 141
2. La tecnología al servicio de la ciudad que cuida 142
3. Consideraciones finales 144
Decálogo 147

«Tecnologías y datos para la ciudad cuidadora»

Barcelona
Marzo, 2021

CC BY NC ND

Autores



Jaume Raventós Monjo

Licenciado en Farmacia. Diplomado en Gestión Gerencial Hospitalaria, y MBA por EADA. CEO en ITA Salud Mental. Consejero en el Consejo Administración MiTresTorres. Vicepresidente de la Asociación de Salud Digital. Vocal de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Salut Digital. Vocal de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Gestió Sanitària. Patrono de la Fundación SIGNO. (**Líder del área**).



Pilar Conesa Santamaría

Ingeniera informática por la UPC y PDD por IESE. Fundadora y CEO de Anteverti y Comisaria de Smart City Expo World Congress. Forma parte de varios Consejos Asesores y de diversos jurados internacionales de premios y concursos de innovación urbana.



Joan Guanyabens Calvet

Licenciado en Medicina y Diplomado por ESADE en Gestión Hospitalaria. Consultor en Innovació,Tecnologia i Salut. Director del Màster en Gestió de la Salut Digital de OBS Business School. Co-fundador de la iniciativa SALUSCOOP. Vocal de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Salut Digital.



Tino Martí

Economista de la salud. Consultor de Sistemas de Salud y Salud digital. eHealth Project Officer en la European Health Telematics Association. Dirección académica de la Societat Catalana de Gestió Sanitaria. Vocal de la Junta Directiva de la Societat Catalana de Salut Digital.



María Ángeles Medina Martínez

Licenciada en Medicina, especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Médica de Familia en el Consultorio Dr Alberto García de Elche, Alicante. Presidenta de la Sociedad Valenciana de Medicina Familiar y Comunitaria. Vocal de la Asociación de Salud Digital. Emprendedora eHealth con Healthy Blue Bits SL.

1 Introducción

Los datos curan. Hoy, más que nunca, la atención a la salud y su investigación se basa en el flujo de datos que procuran las imprescindibles Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC). El uso de estas tecnologías debe estar siempre al servicio de los objetivos de las organizaciones responsables del acto de cuidar.

El objetivo de este capítulo es revisar cómo las tecnologías ayudan a mejorar el cuidado y a reflexionar sobre sus implicaciones para el desarrollo de la ciudad cuidadora. El capítulo se estructura mediante una sección central que transita la aportación de valor de las tecnologías a los diferentes niveles de cuidado, y unas consideraciones finales sobre la gobernanza de los datos y la tecnología.



«Debe estar siempre al servicio de los objetivos de las organizaciones responsables del acto de cuidar»

2 La tecnología al servicio de la ciudad que cuida

Como hemos visto en capítulos anteriores, la ciudad que cuida abarca multitud de formas de cuidados dirigidos a públicos heterogéneos cuyo nexo común es la vulnerabilidad y la necesidad de atención. Todos somos vulnerables en un momento u otro de nuestras vidas. La provisión de cuidados también es múltiple y complementaria, y puede visualizarse como un "*continuum* del cuidado" que enlaza el cuidado individual, el cuidado comunitario y el cuidado profesional organizado mediante instituciones, tal y como se representa en la siguiente figura.

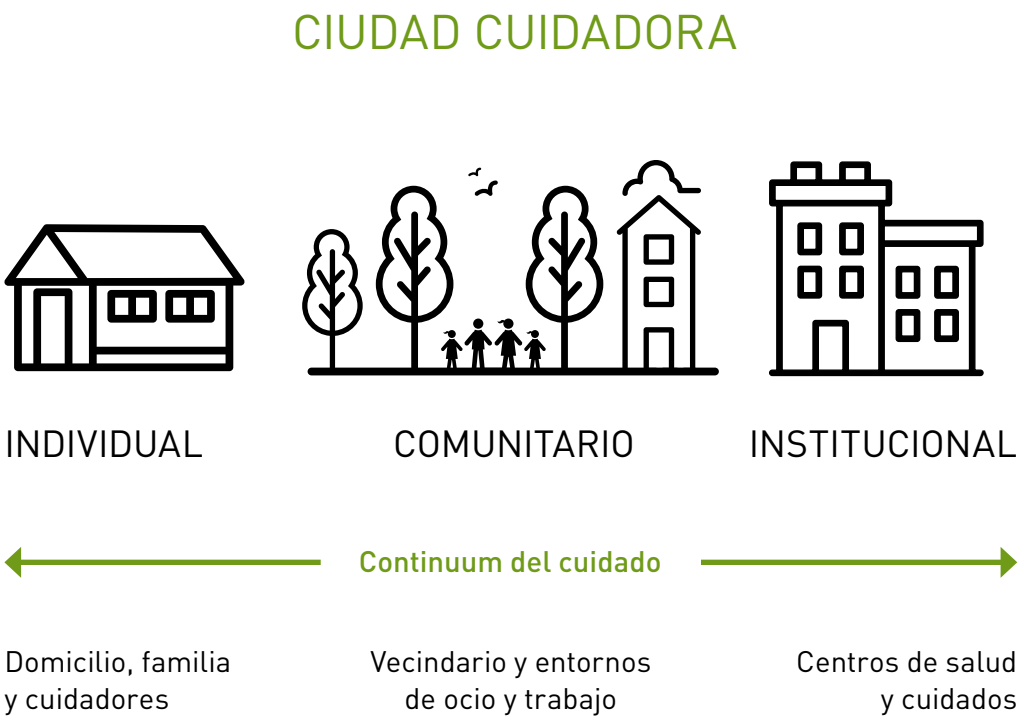
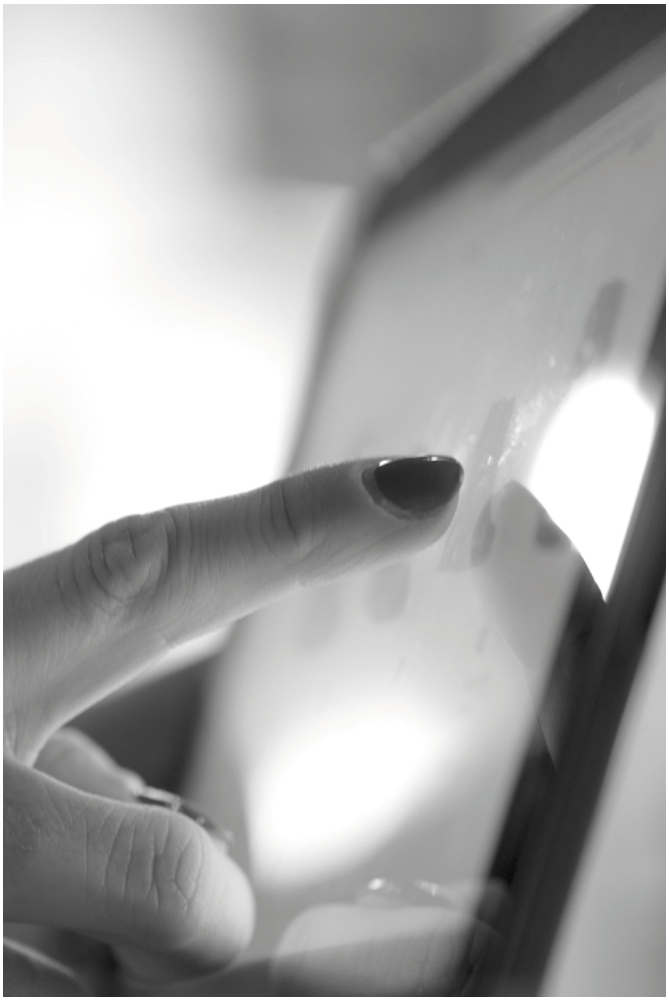


Figura 1. *Continuum* del cuidado en la ciudad que cuida

A continuación, se describe el valor que la tecnología aporta y puede llegar a aportar a la ciudad cuidadora. A modo ilustrativo, se han seleccionado aplicaciones reales que ejemplifican la contribución tecnológica a cada uno de los tres niveles de cuidados enunciados.



«La tecnología contribuye a mejorar la calidad de vida en casa»

2.1. Cuidado individual: casas que cuidan

La tecnología contribuye a mejorar la calidad de vida en casa. El bienestar asociado a una mayor calidad de vida facilita poder alargar el tiempo en nuestro propio hogar, que es el hábitat más natural para mantenernos activos. Tanto en el caso de que vivamos solos, en pareja o en viviendas con espacios comunes, cuanto mejor esté equipado el domicilio, mejor será su capacidad para cuidar.

Con sus avances en sensores, conectividad, inteligencia artificial, domótica y robótica, la tecnología aporta un amplio abanico de opciones al servicio de nuestro cuidado. Veamos algunos ejemplos aplicados al entorno doméstico:

- Sensorización aplicada en el domicilio o domótica: permite maniobrar con facilidad equipamientos domésticos como persianas, ventanas, instalaciones de climatización, aguas o gas. Los sensores son capaces de detectar caídas o anomalías en la deambulación, que disparan alarmas y activan a familiares o cuidadores.
- Teleasistencia: permite a los equipos de cuidados seguir constantes vitales a distancia y atender de forma inmediata en caso de necesidad.
- Dispositivos móviles: su uso se ha extendido y nos conecta con facilidad con los demás. Durante la crisis sanitaria del coronavirus, se ha evidenciado su dimensión humana al ayudar a conllevar el aislamiento acercándonos a nuestros seres queridos.
- Conectividad y sistemas de inteligencia artificial: permiten dar respuesta inmediata combinando y analizando datos recogidos por equipos conectados, reportados por el paciente o de su historia clínica electrónica.
- Robótica: su avance permitirá en un futuro no tan lejano disponer de autómatas que cuidan ofreciendo conversación, activando la música preferida, y ayudando a orientarse y caminar.

Tal vez no alcancemos a vislumbrar hoy lo que puede significar el uso combinado de todas estas tecnologías, pero lo cierto es que su disponibilidad es creciente y su coste, cada vez más asequible.

2.2. Cuidado comunitario: barrios que cuidan

La comunidad como agente de cuidado tiene un enorme potencial gracias a la democratización del acceso a la tecnología. Pese a ser eclipsada por el poder del sector público y privado, el papel del llamado Tercer Sector, o sector plural, según Mintzberg, es fundamental para abordar los retos complejos que encara nuestra sociedad, como lo es el del cuidado.

Tomemos, por ejemplo, la dimensión social de la soledad descrita en capítulos anteriores. Cada vez más personas manifiestan sentirse solas. El aislamiento social y la soledad son determinantes sociales de la salud, ya que son desencadenantes de problemas de salud mental y física. Las redes sociales pueden ser un buen antídoto a la soledad. Sin embargo, muchas veces se considera que estas aplicaciones favorecen el aislamiento y contribuyen a incrementar el sentimiento de soledad. Pero también es cierto que reducen las distancias físicas y ayudan a conectarnos y compartir en escala local o global.

La comunidad autoorganizada mediante *apps*, plataformas y redes sociales es capaz de ofrecer respuesta a necesidades no cubiertas por los sistemas de atención públicos y privados. Existen centenares de iniciativas merecedoras de mención. Los siguientes ejemplos son ilustrativos del poder de las redes comunitarias:

- El pueblo de Jun (Granada) adoptó la popular red social Twitter como mecanismo de comunicación y colaboración vecinal a instancias de su avispado alcalde, reduciendo trámites administrativos y mejorando la calidad de vida de su población.
- *Nextdoor* es una red social diseñada para facilitar la interacción vecinal en el barrio. En ella, los vecinos geolocalizados ofrecen y demandan servicios, generando la sensación de comunidad perdida en las grandes urbes.
- "Adopta un abuelo" es una iniciativa de innovación social que conecta a personas mayores con jóvenes con ganas de compartir tiempo y experiencias.

Otro ámbito de acción comunitaria potenciada por la tecnología se da en el ámbito educativo. La educación es uno de los pilares para conseguir un mejor estado de salud presente y futuro. Las tecnologías permiten acceder a contenidos educativos mediante plataformas de formación no presencial. Facilitar el acceso a este tipo de educación, especialmente cuando está dirigida a la población infanto-juvenil, es una inversión de futuro para el sistema de salud y cuidado.

2.3. Cuidado institucional: profesionales que cuidan

Múltiples son las Tecnologías de la Información y la Comunicación adoptadas por las organizaciones de cuidado institucional. Durante los últimos veinte años, se han ido incorporando de forma paulatina, conformando lo que hoy conocemos

«La comunidad como agente de cuidado tiene un enorme potencial gracias a la democratización del acceso a la tecnología»

como salud digital, y que la reciente crisis sanitaria ha catapultado al ofrecer alternativas seguras a la atención a los pacientes.

Las tecnologías facilitan el acceso y el seguimiento de la salud de ciudadanos y pacientes. Para ello, los distintos dispositivos sanitarios deben poder compartir aquella información clínica que es útil para el seguimiento del paciente. La interoperabilidad de los sistemas de información sanitaria es básica para un modelo eficiente de salud. Acceder y compartir información clínica por parte de los profesionales sanitarios y del propio paciente es una condición básica para la mejora de los cuidados.

La atención de pacientes con enfermedades crónicas a través de plataformas de seguimiento, donde pueden conectarse otras tecnologías médicas como instrumentos de medición de tensión, espirómetros, básculas o termómetros, permiten una más intensa relación entre profesional y paciente, proporcionan un mejor seguimiento y control de las enfermedades crónicas, pudiendo evitar agudizaciones y empeoramientos de la enfermedad. Estas plataformas también pueden ofrecer contenidos formativos para que los pacientes conozcan mejor su patología, y así apoderarlos.

Durante la pandemia, el uso de plataformas de teleconsulta que permiten la actividad no presencial ha crecido exponencialmente. Esta actividad no presencial se consolidará seguramente en el futuro al demostrarse que es eficiente, facilita el trabajo a los profesionales y mejora la satisfacción de los usuarios.

Las terapias digitales utilizan tecnologías como la realidad virtual o aumentada para ayudar a la rehabilitación o recuperación de pacientes, como los que sufren algún trastorno mental, en entornos de simulación.

Todos estos sistemas de salud digital generan datos. Su explotación masiva mediante sistemas de inteligencia artificial facilitará una mayor comprensión clínica de la enfermedad, y ello va a permitir poder hacer una mejor prevención y mejorar las decisiones clínicas.



3 Consideraciones finales

La salud es global, universal y, al mismo tiempo, personal. La atención necesita de datos cuanto más, más variados y personales, mejor. La persona es soberana de sus datos personales y los datos son suyos, y solo ella puede decidir qué hacer con los mismos.

Nuestros dispositivos móviles, equipos médicos y sensores permiten capturar gran parte de estos datos que, correctamente integrados en la asistencia y en la investigación sanitaria, permiten proveer una atención de calidad.

La persona o delegado es el principal responsable de su salud y bienestar. En el ejercicio de sus responsabilidades puede requerir servicios personales proporcionados por parte de terceros.

La prestación de estos servicios debe basarse en los principios de voluntariedad, transparencia y soberanía de datos. La decisión de qué servicios personales va a requerir y utilizar deberá ser tomada por la propia persona o delegado. Esta decisión deberá ir precedida de una total transparencia en las condiciones en que se prestarán los servicios, qué tecnología se utilizará, cómo funcionará, qué datos utilizará, generará y cómo serán tratados.

Para que en la ciudad cuidadora sean efectivas todas las tecnologías y aplicaciones apuntadas anteriormente, es necesario que exista una gobernanza con visión integradora y de conjunto. Es imprescindible que estén ligadas a todas las actividades del cuidado y que se visualicen como un único recurso, no en parcelas.

«La persona es soberana de sus datos personales y los datos son suyos, y solo ella puede decidir qué hacer con los mismos»

Decálogo

1. Desde la visión, desde el enfoque desde el domicilio, desde la casa, hemos hablado de que la tecnología contribuye a mejorar la calidad de la vida en casa
2. Todos los avances que son necesarios en temas de sensores, en temas de conectividad, en los temas de generación de datos en la propia casa, en el papel que ha de jugar y jugará la inteligencia artificial en todas las tecnologías de domótica y robótica.
3. El domicilio como un trust de datos de cada persona.
4. Desde el punto de vista de la comunidad: la comunidad como un agente de cuidado
5. La democratización del acceso a la tecnología, y a partir de ahí todo lo que nos ha conllevado la pandemia. Los cambios que comporta el teletrabajo. Los cambios que comporta a cuándo escoger el barrio, la ciudad.
6. La importancia que ha representado la comunidad y la manera de vivir la comunidad con la pandemia.
7. El impacto de la no presencialidad, y por lo tanto la potenciación de lo que es la educación y la sanidad en los ámbitos no presenciales.
8. Desde el punto de vista de las instituciones creemos que las instituciones tienen un papel fundamental en cuanto a la interoperabilidad, es necesario la interoperabilidad entre ellas, la telemonitorización que hacen las instituciones sobre los ciudadanos, los temas de teleconsulta, los temas de terapias digitales y los datos, al final, una vez más, como inteligencia artificial.
9. La persona es el principal responsable. La persona es el principal responsable de su salud y bienestar, esta es una idea que se ha ido repitiendo durante todo el seminario y es una de las conclusiones fundamentales a las que tenemos que llegar.
10. La importancia de la gobernabilidad de las tecnologías de la información, de la gobernanza de estas.

Bibliografía

- Mintzberg, H. "Time for the plural sector". (2015).
- The Spanish Town That Runs on Twitter. New York Times, 7 Junio 2016. Disponible en: https://www.nytimes.com/2016/06/09/technology/the-spanish-town-that-runs-on-twitter.html
- Nextdoor España: https://about.nextdoor.com/es/
- Adopta un abuelo: https://www.adoptaunabuelo.org/
- Camps V. (2019). Sociedades cuidadoras. Jornada de Ciudades que cuidan. Madrid: Fundación Mémora, (06/11/2019) 7 páginas. Disponible en: https://ciudadesquecuidan.com/wp-content/uploads/200610_Victoria-Camps_Sociedades-cuidadoras-1-1.pdf
- Diccionario de la RAE. Disponible en: https://www.rae.es/drae2001/cuidado

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Urbanismo y hábitats



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Urbanismo y hábitats 153

2. Un nuevo pacto cívico: concienciación, compromiso y corresponsabilidad 154

3. Una nueva ciudad: la ciudad que cuida 156

4. Un pacto social para la ciudad que cuida 159

Decálogo 161

«Una sociedad cuidadora es, por naturaleza propia, una sociedad inclusiva»

Barcelona

Abril, 2021

CC BY NC ND

Autores



Lluís Berenguer i Maimó

Arquitecto - urbanista por la Escuela Técnica Superior de Arquitectura de Barcelona. Desde 2018 a 2020 ha sido Gerente del Consorcio urbanístico de la Colonia Güell de los municipios de Santa Coloma de Cervelló y Sant Boi de Llobregat, de Barcelona. Entre los años 1986 y 2011 en el Institut Català del Sòl (Incasol), del que terminó siendo subdirector general; y entre los años 2011 y 2015 desde el Ayuntamiento de Mataró, de Barcelona, como jefe de las áreas de Territorio y Vía Pública y como Gerente de la empresa pública de promoción urbanística i vivienda, PUMSA.



Maite Pozo Querol

Licenciada en Psicología por la Universidad de Deusto. Trabajó en la Unidad Administradora del Fondo Social Europeo, desde 1991 hasta 2009. Entre 2009 y 2011 trabajó en la Dirección General de Política Social del Ministerio de Sanidad y Política Social. En 2011 se incorporó al Imserso, en la Coordinación del Año Europeo del Envejecimiento Activo y la Solidaridad Intergeneracional, 2012. Desde 2013 trabaja en la Coordinación de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, promovida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) e impulsada por el Imserso.



Maria Salinas Salinas

Arquitecta-urbanista por la Universidad Politécnica de Catalunya, técnica urbanista y Máster en estudios Territoriales por la EAPC-UPF-UPC. Postgrado de proyecto del Territorio, en el Máster de Proyectación Urbanística (MPU) por la UPF-UPC y actualmente responsable de Planificación y modelo de Ciudad del Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat.



Pere Serra i Amengual

Arquitecto por la ETSAB. Actualmente ocupa el cargo de Presidente del Consejo de Innovación, Gestión del Conocimiento y Documentación del Institut Català del Sòl (Generalitat de Catalunya). Director Ejecutivo del ARI de la Ciutat Vella de Barcelona (1986-1992), Director de la Oficina de Remodelación de Barrios de INCASÒL (1992-2006), Consejero Delegado de REURSA, empresa pública de la Generalitat (2006-2011), Coordinador de Remodelación de Barrios en el INCASÒL (2011-2016). También ha asumido responsabilidades en el Colegio de Arquitectos de Catalunya como Secretario de Barcelona (1980-1982) y de Catalunya (1983-1998).



Ramon Sisó Almirall

Arquitecto - urbanista por la ETSAB (2001). Máster en Estudios Territoriales por la EAPC-UPF-UPC (2004); postgrados de Proyecto del territorio, de ciudad y lugar, en el Máster de Proyectación Urbanística (MPU), por la FPC-UPC (2004-2006). Desde el Instituto de Estudios Territoriales, IET (2005-2013), ha sido miembro del equipo de redactor del Plan Territorial Metropolitano de Barcelona (2010), de estudios para planes directores urbanísticos, proyectos europeos y estudios sobre paisaje. Ha impartido clases en másteres y cursos sobre urbanismo, territorio y paisaje (MPU, MDUT-ETSAV, Facultad de Geografía de la UB, *Paisajes culturales* - ETSAV). Actualmente es miembro del servicio de redacción del Plan Director Urbanístico Metropolitano de Barcelona, dentro de la Área metropolitana de Barcelona, AMB.

Urbanismo y hábitats 1



Una sociedad cuidadora es, por naturaleza propia, una sociedad inclusiva y, por tanto, no discriminatoria ni por origen, ni por género, ni por ideología, ni por edad. Pero no podemos hablar de sociedad cuidadora si esta no aborda, además, los problemas derivados de la desigualdad, la crisis medioambiental y la falta de justicia y cohesión social.

Cuando hablamos de una ciudad que cuida, estamos hablando de una ciudad inclusiva que, como tal, cuida a todos por igual, a personas y colectivos, y lo hace de manera equilibrada y proporcionada, incluyendo en sus principios la justicia, la igualdad y la cohesión social, y el respeto por el medioambiente.

Con esa visión amplia, hablar de sociedad cuidadora nos obliga a plantearnos qué tipo de ciudad o de modelos urbanos son aquellos que pueden favorecer que una sociedad sea verdaderamente cuidadora o, dicho de otra forma, qué requisitos tendrá que cumplir esa ciudad para contribuir a que lo sea realmente.

Para conseguirlo, nos tenemos que preguntar sobre las condiciones que tiene que cumplir una comunidad para ser capaz de hacer frente y dar respuesta a este reto. Consideramos que hay tres cuestiones fundamentales a tener en cuenta y a incentivar e impulsar: el nivel de conciencia cívica, la intensidad del compromiso mutuo y el grado de corresponsabilidad de que disponemos como comunidad para enfrentarnos a los retos que se nos presentan, que no son pocos ni menores. Todo ello nos dará la medida de nuestra capacidad para pensar, definir y construir, juntos, la nueva ciudad: la ciudad que cuida.

2 Un nuevo pacto cívico: concienciación, compromiso y corresponsabilidad

1. Elevar el grado de concienciación de la comunidad. Una sociedad cuidadora necesita personas responsables que sean conscientes del papel activo que deben ejercer en ella, tanto para reivindicar sus derechos y cumplir sus obligaciones, como para asumir su compromiso y corresponsabilidad para defenderla y mejorarla. Pero también necesita de una administración pública honrada, eficiente y proactiva para organizar, gestionar, incentivar y potenciar esa sociedad cuidadora.

   Una sociedad cuidadora, en una ciudad que cuida, precisa de una ciudadanía y una administración comprometidas con todo aquello que constituye lo urbano. Conseguirlo es una tarea común y tendrá que partir de una educación en valores cívicos, tanto a nivel personal como colectivo, y tanto para la gestión de lo privado como de lo público.

   Es necesario poner al día el concepto de urbanidad como asignatura para una ciudadanía responsable y comprometida. Visibilizar el cuidado, también en el espacio público, puede facilitar esa tarea y favorecer el cambio de perspectiva ciudadana para la definición y creación de la ciudad que cuida: formación continuada en valores cívicos.

2. Compromiso del conjunto de la ciudadanía para construir y transformar la ciudad. Un compromiso que se traduzca en un acuerdo político, de amplio espectro (partidos, asociaciones, entidades, colectivos y ciudadanía en general) que, mediante un proceso de participación ciudadana, nos permita sentar las bases de un nuevo urbanismo y de una nueva ciudadanía. Un compromiso colectivo como garante de un urbanismo participativo, hecho de abajo a arriba, donde el cuidado y la solidaridad sean el motor del cambio, dentro de una espiral de mejora creciente de lo urbano, y de mayor toma de conciencia y de implicación de todos para hacerlo posible: participación.

3. Corresponsabilidad de todas y todos para diseñar, construir o transformar, mantener, conservar y usar la ciudad. En definitiva, entenderla como espacio común, como el espacio de todos. Para conseguir una ciudad y una comunidad resilientes, que se saben vulnerables y que saben transformar esa vulnerabilidad en flexibilidad y adaptación a los retos que se nos plantean. Una ciudad sostenible como condición para la pervivencia de la ciudad que cuida, donde el paso del tiempo adquiere la máxima importancia como variable para diseñar y desarrollar estrategias y acciones para la resiliencia y sostenibilidad urbana.

«El cuidado y la solidaridad sean el motor del cambio»

Para que todo esto sea posible, entendemos que se necesita contar con dos elementos clave. En primer lugar, una regulación jurídica del urbanismo adaptada a las necesidades actuales, menos farragosa y exhaustiva, más flexible y adaptativa, y más orientada a la resiliencia y sostenibilidad de los modelos urbanos. En segundo lugar, y sobre todo, hace falta construir un modelo de gestión continuada de lo público que permita desarrollar, a lo largo del tiempo, las estrategias para la resiliencia y sostenibilidad de la ciudad. Un modelo de gestión dotado de indicadores que certifiquen la bondad de esas estrategias y acciones, y defina mecanismos de gestión que hagan posible su seguimiento para, en caso de que sea necesario, rectificar tanto para reorientarlas como para modificarlas: modelo de gobernanza.

Formación continuada en valores cívicos, participación y modelo de gobernanza para un nuevo pacto cívico orientado a la construcción de la nueva ciudad, una ciudad que cuida, una ciudad resiliente, una ciudad que resiste y se adapta a lo imprevisto que está por venir.

No se nos escapa la complejidad y dificultad en llevarlos a la práctica, pero coincidimos en considerarlos imprescindibles para garantizar el éxito de esa nueva ciudad.



«La construcción de la nueva ciudad, una ciudad que cuida, una ciudad resiliente, una ciudad que resiste y se adapta a lo imprevisto que está por venir»

3 Una nueva ciudad: la ciudad que cuida

«La cuestión que se nos plantea es la de establecer las condiciones que la ciudad ha de ofrecer para satisfacer el derecho de ser y hacer de la ciudadanía»

Alana Officer, jefa de la Unidad de Envejecimiento Saludable y Reto Demográfico, asesora de la Organización Mundial de la Salud, afirma que para las personas que envejecen, y todos envejecemos, mantener la capacidad de ser y hacer lo que valoras tiene un enorme impacto positivo en su calidad de vida. La cuestión que se nos plantea es la de establecer las condiciones que la ciudad ha de ofrecer para satisfacer el derecho de ser y hacer de la ciudadanía. Para orientarnos en este camino de mejora de lo urbano, y de una forma muy esquemática y resumida, hemos identificado cinco aspectos que la ciudad, cada ciudad, ha de resolver si queremos que sea realmente cuidadora.

1. La ciudad que cuida como ciudad abierta

En la ciudad conviven distintas realidades sociales, que constituyen, por así decirlo, ciudades dentro de la ciudad. En ella, grupos sociales o comunidades diversas, aun compartiendo un mismo espacio urbano, apenas se relacionan, y se comunican poco y mal. La ciudad abierta se ofrece como aquella que favorece los contactos y los intercambios, la que favorece, en palabras de Richard Sennet, *"las sinergias entre las distintas partes de la ciudad no relacionadas"*, y nos conmina a luchar con políticas públicas contra la pulsión a simplificar el sistema urbano con cualquier artilugio urbanístico para la ritualización, codificación o, simplemente, creando fronteras que separen y excluyan a los distintos. Una planificación y un diseño de la ciudad a partir de formas porosas que integren, en una visión holística, toda la complejidad que conforma el sistema de la ciudad. Un proceso evolutivo, ni cerrado ni predeterminado, donde el conocimiento, la opinión, el uso y la experiencia de la ciudadanía permitan adaptarlos, completarlos, modificarlos o cambiarlos. La ciudad abierta es aquella que se va haciendo, día a día, con la participación de todas y todos: la ciudad como coproducción. La ciudad como espacio de lo imprevisible. La ciudad como espacio resiliente para hacer frente a los efectos imprevisibles de las crisis que están por venir.

2. La ciudad como espacio de relación para una comunidad que cuida

La ciudad, entendida como lugar de encuentro entre personas y grupos sociales, necesita de espacios que faciliten y fomenten las relaciones ciudadanas: espacios situados en un entorno de proximidad a los de la residencia, a los comercios, a los equipamientos y al transporte público para facilitar el encuentro, la conexión entre las personas, y favorecer su autonomía personal y su participación activa en la comunidad. Unos espacios donde, además de las actividades cotidianas, permitan la actividad física saludable. Espacios que faciliten y promuevan lo que ha de ser uno de los objetivos primordiales para la próxima década: el envejecimiento activo y saludable de la ciudadanía.

Un conjunto de espacios de relación que han de configurar un sistema urbano donde la convivencia pueda crear una red de relaciones de apoyo y cuidado mutuo en favor, sobre todo, de los colectivos más frágiles y necesitados de atención y cuidado.

Es necesario que sean espacios integradores y diversos, democráticos y no discriminatorios, flexibles y adaptables, de manera que propicien la convivencia intergeneracional e intercultural dentro de la comunidad. Espacios incompletos que la ciudadanía, con su experiencia y uso, pueda completar y hacer suyos.

3. La ciudad como espacio para una movilidad a la medida de las personas

Hay que revertir décadas de un urbanismo que ha colonizado el espacio público para el uso mayoritario del vehículo privado, para promover un nuevo urbanismo hecho a la escala de las personas, donde el transporte público y la movilidad a pie y en bicicleta sean el referente y la medida de lo urbano. Una movilidad constituida por caminos seguros y accesibles para todas las personas, tengan la edad que tengan, para que se muevan con autonomía y seguridad en su vida cotidiana. Hay que priorizar a las personas que van a pie en los diseños de los nuevos espacios públicos, con recorridos continuos y no fragmentados, en dimensión y características, diseñados para minimizar y visibilizar obstáculos, bien señalizados e iluminados. Unos espacios que sean susceptibles de ser usados por personas con capacidades diferentes y que tengan en cuenta, en su uso, la accesibilidad física y cognitiva.

El hábitat urbano centrado en el desarrollo de la vida cotidiana desde la proximidad espacio–temporal, lo que Carlos Moreno define como la *"ciudad de los 15 minutos"*, facilita la movilidad baja en emisiones para conectar actividades y usos diversos, con equipamientos, comercios y transporte cercanos para promover y facilitar el intercambio y las relaciones sociales.



4. La ciudad como espacio seguro

El derecho a vivir en una ciudad segura, vista desde todas sus facetas, se debe considerar como una condición básica, imprescindible y exigible para garantizar la calidad de vida de la ciudadanía. Unos espacios urbanos pensados para favorecer la percepción de seguridad como algo real y que eviten la creación de espacios monopolizados o conflictivos. Unos espacios cuya legibilidad espacial y de uso sea fácilmente entendible, con ausencia de obstáculos, con mobiliario urbano y vegetación que no dificulte la visibilidad, con recorridos iluminados, de fácil ubicación, bien señalizados y que favorezcan la simultaneidad y continuidad de usos.

5. Una ciudad como espacio para viviendas y equipamientos abiertos

Entendemos como viviendas y equipamientos abiertos los espacios pensados y construidos para permitir su adaptación a las necesidades derivadas de las distintas etapas de la vida de las personas, a los nuevos requerimientos para su uso o, simplemente, a nuevos usos. Pensar los edificios para absorber distintas necesidades y usos dentro de su periodo de vida útil.

Morir en entornos reconocibles, familiares, cercanos a nuestra experiencia y memoria. El teletrabajo, la teleasistencia social y sanitaria, y todo lo que ha de venir y desconocemos, necesitan de modelos habitacionales flexibles, ajustables y suficientes para adaptarse a las necesidades de las distintas etapas de la vida.

El cuidado de las personas, por edad o enfermedad, y desde la óptica de las sociedades que cuidan, ha de conllevar una reflexión en profundidad sobre los modelos urbanos y los hábitats que deben dar cobijo a esas personas que tienen que ser cuidadas y a aquellas que los cuidan. Pero también a los usos de esos espacios para que sean estructuras autosuficientes, favorezcan las relaciones interpersonales e intergeneracionales, eviten la segregación y la marginalidad, y faciliten la adaptación a nuevas necesidades y a su evolución para satisfacer requerimientos futuros intuidos o impensables todavía.

Los equipamientos son espacios urbanos que, además de cumplir con los requerimientos propios como equipamiento, cumplen una función socializadora que los liga con el resto de los espacios de relación de la ciudad y que obliga a incorporar este requerimiento como variable en el momento de su concepción y diseño. Los equipamientos públicos son espacios de relación.

En este sentido, es fundamental aproximar e, incluso, también llevar los servicios a las personas, con equipamientos de proximidad y en un entorno urbano reconocible y vivido. Instalaciones para crear una red de equipamientos interconectados y fácilmente accesibles a través de recorridos a pie, amables y saludables, estrechamente ligados a la infraestructura verde de la ciudad.

Equipamientos con diversidad de usos dentro de un mismo edificio para facilitar las relaciones sociales entre distintos y las relaciones intergeneracionales. Esta diversidad de usos supone un enriquecimiento del espacio urbano donde se ubica y facilita su diversificación, complejidad e inclusión social.

Edificios concebidos con la flexibilidad imprescindible para ajustar su funcionamiento y uso a nuevas actividades y nuevas concepciones de lo que ha de ser un edificio de equipamientos.

«El derecho a vivir en una ciudad segura se debe considerar como una condición básica»

Un pacto social para la ciudad que cuida

4

Un pacto social fundamentado en la formación cívica, el compromiso y la corresponsabilidad de la ciudadanía para construir entre todos la nueva ciudad, la ciudad que cuida.

Una nueva ciudad que ha de ser abierta, con espacios y edificios públicos que faciliten las relaciones entre las personas y con una movilidad a su medida, seguras y con viviendas adaptables al ciclo vital de las personas.

Los seres humanos somos seres relacionales e interdependientes, y la ciudad es el ámbito por excelencia para satisfacer esa necesidad de contacto y ayuda mutua, por lo que la ciudad que cuida, necesariamente, ha de facilitar las relaciones sociales y también, por supuesto, las intergeneracionales. Los beneficios para la salud y el bienestar de las personas de contar con redes sociales fuertes y estructuradas están ampliamente contrastados. La ciudad que cuida debe, en consecuencia, contar con espacios de convivencia y con actividades que promuevan y faciliten las relaciones sociales.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) establece que tanto la participación como las relaciones sociales están estrechamente vinculadas con la buena salud y el bienestar durante todo el ciclo vital.

La agenda 2030 y los objetivos de Desarrollo Sostenible se basan en el principio de "no dejar a nadie atrás", y la OMS establece, entre los determinantes sociales de la salud, que la inequidad perjudica la salud y el bienestar de las personas. Una ciudad no será una ciudad que cuida si no busca la equidad, si no tiene en cuenta a las personas más vulnerables y las situaciones de discriminación. Las medidas y actuaciones de mejora que se lleven a cabo en el espacio urbano y en el hábitat de la ciudad deben beneficiar por igual a mujeres y a hombres, a las personas de todas las edades, con más o menos recursos. En definitiva, deben beneficiar a toda la población y nunca contribuir a ampliar la brecha de desigualdad que ya existe.



Bibliografía

- Ciocoletto, A. (2013). *Espacios para la vida cotidiana.* Barcelona: Ed. Comanegra.
- Jacobs, J. (1961). *Muerte y vida de las grandes ciudades.* Madrid: Ed. Capitán Swing, 2013.
- Lefebre, H. (1968). *El derecho a la ciudad.* Madrid: Ed. Capitán Swing, 2017.
- Moreno, C. *La ciudad de los 15 minutos.* Innovaspain, 3 de junio de 2020. Disponible en: https://www.innovaspain.com/carlos-moreno-la-ciudad-de-los-15-minutos/ [Consulta: 18 de junio 2020] También en Youtube, https://www.youtube.com/watch?v=B23-OH7cxhQ [Consulta: 18 de junio 2020]
- Muxí Martínez, Z. (2019) *Mujeres, casas y ciudades.* Barcelona: Ed. Dpr-barcelona.
- Organización Mundial de la Salud. *Informe mundial sobre envejecimiento y salud,* OMS 2015.
- Organización Mundial de la Salud. (2018) *Age-friendly environments in Europe. Indicators, monitoring and assessments.* OMS 2018.
- Sennet, R. (2019). *Construir y habitar. Ética para la ciudad.* Barcelona: Ed. Anagrama.
- Sennet, R. (2012). *Juntos. Rituales, placeres y política de cooperación.* Barcelona: Ed. Anagrama.
- Delgado, Manuel (2011). *El espacio público como ideología.* Madrid, Los libros de la catarata.
- Goodman, R (1977). *Después de los urbanistas ¿qué?* Madrid. H. Blume ediciones.

Decálogo

1. Es imprescindible una comunidad fuerte, con un alto sentido de permanencia cohesionada, comprometida y responsable con lo público. Esto para mí está en el origen de conseguir esta ciudad que cuida. Por difícil que resulte de gestionar, éste es un punto en el cual se tiene que incidir, se tiene que trabajar e incentivar
2. Necesitamos una comunidad, una clase política que sea capaz de incentivar, potenciar, dar cohesión y fomentar el compromiso de esa comunidad. El compromiso no sale solo, hay que trabajarlo, por autoconciencia o por trabajo participativo y educativo y la participación es elemento básico para fomentar esa implicación de la comunidad.
3. Es imprescindible construir un pacto cívico a partir de esa implicación de la comunidad. Si no sabemos dónde vamos, difícilmente podremos poner las herramientas necesarias para conseguir llegar a donde queremos llegar. Por tanto, el pacto cívico, que estar creado entre todos, es el acuerdo, el compromiso, el contrato entre la comunidad para mostrar un camino y construir a través de él los distintos elementos que nos han de llevar al objetivo común. Es un pacto que va a tener largo recorrido, y eso aquí entraría todo el debate sobre los plazos electorales y la posibilidad de que dentro de una legislatura se pueden resolver aspectos que tienen una duración que va mucho más allá de los cuatro años de rigor. Y sobre todo que ha de estar impulsado por una clase política que debe tener la audacia y valentía para proponerlo, aprobarlo y desarrollarlo, que no es poca cosa.
4. Necesitamos una nueva gobernanza de gestión de lo público. Para poder construir la ciudad que cuida, necesitamos un conjunto de herramientas, y la gobernanza es una herramienta, diseñadas y adaptadas a ese objetivo común que es la ciudad que cuida.
5. Las leyes y las normas también han de alinearse con ese objeto. No podemos mantener normas y leyes más pensadas para la construcción en la creciente de la ciudad, que para su resiliencia y su sostenibilidad.
6. Las ciudades se han de adaptar, también desde el punto de vista organizativo, a los retos de la ciudad del siglo XXI. Los mecanismos organizativos de los municipios no dejan de ser una herencia de una ciudad de hace 100 años. Se debe hacer un esfuerzo para actualizar y modernizar sus estructuras y adaptarse a lo que necesita la ciudad de este siglo XXI.
7. La ciudad que cuida ha de ser resiliente y sostenible. Para hacer frente a todos los retos que se nos han de presentar, y solamente con que pensemos en el cambio climático, la pandemia o la crisis energética, nos podemos hacer una idea de ello. Ha de ser sostenible, tanto desde el punto de vista social, como medioambiental y económico.
8. Una nueva ciudad ha de ser abierta, inclusiva y adaptable, estar pensada a la medida de las personas, tanto para los espacios públicos como para la movilidad y los servicios urbanos.
9. Debe ser una ciudad segura para todos y en todo momento.
10. El debate sobre qué modelo de ciudad queremos es importante, pero no menos importante es la adecuación y adaptación de las herramientas necesarias para construirla y mantenerla.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Política Municipal



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Introducción y punto de partida 166

2. Ciudades cuidadoras y amigables como reto 168

Decálogo 175

«Ciudades cuidadoras, saludables, solidarias y de calidad: de las necesidades a las respuestas»

Barcelona

Abril, 2021

CC BY NC ND

Autores



Guillermo Fouce Fernández

Doctor y licenciado en Psicología por la Universidad Complutense de Madrid, donde fue Becario de Investigación y donde es hoy profesor asociado. Experto en Psicología de la Intervención Social, Emergencias y Comunicación y Salud. Presidente de la Fundación Psicología sin Fronteras. Vocal Junta Gobierno Colegio oficial de la Psicología de Madrid. Más de 25 años de experiencia docente en diferentes universidades. Con diferentes libros y artículos publicados. Profesor de Honor de la Universidad Carlos III. Trabajo seis años en el ayuntamiento de Torrejón de Ardoz y en la actualidad es consejero adjunto de salud y consumo del Ayuntamiento de Getafe. (Líder del área).



Javier Barbero Gutiérrez

Doctor en Psicología por la Universitat Autònoma de Barcelona. Licenciado en Psicología por la Universidad Pontificia Comillas-Universidad Autónoma Madrid. Especialista en Psicología Clínica, Ministerio de Educación. Magister en Bioética, Universidad Complutense de Madrid. Curso de Dirección Hospitalaria, EADA. Ha sido concejal del Área de Salud, Seguridad y Emergencias del Ayuntamiento de Madrid.



Manuel Martínez Domene

Diplomado en Trabajo Social por la Universidad de Granada. Máster en Gerencia de Servicios Sociales por la Universidad Complutense Madrid. Experto en Dirección y Gestión de Centros de Servicios Sociales por la Universidad de Málaga. Ha sido director gerente de la Agencia de Servicios Sociales y Dependencia de Andalucía; Viceconsejero de la Consejería de Igualdad y Políticas Sociales de la Junta de Andalucía; Teniente de Alcalde del Ayuntamiento de Serón; vicepresidente del Colegio Profesional de Trabajo Social de Almería; secretario de la Asociación Estatal de Directores y Gerentes de Servicios Sociales. Ha sido Director General del IMSERSO



Iván Reinares López

Ciclo formativo superior en Integración Social. Formación no reglada en accesibilidad cognitiva. Educador de personas con discapacidad intelectual. Ha sido coordinador de accesibilidad y nuevas tecnologías de ASPRODEMA. Actualmente es Teniente de Alcalde, responsable del Área de Gobierno de Servicios Sociales y Desarrollo Comunitario del Ayuntamiento de Logroño.



Rosa Rubio Giner

Licenciatura en Psicología. Diplomada en Trabajo Social. Diplomada en Educación Social. Máster en Gestión Cultural: especialidad de Gestión de Instituciones y Políticas Culturales, Universitat de Barcelona. Fundació Bosch i Gimpera. Máster en Psicoanálisis. Bases teorícas y clínicas. IPSI Centre de docència i formació. Máster en Psicoterapia Psicoanalítica. IPSI Centre de docència i formación. Directora Territorial Servicios Sociales –Ayuntamiento de Barcelona. Directora del proyecto Radars – Ayuntamiento de Barcelona.

1 Introducción y punto de partida

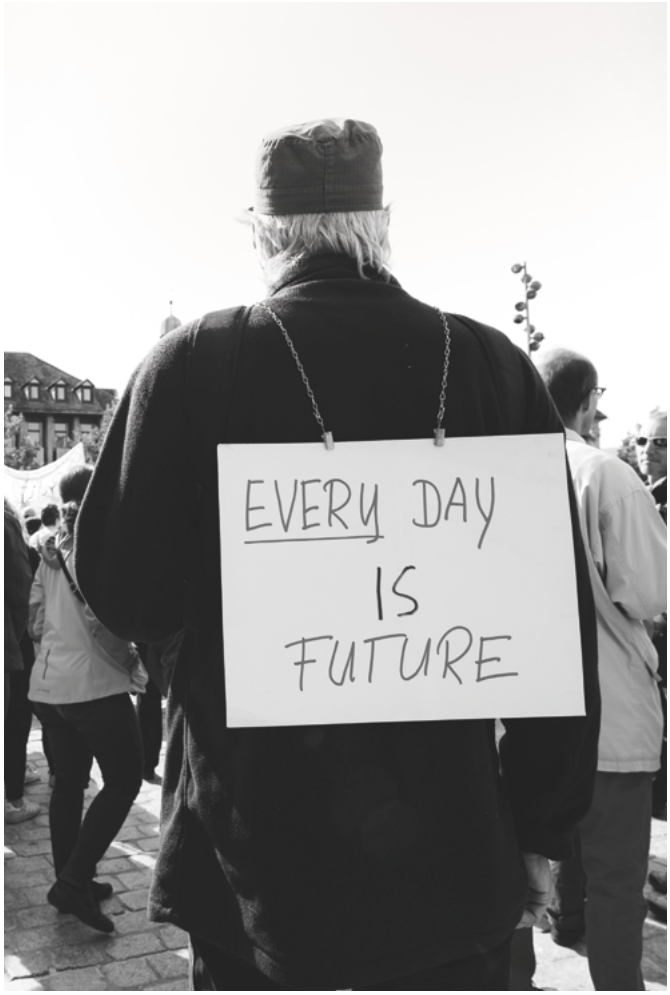
Una ciudad cuidadora, una ciudad de cuidados, tiene que estar hecha a escala humana, de ahí que trabajemos desde enfoques de "desarrollo a escala humana". Por ello, podemos partir de las necesidades humanas para preguntarnos cuáles pueden ser aquellos satisfactores de las mismas que sean realmente sinérgicos y humanizadores.

Según distintos estudios, las necesidades son finitas, pocas y clasificables, pudiendo ordenarse en nueve categorías: subsistencia, protección, afecto, entendimiento, participación, ocio, creación, identidad y libertad. Las necesidades son las mismas en todas las culturas y épocas históricas. Lo que cambia con el tiempo y la cultura es el modo o los medios para satisfacerlas, y un aspecto que define la cultura es la elección de satisfactores en calidad y cantidad. La búsqueda de satisfactores realmente "cuidadores" puede ser un eje vital y radical. Porque el cambio cultural precisamente consiste en remplazar los satisfactores tradicionales por otros nuevos y diferentes que adquieran un mayor potencial humanizador.

Un segundo eje tiene la dimensión de lo cotidiano, de la vida diaria, que ha de ser desarrollada de una manera suficientemente sostenible y amable. Y esta no es una cuestión de buenismo, sino del desarrollo de políticas públicas que entren mucho más en la lógica de la reproducción que de la producción, y que no se circunscriban únicamente a la sugerencia de mantener una actitud vital de cuidado. El cuidado no puede ser solo una actitud vital, sino que necesita conformarse como una decisión política.

Desde esta mirada, proponemos algunas decisiones políticas a las que podría vincularse una ciudad realmente cuidadora. Veamos algunos ejemplos:

- Desarrollo de una Renta Básica Vital. Coordinada con las ayudas estatales o autonómicas del mismo tipo, que garantizaran la cobertura de la necesidad de subsistencia en cuestiones tan básicas como la alimentación o el cobijo.
- Replanteamiento del espacio público. En una dimensión barrial. En la que cualquier vecina o vecino tiene un centro cívico de encuentro, como máximo a quince minutos de su casa. Estos centros cívicos, algunos tendrán una modalidad más de centros culturales, de centros deportivos o de otro tipo, pero en todos ellos hay un 60% común de actividades facilitadoras de encuentro. Asimismo, se reforzarán los proyectos de convertir las plazas, los bulevares, etc., en lugar de encuentro y no solo en lugar de paso de un espacio privado a otro profesional o a la inversa.
- Replanteamiento de la temporalidad. Tiempo y espacio son dimensiones centrales de la cotidianeidad. Un buen transporte público facilita los desplazamientos y mejora la sostenibilidad ambiental, algo central, asimismo, para los cuidados. El desarrollo de medidas de conciliación y de herramientas como los Bancos del Tiempo facilitan también el replanteamiento sobre la temporalidad.
- Potenciación de dinámicas participativas con herramientas como los Foros Locales, los presupuestos participativos, etc.
- Desarrollo de políticas comunitarias activas. Por ejemplo, la Policía Comunitaria, que es una facilitadora de que la ciudadanía participe también tanto en el diagnóstico como en las propuestas de solución para las cuestiones de seguridad. O los Centros de Salud Comunitaria, que contactan con aquellos colectivos más alejados del sistema sanitario, pero más cercanos a las propias redes vecinales.
- En la misma línea, potenciación de redes y grupos de apoyo mutuo en sus muy diversas modalidades, sean territoriales (grupo de apoyo mutuo para el desarrollo del barrio) o sectoriales (asociación de familiares de personas con demencia, alzhéimer...).



- Búsqueda de herramientas de trabajo y reflexión política centrados en valores como el respeto y la búsqueda de consenso. Como el desarrollo de Talleres de Aprendizaje Deliberativo, que permiten una mayor comprensión y análisis de la realidad que pueda ayudar a transformarla.
- Políticas de facilitación de apoyo para acompañar los malestares de la vida cotidiana: trabajo sobre la prevención de duelo complicado, abordaje de la soledad no deseada, transiciones vitales en el hogar como la adolescencia, etc.
- Desarrollo de planes vinculados a valores lo más universales posible, en línea tanto de visibilización como pedagógica. A modo de ejemplo, la implementación de un Plan Municipal de Protección y Promoción de los Derechos Humanos.
- Puesta en marcha de procesos culturales de innovación (literarios, pictóricos, etc.) que expresen satisfactores vinculados a una "Ciudad de los Cuidados" o un "Barrio de los Cuidados", de tal manera que se pudiera ir enriqueciendo transversalmente la perspectiva cuidadora en todos sus ámbitos.

NECESIDADES	SATISFACTORES
1. Subsistencia	Renta Básica Vital
2. Protección	Policía Comunitaria
3. Afecto	Espacios de acompañamiento de los malestares de la vida cotidiana
4. Entendimiento	Talleres de Aprendizaje de Deliberación
5. Participación	Foros locales, Presupuestos Participativos, Consejos de Salud...
6. Ocio	Centros cívicos cercanos
7. Creación	Muestra cultural participativa "Cuidar mi Barrio"...
8. Identidad	Grupos de Apoyo Mutuo territoriales
9. Libertad	Plan Municipal de Protección y Promoción de los Derechos Humanos

Muchos de estos satisfactores son sinérgicos, es decir, tienen la capacidad de abordar necesidades múltiples, pero creo que, de un modo más bien pedagógico, el realizar este encuadre nos puede ayudar.

2 Ciudades cuidadoras y amigables como reto



2.1. Deberíamos partir de la idea de que todas las personas somos interdependientes, vulnerables, y necesitamos y necesitaremos cuidados con diferentes intensidades a lo largo de toda nuestra vida.

2.2. Los municipios son el ámbito clave para el desarrollo de programas de cuidados o para la lucha contra la soledad no deseada. Son elementos centrales porque son la administración más cercana al ciudadano y, por tanto, elemento clave de respuesta en cualquier acción que se proponga.

Solo hay un espacio donde se puede intervenir eficazmente en las situaciones de soledad y cuidados de las personas, y este es el espacio de proximidad, el entorno donde se producen las relaciones de vecindad, donde las personas se conocen o se pueden llegar a conocer: el pueblo, el barrio... Es imprescindible, por tanto, el papel y protagonismo de lo local, de la proximidad, de la buena vecindad, del concepto de ciudadanía, para avanzar en la construcción de ciudades saludables, cuidadoras o amigables en las que nadie quede atrás y en las que especialmente allí se den las menores situaciones de soledad no deseada o fragilidad.

2.3. Hay un amplio conjunto de variables asociadas al desarrollo de las ciudades para plantear que se hagan en términos generales, primero análisis y, después, planes de ciudad que hagan que esta avance: ciudades cuidadoras, compasivas, integradoras, amigas de las personas mayores, amigas de la infancia, saludables, accesibles, sostenibles... Con frecuencia, todas estas estrategias y adjetivos suelen intentar tener una visión global de ciudad, con un análisis cualitativo y/o cuantitativo (grupos de discusión, mapeos, encuestas...) de la situación de la ciudad y una serie de propuestas con frecuencia formuladas en planes, que son seguidas por instrumentos de trabajo que, con diferentes nombres, suelen ser comunes (responsables, mesas de trabajo o consejos de participación, planes de actuación... algunos con indicadores y, en algunos casos, presupuestos). Pues bien, con la necesidad de compatibilizar la mirada parcial y sectorial, quizá hay que plantearse también el desarrollo de estrategias globales que integren estos objetivos, ideas y planteamientos en un concepto global de ciudad de interrelacione todas estas intenciones y propuestas para, entre otras cuestiones, conseguir que los diferentes análisis

«En el grupo de personas mayores constituye predilección prioritaria vivir en su entorno habitual»

y evaluaciones confluyan y que las propuestas que se hagan sumen. En esta dirección, los objetivos de desarrollo del milenio o los consejos de ciudad podrían, quizá, servir para abordar esta necesaria integración de estrategias de acción.

2.4. En el grupo de personas mayores constituye predilección prioritaria vivir en su entorno habitual, en su propio domicilio, mientras lo deseen y les sea posible hacerlo, con el mayor grado de bienestar. En otras palabras, quieren envejecer en casa. Todavía existen viviendas de personas mayores, especialmente en las barriadas de las ciudades y en los pueblos, que presentan barreras arquitectónicas en sus distintas estancias, necesidad de arreglos en las instalaciones de agua, luz, gas, calefacción, así como el "envejecimiento" propio de un edificio generalmente antiguo.

Por ello, será necesario adaptar alojamientos y proporcionar servicios que permitan a las personas mayores, personas con movilidad reducida, que viven solas y con necesidades de apoyo, vivir con el mayor grado de autonomía.

- Fomentar ayudas económicas para actuaciones en materia de accesibilidad en las viviendas de las personas mayores, personas con movilidad reducida, separadas de otras ayudas de rehabilitación. Tener en cuenta las situaciones de precariedad económica de sus propietarios, estableciendo figuras financieras adecuadas a su situación.
- Aumentar el parque público de viviendas de alquiler, con acceso prioritario para personas mayores y personas con movilidad reducida, con viviendas no adecuadas a su situación de vulnerabilidad.
- Informes de impacto convivencial en el planeamiento urbano. Urbanizar es humanizar. Por eso, tan importante como los informes de impacto medioambiental o del patrimonio, en su caso, sería incluir en el planeamiento urbano informes de impacto convivencial que vayan más allá de un simple cálculo demográfico para estimar la necesidad de servicios (para personas mayores, niños y niñas...) o la accesibilidad, y que analice los elementos del espacio urbano que puede favorecer o dificultar la convivencia.
- Realizar Informes de Impacto Convivencial en el planeamiento urbano, tanto en los nuevos espacios urbanizables como en la reforma de los consolidados, para incorporar en el planeamiento elementos que favorezcan entornos inclusivos que faciliten la autonomía de las personas, especialmente quienes tienen limitaciones funcionales, así como la convivencia y las relaciones vecinales. La normativa sobre planeamiento urbano debe hacer preceptivos esos informes, con una metodología urbanística y social contrastada, y promoviendo la participación vecinal en su aplicación y en sus propuestas.
- Mapas de riesgo. En espacios urbanos consolidados, la elaboración de mapas de riesgo señalando los elementos que favorecen o dificultan la convivencia en un determinado barrio o zona de la ciudad, puede ayudar a tomar medias que, sin ser cambios profundos en la estructura del espacio, supongan mejoras para la convivencia o eliminen obstáculos para la misma.
- Realizar Mapas de Riesgo en barrios o zonas, para identificar elementos que favorecen o limitan la autonomía personal, la convivencia y las relaciones vecinales. Estos Mapas debe incluir propuestas de acciones concretas y viables para mejorar estas condiciones.



Se trata de prevenir y potenciar el envejecimiento activo, ofrecer oportunidades de convivencia con otras personas y de relación con el entorno, a través de actividades útiles para mantener y desarrollar las capacidades físicas y mentales.

2.5. Es necesario desarrollar una gran alianza ciudadana compartida entre diferentes agentes para poner el cuidado y estos valores en el centro, recuperando valores como la ciudadanía. Aquí, ideas como hacer de cada comercio, de las farmacias o de las comunidades de vecinos espacios de detección y sensibilidad, resultan claves. Formar y desarrollar escuelas de ciudadanía y civismo para la creación de redes sociales de detección y ayuda mutua resulta fundamental. Lanzar estos mensajes en campañas estructuradas también, así como desarrollar programas concretos de acción e intervención, y generar alianzas y coordinación entre diferentes administraciones y espacios municipales.

Un entorno concienciado. Sin concienciar al entorno próximo y hacerle sensible y cooperador, las demás actuaciones adolecerán de base sólida y estable. Se trata de configurar redes comunitarias. Un elemento común de las experiencias más exitosas es que han logrado articular redes entre diferentes iniciativas, públicas, especialmente sus servicios sociales y sanitarios, de organizaciones voluntarias, del vecindario, el comercio... Hay evidencias más que suficientes para asegurar que el trabajo en red es imprescindible para la eficacia de las intervenciones en materia de soledad.

Crear radares a nivel vecinal para detectar situaciones de soledad, implicando a los propios vecinos y al comercio de proximidad. Con sistemas ágiles de comunicación con los servicios sociales, y de respuesta por parte de estos. Si se logra articular en red estos tres niveles –vecinos, comercio y servicios de proximidad–, su eficacia se multiplica. Pero la valoración no se puede reducir a un ejercicio profesional de detectar necesidades y prescribir atenciones o servicios para satisfacerlas. Antes que nada, tiene que constatar si la persona desea que se intervenga y, en su caso, cómo quiere que sea esa intervención, cuáles son sus límites.

La construcción e interrelación de redes de apoyo son esenciales para romper con las barreras de aislamiento que surgen en torno a muchas personas, sobre todo mayores, señaladamente las mujeres, especialmente las que viven en entornos rurales, ya que estas últimas no cuentan con un despliegue e intensidad de servicios de atención como el que existe en las ciudades. Los programas de voluntariado y los recursos de atención comunitaria deben ampliar sus ámbitos de actuación y multiplicar sus esfuerzos por llegar a un creciente número de población expuesta a esta situación.

2.6. En esta estrategia del trabajo en red, resulta fundamental la constitución de un Foro Local compuesto por representantes de la Administración Local, de organizaciones vecinales, asociaciones de comercios, asociaciones de autoayuda, profesionales de la salud, de los servicios sociales, de los servicios educativos, farmacias....

Hay que desarrollar intervenciones comunitarias que generen redes de apoyo y respuesta.

Hay que desarrollar procesos comunitarios entendidos como procesos relacionales indispensables para propiciar la implicación del máximo de agentes sociales y ciudadanos enraizados en un territorio. La comunidad ha de ser la protagonista de los procesos transformadores y, para ello, es necesario dinamizar las relaciones sociales de un determinado territorio, que generen redes de apoyo y respuestas a las necesidades de la población con el objetivo de mejorar las relaciones de convivencia y de calidad de vida.

Un proceso comunitario es educativo en tanto que en el propio decurso se transmiten conocimientos, habilidades, principios y valores como la corresponsabilidad, la confianza, la transparencia, y la deliberación y participación.

2.7. Dentro de esta gran alianza hay que contemplar el desarrollo de programas de acción voluntaria con formación y acompañamiento para establecer y desarrollar espacios de apoyo mutuo, reflexión, debate e intercambio de experiencias.

2.8. El voluntariado y la buena vecindad, por su parte, pueden aportar algo más que compañía, que ya es importante o, simplemente, mantener el contacto, algo especialmente necesario en el caso de personas mayores que no aceptan una intervención a otro nivel. El voluntariado y la buena vecindad puede ofrecer:

- Oportunidades de ampliar la red social.
- Facilitar vínculos.
- Regenerar el tejido social y comunitario, con oportunidades de participación en actividades del entorno.

Servicios profesionales, voluntariado y buena vecindad no son alternativos ni se sustituyen, sino que necesariamente se tienen que complementar.

2.9. Ofrecer y promover programas de formación de formadores para profesionales, fundamentalmente de los servicios sociales y de los servicios de salud, así como la elaboración de guías y recomendaciones destinadas a ayudar a las personas que se sienten solas. Establecer programas de formación, apoyo y respiro hacia las familias, como antídoto contra la soledad.

2.10. Elaborar manuales de estilo para los medios de comunicación que trabajan en el ámbito local, en la zona de referencia, comarca... Con formación específica a los profesionales de la comunicación, ya que *"no solo podemos hablar de soledad cuando se producen sucesos dramáticos"*. Generar entornos saludables es generar también marcos de interpretación y mensajes favorables y cuidadores.

Es necesario que en los medios se hable de soledad. Hay que romper el silencio, el estigma que rodea a estas situaciones. Hablar de ellas desde la normalidad de circunstancias relacionadas con las formas de vida y convivencia de la sociedad actual, y no exclusivamente cuando se producen sucesos o acontecimientos traumáticos.

2.11. Es necesario, también, desarrollar un proceso de evaluación que pueda determinar si tras las situaciones de soledad, por ejemplo, se esconden elementos de maltrato o desatención.

«Hay que desarrollar intervenciones comunitarias que generen redes de apoyo y respuesta»

Se trata de valorar desarrollar una labor profesional de valoración-triaje- evaluación, fundamentalmente en el ámbito local y en el espacio de los servicios sociales. Valorar las circunstancias, las posibilidades de intervención, el tipo de servicios o atenciones que pueda necesitar. Valorar, muy especialmente, si es una persona con capacidad como para vivir sola, aunque tenga dificultades para ello. Es decir, si tiene capacidad de decisión o si su estado mental y físico aconseja una intervención no voluntaria. "Detectar la soledad. Vivir solo, soledad en compañía"

2.12. Las personas mayores, así como cualquier persona o colectivo sobre el que pretendamos intervenir, deben tener palabra y participar en el proceso en todo momento y con autonomía. No se puede actuar sin ellos y sin su opinión, hay que trabajar conjuntamente desde el reconocimiento pleno y el trabajo en primera persona contando con su participación y capacidad de decisión.

Nadie puede decidir sobre la vida de las personas. No se puede diseñar ningún plan de intervención que no sea, en esencia, un plan de apoyo a las decisiones que la propia persona tome sobre su vida.

2.13. Y, tras evaluar, intervenir. La intervención en situaciones de soledad no deseada tiene que ser necesariamente integral. Ni servicios profesionales, por un lado, o actuaciones de voluntariado, por otro, son suficientes para atenuar estas situaciones, aunque consiguieran resolver algunas de sus consecuencias.

Servicios profesionales, voluntariado y buena vecindad no son alternativos ni se sustituyen, sino que necesariamente se tienen que complementar.

Los servicios profesionales pueden proporcionar:

- Seguridad. Hoy existen tecnologías avanzadas, más allá de la tradicional teleasistencia, que permiten alertar de cualquier incidencia que le ocurre a una persona que vive sola. Desde teleasistencia avanzada a otros sistemas inteligentes adaptados al hogar y que pueden alertar sin necesidad siquiera de que la persona interactúe con ellos, como electrodomésticos o contadores de electricidad inteligentes, que alertan de cualquier cambio en los hábitos cotidianos.
- Cuidados. Tanto para tareas domésticas (limpieza del hogar, de la ropa, compras, comida...), como cuidados personales (higiene, salud...), y acompañamiento a visitas médicas o gestiones, con servicios de ayuda a domicilio.

«Es necesario que en los medios se hable de soledad»



«Se señala y se lleva años trabajando con el movimiento de ciudades compasivas»

- Servicios complementarios fuera del hogar. Como comedores del mayor, que no solo ofrecen comida, sino que favorecen las relaciones personales.
- Servicios de dinamización y de envejecimiento activo, para impulsar hábitos de vida saludables y relaciones.

2.14. Hay que plantear programas de intervención individualizados que se ajusten a las necesidades desarrollando, al mismo tiempo, una atención centrada en las personas y en las comunidades como elemento clave.

Hay que reflexionar sobre el modelo de cuidados en el entorno local, en el domicilio. La atención centrada en la persona, la interconexión de los diferentes recursos y servicios se hace no solo necesaria sino, también, imprescindible. El modelo de atención actual, donde cada prestación o servicio es independiente del otro, ya no se mantiene. Ayuda a domicilio, teleasistencia, unidades o centros de día, centros de encuentro, convivencia y participación, enfermería domiciliaria... deben convertirse en un plan individualizado de atención con protocolos efectivos de cooperación de los servicios sociales comunitarios y los centros de salud, con la implicación de la sociedad civil del entorno de convivencia de la persona.

2.15. Hay momentos de especial significación que necesitan prevención, atención e intervención. Estos pueden ser determinantes para que se desarrolle o se agudice una situación de soledad, o que adquieran estrategias para enfrentarse a estos riesgos o situaciones de soledad, sin aislarse o perder la capacidad para la relación. Por eso, es importante diseñar intervenciones profesionales para personas que se enfrentan a una edad adulta, en momentos críticos como separaciones, fallecimiento del cónyuge o de otro familiar cercano, o en la propia jubilación. Uno de estos momentos vitales estresantes a acompañar sería el duelo, las pérdidas, que no es una enfermedad, pero sí debe ser acompañado. Trabajar el duelo y las pérdidas en una perspectiva amplia, en el que aparecen otras pérdidas y duelos que también pueden ser tenidas en cuenta y pueden y deben ser acompañadas. Como, por ejemplo, se señala y se lleva años trabajando con el movimiento de ciudades compasivas.

Hay que garantizar programas de intervención que no permitan que nadie muera solo y sin compañía y que, en todo momento, quien sufre pueda estar acompañado.

2.16. Intervenir a múltiples niveles: dando información, formando y transfiriendo la información para su uso por parte de los ciudadanos y ciudadanas como agentes de cambio. Dar información accesible para empezar, trabajar en formatos telemáticos accesibles (teléfono/redes sociales), activar y fortalecer sus redes de apoyo sin sustituirlas, trabajar en grupo y trabajar individualmente serían alguna de las respuestas secuenciales a establecer.

2.17. Habría que desarrollar un banco de proyectos y buenas prácticas, fomentando el trabajo en red o la formación.

2.18. Se necesita medir y evaluar lo que hacemos viendo los resultados con indicadores estables.

2.19. Los recursos son necesarios. Si no hay presupuesto en las medidas que planteemos y no se desarrollan recursos estables será difícil abordar la cuestión que nos ocupa, así como tantas otras, porque solo con la buena voluntad es imposible abordarla.

2.20. Crear mecanismos permanentes de reflexión ética en torno a las actuaciones con personas en situación de soledad, especialmente en cuanto al respeto a las decisiones sobre su propia vida, el derecho a la intimidad y las nuevas tecnologías.

Decálogo

1. Cercanía o centralidad de lo municipal, la administración más cercana es la ciudad y por tanto la proximidad es clave, determinantes sociales de la salud, que también son claves, sin duda y que también los conocemos en sus dos expresiones.
2. Las acciones tienen que ser transversales y con un impulso político decidido. Poner en común y coordinar las diferentes ciudades amigas. A veces son como setas, hay demasiadas ciudades amigas. Ciudad amiga de los niños, de las personas mayores, planes múltiples y ahora una nueva ola con esto de la agenda 2030, que igual podría servir para unificar.
3. Humanizar espacios y decisiones políticas, por ejemplo, las urbanísticas y el impacto convivencial de las decisiones, también políticas municipales de una ciudad que cuida, que no pueden ser fragmentadas, sino que tienen que ser sinérgicas y estar coordinadas. Quizás la agenda 2030 una posibilidad de compatibilizar todas estas ciudades amigas o todos los planes que deberían de confluir, deberían de ir de la misma manera.
4. Recuperar lo común, lo comunitario, el trabajo en red, no fragmentar, con redes de detección, respuesta y solidaridad, volver a lo común, volver a lo comunitario que no debería ser solo una gran palabra sino algo más.
5. La ciudad que cuida, es la ciudad de los vecinos. Es una gran alianza múltiple, es sensibilizar para detección precoz, también, para eso, las farmacias, comercios de proximidad que puedan hacer todo esto. Ni siquiera el barrio, el vecino, la casa, donde cada uno vive y hacerlo político, el cuidado no debe ser solo una actitud vital, sino que debe ser una decisión política. La detección precoz en situaciones de vulnerabilidad, también como palabra clave, detección precoz en comercios, farmacias, centros de salud, pero también evaluando qué es lo que le pasa a la persona que tenemos delante, porque a veces hay maltrato escondido en soledad.
5. Ayudar y ser ayudado, cuidar y ser cuidado. Si algo tienen estas políticas y estas acciones es que quien ayuda es ayudado, quien cuida es cuidado y eso es un círculo en círculo virtuoso sumamente necesario, sumamente interesante. Estar con el otro es ayudar a otro y es ayudarnos mutuamente.
6. El COVID y la fragilidad. Necesitamos cambiar de modelo de respuestas, dar más autonomía, que la gente viva en sus casas, que nos centremos en las personas, que estén en su entorno, que tengan el máximo de tiempo de vida y el máximo de tiempo de calidad de vida. Parece que diseccionamos a la persona para atenderla, cuando lo que debería estar en el centro es su propio proyecto de vida.
7. La soledad, a veces, es un síntoma de la ausencia de cuidados, aunque no es una enfermedad, y acaba cuando alguien tiende la mano y se puede ser feliz, sin duda estando solo, también, pero es imposible ser feliz sintiéndose solo. No es lo mismo la soledad como falta de compañía o como sentimiento, estar solo a sentirse solo, y sin duda incide en la fragilidad, también en salud en las personas.
8. Multifactorial, multicomponente, complejo, con respuestas múltiples y con respuestas transversales en estos tiempos líquidos.
9. Las políticas municipales de cuidado deben de estar suficientemente financiadas. Dime lo que financias y te diré lo que es interesante y lo que es prioritario. Es una cuestión de que el dinero también tiene que jugar un papel en todo esto.

Bibliografía

- Rubio R. Proyecto Radars: https://ajuntament.barcelona.cat/serveissocials/es/canal/projecte-daccio-com
- Rubio R. Unitaria-radars: https://madridsalud.es/pdf/forosoledad/RosaRubio.pdf
- Rodriguez P. Madrid salud.: https://madridsalud.es/pdf/forosoledad/PilarSerrano.pdf
- Fouce G. Psicologia en tiempos de crisis: http://www.papelesdelpsicologo.es/pdf/2871.pdf
- Fouce G " la soledad no deseada un mal de nuestro tiempo al que hay que responder": https://www.copmadrid.org/web/comunicacion/noticias/1356/a-fondo-soledad-no-
- Barbero J. Madrid ciudad de los cuidados. Estudio Salud Ciudad Madrid 2018: https://www.madridsalud.es/pdfs/diagnostico_interno_deloscuidados.pdf La soledad no deseada en la ciudad de Madrid https://www.madridsalud.es/pdf/Soledad_ciudaddeMadrid.pdf Foro internacional Soledad: https://www.madridsalud.es/pdf/Conclusiones_ForoInternacional_Soledad.pdf construyendo un barrio comprometido con la soledad no deseada: https://www.madridsalud.es/pdf/Informe_anual_%20Soledad2018.pdf claves fortalecer comunidades de vecinos y vecinas https://www.madridsalud.es/pdfs/guia_organizaciones_interactiva_difu_web_logos.pdf https://www.madridsalud.es/pdfs/guia_vecinas_interactiva_difu_web_logos.pdf acciones ayto madrid contra la soledad no desesada: https://www.madridsalud.es/pdf/Acciones_municipales_soledad.pdf
- Barbero J., Rodriguez E. The Role of Institutional Quality on Participation in Global Value Chains. Cuadernos económicos de ICE, ISSN 0210-2633, Nº 100, 2020, págs. 35-57
- Barbero J. Experiencia 1. Plan Madrid Ciudad de los Cuidados. Documentación social, ISSN 0417-8106, Nº 187, 2017 (Ejemplar dedicado a: Hacia una sociedad que se cuida), ISBN 978-84-8440-752-2, págs. 161-175 Red mundial de ciudades que cuidan: https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/boletinopm39.pdf; https://ciudadesamigables.imserso.es/ccaa_01/index.htm

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Legal



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Ley Integral de Derechos de los Mayores 181
2. Mejora de la coordinación de sistemas 182
3. Promoción de un cambio de modelo y apuesta por la corresponsabilidad 183
4. Valoración social y ética en los procesos de contratación 184
5. Desarrollo normativo de la educación intergeneracional en valores 185
6. Inclusión de las cláusulas sociales para el desarrollo del tejido comunitario 187
7. Mejorar la calidad de vida en el medio rural a través de la Ley para el Desarrollo Sostenible en el Medio Rural 188
Decálogo 189

«Respetar, proteger, cuidar y acompañar transiten de los discursos a la práctica»

Barcelona
Abril, 2021

CC BY NC ND

Autores



Joaquín Corcobado Romo

Licenciado en Derecho por la Universidad de Alcalá de Henares, y doctorando en Sociología y Ciencias Políticas por la Universidad Pontificia de Salamanca. Se desarrolló profesionalmente dentro del ámbito de los servicios sociales municipales, donde trabajó como educador social y asesor jurídico. En 2007 comenzó su vinculación profesional con la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), donde ha desarrollado las responsabilidades de subdirector de Cohesión y Convivencia Social (2007-2011), subdirector de Asuntos Sociales (2011-2016) y, actualmente, como jefe del Área de Derechos Sociales y Ciudadanía. Ha realizado publicaciones en diferentes revistas y libros del ámbito social, y de la prevención en la infancia de la exclusión social. Junto con la Subdirección General de las Familias del Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI), coordina el protocolo de diseño de las políticas de Parentalidad Positiva en el ámbito de actuación de los gobiernos locales. Miembro del Instituto Ciencia y Sociedad. Profesor colaborador en la Universidad Pablo Olavide (Sevilla) en el Máster y Diploma de Políticas de Infancia en el Ámbito Local.



Christian Javier Barrionuevo López

Licenciado en Medicina y Cirugía General, en el año 1984, por la Universidad Autónoma de Madrid. Curso avanzado en enfermedades reumatológicas (dos años). Cursos avanzados en dermatología. Cursos avanzados en actualización en pediatría por la American Academy of Pediatrics (USA) (cuatro años). Cursos avanzados de Geriatría implantados por el profesor Dr. Flores Tascón (cinco años) en la Universidad Complutense de Madrid (UCM). Curso de verano El Escorial UCM en enfermedades neurodegenerativas (un año). Desde 1984, médico titular de diferentes centros y servicios de urgencias, geriatría, atención primaria y otros. Años 2009-2014: Médico en Instituciones Penitenciarias del Ministerio de Interior del Gobierno de España (Centro Soto del Real). Años 1989-2020: Director médico del Centro Médico Dr. Christian Barrionuevo. Desarrollo de formación en RRHH con personal sanitario. Presidente de la Asociación Comercial de Usera (ACICO) durante doce años. Implantación de cursos de optimización de desarrollo empresarial en la asociación COPYME durante tres años.



María Jesús Calvo de Mora González

Educadora social. Colegiada nº 112/2010 en Madrid y Animadora Sociocultural. Experta en Gestión y Dirección de Servicios Sociales. 1988-2016: Responsable municipal del programa de Envejecimiento Activo y Participación en la comunidad del Ayuntamiento de San Fernando de Henares (Madrid). 2016-2019: Coordinadora de Servicios Sociales, Mayores e Igualdad del Ayuntamiento de Coslada (Madrid). 2019-2020: Asesora de Igualdad y Diversidad en el Ayuntamiento de Coslada (Madrid). 2011-2020: Miembro de la Junta de Gobierno del Colegio de Educadoras Sociales de Madrid. 2013-2020: Comisión de Envejecimiento activo, aprendizaje a lo largo de la vida e intergeneracionalidad del Consejo Estatal de Educadoras y Educadores Sociales. 2014-2016: Vicepresidenta del Consejo General de Colegios Profesionales de Educadoras y Educadores Sociales (CGCEES).



Javier de Frutos González

Licenciado en Antropología Social y Cultural por la Universidad Nacional de Educación a Distancia. Licenciado en Periodismo por la Universidad Complutense. Ha sido técnico de Cooperación Internacional, secretario de la Comisión de Igualdad y técnico de la Subdirección de Asuntos Sociales de la FEMP. Actualmente es subdirector de Derechos Sociales en dicha Federación.



Emiliana Vicente González

Grado en Trabajo Social, Máster en Intervención Social y Sociedades del Conocimiento, y Experto en Evaluación, Programación y Supervisión de Políticas de Inserción Social. Presidenta del Consejo General del Trabajo Social desde diciembre de 2018 y, anteriormente, Secretaria General desde 2010. Experta en Gerencia de Servicios Sociales, Cooperación al Desarrollo, Género y Evaluación de Políticas Públicas. Experiencia de más de treinta años en servicios sociales municipales en intervención directa y coordinación de centros de atención primaria y especializada. Además, de 2007 a 2011, fue directora general de Servicios Sociales y Cooperación del Ayuntamiento de Alcorcón (Madrid).

Evolucionar hacia una sociedad cuidadora significa, entre otras cuestiones, que las palabras respetar, proteger, cuidar y acompañar transiten de los discursos a la práctica. Significa, en el ámbito de las personas mayores, que las instituciones públicas y el conjunto de la comunidad diseñen y lleven a cabo cada una de sus actuaciones con la voluntad de fomentar un envejecimiento activo, saludable y respetuoso con los proyectos de vida. La comunidad ha de ser, por tanto, un espacio de encuentro intergeneracional, de aprendizaje compartido, en el que las situaciones de dependencia, de soledad no deseada o de riesgo de exclusión que pueden afectar a las personas mayores sean abordadas con rigor y planificación por los poderes públicos y el conjunto de los actores que trabajan en este ámbito: Tercer Sector especializado, tejido asociativo y vecinal, y ámbito privado.

La agenda de las Naciones Unidas –en particular, el paradigma de las Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores, impulsado en el seno de la OMS, y el marco compartido de los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS)–, el Pilar Europeo de Derechos Sociales y la legislación española más reciente en la materia, coinciden en la necesidad de situar los derechos de las personas como clave de bóveda de las políticas públicas.

En coherencia con este planteamiento, las personas mayores han de situarse en el centro de las políticas puestas en marcha por el conjunto de las Administraciones Públicas. Su participación en la definición de estas políticas, el respeto a sus decisiones, el fomento de su autonomía y la promoción de actuaciones de atención centradas en la persona –en sus necesidades y proyectos vitales– han de configurar el marco y el itinerario de trabajo. En definitiva, siguiendo el enfoque basado en derechos, las personas mayores tienen una serie de derechos fundamentales y, también, de responsabilidades con el bien común, como el resto de generaciones, cuyo ejercicio debe asegurarse desde los servicios y programas auspiciados por las Administraciones Públicas (con recursos humanos públicos suficientes en número y cualificación) en función de sus respectivas competencias complementarias.

La cuestión reside en cómo concretar un enfoque basado en derechos y responsabilidades de la ciudadanía y cómo traducir la exposición de tales derechos en medidas que garanticen su ejercicio. En el presente documento se plantea una serie de propuestas que, desde el punto de vista legal, podrían contribuir a recorrer ese camino del derecho a la acción, del reconocimiento formal al ejercicio cotidiano de derechos y responsabilidades por parte de la ciudadanía.



1 Ley Integral de Derechos de los Mayores

Conviene, en primer lugar, recuperar y poner en valor lo ya construido a lo largo de más de tres décadas porque, antes de activar cambios de modelos, resulta oportuno recuperar documentos vigentes que habría que aplicar, dotar de medios y evaluar: Plan Gerontológico, Libro Blanco sobre el Envejecimiento, y Principios de las Naciones Unidas en favor de la promoción y protección de las personas mayores.

A continuación, en consonancia con la iniciativa planteada por el Consejo General del Trabajo Social, cabe proponer la oportunidad de una Ley Integral de Derechos de los Mayores, que regule la revisión permanente, la garantía, la protección y la defensa de los derechos de los mayores y la responsabilidad ciudadana que están contemplados en el ordenamiento jurídico, y que incorpore la figura de un fiscal específico, que proteja y defienda sus derechos y persiga los abusos, maltratos y delitos que se les inflijan.

Asimismo, es oportuno señalar que, entre las medidas que podrían mejorar una atención social adecuada al colectivo de personas dependientes, cabe destacar las siguientes:

- Incremento de la financiación.
- Acordar medidas homogeneizadoras para todas las CCAA en el marco del Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.
- Cumplimiento de requisitos mínimos entre las CCAA por igual.
- Acordar medidas incentivadoras de creación de servicios para la autonomía personal para las CCAA.
- Estudiar y proponer criterios claros para las CCAA que aplican copago de las personas dependientes.
- Apostar por el desarrollo de un sistema de cuidados de proximidad y domiciliarios públicos que aborden los déficits existentes en este ámbito y que acaben con la concepción de que debe ser la familia (eufemismo de la mujer) la responsable de los cuidados.
- Aumento de la financiación de los servicios públicos de atención profesional de proximidad (servicios de atención domiciliaria, centros de día, productos de apoyo...).
- Medidas de apoyo a las personas cuidadoras no profesionales (servicios de atención domiciliaria para descanso/respiro de la persona cuidadora, programas de ingresos residenciales temporales de respiro, programas de apoyo y formación...).
- Medidas laborales que acaben con la precariedad de las y los profesionales de los servicios de atención a las personas.
- Medidas de visibilización y, sobre todo, de reconocimiento a los trabajos de cuidado de las personas.
- Iniciar procesos de evaluación de impacto en algunos aspectos relevantes.
- Analizar los costes de uso de determinados recursos, servicios y prestaciones en detrimento de otros (recursos de proximidad y domiciliarios respecto a los recursos residenciales, por ejemplo).
- Evaluar los niveles de mejora de la calidad de vida de las personas dependientes y de las personas que las cuidan.
- Implantar medidas de creación de empleo de calidad en el ámbito de la atención a las personas.

2 Mejora de la coordinación de sistemas

Resulta necesario contar con una coordinación sociosanitaria estructural para apoyar, contener, facilitar y ser enlace entre el Sistema Público de Salud y el Sistema Público de Servicios Sociales.

En este ámbito, nos encontramos ante el reto de desarrollar la Administración digital, al objeto de que la ciudadanía pueda dirigirse a la Administración de forma telemática para garantizar la atención, facilitar los trámites y evitar retrasos, acortar procedimientos y el tiempo de resolución y de implementación de los recursos, priorizar las resoluciones de urgencia y eliminar las suspensiones. Es oportuno apostar por las siguientes líneas de trabajo:

- Sistemas para recogida de información que sean ágiles, veraces, fiables y transparentes, donde tener sistematizada toda la información de los datos a nivel estatal.
- Agilidad y simplificación administrativa. Podría resultar adecuado aplicar el silencio administrativo positivo a todos los procedimientos que afectan a las personas en lista de espera de cualquier prestación (dependencia, rentas mínimas, PNC, ayuda a domicilio...).
- Brecha digital (no se trata de la imposibilidad de acceso, sino de las dificultades para la realización de gestiones telemáticas). Es preciso iniciar un trabajo de acompañamiento por la inclusión digital.

«Resulta necesario contar con una coordinación sociosanitaria estructural»



Promoción de un cambio de modelo y apuesta por la corresponsabilidad

13

Resulta necesario promover un modelo de cuidados de larga duración para personas mayores y personas con diferentes capacidades, basado en un modelo integrado de servicios e intervenciones profesionales: atención integral en el domicilio, disponer de profesionales suficientes y formados, y tener acceso a la sanidad pública de atención primaria y hospitalaria siempre.

Cabe favorecer, por tanto, un tejido legal que permita y favorezca la presencia de las personas mayores en el hogar, en su entorno de convivencia. Para ello, es necesario favorecer la corresponsabilidad familiar y grupal, así como el desarrollo de normas que favorezcan una verdadera conciliación y cuidado en casa. En este ámbito, resulta esencial la regulación de la aplicación de las tecnologías en el cuidado domiciliario, como elemento complementario al conjunto de los cuidados.

Ha llegado el momento de un nuevo modelo social, basado en la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres. Se requiere que haya corresponsabilidad en la conciliación personal, familiar y laboral. Con retribuciones equiparables para los/as profesionales que realizan las mismas labores. Prestando más atención a mitigar las arraigadas estructuras económicas que perpetúan la desigualdad. Se debería prestar mayor atención a la economía del trabajo de cuidado no remunerado y a las formas de compensarlo y reemplazarlo.



4 Valoración social y ética en los procesos de contratación

«Garantizar unos estándares de calidad en los servicios orientados a las personas mayores, y su entorno familiar y comunitario»

En particular, mediante la aplicación de la Ley 9/2017, de 8 de noviembre, de Contratos del Sector Público.

Existe un debate de fondo sobre cómo articular la cooperación entre el ámbito público y el Tercer Sector, y la cooperación público-privada en el conjunto de las políticas públicas. Debate que resulta más complejo, si cabe, en el terreno de los procesos de contratación de obras, suministros y servicios que afectan a las políticas sociales y educativas. Sin soslayar la existencia y pertinencia de dicho debate, lo cierto es que actualmente existen variadas formas de vinculación entre las Administraciones Públicas, las asociaciones y empresas especializadas que, en múltiples ámbitos, desarrollan la gestión externalizada efectiva (que no privatizada, porque continúan siendo servicios públicos dotados de presupuesto, condiciones y control por parte de las Administraciones Públicas a partir de las políticas y la gestión de empleados/as públicos) de servicios de carácter sociosanitario (podología, fisioterapia...), social, educativo, cultural y de participación ciudadana.

Por tanto, resulta oportuno colocar el foco en cómo se llevan a cabo estas formas de vinculación por parte de las distintas Administraciones y diferenciar entre el objeto de las contrataciones según su modalidad: obras, suministros y servicios.

El refuerzo de la valoración social y ética –y, de forma específica, la garantía de derechos de las personas mayores– podría mejorar de forma considerable los procesos de contratación y evitar la concesión de servicios basada en criterios meramente económicos. El refuerzo de la valoración social y ética influiría de forma considerable en el orden de prioridad en la toma de decisiones de las políticas públicas, en lo que refiere a suficiencia y dotación de recursos humanos públicos, presupuestos y condiciones técnicas dignas en los procesos de contratación de servicios externalizados. El conjunto de la legislación y normativa en la materia podría incorporar esta perspectiva para garantizar unos estándares de calidad en los servicios orientados a las personas mayores, y su entorno familiar y comunitario.

5 Desarrollo normativo de la educación intergeneracional en valores



Educar en valores es fundamental para que todos los seres humanos, sea cual sea nuestra edad y circunstancia, contemos con un trato digno, reconocimiento social e igualdad de derechos y responsabilidades de ciudadanía. La educación en valores tiene el objetivo de formar el ideario de civismo y los modelos de convivencia democráticos basados en el respeto, la empatía, la igualdad y la solidaridad. Está relacionada con la escala ética y los valores que guían el orden de las prioridades de elección individual y colectiva. En este sentido, resulta necesario activar procesos de toma de conciencia sobre los desafíos de la realidad y el éxito social que representa la longevidad.

Es la hora de poner el foco en la educación de las generaciones más jóvenes con respecto a las personas mayores, y que estas participen activamente en estos procesos de enseñanza-aprendizaje para conocerse, reconocerse y poderse reclamar aportación desde relaciones igualitarias y cuidado recíproco.

Para ello, es fundamental la confluencia de las tres estructuras educativas: la educación formal o académica (sistema educativo de Educación Infantil, Primaria, Secundaria y Universitaria), la educación informal (adquirida en la familia, a través de todas las experiencias de vida, la influencia de los medios de comunicación...) y, fundamentalmente, la que se desarrolle desde la educación no académica o educación permanente (procesos educativos para la vida, y formación y aprendizajes a lo largo de la vida). La vejez

debe ser visible como etapa y proceso del curso de la vida, y como sujeto de derechos y responsabilidades ciudadanas hasta el final de la vida de las personas.

Teniendo en cuenta lo anterior, desde el punto de vista legal, cabe proponer que en el conjunto de la legislación, normativa y planificación en la materia se considere como un eje transversal la educación intergeneracional en valores, como terreno de encuentro y convivencia en el que las personas mayores puedan compartir sus experiencias y conocimientos y, al mismo tiempo, incorporarse a los debates más incipientes –transición ecológica, sociedad de cuidados– y a la adquisición de nueva competencias, en particular, en el ámbito digital.

En este ámbito, cabe proponer el desarrollo de campañas de sensibilización centradas en el valor de las personas mayores. En colaboración con los medios de comunicación, puede resultar oportuno subrayar la importancia de no esconder el proceso de envejecimiento y no olvidarnos de lo frágil. La idea a desarrollar podría ser *"no olvidarnos de lo frágil, porque eso nos hace una sociedad mucho más fuerte".*



«La idea a desarrollar podría ser "*no olvidarnos de lo frágil, porque eso nos hace una sociedad mucho más fuerte*"»

Inclusión de las cláusulas sociales para el desarrollo del tejido comunitario

6

La complementariedad real y la transparencia deberían guiar la acción de las Administraciones. Para ello, puede resultar oportuno situar el desarrollo del tejido comunitario como un eje de trabajo con el cual articular el conjunto de las políticas, y no como un elemento a desarrollar una vez puestas en marcha políticas sectoriales. Del mismo modo que se contempla el impacto de género o el impacto medioambiental en el desarrollo de normas y documentos de planificación, cabe proponer la inclusión de cláusulas sociales que valoren cualquier política desde la perspectiva de su contribución al desarrollo del tejido comunitario.

A modo de ejemplo, esas posibles cláusulas sociales para el desarrollo del tejido comunitario podrían contemplar los siguientes elementos:

- Respeto a las decisiones de las personas mayores y promoción de su autonomía.
- Fomento de las relaciones intergeneracionales y promoción de la cooperación y la solidaridad asociadas a las relaciones de vecindad.
- Previsión de actuaciones públicas para el desarrollo de un trabajo comunitario con recursos suficientes y profesionales especializados.
- Activación de sensores para la detección de situaciones de soledad no deseada, riesgo de exclusión, pobreza y abandono.
- Promoción de un modelo de colaboración entre el conjunto de los actores que cooperan en el desarrollo efectivo del tejido comunitario.

«Situar el desarrollo del tejido comunitario como un eje de trabajo»

7 Mejorar la calidad de vida en el medio rural a través de la Ley para el Desarrollo Sostenible en el Medio Rural

Los desequilibrios demográficos no solo se deben al mayor envejecimiento de la población, sino también al abandono, tanto de jóvenes como de mujeres, relacionado con la falta de oportunidades vitales. Consideramos oportuno y procedente retomar la Ley de Desarrollo Sostenible para el Medio Rural como instrumento para mejorar la calidad de vida rural e impulsar posibilidades de desarrollo local. Considerando las iniciativas desarrolladas en relación con la despoblación, el papel de las personas mayores resulta clave para poner en marcha actuaciones que garanticen los recursos adecuados en el medio rural y el desarrollo de proyectos sostenibles.



Decálogo

1. Ley Integral de derechos de los mayores. Nos parece importante resaltar la incorporación de la figura de un fiscal específico que proteja y defienda los derechos y persiga los abusos, maltratos y delitos que se inflijan. Otro gallo hubiera cantado si hubiera asistido esa figura, en estos momentos también.
2. Mejora de la coordinación de sistemas. Resulta necesario contar con una coordinación sociosanitaria estructural para apoyar, contener, facilitar y ser enlace.
3. La necesidad de promocionar un cambio de modelo y una apuesta por la corresponsabilidad. Se hace necesario promover un modelo de cuidados de larga duración para personas mayores y personas con diferentes capacidades, basado en un modelo integrado de servicios e intervenciones profesionales y basado también en la igualdad de oportunidades entre hombres y mujeres.
4. Valoración social y ética de los procesos de contratación. Necesitamos garantizar unos estándares de calidad en los servicios orientados a las personas mayores y a su entorno familiar y comunitario.
5. Desarrollo normativo de la educación intergeneracional en valores. La educación en valores es fundamental para que todos los seres humanos, sea cual sea nuestra edad y circunstancia, contemos con un trato digno, un reconocimiento social e igualdad de derechos y responsabilidades de ciudadanía.
6. Inclusión de las cláusulas sociales para el desarrollo del tejido comunitario. Situar el desarrollo del tejido comunitario como un eje de trabajo para articular el conjunto de las políticas.
7. Mejorar la calidad de vida en el medio rural a través de la ley para el desarrollo sostenible en el medio rural. A veces los desequilibrios demográficos no solo se deben al mayor envejecimiento de la población, sino también al abandono.
8. La pandemia ha puesto de manifiesto las contradicciones más básicas de nuestra cultura en torno a la vejez. Vivimos en un mundo gerontoglobalizado por el aumento de las expectativas de vida, pero al mismo tiempo las personas mayores son hoy una población de riesgo. No obstante, si algo ha tenido de bueno esta pandemia es que nos interpela en torno al valor de la vida humana en su ciclo completo, y en particular, sobre nuestras significaciones de la vejez.
9. En palabras de Sabater, propicia el desafío de transformarnos, permitiendo que aparezcan nuevos juegos de preguntas y respuestas, nuevas maneras de pensar y actuar, nuevas lógicas para pensar hacer sobre los problemas, crisis económicas, migratorias, ecológicas, feminicidios. Desde otro marco, un marco distinto para respuestas distintas.
10. En el marco actual del estado de derecho es imprescindible arbitrar mecanismos de prevención, asistencia y respuestas sanitarias a los mayores, acordes con su dignidad y necesidad, que garanticen la igualdad en las condiciones de ejercicio de sus derechos.

Bibliografía

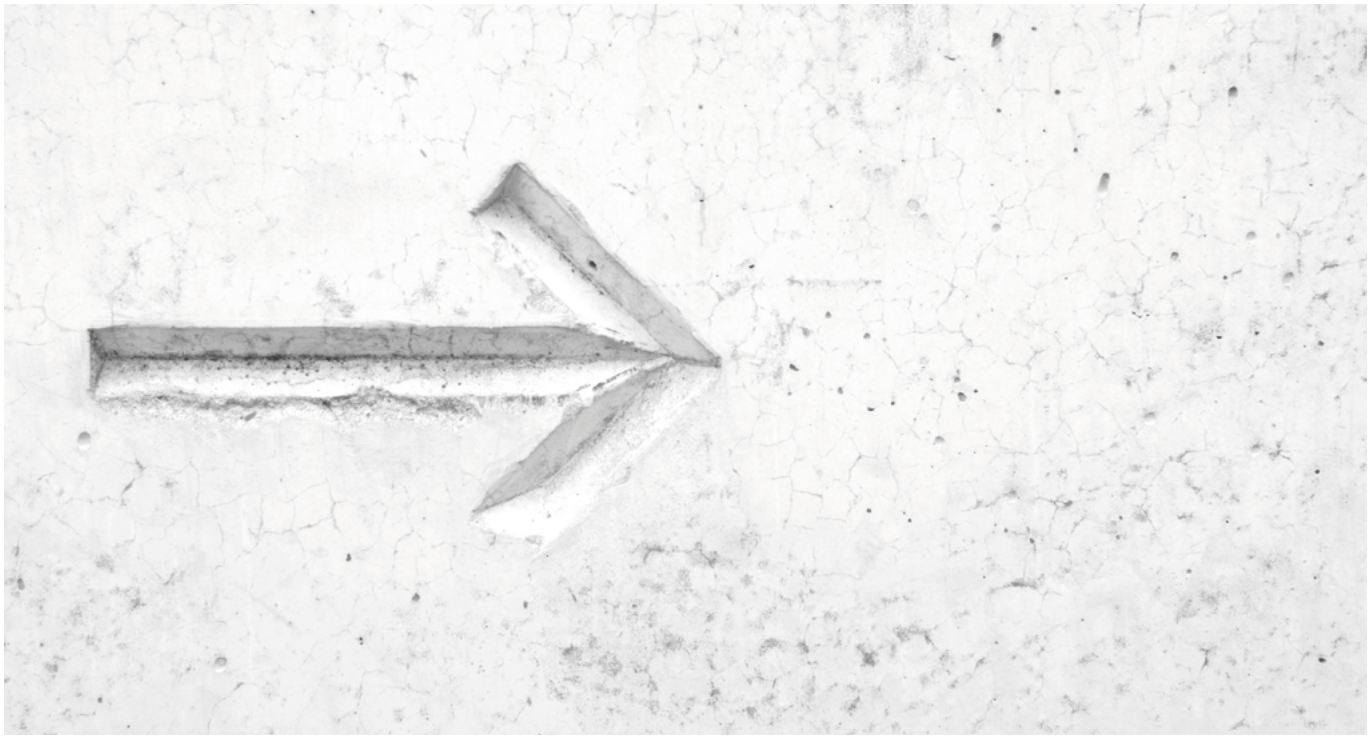
- Consejo General del Trabajo Social (2020) *Llamamos cuidados a... Madrid: autor. Recuperado 30.03.21:* Documentos CGTS Cuidados (cgtrabajosocial.es)
- Consejo General del Trabajo Social (2020) Desde el Consejo General del Trabajo Social analizamos la estrategia de vacunación frente a la COVID 19. 2º actualización. Madrid: autor. Recuperado: 30.03.21 Vacunacion CGTS 12.02.2021.pdf (cgtrabajosocial.es)
- Naciones Unidas (2020) Informe del Relator Especial sobre la extrema pobreza y los derechos humanos. Recuperado: 30.03.21 A/HRC/44/40/Add.2 - S - A/HRC/44/40/Add.2 -Desktop (undocs.org)
- Vicente, Emiliana y Arredondo, Rafael (coord) (2020) *Actuaciones del Trabajo Social ante el COVID-19. Madrid: Consejo General del Trabajo Social. Recuperado 30.03.21:* Portal del Consejo General del Trabajo Social - Publicación: Actuaciones del Trabajo Social ante el COVID-19 (cgtrabajosocial.es)
- Vicente, Emiliana y Arredondo, Rafael (coord) (2020) *El Trabajo Social ante la Emergencia del Covid-19. Madrid: Consejo General del Trabajo Social. Recuperado 30.03.21: P*ortal del Consejo General del Trabajo Social - Publicación: El Trabajo Social ante la Emergencia del Covid-19 (cgtrabajosocial.es)

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Psicólogos



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Comentario desde el punto de vista psicológico 195
2. Comentario desde el punto de vista antropológico 198
3. Agradecimiento 200
Decálogo 201

Aportaciones desde el punto de vista psicológico y antropológico al escrito *Sociedades que Cuidan* de Victoria Camps

«Es un curioso secreto de la sabiduría de todos los tiempos, pero un secreto muy sencillo, que cualquier entrega desinteresada, cualquier participación, todo amor, nos enriquece»
H. Hesse

Barcelona
Mayo, 2021

CC BY NC ND

Autores



Maria Die Trill

Licenciada en Filosofía y Letras, sección Psicología (psicología clínica), Universidad Pontifica de Comillas. Master of Arts, Nueva York University, USA (psicología clínica). Doctora en Filosofía y Letras, sección Psicología, Universidad Pontificia Comillas. Psicología Clínica, Ministerio de Sanidad. Especialidad Psico-Oncología, Memorial Sloan-Kettering Cancer Center, NY y Dana-Farber Cancer Institute-Harvard Medical School, Boston, USA.

Directora de ATRIUM: Psicooncología y Psicología Clínica. Coordinadora del Master Universitario de Psicooncología y Aspectos Psicológicos en Cuidados Paliativos, Universidad Europea Miguel de Cervantes.

Presidenta Honoraria International Psycho-Oncology Society (IPOS). Expresidenta de la Sociedad Española de Psicooncología. Creadora y excoordinadora de la Unidad de Psicooncología del Hospital Universitario Gregorio Marañón, Madrid. Miembro del Consejo Asesor de la Fundación Mémora.



Roberto Álvarez Álvarez

Psicólogo, Unidad de Cuidados Paliativos y Centro de Duelo, Fundación Instituto San José, Madrid. Hasta el año 2010, Docente, Centro de Humanización de la Salud, Religiosos Camilos (cursos de geriatría, gerontología, cuidados paliativos, psicología aplicada y de la salud, counseling y terapia en situaciones traumáticas y de alto sufrimiento). Su actividad clínica y asistencial se ha centrado en geriatría, cuidados paliativos y duelo. Ha coordinado su labor asistencial en hospitales, centros residenciales y fundaciones del ámbito sanitario y sociosanitario con una intensa actividad docente. Su centro de interés es el acompañamiento, la terapia y el *counseling* de personas aquejadas de situaciones existenciales de dolor.



Fructuoso de Castro de la Iglesia

Doctor en Antropología Social y Cultural por la Universidad Autónoma de Madrid. Máster en Psicología Clínica y de la Salud- Fundación Universidad Miguel Servet de Ciencias de la Salud. Licenciado/Máster en Teología en Washington Theological Union (Universidad Washington, D.C., USA). Licenciado en Ciencias de la Religión, Facultad de Teología San Dámaso de Madrid. Máster Oficial Universitario en Bioética, Universidad Católica de Murcia.

Profesor Asociado en el Departamento de Antropología Social y Pensamiento Filosófico Español de la Universidad Autónoma de Madrid. Presidente de la Fundación Grupo Develop. Coordinador de publicaciones y proyectos de investigación social y socio sanitarias de la Fundación.



Joan Piñol Forcadell

Licenciado en Psicología por la Universidad de Barcelona. PDG por IESE, Universidad de Navarra. Más de 25 años de experiencia en el sector servicios asistenciales a las personas y en servicios de Soporte y Atención Psicológica y Emocional. Escribe artículos en diferentes medios además de Conferenciante. Actualmente es el Director General de la *FUNDACIÓN SALUD y PERSONA (Expertos en Salud y Bienestar Emocional).* (La Fundación Salud y Persona ofrece servicios a las empresas para proteger la salud psicológica y emocional de sus clientes y/o empleados. Cuenta con una red de más de 500 psicólogos/as en toda España y da servicio a más de 2.000.000 de personas)

1 Comentario desde el punto de vista psicológico

La llamada para cuidar, el desarrollo de la empatía y de la moralidad, y otros conceptos que se barajan en el escrito arriba mencionado, merecen ser abordados desde los puntos de vista psicológico y antropológico. El texto se centra en el cuidado como valor fundamental y en la pregunta de por qué no cuidamos en nuestra sociedad. Echamos de menos un desarrollo, desde las teorías psicológicas, de algunos conceptos descritos en el documento.

Desde el punto de vista psicológico, consideramos imprescindible ahondar tanto en el concepto de empatía como en la Teoría del Apego de Bowlby (1969). Ambos influyen de manera significativa en el desarrollo posterior de las relaciones humanas estables, seguras y compasivas que conducen a cuidar.

La empatía, efectivamente, es una capacidad innata del ser humano, como dice Victoria Camps, pero la empatía necesita desarrollarse en el individuo y generar la capacidad de conexión íntima. Nacemos con la capacidad para ser empáticos, pero es imprescindible desarrollar y aprender habilidades y comportamientos empáticos. Los bebés aprenden a identificar y regular sus emociones a través de interacciones diádicas óptimas con sus cuidadores, fundamentalmente sus madres, en nuestra sociedad. Los niños se apegan instintivamente a quien cuida de ellos con el fin de sobrevivir y desarrollarse física, emocional y socialmente. Establecen vínculos afectivos con cualquier cuidador que sea sensible y receptivo en las interacciones con ellos. Aunque la madre suele ser la figura principal de apego, el papel puede ser tomado por cualquier persona que se comporte de una forma similar. La meta biológica es la supervivencia, y la psicológica es la seguridad. Si la figura no está disponible o no responde, se produce angustia de separación: ansiedad y rabia, tristeza y desesperación en el bebé. Cuando los vínculos de apego se ven amenazados, surgen amenazas a la seguridad, en los niños mayores y en los adultos, debido a la ausencia prolongada, a la interrupción en la comunicación, a la indisponibilidad emocional o al rechazo o abandono de las figuras de apego. Los comportamientos de apego se producen durante los primeros seis meses de vida.

Una figura de apego receptiva a las necesidades del niño es una que permite que el bebé se desarrolle emocionalmente. Cuando el bebé siente que se reconocen sus estados emocionales y se responde a ellos. Esto repercute positivamente no solo en el desarrollo de su "yo" sino en el desarrollo de su sentido del "otro". Con el tiempo, esto se convierte en empatía y en capacidad para una conexión íntima que surge de un apego seguro. Niños que no experimentan este tipo de interacción diádica originalmente, tienen un concepto del "yo" alterado, dificultades para manejar y regular emociones y, en muchas ocasiones, una capacidad alterada para sentir empatía. Así, se generan diferentes formas de apego y, consecuentemente, diferentes formas de relacionarse el niño y, posteriormente, el adulto, con el entorno y con otras personas. El individuo con un apego evitativo, por ejemplo, no se siente cómodo en entornos íntimos y tiene dificultad para reconocer sus propias emociones, así como las de los demás. El adulto con un apego ansioso puede carecer de la capacidad de moderar sus emociones y puede acabar arrastrado por las emociones de otro individuo. Esto no es empatía. La ausencia de empatía, por otra parte, es un rasgo característico de personas con trastornos de personalidad (por ejemplo, el narcisismo).

Aunque ambos términos se empleen indistintamente, la empatía es diferente a la simpatía. Cuando uno siente simpatía hacia alguien, se identifica con la situación en la que se encuentra el otro. Se puede sentir simpatía hacia personas a las que no se



« La empatía implica identificación de lo que siente el otro»

conocía anteriormente. Pero la simpatía no conecta al otro o a lo que el otro siente. Se puede sentir simpatía hacia la situación del otro sin tener idea de lo que realmente siente o piensa. La simpatía no construye conexión porque no conduce a la acción habitualmente. La empatía implica identificación de lo que siente el otro y, además, implica sentir con el otro (simpatía es sentir hacia el otro). Es la base de las conductas prosociales, esto es, conductas voluntarias dirigidas a beneficiar a otros, que facilitan las interacciones positivas con los demás, incluyendo ayudar, compartir, colaborar y apoyar a los demás.

La empatía tiene un componente cognitivo (ser capaz de adoptar la perspectiva de otra persona) y, además, implica la capacidad para regular y modular las emociones, que es lo que nos impide que nos dejemos "arrastrar" por las emociones de alguien que está sufriendo, dando paso a conectar con él.

Consideramos que el documento de Camps se basa en el desarrollo moral del niño sin tener en cuenta la teoría del apego, para nosotros fundamental. Nacemos del cuidado. Somos inteligentes y actuamos con inteligencia emocional porque nos cuidan. Desde el apego se produce el desarrollo, el lenguaje, etc.

Cómo cuidamos de nuestros bebés y qué tipo de cuidados han recibido aquellos que no han recibido la llamada del cuidado es algo que nos debemos cuestionar. Vivimos en una sociedad egocéntrica y narcisista centrada, prioritariamente, en satisfacer las propias necesidades, y enfocada a potenciar la autonomía cuando en realidad somos dependientes desde que nacemos. Pero luchamos para alcanzar la independencia (ver documental *La teoría sueca del amor*). El autonomismo que nos mueve a triunfar sobre el otro, a conseguir poder y dominar, nos impide centrarnos en el cuidado de nosotros mismos y de los demás. Una manifestación extrema de esto es el número preocupante de peticiones de suicidio asistido o eutanasia en países en los que este está legalizado, en personas que no quieren ser dependientes o convertirse en cargas para sus familiares. Una sociedad compasiva y cuidadora es más sana, cuida de los demás y provoca mayor bienestar pero, desgraciadamente, choca contra los valores de la sociedad pragmática actual. El dominio, el control y la superación personal buscan la supremacía negando al otro.

«Nacemos del cuidado. Somos inteligentes y actuamos con inteligencia emocional porque nos cuidan»

A esto hay que añadir las muchas diferencias culturales que influyen en el tema del cuidado y la importancia de incluir otro torrente de valores como la hospitalidad, la acogida, el reconocimiento y el no rechazo del otro en nuestras sociedades multiculturales, multiétnicas y multireligiosas (Voltaire, 1763).

"Es normal que médicos curen y enfermeras cuiden...", nos dice Camps. Realmente, es algo que está normalizado, aunque no es normal. ¿Quién se pregunta cómo se sienten los profesionales sanitarios ante este hecho? Con frecuencia nos encontramos con numerosos médicos que sufren *burnout*, frustrados, sobrecargados, que están quemados, entre otras cosas, por la falta de humanización en los cuidados que tienen que proporcionar. De la misma manera, ¡cuántas enfermeras hay saturadas de cargar con el peso de cuidar! No cuidamos a nuestros profesionales ni les ayudamos a cuidar, y la mayor muestra de ello ha sido la pandemia de la COVID-19 que estamos actualmente sufriendo.

Camps sugiere abandonar la perspectiva individualista para concebirnos como elementos de una interdependencia inevitable, pero ser interdependientes nos enfrenta a nuestras limitaciones, nos hace sentir vulnerables, y la sociedad nos ha enseñado que hay que evitar mostrar esa vulnerabilidad. El resultado es la facilidad con la que la escondemos bajo capas que fingen seguridad y productividad (Brenée Brown, 2010). Sin embargo, mostrarnos vulnerables nos conecta al otro, nos ayuda a mostrarnos tal cual somos, a compartir nuestra intimidad y a formar relaciones auténticas. Para ser cuidados, nos tenemos que mostrar vulnerables, y para cuidar adecuadamente, tenemos que entrar en contacto con nuestra propia vulnerabilidad con el fin, entre otras cosas, de conectar con la del otro.

Nos gustaría, igualmente, profundizar algo más en el concepto de soledad, íntimamente ligado al de cuidar. Cuando cuidamos, tanto cuidador como cuidado no se sienten solos. A veces, la soledad es simplemente una indicación del grado en que hemos podido fracasar en escucharnos. Pero solo experimentando esa soledad, aunque sea dolorosa, podemos convertirnos en quienes queremos ser, podemos escuchar a nuestro interior y descubrir nuestras fuentes de fortaleza y creatividad. Cierta soledad es una dimensión inherente a la condición humana. Así, Yalom (2011) distingue dos tipos de soledad: una de ellas es la soledad cotidiana, que consiste en el dolor de verse aislado de los demás. A menudo está ligada al temor a la intimidad, a la vergüenza, al rechazo o a sentimientos de no poder ser queridos. Aumenta mucho la angustia de morir. La otra es una soledad existencial, más profunda, que surge de la brecha insalvable que hay entre el individuo y el resto del mundo, y es consecuencia de que hemos entrado solos en la existencia y solos tenemos que abandonarla, y de que somos conscientes de que vivimos en un mundo únicamente conocido en profundidad por nosotros mismos. Se experimenta más en momentos de edad más avanzada y de enfrentamiento a la muerte, cuando tomamos conciencia de que nadie puede acompañarnos en este último viaje.

Comentario desde el punto de vista antropológico

2



Probablemente, desde la antropología se podría enriquecer el tema que nos ocupa con las propuestas de la ya clásica Leininger (2002), antropóloga y enfermera, en su desarrollo de la teoría de la diversidad y universalidad del cuidado cultural, que tiene como propósito *"descubrir, documentar, conocer y explicar la interdependencia del cuidado y el fenómeno de la cultura, con las diferencias y las similitudes entre las culturas y dentro de ellas"*. Esta teoría fundamenta el quehacer de la "enfermería transcultural" para responder a la necesidad de que las enfermeras estén en capacidad de cuidar a personas de culturas distintas o similares en todo el mundo.

Según este modelo, hay tres aspectos que orientan las decisiones y las acciones de las enfermeras: preservación y mantenimiento del cuidado cultural, acomodación y negociación del cuidado cultural, y remodelación o reestructuración del cuidado cultural. De ahí la necesidad de establecer un diálogo en el que la enfermera y la persona receptora de los cuidados determinen conjuntamente qué decisiones y cuidados son los más apropiados (Leininger, M. y McFarland, M.R., 2002).

Retomando las sugerencias de Camps, y desde el punto de vista antropológico, es cierto que las mujeres han sido tradicionalmente las cuidadoras. Se podría, incluso, afirmar que el cuidado es la actitud maternal por excelencia. Esto ha sido extendido a diferentes contextos. En la obra *Frente al límite*, de Tzvetan Todorov (2004), se nos relata cómo las actividades del cuidado mutuo entre los presos en los campos nazis eran bastante más abundantes entre las mujeres que entre los hombres, y por eso sobrevivían mejor que estos. Las mujeres se mostraban más prácticas y susceptibles de ayudarse mutuamente. No es necesario explicar que esto no significa que las mujeres sean más aptas para el cuidado por razones biológicas, sino por aprendizaje. Se trata de una construcción social de género femenino, no un rasgo de sexo. De igual manera, si las mujeres tienen una diferencia o preferencia ética, como Carol Gilligan (1982) sugiere, se debe más a la división sexual del trabajo y la división entre lo "público" y "privado", no a otras consideraciones.

Sería un error mayúsculo considerar el cuidado como tendencia de rasgo biológico o natural. Lo primero, porque se caería en esa especie de "esencialismo" que consistiría en pensar que todas las mujeres son iguales sin reparar en diferencias. Es, también, esclarecedor al respecto la teoría del libro de Elisabeth Badinter (1992) en el que describe cómo el llamado "instinto maternal" es más mito y construcción social que otro tipo de realidad.

Por otra parte, este planteamiento "biologicista" justificaría más la subordinación de la mujer al ámbito privado, familiar, reforzando estereotipos opresivos y frenando la posibilidad de acercamiento de los hombres a un mundo afectivo más rico, donde el cuidado sería un rasgo más entre otros. Por tanto, como tantos otros aspectos de la cultura humana, esto se puede aprender y desaprenderse.

Hay quien piensa que, renunciando a este tipo de "imposición social" del cuidado, la mujer se parecería más al hombre, pero los dos serían tanto menos humanos. Así que no nos queda más remedio que optar por la opción de reaprender el cuidado y hacerlo extensivo a toda la humanidad. Educarnos en el cuidado para que este deje de ser un rasgo de género, específico del ámbito femenino, y pase a ser un rasgo de humanidad, específico del ser humano.

Chodorow (1994) analiza los efectos del cuidado materno en la formación de la identidad de género en la infancia. Su tesis es que las niñas, al identificarse con el mismo género que la madre, no necesitan diferenciarse para construir su identidad de género. En cambio, los niños, a medida que crecen y descubren que su género no es el mismo que el de sus madres, necesitan diferenciarse para construir su identidad de género. Así, aunque los chicos conocen y han experimentado la responsabilidad y el cuidado en las relaciones, al asociar el cuidado con las madres ven el valor del cuidado como una amenaza a su identidad masculina. Si los hombres también ejercieran su paternidad y el cuidado se valorará en tanto que virtud humana y no de género, los más jóvenes aprenderían sin distinción de género el valor del cuidado. Hay que trabajar mucho en este sentido.

Esto se agrava con el hecho de que no solo ha habido diferencias de género asociadas a la ética del cuidado, sino que se ha sumado otra más de estatus social, una ética de "marginados" en general aplicada a ejercer el papel o trabajo del cuidado. Se debe más al proceso de socialización (dentro de una cultura sexista y de marginación) que a procesos psicológicos de creación de la identidad en la infancia.

Todos somos igualmente capaces para el cuidado. Ser ciudadanos no significa pagar impuestos y votar sino que, como colectivo humano, nos sintamos vinculados con compromisos que asumimos. Señalaba Aristóteles que para ser buenos ciudadanos hay que proponérselo explícitamente. La educación es un excelente canal para que se vaya implantando una cultura ciudadana que nos ayude a superar el individualismo disfrazado de autonomía personal en favor de un "comunitarismo" que plante su raíz en el cuidado del otro, que es también el cuidado de mí mismo y el cuidado entre todos.

La independencia sí es un descarrilamiento absoluto. Somos, querámoslo o no, interdependientes. Poner el foco en el concepto de una identidad de ciudadanía supondría iniciarse en el aprendizaje de convivir y en el compromiso con los otros. El PIB es un indicador pobre para calcular el progreso humano. Se centra en la productividad pero olvida los costes que genera la desigualdad, también de género (recuerdo ahora esa "perspectiva patriarcal" de la que habla Claudia Card (1991), que ha devaluado la capacidad moral de la mujer argumentando una deficiencia para el sentido de la justicia), el individualismo que instala una idílica autonomía como valor absoluto y la ausencia de compromiso.

Por terminar con un pensamiento de Edgar Morín (2001): "*La educación del futuro debe ser una enseñanza fundamental y universal centrada en la condición humana. Estamos en la era planetaria y los seres humanos, donde quiera que estén, están embarcados en una aventura común. Es preciso que se reconozcan en su humanidad común y, al mismo tiempo, reconozcan la diversidad cultural inherente a todo lo humano*".

13 Agradecimiento

Agradecemos el artículo de Victoria Camps y sus valiosas reflexiones, que nos han servido de punto de partida para una discusión productiva y enriquecedora sobre los valores más importantes de nuestra sociedad, que deberían girar en torno al cuidado de unos hacia otros.



«Los valores más importantes de nuestra sociedad, deberían girar en torno al cuidado de unos hacia otros»

Decálogo

1. La conexión con los demás es básica y es fundamental para sobrevivir, nos permite como humanidad existir y sobrevivir a etapas como el envejecimiento, que nos enfrenta a la soledad de formas muy frecuentemente no deseadas.
2. Es importante modificar la percepción social de que una persona mayor no es un ser humano completo, hay que dejar de aislar a las personas mayores de las interacciones sociales y de las intelectuales. Porque es tiene la cabeza y la brillantez que muchas veces falta a gente más joven.
3. No hay un rasgo biológico que haga más apta a las mujeres para cuidar. Esto es una construcción social que ha dispensado al género masculino de la responsabilidad de cuidar. Cuidar es una responsabilidad compartida.
4. Hay que reforzar las estructuras de acogida, de compasión y el cuidado, creando lo que se ha llamado una cultura del encuentro, y entender o transmitir la idea de que la responsabilidad con los demás es también un aprendizaje y nos lo tenemos que proponer esto desde las autoridades, se tiene que transmitir. Para ser ciudadanos compasivos, hay que proponérselo.
5. En el momento actual de pandemia tenemos que cuidar de nuestros profesionales sanitarios que sufren indefensión, duelos y trastornos de todo tipo que la mayor parte de las veces pasan desapercibidos.
6. Cuidar también significa conectar, y esta conexión facilita la generosidad, entrega y responsabilidad con los demás.
7. Es responsabilidad de todos, autoridades incluidas, facilitar el desarrollo de estos valores, poniendo a disposición de los ciudadanos los recursos necesarios para cuidar.

Bibliografía

- Bowlby, J. (1958). The nature of the child's tie to his mother. *International Journal of Psychoanalysis*, 39,350-73.
- Badinter, E. (1992). ¿Existe el instinto maternal? Historia del amor maternal. *Siglos XVII-XX*. Barcelona: Paidós.
- Bowlby, J. (1969). Apego, separación y perdida. (2ª ed.).
- Brown, B. (2010). *The gift of imperfection.* Minessota, Center City: Hazelden Publishing.
- Brown, B. (2016). *El poder de ser vulnerable*. Barcelona: Editorial Urano.
- Card, C. (1991). *Feminist ethics*. Lawrence, Kansas: University Press of Kansas.
- Chodorow, N. (2012). *Individualizing Gender and Sexuality: Theory and Practice*. New York: Routledge.
- Gilligan, C. (1982). *In a different voice*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Hersh, R., Reimer, J. y Paolitto, D. (1988). El desarrollo del Juicio Moral (cap. 3). En: *El crecimiento moral. De Piaget a Kohlberg*. Madrid: Narcea.
- Leininger, M. y McFarland, M.R. (2002). *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research, and Practice*. USA: Mc Graw-Hill.
- Morin, E. (2001). *Los siete saberes necesarios para la educación del futuro.* Barcelona: Paidós.
- Piaget, J. (1983) *El criterio moral en el niño*. Barcelona: Fontanella.
- Todorov, T. (2004). *Frente al límite*. Méjico: Editorial Siglo XXI.
- Voltaire. (2013). *El Tratado de la Tolerancia*. Barcelona: SLU Espasa (Versión original 1763).
- Yalom, I. (2011). *Psicoterapia existencial* (2ª ed.). Barcelona: Herder.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Cultura



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. ¿Qué sabemos del poder transformador de la cultura? 207

2. El potencial cuidador de la cultura en la población de mayor edad y dependiente 209

Decálogo 221

«A través de la cultura, se facilita la inclusión social de los colectivos más vulnerables»

En los últimos años, organismos internacionales como la UNESCO o europeos como la Comisión Europea han puesto la transversalidad y el valor social de la cultura en la agenda política. La UNESCO ha declarado la cultura como elemento transversal presente en la mayoría de los objetivos de Desarrollo Sostenible establecidos por la Agenda 2030 de las Naciones Unidas. A nivel europeo, la Nueva Agenda Europea para la Cultura, aprobada en mayo de 2018 por la Comisión Europea, incluye como uno de sus tres objetivos estratégicos el aprovechamiento del poder de la cultura y la diversidad cultural para el bienestar y la cohesión social.

Recientemente, con motivo de la crisis sanitaria actual, la Organización Mundial de la Salud ha recomendado a gobiernos y autoridades la aplicación de políticas encaminadas a mejorar la colaboración entre los sectores sanitario y artístico (Fancourt y Finn, 2019).

Barcelona

Mayo, 2021

CC BY NC ND

Autores



Ana Villarroya Planas

Licenciada en Derecho y en Economía por la Universidad de Barcelona y doctora en Economía del Sector Público por la misma universidad. Desde 1993 es profesora del Departamento de Economía, donde imparte cursos relacionados con la cultura y las políticas culturales. Desde el año 2006 es autora del informe sobre política cultural en España incluido en el Compendium of Cultural Policies and Trends, y desde el año 2017 es miembro del consejo de la Association of the Compendium of Cultural Policies and Trends. Es también presidenta de la European Association of Cultural Researchers y coordinadora del Programa de Doctorado Interuniversitario en Estudios de Género: Culturas, Sociedades y Políticas. Directora del Centro de Investigación en Información, Comunicación y cultura de la UB. (**Líder del Grupo**).



Marta Esteve Zaragoza

Licenciada en Derecho y Trabajo Social. Se ha formado en liderazgo e innovación social. Desde hace más de veinte años trabaja al lado de las personas dirigiendo equipos y proyectos sociales en organizaciones como Càritas, la Fundació 'la Caixa' o la Fundació IRES. Actualmente es la directora de la Fundació Carulla, donde trabaja para situar la cultura y la educación como ejes de transformación social, combinando los proyectos de impulso a la creación con la gestión del Museu de la Vida Rural de la Espluga de Francolí y la Editorial Barcino, y forma parte del patronato del Teatre Lliure. (**Líder del grupo**).



Juan Carlos Martel

Director de la Fundació Teatre Lliure - Teatre Públic de Barcelona. Ha dirigido una treintena de espectáculos, los más més recientes de los cuales son *Càsting Giuletta* (Festival Grec y Teatre Lliure, 2019), *Una Ilíada* (Festival Temporada Alta, 2018) y *Sis personatges: homenatge a Tomàs Giner* (Teatre Lliure, 2018). También es miembro del Lincoln Center Theatre Directors Lab de Nueva York, co-fundador y miembro del comité ejecutivo de Directors Lab Mediterranean. Ha sido asesor artístico internacional del Teatro della Pergola de Florencia y docente de la Scuola l'Oltrarno.



Pepe Serra Villalba

Licenciado en Historia del Arte (especialidad Contemporáneo) por la Universidad Autónoma de Barcelona. Su actividad profesional ha estado centrada en la dirección y gestión de museos y entidades patrimoniales, incluyendo instituciones de la administración pública y fundaciones culturales privadas. También está implicado en diversos programas académicos y educativos en relación con los museos, el debate cultural y la gestión patrimonial y turística.

Actualmente dirige el Museu Nacional d'Art de Catalunya y anteriormente ha sido director del Museu Picasso de Barcelona, subdirector de Museos y Patrimonio de la Generalitat y jefe de Programas Públicos y gerente de la Pedrera/Fundació Caixa Catalunya, entre otros. Ha dirigido durante cinco años el Postgrado sobre Museos de la Universitat Pompeu Fabra y es profesor invitado en varios másteres y seminarios universitarios.



Santiago de Torres Sanahuja

Médico. Ha desempeñado diversos cargos públicos: director general del Plan Nacional sobre Drogas, subsecretario del Ministerio de Cultura, subsecretario del Ministerio de Asuntos Sociales y asesor en el Gabinete de la Presidencia del Gobierno. Trabajó en la Secretaría General de la Comisión Europea como experto nacional destacado. Fundó la Editorial Memora. Abrió la Galería Trama de arte contemporáneo en Madrid. Fundó la empresa Ifigenia Plus, dedicada a los contenidos digitales del sector de la educación y la cultura. Fue patrono de la Fundación Isaac Albéniz, dedicada a la formación musical de excelencia. En la actualidad es patrono del Museo Reina Sofía, patrono del Museu Picasso de Barcelona, patrono del Gran Teatre del Liceu de Barcelona, patrono de la Fundación Alternativas y patrono de la Fundación ITA. Es vicepresidente de la Fundación Alzheimer Pasqual Maragall. Preside la Fundación Alianza por la Solidaridad, dedicada a la cooperación al desarrollo. Preside la Fundación Mémora. Preside la empresa Atrys Health, dedicada al Telediagnóstico y al diagnóstico oncológico de precisión.

¿Qué sabemos del poder transformador de la cultura?[1]

1

Son cada vez más numerosos los estudios destinados a identificar los beneficios individuales, comunitarios y sociales de la cultura. Una parte importante de estos estudios ha asociado la realización de prácticas *amateur*, la educación artística, así como la participación cultural y la presencia de agentes y equipamientos culturales en el territorio, a mejores niveles individuales de salud, de bienestar y de educación, así como a beneficios sociales ligados al desarrollo de sociedades más cohesionadas y sostenibles.

En el ámbito de la salud y el bienestar, son cada vez más los estudios que asocian la asistencia y práctica de actividades artísticas y culturales a un mejor estado de salud y niveles superiores de calidad de vida. Hay evidencia sobre la mejora en las condiciones clínicas de las personas enfermas cuando la música o las artes visuales se utilizan en entornos hospitalarios (Royal Society of Public Health, 2013; All-Party Parliamentary Group on Arts, Health and Wellbeing, 2017). Las actividades artísticas y culturales pueden tener un impacto positivo, por ejemplo, en la estabilidad física, en la parte cognitiva, en la autoestima, en la habilidad para relacionarse a partir de cambios en el comportamiento y de una mayor exposición al contacto social reduciendo, en ocasiones, la duración de las estancias hospitalarias (Estache y Ginsburgh, 2017; Nueva Agenda Europea para la Cultura, 2018). Así mismo, hay estudios que confirman que el acceso a la cultura es el segundo factor más importante para el bienestar psicológico, precedido solo de la salud (Sacco et al., 2011).

En el ámbito educativo, la práctica artística, dentro y fuera del currículum escolar, también se ha asociado a mejoras educativas como la adquisición del lenguaje en etapas tempranas, el rendimiento académico o el aumento de las habilidades cognitivas (Artes Council of England, 2014).

Gran parte de la evidencia en torno al impacto social de la cultura se ha centrado en programas de intervención comunitaria relacionados con las artes como potenciadoras de habilidades comunicativas, del trabajo en equipo y de una mayor conciencia y autocontrol personal. A través de la cultura, se facilita la inclusión social de los colectivos más vulnerables, sean estos población inmigrante, refugiada, niños y jóvenes, así como personas mayores, entre otros (Culture Action Europe, 2018). En todos ellos, la participación en actividades culturales y artísticas ofrece la motivación y las habilidades para una mayor participación cívica, aporta visibilidad a las expresiones minoritarias, así como un mayor potencial de reconocimiento mutuo y cooperación entre diferentes grupos en el diálogo intercultural e intergeneracional (CGLU, 2015). Especialmente en actividades culturales que tienen lugar en espacios públicos, la participación cultural crea identidad y sentimiento de pertenencia, pudiendo generar normas comunitarias positivas (como, por ejemplo, la tolerancia, la diversidad y la libertad de expresión). El arte y la cultura también dan identidad en un país o región, mejorando la cohesión social (O'Hagan, 2017). Estudios recientes en torno a la dimensión coparticipativa (social) de la cultura muestran cómo en muchos casos la simple presencia de los otros –estar rodeados de gente en un concierto o en la calle– tiene un impacto positivo sobre la felicidad y el bienestar (Filimon, 2018).

La cultura contribuye también al desarrollo sostenible, al influir en la comprensión que tenemos del medio ambiente y la relación que mantenemos con él. A través de las prácticas culturales, valores y visiones que tenemos del mundo, la población puede cambiar el ecosistema que lo rodea (CGLU, 2015; Julie's Bicycle Sustaining Creativity).

La cultura es también un instrumento importante en la construcción de entornos vitales en los que la ciudadanía se puede reconocer, identificar y desarrollar. Los equipamientos y actividades culturales, diseñados adecuadamente, pueden contribuir a la regeneración urbana. En este sentido, el espacio público (como calles, plazas y áreas comunes de las ciudades) es un recurso clave para la interacción y la participación cultural (CGLU, 2015).



«La cultura es también un instrumento importante en la construcción de entornos vitales en los que la ciudadanía se puede reconocer, identificar y desarrollar»

2 El potencial cuidador de la cultura en la población de mayor edad y dependiente

Partiendo de la evidencia de que la cultura es vida, tal y como se recoge en la Carta de Roma 2020 (2), y que impacta positivamente en las personas de diferentes maneras:

- Desde la práctica artística y cultural (tocar un instrumento, pintar, bailar, etc.).
- Desde su vertiente más comunitaria, facilitando la cohesión y el sentimiento de pertenencia.
- Desde la simple participación receptiva como espectador cultural.
- En este sentido, nos preguntamos si ese impacto positivo y beneficioso llega equitativamente a todas las capas de la sociedad.

La situación de emergencia sanitaria generada por la COVID-19 ha hecho evidentes muchos de los problemas de las sociedades actuales. La soledad es uno de ellos. Si bien afecta crudamente a las personas de mayor edad, vivan o no en residencias, sean o no dependientes, no es privativa de estos colectivos. La soledad, el sentirse y vivir al margen de la sociedad, afecta también a las personas con enfermedades (físicas y/o mentales) que, además de enfrentarse al miedo y al dolor, se sienten solas.



Ante esta realidad que afecta, cada vez más, a un mayor número de personas, surge la necesidad de pensar en nuevas estrategias, herramientas y soluciones no convencionales, y la cultura es una de ellas. La cultura facilita la inclusión social de colectivos vulnerables, pero también la justicia social, la igualdad y la cohesión.

Hace ya unos años que los países anglosajones han incluido la cultura en sus políticas sociales dirigidas a la población de mayor edad, y también a la población enferma, con el objetivo de mejorar su calidad de vida. La situación de emergencia sanitaria, con efectos devastadores para estos colectivos más vulnerables, ha potenciado la implementación de soluciones artísticas a los problemas de esta parte de población (3).

La evidencia existente a nivel internacional, y también a nivel nacional, sobre el potencial cuidador de la cultura es argumento suficiente para interpelar a todos los agentes sociales y, en especial, aquellos con responsabilidades públicas, a implementar, de manera decidida, políticas dirigidas a mejorar el estado emocional de la población más vulnerable. En muchos casos, la solución a los problemas de estos colectivos no está tanto en el sistema sanitario tradicional sino en la capacidad cuidadora del entorno más próximo.

Si bien en todas las etapas de la historia, también en la actualidad, los cuidados se han asociado al género femenino, es urgente extender a toda la ciudadanía el valor de los cuidados. La crisis sanitaria nos ha permitido, a muchos, empatizar y solidarizarnos con aquellos que sufren. ¿Por qué no mantener ese cuidado siempre? ¿Por qué no acercar la actividad artística y cultural, con su gran potencial cuidador, a los colectivos más vulnerables? ¿Por qué no acercar los jóvenes creadores a la población de mayor edad? ¿Por qué no abrir más decididamente las puertas de los grandes equipamientos culturales a aquellos que más lo necesitan? ¿Por qué no mejorar, en definitiva, la calidad de vida de los colectivos invisibles de nuestra sociedad? ¿Por qué no reemplazar fármacos por actividad artística y cultural? Y, ¿por qué no compartir espacios de socialización, propiciar colaboraciones intergeneracionales en las que, dependiendo de la etapa de nuestra vida en la que nos encontremos, desarrollaremos un rol u otro?

Entre las propuestas concretas y ante las previsiones que apuntan hacia una disminución muy importante de turistas, ¿por qué no abrir la oferta cultural de nuestras ciudades a las personas mayores, muy especialmente a aquellas que viven solas? ¿Por qué no articular medidas que acerquen estas colectividades a nuestros centros culturales del mismo modo que se está haciendo con otros colectivos?(4)

«¿Por qué no acercar la actividad artística y cultural, con su gran potencial cuidador, a los colectivos más vulnerables?»

Decálogo

Nos adherimos al decálogo Mutare, que fue resultado de un espacio de cocreación entre el sector cultural, educativo y social en el 2018, y que se impulsó desde la Fundación Carulla.

1. El compromiso con los retos sociales, la cultura entendida como herramienta para hacer realidad el deseo de cambio avanzando y dando respuesta a las necesidades sociales, movilizando y llamando a la acción, generando impacto social y emocional.
2. La cultura para todas las personas, crear oportunidades para que todas las personas puedan vivir y apropiarse la cultura desde el compromiso con los derechos sociales, culturales y la justicia.
3. Innovación artística y social desde la construcción de nuevas miradas que nos permiten crecer como personas, como sociedad, con una clara vinculación con la dimensión ética de los valores.
4. La persona protagonista activa, que supone situar a la persona en el centro, empoderándola para que pueda desarrollar una mirada crítica y para que sea agente clave del cambio social.
5. Conectar desde la emoción y la ilusión por el cambio, escuchando activamente y actuando desde la emoción para conectar con las personas, trabajar en el reconocimiento del otro.
6. Despertar el pensamiento crítico en la sociedad y produciendo cambios reales en las relaciones de poder, en los relatos de las teorías asumidas, en la creación de nuevas relaciones, en la activación de recursos latentes.
7. Niños y jóvenes como creadores, conectando el sistema educativo con la comunidad y el patrimonio cultural para conseguir motivación por las artes y para crear experiencias vibrantes, de aprendizaje y de creación cultural con significado.
8. Implicación y cocreación, involucrando al máximo número de agentes sociales y colectivos, conectando y sumando experiencias y generando liderazgos compartidos y dinámicas de cocreación.
9. Rigor metodológico, sistematizando los procesos de creación de valor, evaluando el impacto conseguido, compartiendo los aprendizajes para provocar realmente un efecto multiplicador para este cambio social.
10. Avanzar en el camino hacia el desarrollo sostenible desde la triple dimensión social, económica y medioambiental, en la concepción y desarrollo de los proyectos culturales transformadores.

Bibliografía

(1) Gran parte de la información contenida en este apartado procede de Villarroya (2019).

(2) La Carta de Roma 2020 sobre los derechos culturales, publicada en plena crisis sanitaria (mayo 2020), recoge el carácter vital del derecho a participar libre y plenamente en la vida cultural de las ciudades y comunidades. Para más detalles véase: http://www.agenda21culture.net/sites/default/files/2020_rc_spa.pdf

(3) https://www.gov.uk/government/news/government-launches-plan-to-tackle-loneliness-during-coronavirus-lockdown y https://publications.jrc.ec.europa.eu/repository/bitstream/JRC120876/kjna30249enn_1.pdf

(4) En la línea del programa RecuperART-19: Arte y Museos para la salud emocional de los profesionales sanitarios, una iniciativa del Institut Català de la Salut (ICS) con el apoyo del Departamento de Cultura de la Generalitat de Catalunya.

- AgeUK. (2018). *Creative and Cultural Activities and Wellbeing in Later Life.* Disponible en: https://www.ageuk.org.uk/globalassets/age-uk/documents/reports-and-publications/reports-and-briefings/health--wellbeing/rb_apr18_creative_and_cultural_activities_wellbeing.pdf [Consulta: 1 de julio 2020].
- All-Party Parliamentary Group on Arts, Health and Wellbeing. (2017). *Creative Health: The Arts for Health and Wellbeing.* Disponible en: https://www.culturehealthandwellbeing.org.uk/appg-inquiry/Publications/Creative_Health_Inquiry_Report_2017_-_Second_Edition.pdf [Consulta: 1 de julio 2020].
- Arts Council England. (2014). *The value of arts and culture to people and society. An evidence review.* Manchester: Arts Council England.
- CGLU – Ciudades y Gobiernos Locales Unidos. (2015). *Culture 21. Agenda 21 de la Cultura.* Barcelona: CGLU.
- Culture Action Europe. (2018). *The value and values of culture,* Culture Action Europe.
- Curran, F., y Kolher, M. *Age UK Creative and Cultural Participation in Later Life. Inspiration pack for partnerships between age and cultural sectors.* Disponible en:http://www.ageofcreativity.co.uk/assets/pdfs/Age_UK_Inspiration_Pack_A5_Web.pdf [Consulta: 1 de julio 2020].
- Estache, A., y Ginsburgh, V. (2017). *Sobre la música, la felicidad y la salud: ¿qué sabemos al respecto?* Observatorio Social de 'la Caixa'.
- Fancourt, D., y Finn, S. (2019). *What is the evidence on the role of the arts in improving health and well-being? A scoping review. Health Evidence Network synthesis report 67.* Copenhagen: World Health Organization 2019. Disponible en: https://es.euronews.com/2019/11/11/las-autoridades-sanitarias-advierten-que-el-arte-beneficia-seriamente-su-salud [Consulta: 1 de julio 2020].
- Filimon, N. (2018). *L'impacte de la cultura i el lleure sobre la felicitat dels espanyols.* Observatorio Social de 'la Caixa'.
- Gross, J. D. (2018). *Everyday Creativity in Later Life: Art, Technology & Community.* 64 Million Artists. Disponible en: https://64millionartists.com/wp-content/uploads/2018/06/64MA_Everyday-creativity-in-later-life-final.pdf [Consulta: 1 de julio 2020].
- O'Hagan, J. W. (2017). *La contribución más importante del arte es dar identidad a un país o una región.* Observatorio Social "la Caixa".
- Ricart, M. (2018). Aprenent a moure'ns pels estrats dels processos creatius. Apunts per a una nova mirada a la creació artística en els entorns rurals. En: Consell Nacional de la Cultura i de les Arts CoNCA (ed.) *Estat de la cultura i de les arts 06_2018.* Dimensió social de la cultura, pp. 55-70.
- Royal Society of Public Health (2013). *Arts Health and Wellbeing Beyond the Millenium: How far have we come and where do we want to go?* RSPH and the Philipp Family Foundation.
- Sacco, P. L. et al. (2011). *The Interaction Between Culture, Health and Psychological Well-Being.*
- Villarroya, A. (2019). En defensa de la cultura com a motor de transformació social. En: *Nadala 2019.* Barcelona: Fundació Carulla. (pp. 13-21). Disponible en: https://fundaciocarulla.cat/nadala/cataleg/2019/ [Consulta: 1 de julio 2020].

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Farmacéuticos



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Introducción 217
2. Ética de la justicia y ética del cuidado 218
3. Reformulación de los códigos éticos de la farmacia 219
4. Cambios en la práctica profesional 220
5. Propuestas de iniciativas 221
Decálogo 222

«La farmacia en el marco de una sociedad cuidadora»

Barcelona
Mayo, 2020

CC BY NC ND

Autores



Josep Monterde

Doctor en Farmacia por la Universitat de Barcelona. Especialista en farmacia hospitalaria. Hospital Services Management, ESADE Bussiness School. Ha sido vicepresidente de la Acadèmia de Ciències Médiques de Catalunya i Balears y miembro correspondiente extranjero de la Academia de Ciencias Farmacéuticas Chilenas. Ha sido profesor asociado del departamento de Farmacia de la Universitat de Barcelona y de la Facultad de Química de la Universidad de Uruguay; director de Servicios Clínicos Centrales y del Servicio de Farmacia del Hospital Universitari Vall d'Hebron y director de los Servicios Farmacéuticos de los hospitales municipales de Barcelona. Asesor en diferentes administraciones sanitarias, universidades, escuelas tecnológicas y centros asistenciales públicos y privados de diversos países. Presidente de Asserta Foundation y CEO de Asserta Global Healthcare Solutions. **(Líder del área).**



José Miguel Ferrari Piquero

De tradición y vocación farmacéuticas, se licencia en Farmacia en la Universidad Complutense de Madrid en 1986. Especialista en Farmacia Hospitalaria, desde la realización de su residencia ha desarrollado toda su vida profesional en el Hospital 12 de Octubre de Madrid, que ha sido también muy importante para él en lo personal. Farmacéutico Adjunto con diferentes responsabilidades a lo largo de los años (Gestión, Ensayos Clínicos, Farmacotecnia, Información de Medicamentos); Jefe de Sección en 2007; desde 2012 Jefe de Servicio. Fue Presidente del Comité Ético de Investigación Clínica del Hospital, y es en la actualidad Jefe del Servicio de Farmacia y Terapéutica.



Jesús Carlos Gómez Martínez

Licenciado en Farmacia por la Universitat de Barcelona. Máster en Marketing y Dirección Empresa, EADA. Máster Farmacéutico en Alimentación y Nutrición, Universidad Europea de Canarias. Diplomado en Nutrición Humana y Dietética, Universidad Católica San Antonio de Murcia. Máster en Atención Farmacéutica, Universitat de Barcelona. Ha sido presidente de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC). Actualmente es el presidente del Comité Ejecutivo de la Fundación SEFAC.



Maite Sarobe Carricas

Jefe del Servicio de Farmacia del Complejo Hospitalario de Navarra desde 2014. Experto en Gestión Sanitaria. Universidad Internacional Menéndez Pelayo.

Vocal de la Comisión Nacional de la Especialidad de Farmacia Hospitalaria *Board Certified Oncology Pharmacist* otorgado por el Board of Pharmaceutical Specialties de la American Pharmacists Association. Máster en Farmaco-economía Hospitalaria, Universidad de Granada. Profesora asociada de la Universidad de Navarra. Miembro de la Junta Técnico Asistencial del Complejo Hospitalario de Navarra. Miembro de varias comisiones y autora de numerosas publicaciones de su ámbito.



Lluís Triquell Sabaté

Licenciado en Farmacia, 1972 Universidad de Barcelona. Especialista en Farmacia Hospitalaria. Licenciado en Medicina. 1982 Universidad de Barcelona. Diplomado en gestión (PDG IESE). 1983 Universidad de Navarra.

1973-1981. Director del Servicio de Farmacia del Hospital General de Granollers. 1982-1987. Director Médico del Hospital General de Granollers. 1988-1995. Director General del Hospital Comarcal d›Igualada. 1993- 1995 Director General de la Fundació Sanitària d›Igualada. 1995-1999. Director de Sanidad del Gobierno de Andorra, y posteriormente Asesor del Ministro de Salud y Bienestar. 2000-2018. Director Asociado de Antares Consulting y en Triquell OOOQ.

1

Introducción

El foro de debate impulsado por la Fundación Mémora tiene como objetivo *"debatir y reflexionar de forma ordenada para ayudar a los municipios y a la sociedad en general sobre cómo se puede y debe evolucionar hacia una sociedad cuidadora"*. En este contexto, la farmacia, en cualquiera de sus modalidades de ejercicio, tiene una oportunidad de aportar su visión y sus características propias al conjunto de la reflexión.



2 Ética de la justicia y ética del cuidado

Centrándonos en el caso concreto de la farmacia, sus códigos éticos están muy centrados en principios: beneficencia, justicia, etc., así como en "lo que se debe hacer": principios deontológicos (del griego *deon,* deber). Son códigos basados en aspectos racionales en los que el profesional se compromete a beneficiar y no perjudicar. En cambio, los aspectos emocionales no se tienen demasiado en cuenta. Por ello, existe la necesidad de complementar esa ética con la ética del cuidado, donde se puede tener como referencia la oración de Maimónides: *"Haz que vea en el paciente un compañero en el dolor".*

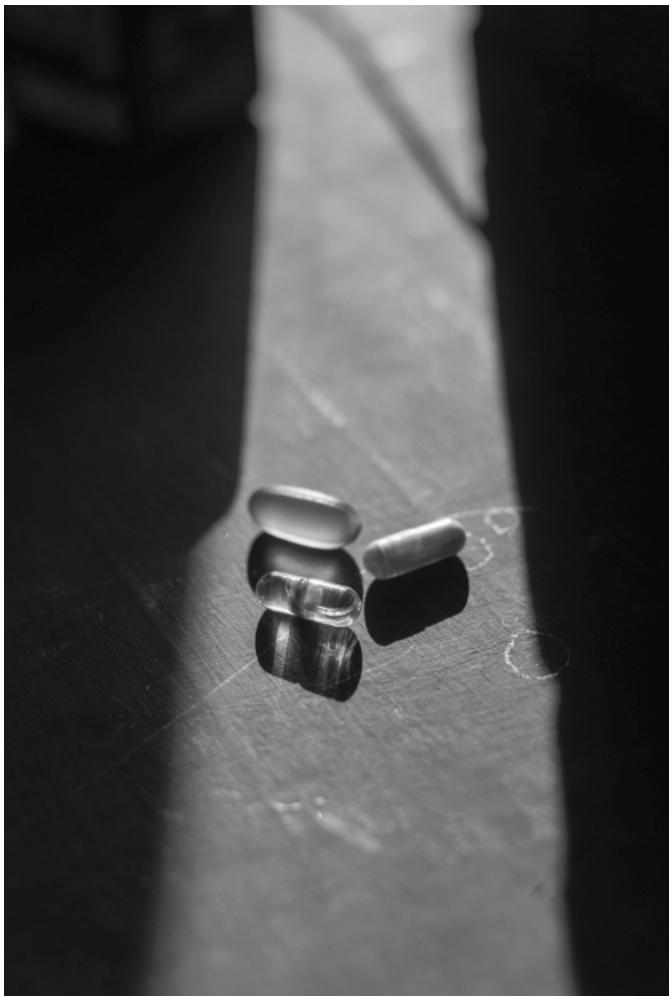
En el caso de los profesionales sanitarios, su voluntad de infundir seguridad en el paciente, a menudo le obliga a no exteriorizar su propia vulnerabilidad y que esto pueda condicionar, a la larga, su actuación como persona. Por lo tanto, desde el convencimiento de que todos somos cuidadores y recibimos cuidados, se podría reformular la regla de oro clásica como "cuida a los demás como te gustaría que te cuidaran a ti".

Al evolucionar hacia el concepto de "sociedad cuidadora", es fundamental que los ciudadanos sean conscientes de que la asunción del cuidado no puede ser meramente institucional (por ejemplo, leyes de dependencia), o una obligación transferible por contrato (cuidadores asalariados), sino también un deber de cada ciudadano y de cada profesional en su ámbito de actuación. En definitiva, un valor a aportar más allá de lo puramente técnico e instrumental.

«Existe la necesidad de complementar esa ética con la ética del cuidado, donde se puede tener como referencia la oración de Maimónides: "Haz que vea en el paciente un compañero en el dolor"»

Reformulación de los códigos éticos de la farmacia

13



En relación con los principios expuestos anteriormente, los códigos éticos de la profesión farmacéutica podrían reformularse. En el caso específico del farmacéutico, clásicamente se ha definido y aceptado como "un profesional sanitario que contribuye a mejorar la salud, a prevenir la enfermedad y a hacer un buen uso de los medicamentos garantizando el acceso a los mismos como un factor esencial de justicia social".

Si entendemos el cuidado como "reconocer las necesidades y responsabilizarse de satisfacerlas a través de una serie de actuaciones", dicho concepto se debería incorporar a los códigos éticos existentes en la forma de "ser un profesional sanitario que participa en el cuidado de las personas aplicando su conocimiento y uso adecuado de la farmacoterapia para cubrir todas las necesidades de los pacientes".

La cercanía del farmacéutico con el paciente, en un entorno diferente al de las consultas médicas o salas de exploraciones, le permite conocer necesidades no expresadas en los otros ámbitos, por lo que se puede afirmar que "conocer es cuidar".

4 Cambios en la práctica profesional

«Cuidar tiene que ser un valor aportado y reconocido por los pacientes»

En el marco de una sociedad cuidadora, el farmacéutico tiene la responsabilidad de admitir y favorecer algunos cambios en la práctica profesional. Cuidar no puede quedar en una declaración de intenciones, sino que tiene que ser un valor aportado y reconocido por los pacientes.

Las transformaciones de la práctica profesional que proponemos son:

- Asumir el rol proactivo de "pieza engranaje" en el ámbito del proceso farmacoterapéutico ampliando dicho ámbito a los aspectos emocionales del paciente como los miedos, la soledad, la fragilidad o la vulnerabilidad, entre otros. También facilitando la comunicación y las relaciones con los diferentes profesionales, dado que todos estos factores pueden influir en los éxitos o fracasos de la farmacoterapia. El papel integrador de la farmacia, ligado al concepto de gestión integral e integrada del paciente, ha de ser un motor de cambio de la práctica profesional.
- Mantener una comunicación fluida y permanente con todos los agentes del sistema de salud y social, y aumentar la cooperación entre profesionales de forma reglada. En el ámbito de la atención farmacéutica, compartir modelos de prácticas entre la Farmacia Comunitaria y la Hospitalaria con una orientación al cuidado.
- Contemplar la atención farmacéutica en cualquiera de los niveles asistenciales, no solo en el lugar donde acude el paciente (farmacia comunitaria, Servicio de Farmacia de Hospital) sino también en el domicilio, prestando especial atención a pacientes frágiles o vulnerables.
- Desarrollar una cultura de cuidados en cada uno de los centros donde ejerza el farmacéutico, dirigida a los profesionales y a los pacientes.

Propuestas de iniciativas 5



Algunas iniciativas concretas que se podrían desarrollar son:

A. Educación

- Implantar programas de sensibilización del farmacéutico: formación-acción, con la finalidad de modificar actitudes y desarrollar habilidades para completar la práctica profesional actual con una visión integral del cuidado del paciente.
- Crear y poner en marcha planes educativos para pacientes y familias, tanto en la farmacia comunitaria como en la hospitalaria, así como en los dispositivos sociales existentes en el entorno próximo.
- Promover foros de ámbito profesional con la finalidad de aprender de forma colaborativa.

B. Procesos

- Establecer protocolos de cuidados compartidos por los distintos niveles asistenciales y los profesionales implicados.
- Establecer la atención farmacéutica domiciliaria como una continuidad de la atención, sistematizándola, de forma que se obtenga la máxima información dirigida a cuidar de forma efectiva a los pacientes.
- Identificar, para cada paciente vulnerable atendido en la farmacia, un referente de trabajo social para poder actuar de forma preventiva.
- Asumir el rol de gestor de casos por parte de los farmacéuticos, con un enfoque integral del cuidado de las personas frágiles o vulnerables, abarcando aspectos más allá de la farmacoterapia, como promotores de la salud.

C. Recursos

- Constituir una red de farmacéuticos comunitarios y de hospital que, trabajando conjuntamente, mejoren los cuidados de los pacientes.
- Establecer un sistema de comunicación entre todos los agentes del sistema de salud y social que permita compartir información a tiempo real en aquellos casos donde atender y cuidar sea importante para el paciente.
- Aprovechar las tecnologías digitales para ampliar las posibilidades del cuidado de los pacientes.
- Contar con zonas de atención personalizada que favorezcan la privacidad y las interrelaciones del farmacéutico con los pacientes y sus familias.

Decálogo

1. Hay que desarrollar un aprendizaje realizado en codiseño y cocreación de servicios, que hace falta la suma de todos: los clientes, usuarios finales, junto con todos los que van a participar.
2. Hay que redefinir el peso de los esfuerzos alrededor de la gente. No se trata de vivir más, sino de vivir mejor, llenándolo de contenido.
3. Hay que orientar la investigación no solo a discapacidad, sino también a su prevención, trabajando sobre la fragilidad como una etapa previa a la misma, sobre sus etapas iniciales, pero también trabajar en el gran papel que puede jugar el modelo de atención integrada que debe ser, debe estar ahí desarrollado entre todos para poder ser implementado en este sentido.
4. Se debe aprender de los casos de éxito existentes. No empecemos de cero, hay cosas valiosas que se pueden utilizar.
5. Muchas posibilidades de desarrollo, sería la utilización de la salud en todas las políticas. Es como eje transversal u horizontal para todas las políticas. Comentábamos antes que una Consejería de Servicios Sociales no se habla con la de Sanidad o no se llevan bien. Hay que trabajar juntos. Aprendizaje continuo y conjunto.
6. Políticas adecuadas, utilizar laboratorios reales, living Labs para entender cómo actuar y actuar sobre ellos para que se puedan encontrar soluciones adecuadas. Actuaciones en el ámbito municipal, utilización de Ciencias Sociales y de Comportamiento, responsabilidad compartida que debe ser aprendida y análisis de impacto para entender bien coste-eficiencia, facilidad de opción, etcétera.
7. Necesidad de combinar soluciones innovadoras procedentes de todas las Ciencias Sociales, Humanidades, junto con las tecnológicas, las médicas, clínicas y cualquiera que sea útil, que pueda servir para atender a las personas mayores en riesgo de soledad y para que los municipios puedan trabajar en ello, incluido, urbanismo.
8. Uso de tecnologías para facilitar la atención a profesionales, ciudadanos y pacientes.
9. Necesidad de contar con todos los estamentos de la sociedad: con políticos de alto nivel, nos referimos a los gobiernos centrales, autonómicos, corporaciones municipales y cualquier estamento que pueda tener algo que decir y aportar. Y por supuesto contar con recursos necesarios. Compromisos políticos y sociales para impulsar la investigación y la innovación, lograr ciudades compasivas y humanas donde nadie se sienta solo.
10. Una frase de Steve Jobs: "Stay hungry, stay foolish". Hace falta imaginación y esto creo que nos sobra, por lo que estamos viendo y eso es lo que queremos en el futuro poder utilizarlo.

Bibliografía

- SEFH 2020. Guía de Humanización. Servicios de Farmacia Hospitalaria. https://www.sefh.es/guia-humanizacion/docs/guia-humanizacion-espanol.pdf
- La Farmacia Hospitalaria y de Atención Primaria y la Farmacia Comunitaria impulsando la cooperación asistencial: Experiencias en transformación. Proyecto SimbioTIC. 2017. SEFH. SEFAC.
- La farmacia ante la continuidad asistencial centrados en el paciente: Guía para la implantación de proyectos de cooperación entre la farmacia hospitalaria y la farmacia comunitaria. Proyecto SimbioTIC. 2017. SEFH. SEFAC.
- María T. Espinosa Roque, Mario A. Fajardo de León Evaluación de conocimientos y actitudes sobre Servicios Farmacéuticos orientados a la Atención Primaria de la Salud, en Responsables Sanitarios de Aguascalientes. Rev Mex Cienc Farm 47 (1) 2016.
- Schuchter P, Heller A. The Care Dialog: the "ethics of care " approach and its importance for clinical ethics consultation. Med Health Care and Philos 2018 ; 51-62.
- Maio, G. Fundamentals of Ethics of Care. EN. Krause J, Boldt (eds). Care in Healthcare 2018.
- Nortvedt P, Hem MH,Skirbekk H. Role obligations and moderate partiality in health care. Nursing Ethics 2011; 18:192-200.
- 15 Retos para el presente y el Futuro de la Farmacia Comunitaria Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) 2016. ISBN: 978-84-939832-9-1
- COVID-19: problemas y soluciones en atención primaria y farmacia comunitaria. Documento promovido por la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC), la Sociedad Española de Médicos de Atención Primaria (SEMERGEN) y la Sociedad Española de Médicos Generales y de Familia (SEMG)
- PROPUESTA DEL PAPEL DEL FARMACÉUTICO COMUNITARIO EN LA ATENCIÓN SOCIOSANITARIA. Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC) 2016
- Código Etico para la dispensación de medicamentos de uso humano no sujetos a prescripción médica, a través de sitios webs de las farmacias comunitarias. Sefac 2015

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Investigación



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Introducción 229
2. Áreas específicas de investigación a tener en cuenta 232
3. Conclusiones 241
Decálogo 243

«Los conocimientos y la tecnología disponibles en cada época han determinado, en buena medida, nuestra capacidad para investigar y resolver los distintos problemas»

Barcelona
Junio, 2021

CC BY NC ND

Autores



Juan E. Riese

Doctor en Ciencias Químicas (especialidad Bioquímica) por la Universidad de Valencia, MBA por la Universidad Politécnica de Madrid con especialidad en Gestión de la Innovación Tecnológica, y Master en Dirección y Gestión de la I+D+i en Ciencias de la Salud por la Universidad de Alcalá de Henares, UNED Y Escuela Nacional de Sanidad. Ha sido investigador en Oncología Experimental durante 20 años en Alemania y España sucesivamente en los ámbitos público (Instituto de Biología Molecular de la Universidad Libre de Berlín y Hospital Clínico de Steglitz en Berlín - Departamentos de Neuropatología y Gastroenterología) y privado en la industria farmacéutica (Antibióticos Farma S.A, Madrid). Ha ocupado diversos puestos de Gestión Empresarial tanto en Desarrollo (marcadores tumorales, genotipado de HPV) como en Desarrollo de Negocio en las empresas biotecnológicas del grupo Zeltia: Genómica, Neuropharma (Madrid). Actualmente es asesor científico-técnico de proyectos europeos en el Instituto de Salud Carlos III (Subdirección General de Programas Internacionales de Investigación), Punto Nacional de Contacto para el Programa Salud del 7º Programa Marco, HORIZON 2020 e Iniciativa de Medicamentos Europeos, y Experto Nacional en la delegación de España ante el Comité de Programa del 7PM y actualmente del Reto Social 1 en H2020. Ha sido coordinador de la Acción Conjunta JA-CHRODIS financiada por la DG-SANTÉ de la Comisión Europea en la identificación de buenas prácticas en la gestión de enfermedades crónicas. (**Líder del área).**



Anne Hendry

Senior Associate, International Foundation for Integrated Care (IFIC) www.integratedcarefoundation.org. Director, IFIC Scotland. Deputy Honorary Secretary, British Geriatrics Society www.bgs.org.uk. Honorary Professor, University of the West of Scotland. Honorary Clinical Associate Professor, University of Glasgow



Albert Alonso

Licenciado en Medicina (UB, 1986); Doctor en Medicina (UB, 1992); Postgrado en Gestión y Organización de Sistemas de Información (UPF, 1997). En la actualidad trabajo como investigador senior del Departamento de Investigación e Innovación de la Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica / Hospital Clínic Barcelona. Desde el año 2000, mis líneas de trabajo se han centrado en la definición, evaluación e implementación de nuevos modelos de servicios de salud en pacientes crónicos; con un enfoque especial en la atención integrada sanitaria y social, así como en el uso de tecnologías de la información para facilitar la prestación de servicios. He participado en numerosos proyectos de "I + D + i" financiados por la UE en torno a estos temas, a menudo como miembro del equipo de coordinación y soy docente en distintos cursos de pregrado y postgrado. Entre otros méritos señalar los cargos siguientes: Vicepresidente (2013-17) y presidente (2017-19) de la Fundación Internacional para la Atención Integrada (IFIC); miembro del equipo de coordinadores en el Grupo de Acción B3 (Atención Integrada) de EIP-AHA (Asociación Europea de Innovación sobre Envejecimiento Activo y Saludable).



Vinita Mahtani Chugani

Doctora en Medicina y Especialista en Medicina Familiar y Comunitaria. Especializada en metodología de la investigación cualitativa en salud. Post-especialista del Instituto de Salud Carlos III del Ministerio de Sanidad. Actualmente técnico de investigación en la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria y Gerencia de Atención Primaria de Tenerife adscrito al Servicio Canario de Salud. Formo parte del Comité Asesor del Plan de Salud de Canarias. Coordinadora científica de DIPEx España (www.dipex.es) y miembro de la Colaboración DIPEx Internacional (http://www.dipexinternational.org/). Formada en centros de excelencia como el Instituto de metodología cualitativa en la Universidad de Alberta (Canadá) y en las Universidades de Oxford y Exeter (Reino Unido). Investigadora de proyectos financiados por entidades internacionales, nacionales y regionales, y ha realizado publicaciones relacionadas con la aplicación de la metodología de investigación cualitativa, así como trabajos comisionados por el Plan de Calidad del Ministerio de Sanidad y Consumo. Docente en el ámbito de pregrado y postgrado en temas relacionados con la formación en comunicación y relación médico-paciente, y en métodos de investigación tanto de investigación cuantitativa como cualitativa (Facultad de Medicina de la ULL, Escuela de matronas Tenerife, Escuela de enfermería del HUNSC, Colegio de Médico de Tenerife, ...).



Leocadio Rodríguez Mañas

Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe (Madrid), Director Científico del CIBER en Fragilidad y Envejecimiento Saludable CIBERFES (Ministerio de Ciencia e Innovación) y Codirector del Estudio de Toledo de Envejecimiento Saludable (ETES) llevado a cabo en 2.895 mayores institucionalizados y no institucionalizados. Es Director de la red GARN-IAGG desde julio de 2017. Mis líneas principales de investigación incluyen fragilidad, diabetes, marcadores clínicos y de laboratorio y modelos asistenciales. Es o ha sido investigador en más de 40 proyectos financiados revisados por pares e Investigador Principal en más de 20 de ellos, incluidos varios proyectos financiados por la Comisión Europea (CE) en fragilidad. Desde el 1º de enero de 2017 a diciembre de 2019 ha coordinado por mandato del Gobierno de España ha coordinado la Acción Conjunta DVANTAGE financiada por la DG-SANTE de la CE, con el objetivo de establecer una hoja de ruta a escala europea para abordar de una forma coordinada y homogénea los retos clínicos, organizativos y de salud pública de la fragilidad. He publicado más de 250 manuscritos originales en revistas científicas revisadas por pares, libros y capítulos de libros en diversos aspectos del envejecimiento, fragilidad y diabetes en personas mayores y ha participado en la realización de informes técnicos para organismos tanto nacionales (Ministerio de Sanidad, Sociedades Científicas, Centros y Agencias de Investigación) como internacionales (OMS, OPS, DG-SANTÉ, IAGG, ...)

1 Introducción

«Cuidar con afecto se ha resentido al haber ocultado nuestra propia vulnerabilidad»

A lo largo de la historia, la ciencia se ha esforzado en dar respuesta a las necesidades de la sociedad. Los conocimientos y la tecnología disponibles en cada época han determinado, en buena medida, nuestra capacidad para investigar y resolver los distintos problemas. Pero estos conocimientos y tecnología no han sido los únicos factores. A menudo, el conjunto de valores sociales imperante ha modulado tanto la importancia de la percepción del problema como la urgencia en encontrar soluciones. La medicina o las ciencias de la salud no han sido una excepción. La OMS, en el año 1946, en el preámbulo de su documento fundacional, definía la salud como *"un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades"* (1). Y bastará observar la evolución de la esperanza de vida al nacer a escala mundial durante la segunda mitad del siglo XX hasta nuestros días para concluir que, gracias a los conocimientos y la tecnología desarrollados por la investigación médica, parece que las cosas se han hecho razonablemente bien (2).

Pero debemos relativizar este éxito. De hecho, la esperanza de vida al nacer nos dice muy poco de la calidad de los años que vivimos. Al priorizar la longevidad, se han hecho predominantes las enfermedades crónicas, no curables en su mayoría, mientras que las enfermedades curables (en general, infecciosas) han perdido protagonismo en las sociedades modernas. Nuestros esfuerzos se han dirigido a mejorar nuestros sistemas de salud, olvidando que estos solo son responsables de un 20% de la salud de las personas, mientras que el 80% restante depende del estilo de vida, del entorno donde se vive y de las condiciones socioeconómicas. Este enfoque, primordialmente sanitario, nos ha llevado a obsesionarnos por la longevidad, ignorando la calidad de vida (es decir, el grado de autonomía funcional) con que vivimos esos años ganados, y ha escondido la existencia de la muerte, una actitud que se ha visto reforzada por un entorno social que aísla a las personas mayores por considerarlas no productivas. De este modo, nuestra capacidad individual y colectiva de cuidar con afecto se ha resentido al haber ocultado nuestra propia vulnerabilidad y, en consecuencia, la capacidad de ser comprensivo y compasivo con los demás. El resultado de todo ello ha sido una menor atención hacia las necesidades de las personas mayores, en especial aquellas que son más vulnerables: las que tienen una limitación de su autonomía funcional, las que están solas y las que se encuentran en la parte final de su vida. Tres características que tienden a agruparse con mucha frecuencia, pero que también pueden darse perfectamente por separado.



Los claroscuros de la situación actual

Los éxitos alcanzados en salud poblacional, si bien son reales, no nos deberían impedir reconocer disfunciones que aún arrastramos y que, incluso, han empeorado. Así, hemos delegado, cada vez más, los cuidados de nuestros mayores en instituciones y profesionales aceptándolo como la mejor solución sin valorar suficientemente las consecuencias para la persona cuidada ni la trascendencia comunitaria de esta elección.

En este sentido, desde hace unos años se vienen alzando voces que reclaman una revisión de nuestro enfoque de salud que tome como valor nuclear sus determinantes sociales. Se trataría, por ejemplo, de no limitarnos a recomendar los hábitos saludables que cada persona debería seguir, sino de desarrollar comunidades saludables donde estos hábitos puedan, verdaderamente, llevarse a la práctica.

Una comunidad sana debería poder asistir en la soledad. La soledad no deseada puede definirse como una experiencia negativa del aislamiento que provoca el sentimiento de estar solo y que conlleva efectos físicos y psicológicos estresantes (3). Esto conduce a una limitación y anulación de una necesidad humana básica (la convivencia, el contacto social) que influye en la salud y el bienestar de las personas y, en especial, de los mayores. Esta necesidad se basa en (1) los sentimientos de afecto por los demás y de que otros lo cuidan, como el amor, la compañía o el afecto, y (2) el sentimiento de pertenencia a un grupo o comunidad (4).

Si bien sentirse solos en algún momento forma parte de la condición humana, la soledad mantenida en el tiempo se convierte en un problema, creando un bucle de pensamientos, sensaciones y comportamientos negativos persistentes y autoalimentados. Una forma de definición habitual es el sentimiento de tristeza y ansiedad como resultado de la falta de conexión con algún aspecto de nuestro mundo. Se trata de una conexión con el mundo en términos emocionales (intrapersonales), sociales (interpersonales) y existenciales (5). En el momento de escribir estas líneas, la irrupción de la pandemia de la COVID-19 ha puesto de manifiesto, de un modo terrible, estas situaciones.

Soledad y final de vida

La complejidad inherente al ámbito de la soledad y final de vida, estando esta etapa determinada por la edad o porque la situación clínica de la persona lo hace prever, requiere un abordaje holístico. No se trata de medir y evaluar en condiciones ideales, sino de entender el contexto sociocultural y cómo adaptar las soluciones a cada situación.

Además, es especialmente importante evaluar los resultados obtenidos mediante la solución aplicada y explicar los mismos usando narrativas convincentes. Debido a que algunos de estos temas se han investigado ampliamente, es posible plantearse estudios secundarios, tanto revisiones sistemáticas de estudios cuantitativos como cualitativos o mixtos, ya que con el tiempo se han desarrollado diferentes métodos de síntesis (6).

En este contexto, donde la investigación estará muy influida por las creencias culturales y las construcciones sociales, será importante utilizar las metodologías adecuadas. En este sentido, son de elección los métodos de naturaleza mixta cuanti-cualitativos primarios. Pero, además, es fundamental aplicarlos en un marco de innovación abierta como el que permiten los laboratorios vivientes o *living labs*, que tienen la virtud de implicar a las personas afectadas y que, de este modo, pasan a formar parte de la solución. Así, se tienen en cuenta perspectivas, vivencias, percepciones e interpretaciones que en otro caso se perderían.

Investigar en soledad y aislamiento no deseados supone, en consecuencia, un gran reto, por lo que puede resultar especialmente útil aplicar lo que se ha dado en denominar la Participación Pública en Investigación, o PPI (7). La PPI se puede definir como "una colaboración activa entre la ciudadanía y los investigadores en el proceso de investigación" en un proceso de codiseño y cocreación de servicios. Aunque bien establecida formalmente, esta metodología debería poder aplicarse de forma más rutinaria y extensa. No es lo mismo que el *living lab*. En una PPI, el papel de la ciudadanía en la investigación sobre la soledad no deseada, incluyendo la muerte, se transforma así en una participación crítica pasando del rol de objeto del estudio puramente pasivo a un papel activo como coinvestigadores necesarios. Es importante señalar que se trata de implicar a los ciudadanos en aquellas fases en las que sea apropiado según cada proyecto, obteniéndose una perspectiva ciudadana complementaria a la de los profesionales (8).

Todos los estudios previos realizados coinciden en que tratar bien es tratar con cariño, paciencia, humor, respeto y humanidad, favorecer la comunicación y autonomía, negociar las intervenciones, acompañar e integrar al dependiente en la vida familiar, implicar a la familia en el cuidado y cuidar al cuidador. Las personas dependientes enfatizan el valor de no sentirse solos, relacionarse y "salir de casa".

Los retos, por el lado profesional, son la falta de tiempo y de respaldo legal, y la inequidad en la atención. Coinciden en la dureza de cuidar y la sobrecarga física y psicológica que conlleva. Pero también las personas dependientes hablan de la dureza de dejarse cuidar, del miedo a la evolución de la enfermedad y las limitaciones que generan. Por ello, se puede concluir que la "dureza de cuidar" va acompañada de "la dureza de ser cuidado", y que no solo hay que medir lo tangible, sino que hay muchos aspectos intangibles a tener en cuenta (9).

El marco político y administrativo influye en el despliegue y la vivencia del cuidado, y es muy diferente según los países. Así, el Reino Unido propuso en 2018 un Ministerio de Soledad (*Ministry of Loneliness)* desarrollando una estrategia al respecto desde la política general (10).



2 Áreas específicas de investigación a tener en cuenta

« La población es más mayor y frágil, necesita cuidados»

La vida en soledad no deseada es cada vez más frecuente en las grandes ciudades, y va en alza. La población es más mayor y frágil, necesita cuidados, pero no hay gente joven que realice estas tareas. Se une a este problema el cambio del modelo social: desaparece la familia tradicional, aumenta la población urbana en detrimento de la rural, los hijos suelen tener trabajos precarios y lejos de los padres, hay una pérdida del sentimiento de comunidad, etc. Se hace necesario, por ello, concretar y desarrollar líneas de investigación que permitan comprender mejor los diversos factores que llevan a esta situación, definir qué supone estar en una situación de soledad para así desarrollar enfoques de investigación apropiados, implicando también en estos a las personas objeto de nuestra investigación, tal como se ha comentado antes. Pero no se trata de empezar de cero. Existen ejemplos que se han convertido en buenas prácticas, de las cuales se puede aprender para ir diseñando y desarrollando líneas de investigación en esta temática, como veremos más adelante.

Cuando las personas se hacen mayores, es importante gestionar la transición a la nueva etapa (retiro laboral) y las nuevas situaciones que comporta: necesidad de cuidadores cuando se precisen, menor contacto social, soledad, exclusión... Si bien la inmensa mayoría de las personas ancianas mantienen una buena calidad de vida, autónoma y satisfactoria, un porcentaje no desdeñable de ellas, que aumenta con la edad llegando a representar el 20-30% entre los mayores de 80 años, presentan una o varias de las situaciones mencionadas. Parecería sencillo, entonces, adoptar una perspectiva comunitaria. Bastaría, para ello, reconocer que nuestras decisiones de cada día determinan no solamente nuestro nivel de salud y bienestar, sino también el de la comunidad que nos rodea. Pero, para hacerlo efectivo, es fundamental entender bien el contexto local: qué recursos tenemos disponibles, qué valores compartimos y hasta qué punto podemos contar con las autoridades.

El modelo de atención integrada, un prometedor punto de partida actual

Desde finales de la década de los 90, la OMS ha respaldado y ayudado a extender un nuevo modelo de atención sanitaria y social que cambia la manera de reconocer las necesidades de salud de las personas mayores y cómo darles respuesta (11). Este modelo consiste en utilizar no solo las necesidades expresadas por el paciente, sino también las de cuidadores, familiares y la comunidad como criterio organizativo principal a partir del cual rediseñar los servicios sociosanitarios. Denominado habitualmente modelo de atención integrada, actualmente se prefiere hablar de necesidades holísticas de las personas, es decir, no limitadas a temas de salud o sociales.

Parece, por ello, oportuno aprovechar las lecciones aprendidas en veinte años de trabajo e investigación en el área de atención integrada como punto de partida para repensar cómo construir una sociedad cuidadora de la gente mayor. Así, la atención integrada entiende la importancia de invertir en capital social (alianzas, complicidades entre grupos) para solucionar las complejidades organizativas que comporta integrar servicios, profesionales y modos de trabajo tal como P. Valentijn refleja en la Figura 1 (12).

Y la mejor manera de afianzar este capital social es mediante la elaboración de una narrativa que sea significativa para todos y cada uno de los actores implicados, que se puede cimentar en tres pilares básicos:



Figura 1. Modelo de P. Valentijn reflejando la complejidad organizativa de la atención integrada (12).

1. La importancia de invertir en capital social para solucionar las complejidades organizativas que comporta integrar servicios, profesionales, modos de trabajo, etc.
2. Modificar las prácticas de los profesionales entrenándolos en nuevas habilidades no necesariamente incluidas en su formación universitaria: trabajo en equipo, empatía con el paciente, decisiones compartidas, etc.
3. Aprovechar el conocimiento acumulado en la evaluación del impacto de nuestras actuaciones, especialmente en todo aquello que va más allá de los resultados clínicos.

Sin embargo, hay otros aspectos donde el conocimiento está menos consolidado y que deben ser materia para investigación. Es el caso, por ejemplo, del uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para dar soporte a las prácticas de atención integrada, tanto en la monitorización individual de pacientes como en la facilitación de las comunicaciones entre pacientes, cuidadores y profesionales, pasando por la coordinación entre profesionales o la identificación de grupos diana, entre otras.

La fragilidad

Entre los aspectos más importantes a tener en cuenta cuando se estudia todo lo relacionado con el anciano, se encuentra la fragilidad de la persona, la cual tiene un impacto hipercrítico en la calidad de vida y supervivencia de las personas mayores, especialmente aquellas que viven en soledad.

La fragilidad se entiende como una entidad nosológica que persigue definir a un grupo de personas mayores que están en un elevado riesgo de desarrollar un deterioro funcional que termina en la discapacidad y, posteriormente, en la dependencia, la hospitalización, las caídas, la institucionalización permanente o la muerte. La fragilidad se convierte así en un factor que va a tener un especial impacto en la calidad de vida de la persona mayor que envejece debido a la disminución de la capacidad funcional y, en consecuencia, del bienestar en la vejez.

Pero se podrá evitar la evolución a la dependencia si se es capaz de detectar e intervenir sobre las situaciones en las que la capacidad funcional está acercándose a la zona de riesgo y, por otro lado, se puede modificar la situación de dependencia (si esta no es aún muy marcada) modificando el entorno, haciéndolo menos exigente.

La fragilidad, en este marco teórico, sería aquella situación límite que precede al desarrollo de la discapacidad, en la que aún queda reserva funcional, aunque limitada, y que, en consecuencia, aún es reversible, a diferencia de lo que ocurre en la discapacidad establecida, en la que la habitual falta de reserva funcional hace prácticamente imposible su reversibilidad. El desarrollo de discapacidad vendrá marcado por la presencia de factores predisponentes o facilitadores y de factores protectores.



«La fragilidad de la persona tiene un impacto hipercrítico en la calidad de vida»

Entre los primeros se encuentra la soledad, que ha mostrado ser no solo un factor de riesgo para padecer fragilidad, sino para favorecer su evolución hacia la discapacidad.

Investigar en fragilidad, al ser esta multifactorial, supone integrar diferentes ópticas y abordajes. Cabe aquí subrayar que la reversibilidad de la fragilidad era teórica hace una década. Pero hoy se sabe, con la certeza que aporta la evidencia experimental proveniente de estudios experimentales de intervención, que esta reversibilidad es cierta y cómo actuar para conseguirla.

Entre los campos de investigación que más conocimiento han aportado a esta realidad, se encuentran los programas de actividad física grupales. En estos estudios, se ha demostrado que no solo se revierte la fragilidad, sino que estas actividades mejoran la socialización del individuo y, al mejorar su estado funcional, permiten que, tras la finalización del tratamiento, la persona mantenga su socialización, paliando o evitando su soledad. Otros programas se han centrado en aspectos nutricionales, cuya situación deficitaria es una de las consecuencias de la soledad y que también se relacionan con el desarrollo de fragilidad.

La apuesta tecnológica

En el caso de no poder acceder a actividades grupales, la tecnología está resultando muy útil para combatir la fragilidad de la persona mayor en soledad. Así, se han desarrollado plataformas tecnológicas en las que se combinan sistemas de detección del deterioro funcional precoz, de fragilidad, con programas de intervención y monitorización de la función, y con sistemas de comunicación con sus cuidadores formales (servicios de salud, servicios sociales) e informales (familia, amigos).

Las plataformas desarrolladas y validadas en el marco de proyectos financiados por la Comisión Europea (FACET, POSITIVE, entre otros) por Leocadio Rodríguez Mañas, coautor de este documento, han dado excelentes resultados. Estas soluciones se caracterizan por ir más allá de los aspectos sanitarios, incluyendo temas sociales y afectivos, e implicando a entidades como los ayuntamientos en las ciudades. La tecnología se está utilizando para investigar en fragilidad recreando situaciones reales en entornos experimentales mediante realidad virtual o mediante la creación de laboratorios que, básicamente, reproducen las condiciones del domicilio, los *living lab*, que permiten probar una serie de adaptaciones, incorporación de sensores, sistemas de detección de situaciones de riesgo, etc.

Pero aun siendo estos modelos importantes, lo fundamental, tal como se ha comentado antes, es trabajar con los propios ancianos en sus entornos reales, en sus propios domicilios, porque nada sustituye a la realidad. Para ello, hay que adaptar los diseños experimentales a la realidad, en lugar de intentar adaptar la realidad al diseño. Esto exige que los dispositivos se comprueben en entornos reales actuando la persona anciana, nuevamente, como objetivo, y participe en un rol de coinvestigador. El no hacerlo así explica la poca penetración de muchas de las tecnologías que se han desarrollado hasta el momento.

«La tecnología está resultando muy útil para combatir la fragilidad de la persona mayor en soledad»



Creando capital social

El papel de las ciudades, representadas por los consistorios o ayuntamientos, es, por tanto, crítico para que la soledad no deseada desaparezca, gracias a la transformación de la ciudad, en un elemento cuidador. Lo más importante para que la participación de las ciudades en las líneas de investigación alcance el objetivo previsto es convencerlas de que el beneficio no solo será para las personas mayores, sino también para el propio municipio que, al reducir las tasas de discapacidad, reducirá la necesidad de recursos para las personas discapacitadas y mejorará la calidad de vida de sus ciudadanos.

Los mayores realizan una gran cantidad de actividades que no se pagan, pero que son muy productivas: desde dar continuidad generacional a ser la historia viva de la propia ciudad, de cuidar de los nietos mientras sus padres trabajan a actividades de voluntariado cuidando a otras personas mayores, etc. Por ello, mantener a las personas mayores saludables y activas no solo es una magnífica inversión en términos de calidad de vida para los ciudadanos, sino que genera actividad económica (la persona mayor activa acude a restaurantes, cines y centros de ocio, compra libros, ropa y otros artículos de consumo, viaja, algunos montan negocios...). Para todo ello, el disponer de una población anciana robusta es básico. Y la mejor manera de conseguirlo es investigar en los mecanismos de deterioro progresivo de la función que conducen a la fragilidad y a la discapacidad, en su prevención, detección y tratamiento.

Análisis de proyectos piloto de ciudades solidarias y comunidades compasivas

Dos son las iniciativas que analizaremos aquí como estudios piloto y que pueden ser objeto de un estudio y de un desarrollo posterior para ir extendiendo las experiencias y lograr ciudades compasivas. Debemos tener en cuenta la vida de la persona mayor como una sucesión de etapas condicionadas por la evolución de su situación personal en un sentido amplio. En una primera etapa, se deberá investigar y desarrollar métodos y herramientas para mantener la máxima calidad de vida posible. Cuando esto no sea factible, se deberán centrar los esfuerzos en la atención a las personas mayores sin posibilidades de recuperación clínica, que sufren, y donde el deterioro de contactos sociales hace que vivan en soledad. Estos dos son los escenarios donde la investigación debe jugar un gran papel.

Los dos pilotos que analizamos a continuación vienen a incidir en las dos etapas indicadas, y son una fuente de información para ir desarrollando y mejorando las soluciones que se están aportando.

El proyecto de "Ciudades Amigables con los Ancianos" de la OMS

Desde 2007, la Organización Mundial de la Salud (OMS) está impulsando el proyecto de "Ciudades Amigables con los Ancianos", con un abordaje también global, pero no centrado en la atención paliativa en la persona anciana que se encuentra en unas condiciones que puedan ser indicativas de muerte a corto plazo, sino en cualquier situación. Su objetivo es lograr que las ciudades se comprometan a ser más amigables con las personas de edad, con el fin de aprovechar el potencial que representan para la humanidad. Una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo y en salud mediante la optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad a fin de mejorar la calidad de vida de las personas a medida que envejecen, favoreciendo su vida en el propio domicilio, que es su entorno natural. Se promueven así las actividades de ocio, la actividad física, el entorno amigable... (13).

El concepto de envejecimiento activo (OMS, 2007) definido como "el proceso por el que se optimizan las oportunidades de bienestar físico, social y mental durante toda la vida, con el objetivo de ampliar la esperanza de vida saludable, la productividad y la calidad de vida en la vejez" ha sido transformado y englobado en el concepto de "envejecimiento con salud". Se define, entonces, el envejecimiento con salud como "el proceso de desarrollar y mantener la capacidad funcional que permite el bienestar en la vejez" (14).

Una comunidad, en este marco, se dice que es amigable con las personas mayores cuando:

- Reconoce su diversidad.
- Protege a los más vulnerables.
- Promueve su inclusión y contribución en todos los ámbitos de la vida comunitaria.
- Respeta sus decisiones y elecciones de estilo de vida.
- Anticipa y responde con flexibilidad a las necesidades y preferencias relacionadas con el envejecimiento.

Las ciudades adheridas a este proyecto, 33 inicialmente pero hoy centenares en todo el mundo, siguen el Protocolo de Vancouver, que establece una metodología de investigación: una primera fase en la que se realiza un diagnóstico de la ciudad y se recaba la opinión de las personas afectadas a través de grupos focales, y una segunda en la que, tras el diagnóstico realizado, se organizan focos de participación ciudadana, constituidos mayoritariamente por personas mayores, y se interviene para mejorar cada una de las áreas. La OMS dirige esta iniciativa a todos los ayuntamientos interesados en promover el envejecimiento saludable y activo, mejorando sus entornos y servicios, e incorporando esta perspectiva en la planificación municipal de manera transversal. En España, el IMSERSO, mediante un acuerdo de colaboración con la OMS, es el organismo encargado de coordinar y dinamizar la Red en España. Están adheridas a este proyecto alrededor de 200 ciudades en nuestro país.

«Una ciudad amigable con los mayores alienta el envejecimiento activo y en salud »

La Carta de la Ciudad Compasiva

El movimiento de las Comunidades Compasivas se ha descrito inicialmente como un enfoque de salud pública para la atención paliativa y del final de la vida (15). Las Ciudades Compasivas son comunidades que reconocen públicamente a estas poblaciones, sus necesidades y problemas. Buscan implicar a todos los sectores principales de una comunidad para ayudar a apoyarlos y reducir así el impacto social, psicológico y médico negativo de enfermedades graves, los cuidados y el duelo. Una Ciudad Compasiva es, así, una comunidad que reconoce que el cuidado mutuo en momentos de crisis de salud y pérdida personal no es simplemente una tarea exclusiva de los servicios sociales y de salud, sino que es responsabilidad de todos (16).

Se origina en estrategias multisectoriales de varios países para crear una sociedad más solidaria y conectada en la que todos tengan la oportunidad de desarrollar relaciones significativas independientemente de la edad, la situación, las circunstancias o la identidad (17, 18). Los casos de éxito se han basado en la adopción de un modelo social que reúne a diferentes generaciones y a toda la gama de grupos y miembros de la sociedad civil utilizando los principios del desarrollo comunitario (19), y la movilización de los colectivos y personas, las familias, los amigos y las comunidades (20). Estos conceptos constituyen el núcleo del movimiento de las Comunidades Compasivas, descrito inicialmente como un enfoque de salud pública para la atención paliativa y del final de la vida (21).

La Carta de la Ciudad Compasiva esboza trece pasos necesarios en una ciudad para concienciar sobre la muerte, la agonía y el cuidado, y promover la amabilidad y las acciones de cuidado por parte de los ciudadanos. En ella se destacan las personas y organizaciones importantes que deben participar en la creación de una ciudad solidaria: escuelas, lugares de trabajo, sindicatos, iglesias y templos, hospicios, residencias de ancianos, museos y galerías de arte, medios de comunicación social o impresos, organizaciones benéficas para personas sin hogar, prisiones, hospitales, proveedores de educación superior, organizaciones comunitarias y voluntarias, policía y servicios de emergencia. Sin embargo, es importante comprender que cada comunidad es diferente y que el enfoque adoptado debe ser sensible al contexto, la historia y la cultura locales.

En el Reino Unido, aunque las comunidades compasivas han sido a menudo ofrecidas por los centros y servicios de cuidados paliativos en casa, los actores principales son los ciudadanos de a pie. Estos, actuando como buenos vecinos o cuidadores voluntarios junto a organizaciones de todos los sectores, alientan a las personas a tener confianza mediante conversaciones sobre el buen vivir y el buen morir dando un apoyo mutuo de manera emocional y práctica en momentos de crisis y pérdida (22). Un ejemplo paradigmático es la acción "Compassionate Inverclyde" en Escocia (23, 24), que reúne a personas de todas las edades procedentes de barrios, empresas, escuelas, colegios, comunidades religiosas, instalaciones deportivas y de ocio, servicios públicos, organizaciones de voluntarios y medios



de comunicación. Actúan promoviendo el desarrollo y aplicación de habilidades compasivas y de afecto, y participan ayudando a otras personas de su comunidad a actuar como captadores de fondos, voluntarios, acompañantes, simpatizantes o compañeros compasivos. La evaluación del proyecto "Compassionate Inverclyde" (24) muestra los impactos más amplios en:

- Prevención e intervención temprana en tiempos de crisis, pérdida o circunstancias difíciles a través de la actividad física y social, la amistad, la amabilidad y el apoyo.
- El fomento de la confianza y la autoestima mediante la participación en actividades, llenando a menudo el vacío consecuencia de la jubilación, el duelo o la pérdida de empleo.
- Recuperar y mejorar la capacidad de vivir de forma independiente para que las personas se sientan valoradas, cuidadas, más optimistas y mejor apoyadas para recuperarse y mantener su salud y bienestar.
- La inclusión y el empoderamiento: escuchar y responder a las personas como individuos y reunir a personas de diferentes generaciones de toda la sociedad en torno a las preocupaciones transversales de la muerte, la agonía, el duelo y la soledad.

El factor común de éxito en muchas comunidades compasivas, tal como se ha podido comprobar en estos estudios piloto, ha sido lograr el apoyo de unos pocos líderes inspiradores que estén preparados para escuchar y actuar en lo que importa a la comunidad. Los líderes que gozan de confianza y están bien conectados a la red, participan y movilizan a la población local, los grupos de vecinos, los servicios y las organizaciones, y generan interés y compromisos de acción (25). Juntos construyen un movimiento social de ciudadanos y crean redes vecinales vibrantes, conexiones y relaciones entre personas que se preocupan y pueden ayudar. Como resultado de ello, un número creciente de ciudadanos solidarios están facultados para ofrecer amabilidad, compasión y apoyo a las personas que se encuentran solas o que están experimentando una crisis o una pérdida.

La Tabla 1 muestra diez principios de diseño para el desarrollo de una ciudad solidaria/Comunidad Compasiva (24). Se enfocan a "cómo" alimentar la transformación. Las acciones del "qué hacer" deben surgir orgánicamente de la comunidad.

Tabla 1: 10. Principios de diseño para una Comunidad Compasiva

1. Comenzar con conversaciones sobre lo que más importa a la gente local.
2. Asegurar el apoyo de líderes visibles, personas u organizaciones, auténticos y en los que se puede confiar.
3. Desarrollar la capacidad de liderazgo colectivo en torno a un propósito y valores compartidos.
4. Establecer un grupo guía que empodere y permita a las personas actuar.
5. Facilitar que las personas se ofrezcan como voluntarias y apliquen sus habilidades, activos y recursos.
6. Valorar y empoderar a todos los que pueden contribuir y asegurar que tengan una voz fuerte e igualitaria.
7. Fomentar el voluntariado de la comunidad mediante el apoyo y la de los compañeros proveyendo de instrumentos para facilitarlo.
8. Compartir historias inspiradoras, que hablen al corazón de la gente y la motiven a ser amable y compasiva.
9. Usar los medios sociales para comunicarse y ayudar a las personas a organizarse.
10 Alentar la curiosidad y seguir aprendiendo de otras comunidades solidarias y compasivas.

La concienciación de la sociedad en el cuidado de personas mayores en riesgo de deterioro funcional y soledad

Se ha hablado, en la introducción, de la necesidad de concienciar tanto al conjunto de la sociedad como a las personas e instituciones directamente implicadas sobre la conversión de las ciudades en entidades cuidadoras. También hemos destacado la importancia de incorporar a las personas afectadas si se quiere garantizar la aplicación de los resultados de la investigación y la innovación en estas etapas de final de vida. En este campo surgen diferentes líneas y métodos, destacando varios conceptos innovadores que combinan la transferencia de conocimiento con otras parcelas de la creatividad humana y que han sido utilizados para mejorar el entorno en personas mayores en situación terminal. Así, por ejemplo, existe el movimiento de investigación basado en las artes *(Arts-Based Research),* que surge de la tradición de la investigación en ciencias sociales y se refiere al uso de cualquier forma de arte en cualquier momento de la investigación, tanto para generar, interpretar y/o difundir conocimiento. El siguiente ejemplo ilustra un proyecto de buen trato a las personas mayores en domicilio que se transformó en un cortometraje que incluye los resultados del estudio científico, y puede visualizarse en el siguiente enlace: https://www.youtube.com/watch?v=3265GE0LVlQ

Otro de los ejemplos es el estudio realizado sobre el trabajo de los profesionales de cuidados paliativos, que se presenta a modo de documental como producto de transformación de las personas que cuidan, titulado *Metamorfosis* y está disponible en el siguiente enlace: https://www.dipex.es/nueva/proyectos/ (26).

Las redes sociales e Internet, no cabe duda, se han convertido en una fuente de información para la ciudadanía que se debe tener también muy en cuenta, ya que influye en la construcción de opiniones y creencias. Es un arma de doble filo, por lo que es urgente investigar sobre el buen uso de estas vías de difusión de información, que no siempre se basan en el conocimiento. Un ejemplo de buena práctica es la colaboración DIPEx Internacional. DIPEx es el acrónimo de Database of Individual Patient Experiences y es un proyecto internacional originado en el Reino Unido que pretende informar sobre enfermedades tanto a pacientes y familiares como a profesionales sanitarios, y facilitarles el que puedan conocer y compartir la experiencia de otras muchas personas con problemas similares. En España se inició la participación en el año 2008, constituyéndose la Asociación DIPEx España en el año 2010. Esta ha acometido el tema de los cuidados desde la perspectiva de pacientes y de usuarios.

«Concienciar tanto al conjunto de la sociedad como a las personas e instituciones»

13 Conclusiones

«La capacidad para cuidar debería ser menos un deber y más un convencimiento»



La investigación y la implementación posterior de sus resultados va a ser determinante para lograr la transformación de las comunidades y municipalidades para que su papel sea protector y cuidador de las personas en situación de envejecimiento y soledad no deseada. Es por ello que se hace necesario el desarrollo paralelo e interconectado de áreas científico-técnicas con áreas sociales y de humanidades bajo un enfoque necesariamente multidisciplinar. El objetivo deberá ser construir una narrativa convincente para todos que oriente también el foco de nuestra investigación. La capacidad para cuidar debería ser menos un deber y más un convencimiento. La contribución de una cultura basada en la solidaridad merece un estudio más a fondo como una dimensión importante del bienestar tanto individual como comunitario y un componente vital de la salud de la población. Aunque se ha desarrollado una amplia gama de intervenciones sociales, educativas y tecnológicas para hacer frente al aislamiento social y la soledad de las personas de edad, es necesario seguir investigando para obtener datos más sólidos sobre la eficacia de intervenciones específicas. La realización de nuevas investigaciones sobre la forma de crear y mantener ciudades y comunidades solidarias acelerará el progreso hacia una sociedad más equitativa en la que nadie se quede atrás y podamos alcanzar los objetivos de desarrollo sostenible de las Naciones Unidas.

Se proponen, para ello, los siguientes puntos, desde la I+D+i+d clínica y social (teniendo en cuenta la importancia de añadir la "d", que hace referencia a la divulgación como parte imprescindible de la investigación), para transformar a las ciudades en su sentido actual en entes cuidadores y solidarios ante la problemática de la muerte en soledad no deseada:

- Desarrollo de aprendizaje realizado en codiseño y cocreación de servicios para incorporar una nueva perspectiva que incluya a la comunidad en un sentido más amplio tanto en salud como en determinantes sociales, creando así comunidades resilientes.
- Redefinir el peso de los esfuerzos alrededor de la gente y de la sociedad cambiando la visión que tiene la gente sobre el envejecimiento: no se trata de vivir más, sino de vivir mejor, llenándolo de contenido.
- Orientar la investigación no solo a la discapacidad ya establecida, sino también a su prevención, trabajando sobre la fragilidad como una etapa previa a la misma, y sobre sus etapas iniciales.
- Aprendizaje de los casos de éxito existentes, y mejora y adaptación de los mismos a los entornos socioculturales locales.
- Adopción de una Health in All Policies (HiAP) mediante el desarrollo de:

a) Elementos y herramientas de aprendizaje, para que las personas dispongan de los elementos que les permitan tomar decisiones.

b) Diseño e implementación de políticas adecuadas y espacios que permitan el bienestar.

c) La utilización del *living lab* como instrumento.

d) Actuaciones en el ámbito municipal y de proximidad.

e) Utilización de ciencias sociales y del comportamiento.

f) Aprendizaje en responsabilidad compartida.

g) Análisis de impactos para el estudio de factibilidad: coste-eficiencia, facilidad de adopción, etc.

- Análisis de los casos de éxito existentes de ciudades compasivas.
- Necesidad de combinar soluciones innovadoras procedentes de las ciencias sociales y humanidades con las tecnológicas en la fase terminal de la vida y en cuidados paliativos en mayores en soledad no deseada.

Uso de las Tecnologías de la Información y la Comunicación (TIC) para facilitar la atención a profesionales y a ciudadanos.

Necesidad de contar con distintos estamentos de la sociedad, en especial de las corporaciones municipales y de las propias personas que componen el entorno social, para la mejora de la calidad de vida y del entorno de las personas mayores.



Decálogo

1. Implantar programas de sensibilización del farmacéutico: formación-acción con la finalidad de modificar actitudes y desarrollar habilidades para completar la práctica profesional actual con una visión integral del cuidado del paciente.
2. Crear y poner en marcha planes educativos para pacientes y familias tanto en la farmacia comunitaria como en la hospitalaria, así como en los dispositivos sociales existentes en el entorno próximo.
3. Promover foros de ámbito profesional con la finalidad de aprender de forma colaborativa.
4. Establecer protocolos de cuidados compartidos por los distintos niveles asistenciales y los profesionales implicados.
5. Establecer la atención farmacéutica domiciliaria como una continuidad de la atención, sistematizándola de forma que se obtenga la máxima información dirigida a cuidar de forma efectiva a los pacientes.
6. Identificar, para cada paciente vulnerable atendido en la farmacia, un referente de trabajo social para poder actuar de forma preventiva.
7. Asumir el rol de gestor de casos por parte de los farmacéuticos, con un enfoque integral del cuidado de las personas frágiles o vulnerables, abarcando aspectos más allá de la farmacoterapia, como promotores de la salud.
8. Constituir una red de farmacéuticos comunitarios y de hospital que, trabajando conjuntamente, mejoren los cuidados de los pacientes.
9. Establecer un sistema de comunicación entre todos los agentes del sistema de salud y social que permita compartir información a tiempo real en aquellos casos donde atender y cuidar sea importante para el paciente.
10. Contar con zonas de atención personalizada que favorezcan la privacidad y las interrelaciones del farmacéutico con los pacientes y sus familias.

Bibliografía

(1) Preámbulo de la Constitución de la Organización Mundial de la Salud, que fue adoptada por la Conferencia Sanitaria Internacional, celebrada en Nueva York del 19 de junio al 22 de julio de 1946, firmada el 22 de julio de 1946 por los representantes de 61 Estados (Official Records of the World Health Organization, Nº 2, p. 100), y entró en vigor el 7 de abril de 1948. La definición no ha sido modificada desde 1948.

(2) En 1950, la esperanza de vida al nacer era de menos de 50 años en todo el mundo. En 2015 ya se superaban los 70 años. Fuente: World Population Prospects: The 2017 Revision - United Nations.

(3) O'Rourke, H.M., y Sidani, S. Definition, determinants and outcomes of social connectedness for older adults: a scoping review. J. Gerontol. Nurs. 2017;43(7):43-52.

(4) Weiss, Robert, S. 1987. Reflections on the present state of loneliness research. In Loneliness: Theory, research and applications, ed. Mohammadreza Hojat and Rich Crandall, 1–16. Journal of Social Behaviour and Personality 2 (2, Pt. 2).

(5) Jacques-Avinó, C., Pons-Vigués, M., Elsie Mcghiea, J., Rodríguez-Giraltf, I., Medina-Perucha, L., Mahtani-Chugani, V., Pujol-Ribera, E., y Berenguera Ossó, A. Participación pública en los proyectos de investigación: formas de crear conocimiento colectivo en salud. Gac Sanit. 2020; 34.2: 200-203.

(6) Mahtani Chugani, V; et al. 2006. Metodología para incorporar los estudios cualitativos en la evaluación de tecnologías sanitarias. Madrid: Plan Nacional para el SNS del MSC. Informes de Evaluación de Tecnologías Sanitarias. SESCS Nº 2006/1. ISBN 978 84 89454 49 1.

(7) Pons-Vigués, M., Pujol-Ribera, E., Berenguera, A., et al. La participación ciudadana en la investigación desde la perspectiva de investigadores de atención primaria. Gac. Sanit. 2018; 32:840–3.

(8) Jacques-Avinó, C., Pons-Vigués, M., Elsie Mcghiea, J., Rodríguez-Giralte, I., Medina-Perucha, L., Mahtani-Chugani, V., Pujol-Ribera, E., y Berenguera Ossó, A. Participación pública en los proyectos de investigación: formas de crear conocimiento colectivo en salud. Gac Sanit. 2020; 34.2: 200-203.

(9) Cerdeña, J., Izquierdo, M. D., Mahtani, V., López, K., y Torres, R. Concordancia de los discursos de personas dependientes, cuidadores familiares y profesionales sobre las buenas prácticas en atención domiciliaria. INVAP N10.2016. https://www3.gobiernodecanarias.org/sanidad/scs/content/a1bba2ad-d8ce- 11e6-83bc-5d3a19128004/INVAP10c.pdf

(10) https://www.gov.uk/government/news/pm-launches-governments-first- loneliness-strategy

(11) Wagner, E.H., Davis, C., Schaefer, J., Von Korff, M., y Austin, B. A survey of leading chronic disease management programs: Are they consistent with the literature? Managed Care Quarterly, 1999. 7(3):56–66.

(12) Valentijn, P. P., Schepman, S. M., Opheij, W., y Bruijnzeels, M. A. (2013), "Understanding integrated care: a comprehensive conceptual framework based on the integrative functions of primary care", Int.J.Integr.Care, vol. 13, p. e010.

(13) https://www.who.int/ageing/AFCSpanishfinal.pdf?ua=1

(14) https://www.who.int/ageing/healthy-ageing/en/

(15) Scottish Government 2018. A connected Scotland - our strategy for tackling social isolation and loneliness and building stronger social connections. Recuperado el 13 de junio de 2020, de https://www.gov.scot/publications/connected-scotland-strategy-tackling-social-isolation-loneliness-building-stronger-social-connections/

(16) HM Government 2020. Loneliness Annual Report: the first year. https://www.gov.uk/government/publications/loneliness-annual-report-the-first-year

(17) Burkett, I. (2011). Appreciating assets: A new report from the International Association for Community Development (IACD). Community Development Journal, 46, 573–578; p574.

(18) Morgan, A., y Ziglio, E. (2007). Revitalising the evidence base for public health: An assets model.Global Health Promotion, 14 (suppl.2), 17–22.

(19) Compassionate Communities Hub. Australia. https://www.comcomhub.com/

(20) PeaceHealth "No One Dies Alone". Sacred Heart Medical Center at Riverbend Disponible en: https://www.peacehealth.org/sacred-heart-riverbend/no-one- dies-alone?from=/sacred-heart-riverbend/services/end-of-life-care

(21) Abel, J. (2018). Compassionate communities and end of life care. Clinical Medicine Feb 2018, 18 (1) 6-8.

(22) Scottish Partnership for Palliative Care (2018). A Road Less Lonely: Moving Forward with Public Health Approaches to Death, Dying and Bereavement in Scotland (pdf). Recuperado el 13 de junio de 2020, de https://www.palliativecarescotland.org.uk/content/publications/A-Road-Less- Lonely-WEB.pdf

(23) International Foundation for Integrated Care Compassionate Communities Special Interest Group. https://integratedcarefoundation.org/ific-integrated- care-academy/special-interest-groups-sigs

(24) Compassionate Inverclyde Evaluation Reports Diciembre 2018. Recuperado el 13 de junio de 2020, de https://ardgowanhospice.org.uk/how-we-can-help/compassionate-inverclyde/

(25) Bunce, A. Experiencing compassionate care in practice: a travel scholarship. British Journal of Nursing, 2018, Vol 27, No 13; 2-3.

(26) https://www.dipex.es/nueva/cuidados_paliativos/

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Voluntariado



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Objetivo 250
2. Introducción 251
3. El modelo de servicios de bienestar 252
4. Las ciudades: organización social, entidades y voluntariado social 254
Decálogo 257

«El voluntariado social en el marco de las Sociedades que Cuidan»

Barcelona
Julio, 2021

CC BY NC ND

Autores



Esperança Esteve Ortega.

Diputada en el Congreso de los Diputados en la VIII, IX y X Legislatura. Directora de la Fundación Ayuda y Esperanza. Diplomada en Trabajo Social por la Universidad de Barcelona, en Función Gerencial de Administraciones Públicas por ESADE, y en Dirección y Administración de Empresas en FUNDEMI-IQS. Ha trabajado como directora del área de Servicios a la Persona y Sostenibilidad, Comisionada por el Ayuntamiento para temas de Inmigración, en el Ayuntamiento de Santa Coloma de Gramenet. También es profesora de la Fundación Pere Tarrés en la Universidad Ramon Llull. Ejerce de profesora colaboradora de varias organizaciones y universidades. En el 2011 recibió el Premio Estatal del Trabajo Social, otorgado por el Consejo General del Trabajo Social, en reconocimiento al trabajo desarrollado en la elaboración y aprobación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia **(Líder del área).**



Enric Canet Capeta. Licenciado en Ciencias Biológicas por la UAB el 1980. Estudios de filosofía y teología en Barcelona y París. Técnico Superior en Prevención de Riesgos Laborales. Curso de Liderazgo e Innovación Social de las Organizaciones no Gubernamentales en Esade (2009). Máster en Polítiques Socials i Acció Comunitària por la UAB-UB-UdG-URV-U en 2017. Investigador (Doctorando) en el Departamento de Historia de la Universitat Barcelona (2018). Director de colonias de vacaciones y de esplai desde 1972 y Jefe Scout desde 1974 a 1991. Intendente de Campamentos Jóvenes Generalitat 1991-1992. Profesor de primaria y secundaria, especializado en Biología. Director de Secundaria en la Escola Pia Sant Antoni (1986-1990). Miembro de l'Equip 12-16 Ciències Experimentals. Centre de Documentació i Experimentació Ciències del Departament d'Ensenyament. Director del Casal dels Infants (1992-2020). Director de Recursos Humanos y Voluntariado. Director de Relaciones Ciudadanas (2008-2020). En la actualidad, director de Relacions Ciutadanes en el Casal dels Infants per l'Acció . Medalla d'Honor Ciutat de Barcelona 2012.



Enric Morist

Educador Social. Máster en gestión de Organizaciones no Gubernamentales y entidades sin ánimo de lucro por ESADE. Ha sido director de la Creu Roja Joventut en Catalunya, coordinador de la Oficina Comarcal de l'Anoia y coordinador provincial de la Cruz Roja en Barcelona. En la actualidad es coordinador de Cruz Roja en Catalunya. De julio hasta octubre de 2017, ha sido presidente de la Taula del Tercer Sector Social de Catalunya y actualmente es vicepresidente. Miembro del Consell Assessor de Polítiques Socials de la Generalitat de Catalunya.



Oscar Seco Revilla

Licenciado en Derecho (1987) por la Universidad de Deusto. Especialidad Jurídico-Económica (1987) por la Universidad de Deusto. Responsable del Servicio Jurídico de Caritas de Bizkaia (1989-2002). Coordinador del Servicio Jurídico Heldu del Colegio de la Abogacía de Bizkaia (2002-2008). Diputado en el Congreso (2008-2011) por la circunscripción de Bizkaia. Gerente de la Fundación Gizalab (2011-2013) y de la Fundación Eguzkilore (2013-2015). En la actualidad, director general de Inclusión Social de la Diputación Foral de Bizkaia (desde el 2015).

1 Objetivo

En este artículo se propone analizar y proponer cómo podemos evolucionar hacia una sociedad cuidadora desde los municipios, entidades sociales y sociedad poniendo el acento en el voluntariado social.

«Municipios, entidades sociales y sociedad poniendo el acento en el voluntariado social»



2 Introducción

«La soledad no deseada afecta principalmente a las mujeres (65%)»

La soledad no deseada es una realidad que sufren miles de personas y no solamente el colectivo de personas mayores (casi medio millón de hogares en España, según datos del 2018). Ha ido aumentando de forma muy significativa en nuestra sociedad. De hecho, se podría calificar como una forma de "alta vulnerabilidad", como se ha demostrado en la última emergencia sanitaria y social que aún estamos viviendo. Las personas que más han mostrado situaciones de angustia, temor y desesperación en estos momentos de confinamiento han sido aquellas que viven en soledad. De los datos que maneja la Fundación Ayuda y Esperanza, solo en la ciudad de Barcelona se han registrado, a través de su número de teléfono, entre 900 y 1.000 llamadas semanales, durante las 24 horas del día, los siete días de la semana. El grupo más numeroso ha sido el de las personas solas de edades comprendidas entre 40 y 70 años, y a las que el confinamiento las ha llevado a alejarse de la comunicación presencial y de las actividades familiares y sociales que hacen que una persona pueda vivir en soledad de forma anímicamente normalizada.

Con ello, y a pesar de ello, la soledad impuesta o no deseada afecta a grandes grupos sociales, personas mayores, familias monoparentales, jóvenes que viven solos o de forma aislada cuya principal fuente de conexión son las redes sociales, mujeres víctimas de violencia de género y personas con escasos recursos económicos. Afecta principalmente a las mujeres (65%) por ser ellas las que mayoritariamente han optado por la soledad o les ha llegado de forma impuesta. Los hombres también manifiestan los mismos sentimientos y dificultades ante la soledad, aunque en un porcentaje menor (35%). Todo ello confiere a la soledad no deseada un carácter "transversal", que emerge en formas de malestar, que aumenta la enfermedad, los trastornos mentales y las ideas suicidas.

Esta pequeña radiografía introductoria refleja lo que en las sociedades occidentales cada vez obtiene más consenso: entender la soledad como una característica que no debe considerarse únicamente desde el ámbito privado, sino que se ha convertido en una situación que compete a los poderes públicos y al conjunto de la sociedad, entidades sociales y redes primarias de proximidad.

3 El modelo de servicios de bienestar



Nuestro modelo de servicios de bienestar ha ido creciendo paulatinamente creando una red de servicios sanitarios públicos y universales que, sin duda, nos ha llevado a ser uno de los países del mundo con una mayor esperanza de vida, acompañado de un modelo social basado en las relaciones familiares, vecinales y de amistad que han actuado y aún actúan como un colchón de ayuda material y emocional.

Este modelo se debilita de forma visible a partir del año 2010, con el impacto económico de la crisis financiera que se inicia en USA en el año 2008, y que ha ido conformando un sistema neocapitalista sin alma. En nuestro país ha llevado a una reducción del gasto público en salud, que ha impedido el desarrollo de lo que había sido un modelo de éxito y que se ha ido manifestando con menos partidas a la investigación y a la salud pública, bajos salarios de los profesionales de la salud, plantillas a mínimos y aumento de las listas de espera, entre otros déficits que, sin duda, han tenido un gran impacto en términos de salud colectiva.

Por otro lado, el sistema de servicios sociales sigue siendo un sistema casi "no nato", sin una ley de derechos mínimos que garantice, en todo el territorio, un sistema de servicios y prestaciones que actúen en dos niveles, de colchón ante situaciones de crisis individual y de grupo, y como vía de desarrollo de prestaciones, servicios y de cuidado. Los servicios sociales, como sistema, no han tenido nunca la oportunidad de desarrollarse como los sistemas hermanos de sanidad y educación.

Quizás el ejemplo más visible y con más envergadura de los servicios sociales ha sido la Ley de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia, que supuso un gran avance para las personas beneficiarias y familias, pero que paulatinamente se fue frenando su desarrollo quedando prácticamente congelada en la mayoría de comunidades autónomas al no cumplir el Estado con sus obligaciones del 50% del gasto comprometido y la bajada de ingresos de las CCAA, (ADGE 2010) acompañado, a menudo, de falta de voluntad política para impulsar la ley junto a modelos complementarios basados en la colaboración público-privada, y apostar por un fortalecimiento de las redes sociales y comunitarias, en un escenario de esferas de poder compartido y de captación de riqueza social.

A pesar de ello, la Ley de Autonomía Personal no hubiera ni ha sustituido en ningún caso la necesidad de vertebrar nuestro Estado social con un sistema de servicios sociales fuerte como es el caso de la mayoría de los países de la UE de los 15 (PIB), y el modelo que ha ido consolidándose es un modelo más de tipo prestacional para atender necesidades, donde la persona beneficiaria ha quedado fuera de la capacidad de decidir sobre su vida. Afirmamos que es necesaria mayor inversión y cambiar modelos centrados en el servicio o prestación a un modelo de corresponsabilidad y de respeto a la decisión individual de la persona.

Pensar en el Estado social nos obliga a pensarlo en su conjunto, modelo de vivienda (intergeneracional), urbanismos, espacios de encuentro que fomenten las relaciones interpersonales, el cuidado de la ciudad y su entorno, fortaleciendo lo que es de todos, la fuerza del bien común, con modelos de comportamiento cívico y de respeto a la diversidad.

Por tanto, vemos que la crisis pasada y la actual se desenvuelven en un contexto de progresiva pérdida de las relaciones, en las cada vez más complejas sociedades modernas. Esta pérdida, unida a la mayor longevidad y a los riesgos discapacitantes anudados a esta, nos está conduciendo a un escenario de debilitamiento de la capacidad de resiliencia y de reducción de los dinamismos comunitarios. Los problemas sociales, como se ha señalado, están en la línea de soledad no deseada, situaciones de pérdida de autonomía vital no resueltas, daño psicosocial por las desigualdades y aislamiento que se proyecta sobre la salud mental y la exclusión social. No queremos dejar de señalar que la parte más dura de la reciente pandemia, unida al confinamiento forzoso, ha sido la dejación de algunos departamentos de las administraciones de sus funciones como Estado. El cierre del sistema educativo, colapso y falta de atención en las residencias de mayores, cierre de centros de salud y cierre de los servicios y centros que dispensaban apoyos directos y presenciales.

Sin embargo, durante este período de alarma, han emergido capacidades latentes en la comunidad de sólido anclaje ético. Quizás avivadas por el sentido de interdependencia que todos tenemos, por la preocupación de las vulnerabilidades ajenas o por la percepción de las costuras e insuficiencias del Estado, al que hasta hace poco confiábamos nuestras expectativas de que se hiciera cargo de quien no podía hacerlo por sí mismo. Han surgido "rituales' (como diría Han) desde los balcones, y dinamismos de gratuidad, reciprocidad y solidaridad que han hecho reverdecer (aunque quizás efímeramente) nuestras complicidades colectivas.

Un punto y aparte merece nuestro sistema de salud y sus profesionales, y todas aquellas personas que han prestado servicios esenciales y que han estado a la altura de la situación vivida. A todos ellos, nuestro reconocimiento y reivindicación de un mejor trato económico y social. Pero la perspectiva del futuro inmediato pasa por superar los puntos débiles manifestados y larvados durante tanto tiempo de debilidad de nuestro Estado social.

«Pensar en el Estado social nos obliga a pensarlo en su conjunto»

4 Las ciudades: organización social, entidades y voluntariado social

Un reto claro se sitúa en sostener y alimentar esas dinámicas creativas surgidas de la espontaneidad y de la necesidad de desahogo tras la tragedia; fortalecer esas relaciones primarias pasa por personalizarlas, lo que implica "emocionalizarlas". Desde este punto de vista, el voluntariado social tiene un papel crucial, pero es de obligada reflexión el modelo que se ha ido desarrollando entre las entidades de iniciativa social y la administración, que han llevado a una excesiva institucionalización en forma de gestión de paquetes de servicios que proporcionan a las administraciones públicas una capacidad multiplicadora, pero que favorecen relaciones de carácter vertical y de dependencia de las entidades en relación a ellas. Quizás una revisión a la Ley de Contratos del Estado (2008), que facilitase la relación, con medidas inspectoras suficientes, a partir de convenios de colaboración y no de concursos públicos, donde se ha propiciado un mercado de lo social que compite descarnadamente, ofertando servicios a la baja, con profesionales mal remunerados y poco formados sin garantías de calidad, que acaban convirtiéndose en subastas en las que no gana el mejor proyecto técnico, sino aquel que presenta precios más bajos, en perjuicio de la calidad imprescindible.



Creemos que el propio voluntariado ha de despegarse de dinámicas de carácter desprofesionalizante y sustitutiva de esta, y dar la vuelta a modelos asistencialistas para pasar a modelos de impulso del cuidado en horizontal, de autocuidado y de desarrollo de la ayuda con fines de fortalecimiento de la propia comunidad; es el

momento de retomar relaciones de proximidad y calidez, no desinteresadas, sino de máximo interés por el devenir del otro, del "hoy por ti y mañana por mí".

Esta propuesta es compatible, y necesario su desarrollo, con romper el relato de que los servicios públicos son solo aquellos que la administración pública, en sus diferentes estamentos y territorios, implanta y gestiona. Creemos que, nada más lejos de ello, una sociedad más democrática debe incluir formas de cooperación más decidida y de responsabilidad compartida entre la esfera pública y la privada (fundaciones, asociaciones, cooperativas y otras formas de economía social). Este reconocimiento de servicio púbico y de interés público es básico para entender la importancia que tiene la acción voluntaria en los colectivos y las personas, que es necesario atender como sociedad. Se trata de interiorizar que lo público es de todos y que el concepto de ciudadanía nos convierte en responsables (V. Camps).

Solo desde la propia ciudadanía se puede fortalecer la conexión que tiene el ser humano para sensibilizarse ante el sufrimiento humano y de buscar formas de actuar en situaciones de crisis extremas y en la vida cotidiana. Este aspecto es clave y debe estar presente en el diseño y desarrollo de las políticas públicas, sobre todo en los municipios que han de devenir entes "cuidadores" y de fortalecimiento de les redes sociales y de entidades de voluntariado, e impulsar conjuntamente una sociedad movilizada ante las situaciones de vulnerabilidad. La sociedad, en su conjunto, tiene el derecho y el deber de cultivar y promover la virtud cívica que lleva implícita los valores de solidaridad, compromiso social y, sobre todo, de derechos y justicia. La persona en situación de soledad no deseada tiene que ser parte activa y visible de la comunidad. Son necesarios miles de ciudadanos comprometidos con los valores y retos sociales.

Toda esta reflexión anterior nos ha de llevar a posicionarnos sobre la ciudad que queremos y la que no deseamos. Somos responsables de lo uno y de lo otro. Porque nuestra realidad es la de la fragilidad y también la de la fortaleza. Por esto, sería interesante trabajar en educar en la cultura de la atención**.** Una ciudad donde todos seamos radares de las situaciones de dolor que puedan existir. Esta atención se tiene que cultivar y trabajar desde la proximidad y, desde ella, generar una cultura de la atención, que ha de ser respetuosa a la vez con las personas que no demandan y no desean apoyos, lo cual nos marca una frontera de respeto a la intimidad, la privacidad y la autonomía personal.

El cuidado en las ciudades del futuro inmediato tiene que realizarse anteponiendo la persona y su entorno. La tarea de captar y dar a conocer las situaciones a los dispositivos que garanticen el trabajo con rigor que asegure la dignidad y la capacidad de decisión.

La situación de cuidado en una sociedad compleja e incierta exige acciones sistémicas por un trabajo profesional y multidisciplinar, entendiendo la profesionalidad como el conocimiento en un campo determinado, la pericia y, no tanto, la formación académica. Se trata de promover el saber hacer.

«Se trata de interiorizar que lo público es de todos y que el concepto de ciudadanía nos convierte en responsables»

Desde la profesionalidad se tienen que proponer respuestas complejas a preguntas y necesidades nuevas que vienen determinadas por la situación de la ciudad y las personas.

Su atención exige un gran compromiso con el cambio social. Un compromiso que no es puntual, sino una actitud de vida y de fomento de valores en los entornos ciudadanos en las cuales las personas viven.

Si el cuidado de las personas y su entorno tiene que ser el centro de la vida de las ciudades, la gestión de estas tiene que ser desde la corresponsabilidad de todos los agentes que intervienen, como antes hemos señalado. Es imprescindible una nueva manera de gobernar desde las relaciones circulares y de redes. Es necesario crear una telaraña que proteja a las personas más frágiles del sistema y controle las estrategias de poder, para evitar el monopolio del cuidado. Es necesario una nueva gobernanza, sobre todo desde los municipios. El análisis de la realidad y las respuestas han de ser compartidas desde un modelo que avance en la cogobernanza.

Apostamos por un nuevo poder más orientado a la atención de las personas como centro de vida de las ciudades. Un poder donde prevalgan los valores atribuidos a lo femenino y que deben ser compartidos por hombres y mujeres en un nuevo modelo igualitario con más capacidad de transformar la convivencia, la cohesión y disminuir las desigualdades.



Decálogo

1. El voluntariado ha de despegarse de dinámicas de carácter desprofesionalizante y sustitutiva de esta, y dar la vuelta a modelos asistencialistas para pasar a modelos de impulso del cuidado en horizontal, de autocuidado y de desarrollo de la ayuda con fines de fortalecimiento de la propia comunidad. Retomar relaciones de proximidad y calidez, no desinteresadas, sino de máximo interés por el devenir del otro, del "hoy por ti y mañana por mí".
2. Romper el relato de que los servicios públicos son solo aquellos que la administración pública, en sus diferentes estamentos y territorios, implanta y gestiona. Creemos que, nada más lejos de ello, una sociedad más democrática debe incluir formas de cooperación más decidida y de responsabilidad compartida entre la esfera pública y la privada. Se trata de interiorizar que lo público es de todos y que el concepto de ciudadanía nos convierte en responsables (V. Camps).
3. Solo desde la propia ciudadanía se puede fortalecer la conexión que tiene el ser humano para sensibilizarse ante el sufrimiento humano y de buscar formas de actuar en situaciones de crisis extremas y en la vida cotidiana. Este aspecto es clave y debe estar presente en el diseño y desarrollo de las políticas públicas, sobre todo en los municipios que han de devenir entes "cuidadores" y de fortalecimiento de les redes sociales y de entidades de voluntariado.
4. Toda esta reflexión nos ha de llevar a posicionarnos sobre la ciudad que queremos y la que no deseamos. Somos responsables de lo uno y de lo otro. Porque nuestra realidad es la de la fragilidad y también la de la fortaleza.
5. Sería interesante trabajar en educar en la cultura de la atención. Una ciudad donde todos seamos radares de las situaciones de dolor que puedan existir.
6. El cuidado en las ciudades del futuro inmediato tiene que realizarse anteponiendo la persona y su entorno. La tarea de captar y dar a conocer las situaciones a los dispositivos que garanticen el trabajo con rigor que asegure la dignidad y la capacidad de decisión.
7. La situación de cuidado en una sociedad compleja e incierta exige acciones sistémicas por un trabajo profesional y multidisciplinar, entendiendo la profesionalidad como el conocimiento en un campo determinado, la pericia y, no tanto, la formación académica. Se trata de promover el saber hacer.
8. Su atención exige un gran compromiso con el cambio social. Un compromiso que no es puntual, sino una actitud de vida y de fomento de valores en los entornos ciudadanos en las cuales las personas viven.
9. Es imprescindible una nueva manera de gobernar desde las relaciones circulares y de redes. Es necesario crear una telaraña que proteja a las personas más frágiles del sistema y controle las estrategias de poder, para evitar el monopolio del cuidado.
10. Apostamos por un nuevo poder más orientado a la atención de las personas como centro de vida de las ciudades. Un poder donde prevalgan los valores atribuidos a lo femenino y que deben ser compartidos por hombres y mujeres en un nuevo modelo igualitario con más capacidad de transformar la convivencia, la cohesión y disminuir las desigualdades.

Bibliografía

- Byung-Chul Han. (2020). *La desaparición de los rituales*. Barcelona: Ed. Herder.
- Camps, V. (2019). *Sociedades que Cuidan*. Conferencia pronunciada en la Jornada Ciudades que Cuidan organizadas por la Fundación Mémora. Madrid, noviembre (paper).
- Coffey, W.O. Artículo COVID-19 en residencias de EEUU – Congreso Nacional dependencia y sanidad, Inforesidencias. Abril 2020.
- Asociación Internacional para el Esfuerzo Voluntario (IAVE). (2001). *Declaración Universal del Voluntariado* 2001. Amsterdam.
- Durán Heras, M.A. (2018). *La riqueza invisible del cuidado*. Universidad de Valencia.
- INE. (2018). *Encuesta continua de hogares. Año 2018.*
- Fundación Ajuda i Esperança. (2020). *Memoria pandemia COVID*. Barcelona, junio.
- Ley 45/2015 de 14 octubre, de Voluntariado, BOE, Madrid 2015.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Enfermería



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Introducción 263
2. Reflexiones del equipo enfermero 265
Decálogo 270

«Las enfermeras, en palabras de Annette Kennedy (presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras), disponen de una visión única que podría resultar muy valiosa a la hora de establecer políticas sanitarias»

Barcelona
Septiembre, 2021

CC BY NC ND

Autores



Fernando Martínez Cuervo

Diplomado en Enfermería y Licenciado en Antropología Social y Cultural por la Universidad de Oviedo. Director del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores El Cristo (Establecimientos Residenciales para Ancianos del Principado de Asturias). Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG). Miembro del Consejo Asesor de la Fundación Mémora **(líder del área).**



M.ª Lourdes Jiménez Navascués

Doctora en Ciencias de la Enfermería. por la Universidad de Zaragoza (2013) con el trabajo: Institucionalización de la Enfermería Geriátrica en España, 1977-2010. Profesora Titular de la Universidad de Valladolid en la Facultad de Ciencias de la Salud del Campus de Soria- Grado en Enfermería, coordinadora entre otras de la asignatura Enfermería en la Vejez y Atención a la Dependencia. Formación e investigación centrada en aspectos docentes y relativos al cuidado de las personas en la etapa de la vejez. Miembro del grupo Aurora Mas de investigación en Cuidados, en la línea: Cuidados y Calidad de vida que incluye las tres dimensiones del triángulo de los cuidados: Bienestar, Seguridad Clínica y Autonomía. Aborda diversidad de cuidados según las etapas del ciclo vital y considera aspectos como el medio ambiente, estrategias de riesgo, seguridad, cuidados complementarios de base cultural, emprendimiento,



Cristina Muñoz Alustiza

Diplomada en Enfermería. Máster en Counselling. Experta en Gestión de la Calidad, Experta en gestión de RRHH por competencias, Posgrado de Gestión de Residencias y Servicios para Personas Mayores y Posgrado en Cuidados Paliativos. Responsable de Calidad y Programas en el Centro de Humanización de la Salud y Centro San Camilo, como de otras entidades de toda España y América latina.



Josep París Giménez

Diplomado en Enfermería por la Universidad de Barcelona. Especialista en Enfermería Geriátrica. Máster oficial de liderazgo y gestión de los servicios de enfermería. Supervisor de Enfermería Hospital de Mollet. Director Centro Sociosanitario. Miembro de la junta de Gobierno del Col·Legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Gerente del Col·Legi Oficial d'Infermeria de Barcelona. Director de Desarrollo Corporativo de Serveis Funeraris de Barcelona.



Rosa María Salazar de la Guerra

Diplomada en Enfermería. Máster en Especialización en Gestión y Metodología de la Calidad Asistencial. Máster de Alta Dirección y Gestión de Servicios Sanitarios. Vocal de la Junta Directiva de la Sociedad Española de Calidad Asistencial. Responsable de Enfermería en Atención Primaria durante. Jefe de Área en Residencia para mayores de la CAM. Directora de Enfermería y coordinadora de calidad en el Hospital Guadarrama. En la actualidad Directora Gerente del Hospital Guadarrama.

1 Introducción

«Los cuidados enfermeros son rentables, eficientes y muy bien valorados por la población»

Los avances sociales, económicos y tecnológicos tienen importantes consecuencias en la evolución demográfica, y desde la mitad del siglo XX se ha constatado un importante incremento de la población mayor de 65 años. En España, en la actualidad, se observa un incremento continuado del porcentaje de personas mayores de 65 años (19,3%), creciendo en mayor medida las personas octogenarias, que son el 6,1% de toda la población (Pérez Díaz & Abellán García, 2020)[1234589]. Esta prosperidad de la sociedad supone un desafío en los modelos de atención a los mayores; el envejecimiento conlleva una mayor proporción de personas con enfermedades crónicas, y estas son una importante causa de discapacidad y afectación en la percepción de calidad de vida de las personas.

El riesgo de discapacidad aumenta a partir de los 80 años, pero puede ser evitada o retrasada con políticas y programas de intervención adecuadas. Las políticas centradas en el desarrollo comunitario, en la promoción de la salud, la prevención y atención adecuadas en caso de enfermedad, son los mejores y más eficaces medios para atender a los individuos. Las enfermeras, en palabras de Annette Kennedy (presidenta del Consejo Internacional de Enfermeras), disponen de una visión única que podría resultar muy valiosa a la hora de establecer políticas sanitarias (Fraile & Ojer, 2020). Los cuidados enfermeros son rentables, eficientes y muy bien valorados por la población, según se deduce en las encuestas del Centro de Investigaciones Sociológicas.

La sociedad denominada del bienestar, en la crisis sanitaria y social en la que estamos inmersos, provocada por la pandemia de la COVID-19, ha quedado en evidencia ante su nefasta respuesta de atención a las personas mayores, protagonistas por el alto grado de vulnerabilidad ante esta enfermedad (Ruiz Muñoz Eulalio, 2020). El proyecto impulsado por la Fundación Mémora "Ciudades que Cuidan", centrado en el grupo de personas afectadas de patología compleja y enfermedades crónicas avanzadas, con problemas sociales (pobreza, soledad no deseada), con el objetivo de prevenir la muerte en soledad, adquiere, si es posible, una mayor relevancia en esta crisis sanitaria, económica y social. Se proyecta como una dimensión de motor y modelo de sociedad cuidadora, que aporte y comparta con las ciudades y ciudadanos un horizonte de trabajo, que luche para prevenir y evitar, en lo posible, situaciones de final de vida en vulnerabilidad y soledad, donde todos sean parte activa del cuidado (Torres, S. & Berenguer, J., 2020). Victoria Camps, patrona de la Fundación Mémora y miembro del Consejo de Estado, ha constatado que en la sociedad actual se ha normalizado la soledad, envejecer en residencias y la profesionalización del cuidado. Ella plantea que se debe recuperar el valor del cuidado como un valor ético.

En el documento de Victoria Camps titulado "Sociedades que Cuidan", la autora invita a la reflexión sobre cómo aproximarnos al desarrollo de ciudades cuidadoras. Plantea que el cuidado mutuo entre los ciudadanos es un valor ético olvidado pero imprescindible.

Cuidar de los demás es un deber moral básico que mejora la vida de todos. Es preciso trabajar para visibilizar el cuidado oculto en el trabajo no remunerado e invisible, universalizarlo y entenderlo como una obligación fundamental, que concierne a hombres y mujeres sin diferencia de género en el desarrollo de la conciencia moral, hasta ahora el deber de cuidar más vinculado a las mujeres.

Se plantean dos preguntas:

1. ¿Por qué hemos perdido la capacidad de cuidar?

Constata que las situaciones (aislamiento, soledad, indigencia, dependencia, abandono...) susceptibles de generar "empatía", "compasión", en la actualidad, han dejado de sentirse como un deber moral. Las formas de vida, el lenguaje y las costumbres, la división de roles, donde se asume que la mujer es la cuidadora por necesidad, inhibe a los hombres de la tarea del cuidado.

Propone cuestionar el modelo y avanzar en la ética del cuidado, convertir el cuidado en un deber universal como forma de liberar a la democracia de dominaciones invisibles (patriarcado). Identifica el desacierto de la modernidad que identifica la plenitud del ser humano con la autonomía personal. Este marco mental de referencia individualista genera la tendencia a valorar la autonomía.

2. ¿Cómo hacer que la capacidad de cuidar se convierta en un deber asumible por todos?

Propone un cambio de perspectiva, una nueva concepción cuidadora. Un cambio en el marco mental que permita plantear que todos somos dependientes (importancia del lenguaje). Que el cuidado se conciba como una responsabilidad de todos, convertirlo en una obligación cívica, un deber de la sociedad.

Reconocimiento del cuidado como un valor a respetar tanto a nivel individual como colectivo. Un deber y derecho público asumible y garantizado por las instituciones democráticas. La dignidad de las personas mayores depende de la forma en que la sociedad los trate.

Finalmente, se proponen cuatro puntos de reflexión sobre cómo se pueden promover ciudades cuidadoras y una ciudadanía consciente de sus deberes respecto al cuidado.

«Todos somos dependientes»



Reflexiones del equipo enfermero 2

«Una sociedad avanzada no deja a ninguno de sus miembros atrás»

2.1. Considerar el cuidado desde el concepto del ser humano como interdependiente. ¿Cómo hacer que la capacidad de cuidar se convierta en un deber asumible por todos?

El cuidado está vinculado al hecho de contemplar e integrar las necesidades de otros dentro de las propias atribuciones y prioridades. Una sociedad avanzada no deja a ninguno de sus miembros atrás y, tanto a nivel privado como a nivel de políticas sociales, se deben articular herramientas que permitan cuidar de las personas que lo necesiten. La profesión enfermera aporta a la sociedad los cuidados de la salud. Es la profesión del cuidado, la impulsora de la salud, de la promoción de la autonomía, la capacitadora que permita opciones de vida saludables, la mediadora entre las comunidades, gobiernos, sectores de salud, social y económico, los medios de comunicación... (CIE), en resumen, la que vela por las personas con necesidad de cuidados y un soporte de apoyo a las personas cuidadoras. Sin embargo, el cuidado no es una posesión exclusiva de la enfermería, sino que es un desafío colectivo.

El cuidado profesional ha evolucionado desde una atención en el ámbito doméstico al cuidado profesional, promovido por Florence Nigthingale (este año la Organización Mundial de la Salud ha declarado el 2020 como el año de la enfermera y la matrona, coincidiendo este con el bicentenario del nacimiento de F. Nightingale, referente mundial enfermero). Cuando se analiza el significado del término "cuidado", se constata que se emplea para observar múltiples acciones. Los primeros intentos de sistematizar y clarificar conceptualmente la noción de cuidado, los aporta M. Leininger[6,7]; ella presenta diferencias conceptuales entre cuidado genérico, profesional, y cuidado profesional enfermero. Identifica el cuidado genérico como un aspecto fundamental de la humanidad, que incluye asistencia y soporte a otros para el desarrollo de sus vidas; el cuidado profesional (que no vamos a desarrollar) añade destreza distintiva y complejidad en las acciones de soporte y ayuda. Hay que desnaturalizar el cuidado como algo exclusivo de la enfermera, recayendo en estas aquel cuidado que, por su complejidad, así se requiera.

Las familias deben asumir su rol cuidador entre sus miembros, y la sociedad debe dar respuesta a aquellas necesidades que excedan de la atención del cuidado que las familias, en el momento social actual, puedan proporcionar. También se tienen que establecer herramientas para atender a personas que no cuenten con un entorno familiar, ya que cada vez es más frecuente el número de personas mayores que viven solas y no tienen parientes cercanos. En estos casos, el sistema público ha de articular respuestas a necesidades concretas.

Según Waldow (2008), cuidar es una expresión humanizadora. Pero la realidad es que la práctica de cuidado no está suficientemente valorada por nuestra sociedad, de ahí la inquietud de distintos profesionales de enfermería, cuyo valor añadido a la sociedad, como hemos apuntado anteriormente, es proporcionar un cuidado profesional, visibilizar y poner en valor las diferentes dimensiones del cuidado. Se requiere un cambio cultural muy profundo. El cuidado, tradicionalmente, ha estado vinculado a la mujer porque desde la antigüedad la mujer se ha dedicado a cuidar de los suyos, siendo este un trabajo invisible y carente de valor. Sin embargo, desde que la mujer se ha incorporado al mundo laboral y el hombre no se ha incorporado en las actividades de cuidado doméstico, han aflorado en la sociedad problemas. Solo la educación y las políticas podrán ir incorporando cambios significativos. Es preciso potenciar y dar valor al cuidado tanto profesional como no profesional.

¿Qué cuidado se puede demandar a una sociedad cuidadora?

Watson, en su análisis sobre el concepto de cuidar, afirma que el cuidado está constituido por acciones transpersonales e intersubjetivas que busca proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a las personas a hallar un significado a la enfermedad, al sufrimiento, al dolor y la existencia, y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración.

Si partimos del concepto de que proporcionar cuidados para mejorar la calidad de vida de las personas es atender a tres dimensiones diferentes, pero siempre interrelacionadas: seguridad (más técnica: hacer con las personas), autonomía (autocuidado: empoderar a las personas) y bienestar, esta última es la que identificamos como menos valorada y reconocida por la sociedad; incluye el saber estar con las personas, aspecto que puede y debe ponerse en valor.

Se propone el cuidado como una práctica de relaciones interpersonales donde todos los miembros de la sociedad sean partícipes del mismo. Impulsar el cambio de concepto de cuidado que lo identifica como una práctica de servilismo y de menor valor, hacia el cuidado humanizador que aporta comodidad, bienestar, integridad física y moral, autoestima tanto a quien lo aporta como a quien lo recibe. Poner de manifiesto las aportaciones del cuidado a las personas y al conjunto de la sociedad. La expresión del cuidado centrado en las relaciones, en el afecto hacia los demás: dar y recibir cariño, tener paciencia, estar disponible, ser cortés, tener buena voluntad y buen humor, ser cercano, respetar, acompañar, tener tacto y habilidades en la comunicación, generar confianza, ser accesible... Según Boykin y Schoenhofer (2001)[10], todas las personas son seres que cuidan o son cuidados, y existe un compromiso entendido como dedicación moral.



Las virtudes que guían los cuidados en las esferas íntimas podrían introducir nuevos valores en el dominio público, un ordenamiento que implica fomentar la cooperación para fortalecer la confianza y los cuidados mutuos. Es una transformación que requiere un Estado comprometido con la búsqueda del bienestar para todos, que reconozca las diversas formas de cuidado que permanecen invisibilizadas y que sostienen la vida...

Si nos acercamos a las aportaciones de Leininger (1991) cuando plantea que las personas desarrollan comportamientos de cuidar, y la forma en que los expresan está ligada a patrones culturales, nos podemos plantear lo siguiente: ¿Qué conceptos y prácticas imperan en la sociedad actual? Si ponemos el foco en el cuidado de las personas por grupos de edad, la vejez, ¿cómo se percibe desde el punto de vista social? Distintos estudios plantean las conductas edadistas –discriminación por edad– que imperan en la sociedad, y si socializamos en este contexto podemos esperar que estas conductas se reproduzcan. Por tanto, es importante intervenir en este aspecto.

2.2. Concepto de la vejez en la sociedad global

Zigmunt Bauman[11], en su análisis sobre la sociedad capitalista y las consecuencias que para algunos sectores de la población conlleva, plantea que en la apertura de la sociedad y la globalización surge un nuevo individualismo, el debilitamiento de los vínculos humanos y el languidecimiento de la solidaridad como cara de la moneda cuyo reverso lleva el sello de la "globalización negativa". Este autor propone la metáfora de la liquidez para destacar la precariedad de los vínculos humanos en una sociedad individualista y privatizada, marcada por la volatilidad de las relaciones[12].

Quizás un tema a analizar sea si en el término de "desechos humanos" con el que identifica Bauman[13] a las personas que la sociedad identifica como innecesario (superfluidos), los que no siguen el patrón de utilidad e indispensabilidad, tienen cabida los mayores de hoy tal y como los visibiliza la sociedad. ¿Pero qué entendemos con ser útil? Es preciso profundizar y argumentar las aportaciones que todas las personas, independientemente de su autonomía, capacidad, situación social o de salud, puedan tener. Visibilizar los valores de las personas, no ser miopes en su valoración, no poner solo el foco en la producción monetaria. La relación con otro ser humano es un estado en que uno reconoce, es decir, conoce al otro como sujeto y este le importa (Waldow, 2008). Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convenciones (Leninger). Será difícil conseguir una sociedad cuidadora si no reconoce el valor de todos los ciudadanos.

Es necesario profundizar sobre los estereotipos negativos asociados a los mayores que conllevan conductas edadistas. Las intervenciones para disminuir estos estereotipos están relacionadas con el objetivo de potenciar el envejecimiento activo, y consideramos que dará un importante paso hacia una sociedad comprometida en el cuidado de los más vulnerables.

El debilitamiento de los vínculos humanos en la sociedad actual, según Bauman, se relaciona con una visión consumista donde los seres humanos

«Cuidar a una persona supone el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convenciones»

son tratados como objetos de consumo, en términos de costo-beneficio. La individualización, el concepto de seguridad tan en alza, hace que se tenga miedo a las amenazas, a la incertidumbre y a no saber qué hacer para detenerla o combatirla, y esto genera conductas de huida de los problemas. ¿Socialmente se da respuesta a estas incertidumbres? ¿Se aprende a manejar la incertidumbre cuando en realidad se está huyendo del deterioro, dependencia, soledad, dolor, pérdida, muerte...? A nivel social, no se ha previsto adecuadamente cómo atender estas situaciones: qué recursos, servicios o prestaciones se disponen para garantizar una óptima atención. Además de las instituciones, los recursos humanos, materiales y la formación de los profesionales, es preciso desarrollar un ambiente social con un componente afectivo que de valor al cuidado (Jiménez Navascués, 2013)[14].

Nuestro mundo crece y se desarrolla gracias tanto a la actividad productiva como a la actividad reproductiva. Si atendemos a la realidad, vemos que la actividad productiva ocupa un espacio cada vez más corto en la vida de las personas, mientras la actividad reproductiva carece de reconocimiento. La relación entre el llamado "tiempo de vida" y el "tiempo dedicado al trabajo productivo" está dejando de ser la que era por causa del desarrollo tecnológico. Las cargas vinculadas a la reproducción y al cuidado de los demás deben ocupar el espacio que merecen en la vida de todos.

2.3. Reconocimiento del cuidado

El cuidado es un valor que debe ser reconocido a nivel individual y colectivo, un derecho y deber público garantizable y asumible por las instituciones democráticas. N. Fraser[15,16] propone que el reconocimiento es un tema de justicia social. Desde esta perspectiva teórica, la justicia social debe englobar y armonizar tres dimensiones: reconocimiento, redistribución y representación, aunque no son esferas separadas, sino que son perspectivas de análisis interrelacionadas e irreductibles. La injusticia de cada dimensión se entrecruza con las demás.

Reconocimiento: patrones culturales de representación, interpretación y comunicación. La injusticia cultural o simbólica conlleva a la dominación cultural de unos seres sobre otros, al no reconocimiento, a la invisibilidad y al poco respeto. Una sociedad justa es aquella en la que todos los individuos tienen cabida y, sin ninguna duda, esto pasa porque la sociedad tenga un nivel importante de desarrollo. Ser reconocido de forma errónea implica ser representado de un modo que impide la participación como iguales. Todos los individuos necesitan un reconocimiento social para que exista pública y socialmente. Se corresponde al estatus otorgado socialmente mediante los patrones de valor cultural. Una ciudad que cuida es aquella que destina tiempo, energía y recursos a pensar, precisamente para incluir en sus actuaciones las complejas y variadas necesidades de toda la ciudadanía y, especialmente, de quienes más cuidado precisan (Pernas, 2005).

Redistribución: tiene que ver con la estructura de clases de la sociedad, con aspectos político-económicos, puesto que las injusticias son socioeconómicas y comprenden las situaciones de explotación (beneficios del trabajo son apropiados por otros), marginación económica y privación (es negado un adecuado nivel material de vida). El reconocimiento económico a las acciones de cuidado influye en el reconocimiento de las personas cuidadoras, con claro detrimento para quienes no tienen una retribución económica por actividad cuidadora. El trabajo de cuidado, en todas sus expresiones, continúa siendo una extensión del trabajo femenino doméstico desvalorizado y estereotipado. No hacer visible la verdadera contribución que realizan las mujeres (cuidadoras) al bienestar y al desarrollo social conlleva una clara injusticia y una práctica de redistribución desigual de cargas de trabajo (cuidado) entre hombres y mujeres, y se generan relaciones asimétricas de poder social y de género. La falta de reconocimiento de los profesionales y familiares que cuidan a mayores también está influido por los estereotipos negativos que la sociedad actual proyecta sobre este colectivo. Una sociedad cuidadora debe visibilizar y promover una adecuada planificación y recursos suficientes para responder adecuadamente a las necesidades de personas en situación de dependencia, vulnerabilidad social y sanitaria, enfermedades crónicas, de soledad no deseada y en final de vida. También urge desarrollar políticas que no excluyan del mundo laboral a las personas que cuidan de otros.

Representación: las personas son sujetos de justicia por su participación en un marco

institucional compartido que regula su interacción social. La injusticia surge cuando se priva de voz a las personas que ya cuentan como miembros, perjudicando su capacidad de participar como pares en la interacción social. Una sociedad cuidadora debería promover formas de representación de los mayores.

2.4. Cuidados profesionales de enfermería

El momento actual pone sobre la mesa la importancia de desarrollar el cuidado profesional, reconociendo su valor en la esfera de lo privado, pero subrayando el valor de lo público que, por ende, ha de ser administrado y planificado en las estrategias de salud de la población en sus diferentes áreas.

La profesionalización del cuidado ha de contar con profesionales que desarrollen competencias como la visión integral de la persona, la empatía, el trabajo en equipo o la dimensión comunitaria de la salud. En ese sentido, la enfermería como disciplina y como grupo profesional dispone de competencias muy relevantes para participar en las estrategias de cuidados a todos los niveles.

Las enfermeras pueden cooperar en el desarrollo de ciudades cuidadoras donde poner en práctica la esencia del cuidado priorizando el bienestar, la seguridad y la autonomía de los mayores. Una sociedad que promueva el cuidado entre sus ciudadanos debe contar con equipos transdisciplinares donde la disciplina enfermera aporte respuestas a las necesidades de las personas desde una perspectiva holística, respetando sus valores y haciendo partícipes a todos del cuidado. Es urgente poner en valor el cuidado invisible, imprescindible para mantener la calidad de vida de los mayores. Son conductas cuidadoras como las siguientes: la comunicación, la confianza, el afecto, proporcionar confort, saber acompañar –especialmente en situaciones de final de vida–, evitar sufrimiento, facilitar las relaciones sociales...

Pero, además de saber estar con la persona (cuidado invisible), es preciso "estar pendiente de" para prevenir, retrasar complicaciones, incapacidad y dependencia, acompañar en distintas experiencias de salud y vigilar el riesgo clínico. Se requiere promover la formación especializada de las enfermeras junto con un desarrollo en el modelo asistencial basado en el reconocimiento de cada una de las disciplinas desde la paridad, ya que es urgente definir puestos de trabajo con perfiles especialistas. El desarrollo y reconocimiento de la enfermería comunitaria y de la enfermería geriátrica puede ser una clave.

Los cuidados que la enfermera geriátrica está promoviendo van dirigidos hacia el cambio de modelo de atención basado en la enfermedad y dependencia hacia una perspectiva integral de atención centrada en la persona del mayor, su familia y su entorno, desde la promoción y prevención hasta la atención de la persona en fase terminal. Este modelo proporciona mayor bienestar, potencia el autocuidado en el mayor y sus cuidadores. Los cuidados que proporcionan las enfermeras geriátricas son prácticas complejas que requieren de profesionales con conocimientos y competencia profesional específica que permita proveer, movilizar e identificar con los mayores y su familia los recursos y las capacidades que favorecen el bienestar, la seguridad y la autonomía, es decir, la calidad de vida de la persona (Jiménez Navascués, 2013).

«El cuidado es un valor que debe ser reconocido a nivel individual y colectivo»

Decálogo

1. Como ciudad cuidadora, ciudad que cuida, vemos importante que requiera la coordinación entre instituciones sanitarias e instituciones sociales, donde la presencia de las enfermeras fue en parte de equipos transdisciplinares, aportando el conocimiento en lo que es su eje disciplinar que es el cuidado.
2. Por otro lado, una ciudad cuidadora debe tener presente un enfoque enfermero, por aportar una visión amplia sobre el individuo y la sociedad que es de gran valor en el diseño de programas de atención a colectivos más vulnerables.
3. Nuestra profesión, la profesión enfermera, tiene una orientación humanista, el respeto a la dignidad del individuo pasa por poner en valor al individuo, desde una atención centrada en la persona, poniendo el foco en la capacidad y en las aportaciones de cada individuo y no dejándose llevar por lo que son prejuicios y estereotipos.
4. Una ciudad cuidadora debe diseñar acciones de cuidados capaces de integrar valores y costumbres de todas las personas que allí viven, y las enfermeras siempre han desarrollado su actividad profesional atendiendo necesidades del individuo, pero también de la comunidad, basadas en esas respuestas que cada sujeto o el grupo social al que pertenece tienen frente a esas situaciones de salud. En promover, en prevenir, en tratar, en acompañar, en todo el ciclo de vida, desde el nacimiento hasta el fin de vida, teniendo en cuenta las dimensiones de la persona tanto físicas, sociales, emocionales, creencias y valores, y que se podría resumir en ser sensibles a las necesidades sentidas por las personas.
5. No solo es importante planificar cuidados, sino que los ciudadanos tienen que sentirse cuidados. Esto pasa por adaptar la ciudad a las necesidades de los ciudadanos y los ciudadanos deben tener voz en las ciudades, por ejemplo, facilitar movilidad, cubrir necesidades básicas.
6. Por otro lado, la presencia de una enfermera en la escuela que va en relación con este sentirse cuidado, nos va a ayudar a que los niños empiecen a identificar el cuidado de la salud, cómo realizar dicho cuidado, ser permeables a las diferencias y a las necesidades de los demás. Y esto será un valor añadido de la ciudad cuidadora.
7. Es fundamental la aportación que realizan las enfermeras en el fomento del autocuidado, facilitar la toma de decisiones individuales, ayudando a mantener y mejorar los niveles de salud y de bienestar. La ciudad cuidadora tiene que empoderar a las personas en esa toma de decisiones.
8. El cuidado desde la Enfermería no se puede entender sin una presencia cuidadora.
9. Es importante adaptarse a las nuevas tecnologías, aprovechar los beneficios y las ventajas que ofrecen, pero el cuidado no se puede entender si una relación interpersonal tan importante como un tratamiento farmacológico es saber acompañar, es saber escuchar, es facilitar el contacto.
10. Cuidar no es innato de las mujeres, para cuidar es preciso tener conocimiento, tener formación, tener motivación y, sobre todo, ser conscientes de que es tarea de todos.

Bibliografía

1 Pérez Díaz, J., Abellán García, A., Aceituno Nieto, P., y Ramiro Fariñas, D. (2020). "Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 39p. [Fecha de publicación: 12/03/2020]. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf.

2 Eva Fraile, A., y Ojer Armendáriz, E. (2020). Entrevista a Annete Kennedy. Nuestro Tiempo, primavera.

3 Ruiz Muñoz, E. (2020). COVID-19 y personas mayores. Algunos aspectos preventivos. Rev ROL Enferm, 43(7-8):529-539.

4 Torres, S., y Berenguer, J. (2020). Hacia una sociedad cuidadora. Observatorio ciudades que cuidan. Disponible en: https://ciudadesquecuidan.com/hacia-una-sociedad-cuidadora/

5 Pernas Riaño, B., y Román Rivas, M. (2015). Ciudades cuidadoras, ciudades cuidadas. Galde 11.

6 Consejo Internacional de Enfermeras. Documentación elaborada para celebrar el Día de la Enfermera 1998.

7 Leininger, M. (1978). The phenomena and nature of caring. Salt Lake city: University of Utah. p. 3-17.

8 Leininger, M. (1980). Chracteristics and classification of caring phenomena. Salt Lake city: University of Utah. P 133-145.

9 Waldow, V.R. (2008). Cuidar: expresión humanizadora. Ed. Nueva palabra. México.

10 Watson, J. (1992). Filosofía y teoría de cuidado transpersonal de Watson. En Marta Raile Alligood & Ann Marriner Tomey (2018). Modelos y teorías en enfermería. 9º ed. Elsevier.

11 Boykin, A., y Schoenhofer, O. (2001). Nursing as Caring. A model for transforming practice. Sudbury, MA: Jones and Bartlett.

12 Revuelta, B. (2020). La urgencia de una sociedad cuidadora. Disponible en: https://ecodiario.eleconomista.es/actualidad-eAm-chile/noticias/10516180/04/20/Beatriz-Revuelta-La-urgencia-de-una-sociedad-cuidadora.html

13 Bauman, Z. (2007). Tiempos líquidos. Vivir en una época de incertidumbre. Barcelona: Tusquets Editores.

14 Bauman, Z. (2004). Modernidad líquida. México DF: Editorial Fondo de Cultura económica - 3º reimpresión.

15 Bauman, Z. (2005). Vidas desperdiciadas, la modernidad y sus parias. Barcelona: Ediciones Paidós Ibérica.

16 Jiménez Navascués, L. (2013). Institucionalización de la enfermería Geriátrica en España 1977-2010. Tesis doctoral. Universidad de Zaragoza.

17 Fraser, N., y Honneth, A. (2006). ¿Redistribución o reconocimiento? Un debate político filosófico. Madrid-A Coruña y Fundación Paideia.

18 Frase, N. (2008). Escalas de justicia. Barcelona: Herder.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Envejecimiento



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Efectos sociales del envejecimiento 275
2. Tiempo de trabajo 276
3. Las preferencias del consumo 280
4. Llevar una vida sana 281
5. Las relaciones intergeneracionales 282
Decálogo 284

«Los efectos sociales de este proceso de envejecimiento son palpables y van mucho más allá de los aspectos demográficos y reproductivos»

Barcelona

Septiembre, 2021

CC BY NC ND

Autor



Oriol Homs Ferret

(Barcelona, 1949), como sociólogo se ha dedicado a la investigación científica de dimensión internacional desde su época de estudiante como miembro del Instituto de Estudios Laborales (IEL) de ESADE. Con otros autores, publicó su primer libro, fruto de una investigación encargada por la OIT en 1966 al IEL sobre la participación de los trabajadores en la gestión de la empresa, trabajo que mereció el premio Nova Terra del año 1968.

Su formación universitaria en ciencias empresariales (ESADE), sociología (Universidad de Paris VIII y Universidad Complutense de Madrid) y derecho (Universidad de Barcelona) le confiere una mirada pluridisciplinar sobre la vida social a la cual dedicará su tarea docente y de investigación.

Investigador en el ICE de la Universidad Politécnica de Barcelona (1977-1981) se especializa en el análisis de la formación profesional y su relación con el mercado de trabajo. Paralelamente se dedica a la enseñanza de la Sociología, como profesor titular, en la Escuela Universitaria de Trabajo Social adscrita a la Universidad de Barcelona (1977-1986), ampliando su ámbito de interés a las políticas sociales, especialmente las dedicadas al empleo y al desarrollo local. Durante los años 1983-1988 tuvo la oportunidad de aplicar sus conocimientos en estas materias como responsable del Departamento de Trabajo del Ayuntamiento de Sant Pere de Ribes desde donde impulsó varias experiencias pioneras en este campo y organizó una de las primeras jornadas internacionales de desarrollo local.

En 1989 fundó el Centro de Iniciativas e Investigaciones Europeas en el Mediterráneo (CIREM) siendo su director hasta el año 2013, dirigiendo numerosos estudios aplicados de dimensión internacional tanto en Europa, como en el Mediterráneo, en América Latina y en África. En 2013 fundó con otros colegas la Asociación NOTUS dedicada a la realización de estudios sociales, hasta el año 2020. En la actualidad colabora con entidades y administraciones públicas como asesor independiente.

Ha realizado numerosas investigaciones en el àmbito laboral, de la formación y las políticas sociales, sobre las cuales ha publicado artículos y estudios. Una de las publicaciones a destacar es el estudio de la Fundación La Caixa "La formación profesional en España. Hacia la sociedad del conocimiento" (2008); la participación en la obra colectiva ¿Cómo orientar profesionalmente a tu hijo? Manual práctico para padres, coordinada per Vicente Hernández Franco professor de la Universitat Pontificia Comillas, con un capítulo dedicado "Qué deberían saber los padres y los jóvenes sobre la Formación Profesional", publicado por la Fundación Bertelsmann (2015).

También ha publicado artículos y libros sobre temas sociológicos generales. Con Salvador Giner ha codirigido un trabajo colectivo dedicado a "Raó de Catalunya. La societat catalana al segle XXI, publicado por el Institut d'Estudis Catalans y la Enciclòpedia Catalana (2016).

Ha sido presidente de la Asociación Catalana de Sociología del Institut d'Estudis Catalans (2004-2009), y miembro del Centre d'Estudis d'Opinió (CEO) de Catalunya y director de la revista de temas de formación y empleo "Herramientas".

Efectos sociales del envejecimiento 1

Clásicamente se ha considerado que las sociedades se construyen sobre dos grandes pilares: la población y el territorio. Ambos están cambiando sus estructuras. El primero, por el efecto del envejecimiento de la población y los movimientos migratorios internacionales. Y el segundo, por efecto del cambio climático. Son las estructuras básicas de la sociedad las que están cambiando. Si a ello le añadimos otros factores estructurales de cambio como la globalización de la actividad económica y un nuevo salto en la expansión de la innovación tecnológica, la consecuencia es que estamos entrando en un nuevo tipo de sociedades.

Si nos centramos en el primer pilar de la población, la relación entre la población de más de 64 años y la menor de 16 que define el índice de envejecimiento de una sociedad ha pasado, en España, de un 34,99% en el año 1975 al 103,33% en el año 2000, y al 129,17% en el año 2021.

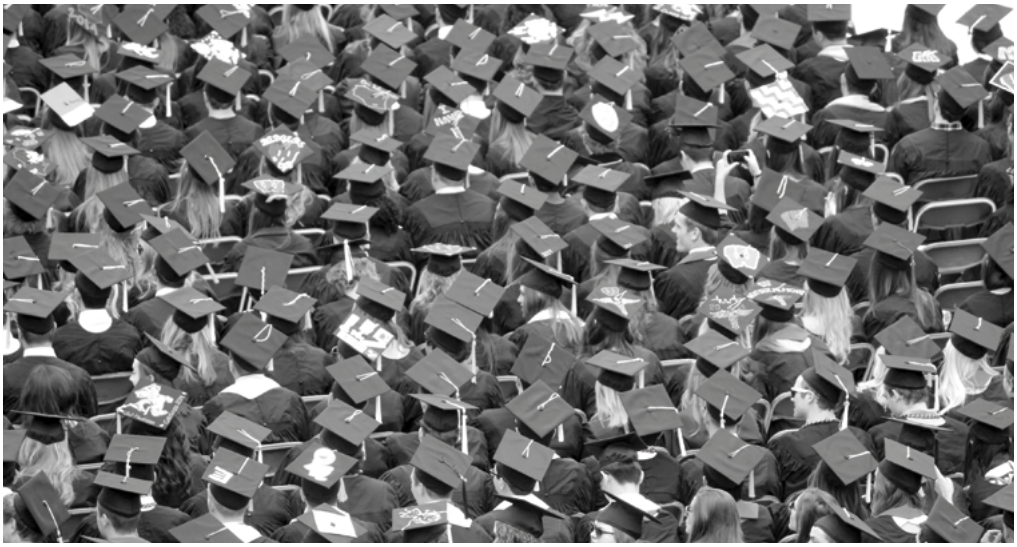
Los efectos sociales de este proceso de envejecimiento son palpables y van mucho más allá de los aspectos demográficos y reproductivos, ya que abarcan la mayoría de las dimensiones que caracterizan una sociedad determinada: la actividad económica, la acción política y las estructuras de poder, la actividad cultural, las relaciones sociales –desde las más elementales como la familia hasta las de carácter secundario–, las perspectivas vitales...

La forma de enfocar y abordar los grandes retos que plantea esta transición societal tendrá gran repercusión en la configuración de las nuevas sociedades. Vivimos, pues, unos momentos de gran trascendencia histórica, en la que la implicación y el acierto en la resolución de los problemas que nos afectan va a tener enorme impacto en la caracterización de las nuevas sociedades. No es de extrañar, pues, que vivamos unos momentos complejos de gran creatividad e innovación.

Ante la imposibilidad de tratar en este breve documento todos los aspectos de los procesos de cambio en curso debidos al envejecimiento, vamos a centrarnos en cuatro de ellos por su relevancia: la relación con la actividad laboral, con el consumo, con la salud y entre las generaciones. Nos fijaremos en los retos y aportaremos pistas de posibles enfoques.

«No es de extrañar que vivamos unos momentos complejos de gran creatividad e innovación»

2 Tiempo de trabajo



En las sociedades industriales del siglo XX se organizó el tiempo de trabajo en tres grandes períodos de la vida de las personas: el dedicado a la formación, el dedicado al empleo –la población activa– y el período de jubilación. Cada período institucionalizó y reguló un perfil propio: el estudiante, el trabajador y el jubilado. Ya no era necesario que toda la población trabajara toda su vida ni de sol a sol para cubrir las necesidades personales y sociales, y se organizó el trabajo regulando el empleo. Pero esa distribución presenta algunas dificultades en las sociedades envejecidas y genera efectos indirectos no previstos.

En la medida en que se ha conseguido universalizar prácticamente a todos los menores de edad como estudiantes y se ha alargado el periodo de formación para una parte importante de los adultos jóvenes, se ha retrasado más allá de la mayoría de edad la incorporación de los jóvenes al mercado de trabajo y, por ende, se ha debilitado su autonomía personal y su contribución a la producción de bienes y servicios. Se ha creado un nuevo grupo social de "adultos jóvenes dependientes". Ello, unido al desarrollo del mercado del ocio y del consumo, ha generado una burbuja específica, caracterizada de juvenil, con unos rasgos de comportamiento específicos, que contribuye a generar una identidad propia como jóvenes, pero que no contribuye a su incorporación al mundo laboral y a su transición a la total autonomía personal: se retrasa la formación de familias, se dificulta el acceso a la vivienda y se precariza la incorporación al empleo.

El retraso en la incorporación de los jóvenes adultos al mercado de trabajo, además de los impactos en sus perspectivas vitales, refuerza aún más, de forma innecesaria, el envejecimiento de la población ocupada al sustraerles de su contribución al trabajo, y devalúa las cualificaciones que han obtenido con tanto esfuerzo, tanto personal como colectivamente, en el sistema educativo.

La actual situación ambigua de los jóvenes adultos dependientes debería constituir una de las principales prioridades para afrontar las consecuencias del envejecimiento de la población activa. Las aportaciones de las generaciones jóvenes contribuyen a mejorar la productividad y la innovación, elementos necesarios para generar más riqueza y bienestar. Una mejor ordenación de la transición de la escuela al mercado de trabajo que facilite el entrenamiento de las competencias

desarrolladas en el sistema educativo aportando sus potenciales tanto al sistema productivo como a la resolución de los múltiples necesidades colectivas no resueltas, abriría nuevos horizontes a las nuevas generaciones y contribuiría a superar los impactos negativos que la situación actual produce tanto en los jóvenes como en el conjunto de la sociedad e incluso en el sistema productivo.

Respecto al período de trabajo, la edad media de la población activa ha aumentado en más de doce años en lo que va de siglo, llegando a los 42-43 años en la actualidad. Esa cifra sería aún mayor si no se constatara la progresiva exclusión del mercado de trabajo de la población a partir de los 55 años. La tasa de actividad de la franja de edad de 60-64 años ya solo es del 51,56%, es decir, que casi la mitad de la población de esa edad ya no es activa. La concentración de la actividad en una franja de edad cada vez más reducida de la población está generando, además del ya mencionado colectivo de los adultos jóvenes dependientes, otro colectivo social: el de los "adultos mayores dependientes".

La reducción de costes por la elevada competencia internacional, las turbulencias a corto plazo de los procesos de innovación tecnológica, más la falta de inversiones en actualizar las competencias profesionales de los trabajadores a lo largo de su vida laboral, explican esa situación.

Con una población activa a la baja y envejeciéndose progresivamente, y sin las inversiones necesarias en la actualización de las competencias de sus miembros, difícilmente se podrá abordar en condiciones favorables la extensión de los procesos de reorganización productiva y de la oleada de innovaciones tecnológicas en curso.

A nivel individual, los períodos de actividad laboral efectiva a lo largo de la vida se están reduciendo debido al retraso en el acceso al empleo, la salida temprana del mercado de trabajo, los períodos de paro según los ciclos económicos y el aumento de la dedicación parcial al empleo. En cambio, el volumen de empleo –el número de personas empleadas– ha seguido aumentando en los países más avanzados a pesar de las crisis financieras, aunque en España, la recuperación de los impactos de las crisis financieras se está produciendo mucho más lentamente. La distribución del tiempo de trabajo se está gestionando, recurriendo a la mano de obra internacional con salarios más bajos y, en algunos países como en España, coincidiendo con elevadas tasas de paro.

La composición estructural del mercado de trabajo en España, de una complejidad poco analizada, en la que se compatibilizan altas tasas de desempleo, especialmente juvenil, con jubilaciones anticipadas e incremento de la población laboral extranjera, pone en evidencia los límites del mercado laboral para ofrecer oportunidades laborales a toda la población con capacidades para ello y genera un escenario poco sostenible para mantener o mejorar los niveles de bienestar de la población.

Ese exceso de capacidades humanas que el mercado laboral no utiliza contrasta con la elevada cantidad de necesidades colectivas no cubiertas, algunas de ellas esenciales: seguridad, salud, cambio climático, culturales...

El funcionamiento del mercado de trabajo heredado de la sociedad industrial que funcionó más o menos con los oportunos complementos

«El retraso en la incorporación de los jóvenes adultos al mercado de trabajo refuerza aún más el envejecimiento de la población ocupada»

del Estado del bienestar –seguro de paro, políticas activas de empleo y jubilación–, no se adapta a las nuevas necesidades de una economía globalizada que requiere elevadas dosis de innovación en un contexto de envejecimiento general de la población.

La experiencia profesional acumulada por la población activa con más años, si mantiene activa su capacidad de adaptación a los cambios, es esencial en el período de transición actual para conseguir la máxima productividad posible en la transformación de los parámetros de un entorno analógico industrial a uno digital de servicios. Las sociedades que sepan organizar bien este traspaso de competencias son las que se situarán en mejores condiciones en los nuevos tipos de sociedades, como ya ocurrió históricamente en el traspaso de la sociedad preindustrial a la industrial.

La jubilación a los 65 años significó un hito del Estado del bienestar que ha configurado la posición de las personas mayores en la sociedad y marcó profundamente la cultura de la jubilación. En un contexto de alargamiento de la esperanza de vida en buenas condiciones de salud, lo que significó la jubilación de una espera plácida al desenlace de la vida, no adquiere el mismo significado.

Hoy la justificación para la jubilación ya no es, para la mayoría de las ocupaciones, el deterioro de las capacidades físicas para ejercer el trabajo, sino el agotamiento psíquico de las tensiones y estrés derivados de un trabajo más intelectual y altamente productivo junto al esfuerzo para adaptarse a las innovaciones y cambios en el contenido del trabajo.

Se abre, pues, por primera vez en la historia un espacio y un tiempo no necesariamente dedicado a conseguir los recursos para la supervivencia personal para poderlo dedicar a la creatividad, a la convivencia, a la sociabilidad, al ocio, al cuidado, pero también a la contribución a enriquecer los bienes comunes que están en la base del bienestar colectivo y personal.

El debate sobre la edad de la jubilación no debería estar condicionado por cálculos financieros y presupuestarios a corto plazo, sino por definir el papel de las personas mayores en la aportación de la capacidad de trabajo para conseguir mayores niveles de bienestar colectivos, ya sea en el mercado de trabajo o fuera de él. Se trata de dibujar la contribución de los mayores a un nuevo tipo de sociedad en la que un elevado porcentaje de población mantiene una buena capacidad de actividad a partir de los 65 años.

Aparte de las implicaciones financieras sobre cómo financiar tanta externalización de capacidades no utilizadas por el mercado, cuestión más fiscal que financiera, se plantean interrogantes sobre las opciones a tomar en el contexto de una sociedad digital envejecida.

- ¿Tiene la actual organización del mercado suficiente capacidad para absorber todas las capacidades profesionales de la población, incluidos los jóvenes adultos y los adultos mayores, con una mejora de la adaptación de dichas capacidades a las necesidades del mercado (mejor correspondencia entre las competencias transmitidas en el sistema educativo y las necesidades de las empresas, inversión formativa a lo largo de toda la vida del trabajador, mejora del grado de satisfacción en la gestión de los recursos humanos de las empresas)?

«Se abre por primera vez en la historia un espacio y un tiempo no necesariamente dedicado a conseguir los recursos para la supervivencia»

- ¿Qué mecanismos de políticas públicas se pueden desarrollar para promover, incentivar y motivar al mercado a asumir el reto anterior?
- ¿Cómo combinar las energías de las nuevas generaciones con la experiencia de la población de mayor edad en la empresa para asumir los retos de la productividad y la innovación?
- ¿Cómo movilizar las capacidades humanas no utilizadas por el mercado para responder a las necesidades colectivas desde una perspectiva no mercantilista?
- ¿Qué papel puede jugar el tercer sector en la movilización de dichas capacidades?
- ¿Cómo incentivar y motivar a la población que no participa en el mercado de trabajo a seguir colaborando en la cobertura de las necesidades colectivas?

Empieza a ser urgente responder a estos interrogantes para reducir los costes y las tensiones de la transición al nuevo tipo de sociedad, dado los indicios de deterioro de la gobernabilidad democrática de nuestras sociedades.

El debate sobre las pensiones y sobre la edad de la jubilación debe situarse en el marco del diseño de las nuevas sociedades y no en el estrecho marco heredado de las restricciones presupuestarias a corto plazo. Las sociedades avanzadas disponen de los recursos suficientes para abordar la cuestión sobre cómo asegurar el bienestar de toda la población movilizando todas sus capacidades para contribuir a ello.



3 Las preferencias del consumo

Una sociedad de consumo envejecida como la que representan las sociedades avanzadas acostumbradas a segmentar la oferta de productos y servicios según las características de la demanda y los perfiles de los consumidores, conlleva un cambio importante en la producción de servicios y productos adaptados a las necesidades y gustos de la población mayor debido a su mayor peso entre la población.

No nos referimos solamente a los aspectos directamente relacionados con el cuidado de las personas mayores, sino a la amplia gama de productos de alimentación, de moda, características de las viviendas, ocio, cultura, transporte... Se trata de una reorientación del basto sector del consumo que progresivamente se va adaptando al cambio demográfico.

Nuevas oportunidades, nuevas especializaciones en las ocupaciones, nuevos enfoques de negocio, nuevos diseños de las ciudades, de la movilidad, de las viviendas, de los espacios públicos y el transporte... Se abre un espacio de innovación y crecimiento a recorrer. Nuevas oportunidades para el emprendimiento empresarial, nuevas especializaciones profesionales que requieren formaciones específicas, pero también nuevos retos para la planificación de las ciudades, especialmente en lo referente al parque de viviendas, la movilidad y los espacios públicos.

De la misma manera que en los inicios de la sociedad industrial se hicieron propuestas pioneras de urbanismo que han configurado las ciudades actuales, ahora es el momento de aventurarse a dibujar las ciudades del futuro.

En una sociedad envejecida, la juventud es un valor simbólico cotizado al alza que es utilizado por las estrategias de venta. Pero sea cual sea la estrategia de *marketing*, los productos y servicios deben adaptarse a las necesidades e intereses de las personas mayores, diferenciándose más en función de la edad de los consumidores. El consumo, que ha jugado un papel integrador en las sociedades industriales consumistas, se estratifica por colectivos de edad reforzando identidades propias en las nuevas sociedades.



Llevar una vida sana 4

En el pasado hemos aprendido que cuidar bien a la población es beneficioso para todos. Cuidar a los recién nacidos para que llegaran a la edad adulta ha sido el punto de partida de la transición demográfica que nos ha conducido a la situación actual.

Cuidar bien a toda la población, no solamente a los mayores, deviene uno de los ejes principales de la actividad colectiva de nuestras sociedades. La pandemia actual de la COVID-19 no ha hecho más que ponerlo en evidencia.

Para poder mantener y acrecentar los niveles de bienestar conseguidos, se plantea un nuevo tipo de productividad: como mejor sea la salud de la población, entendida en su acepción más amplia, menos cuidados deberemos proveer y más recursos podremos dedicar a otros aspectos del bienestar.

Hace décadas que la industria del consumo y del ocio focaliza su atención sobre el cuidado del cuerpo y la vida sana. Los éxitos de las campañas de reducción del tabaquismo demuestran que es posible conseguir cambios en los comportamientos no saludables de la población. En la actualidad, el sistema de salud se está centrando en la lucha contra la obesidad y en promover comportamientos saludables para la prevención de las enfermedades de mayor impacto en la población.

El envejecimiento de la población exige un mayor impulso en esta dirección para ofrecer más años de vida en buenas condiciones de salud y reducir la importante factura de una longevidad enferma.

El sector económico de la salud se está convirtiendo en uno de los motores de la innovación tecnológica y su importancia económica crece cada día. Además de sus aspectos económicos y de empleo, la promoción de la salud ofrece otro campo para la organización colectiva de actividades que impliquen de forma solidaria a toda la población.

Ello requiere cuatro retos importantes:

- Una visión menos medicalizada de la salud. Mantener niveles elevados de salud de la población para que no tenga que recurrir a los servicios médicos.
- El debate sobre los límites éticos y morales de la intervención médica en las etapas finales de la vida.
- La promoción de una vida sana y de unos comportamientos saludables. Una parte de este reto consiste en regular todos aquellos productos y servicios que no contribuyan a una vida sana (alimentación, contaminación, ruidos...), pero otra parte requiere la organización de recursos, espacios e iniciativas que hagan posible una vida sana para toda la población, y ello requiere la movilización activa de toda la población y de forma no supeditada a las restricciones del mercado.
- ¿Cómo atender a las personas de edad más avanzada con elevados grados de dependencia? Lo estragos de la pandemia de la COVID-19 en las residencias de los mayores ha puesto en evidencia la obsolescencia del modelo actual. Urge proponer nuevos modelos integrales que aborden las diferentes necesidades de la población dependiente y su relación inclusiva con la comunidad.

5 Las relaciones intergeneracionales

El envejecimiento de la población está transformando las relaciones entre generaciones. Estamos evolucionando desde unas sociedades en las que una pequeña minoría longeva ostentaba todo el poder material y simbólico, hacia otras, más democráticas, en las que los jóvenes luchan por adquirir cuotas más amplias de poder, especialmente en el simbólico. Si, además, el proceso de envejecimiento atraviesa una época de aceleración de otro tipo de cambios disruptivos como los tecnológicos y los de la crisis climática en los que la aportación de la experiencia tiene menor relevancia por los cambios en los contextos de referencia, están servidas nuevas tensiones entre las generaciones que conviven en una misma época.

Es ley de vida que cada generación ha de hacerse su hueco en la sociedad y aportar su contribución a la renovación de las estructuras sociales. Esta renovación siempre ha sido tensa y sujeta a los marcos de las estructuras de poder de las sociedades. Desde hace décadas, las nuevas generaciones han conseguido mayores cuotas de protagonismo en las sociedades desarrolladas, y las generaciones mayores, aunque conservan amplias zonas de poder, deben competir con las más jóvenes para demostrar su capacidad de liderazgo y su aportación al bienestar colectivo. La edad ya no es una condición incontestable para imponer situaciones de poder heredadas tanto en el ámbito de la familia, la empresa o la sociedad.

Es curioso observar la contradicción de las sociedades en las que las generaciones jóvenes eran, y en algunas aún son, muy abundantes, y el porcentaje de personas mayores era muy reducido, los jóvenes tenían poco valor y los ancianos representaban los elevados valores de la sociedad y ocupaban la mayor parte de las instituciones de poder. Los jóvenes estaban supeditados a servir los intereses de las personas mayores. En cambio, en las sociedades con una relación personas mayores/personas jóvenes más favorable a las primeras, los jóvenes ganan en valor simbólico y los mayores pierden peso. Y si ello ocurre en sociedades en rápida transformación disruptiva, el valor de la tradición y la experiencia pierde su valor funcional. Los jóvenes tienen menos incentivos para crecer puesto que perderán valor, lo contrario de los casos inversos.

En cambio, desde un punto de vista de la organización política, el mayor número de votos de personas mayores en comparación con el menor de los jóvenes sigue otorgando a aquel colectivo gran influencia en las decisiones públicas y en las estructuras de poder (el ejemplo de las diferencias de voto generacional en el caso del Brexit es paradigmático). Este cambio de peso electoral ha conducido incluso a algunos autores a proponer el voto ponderado según la edad rompiendo el principio democrático de igualdad del voto de cada persona.

En momentos de cambios estructurales como los actuales, las vivencias de dichos cambios por parte de las generaciones que conviven se interiorizan de forma diferente en función de sus perspectivas vitales. La sucesión de fenómenos de referencia que marcan las distintas generaciones es vivida de forma muy diferente según el momento que les afecta: los cambios producidos por Internet han impactado de forma muy diferente entre los que nacieron en plena expansión de sus efectos, los que los vivieron en pleno desarrollo personal y a los que les afectó al final de sus vidas. Ello genera identidades diferenciadas más marcadas entre las generaciones y una sensación de aceleración de los cambios que depende, en gran manera, de la velocidad relativa de adaptación a los cambios de cada generación.

En el ámbito demográfico, parece observarse una especie de compensación del aumento de la esperanza de vida con un retraso en la edad de reproducción, de forma que puedan convivir durante más tiempo tres generaciones, pero no más. Conocer a bisabuelos sigue siendo un caso remoto.

Esos elementos de cambio en las relaciones entre las generaciones conviven con otro elemento, uno de los más importantes, que es la generalización de la educación secundaria con amplias capas sociales que participan en los estudios superiores. Este hecho, seguramente, es el que más ha influido en una relación más fluida y distributiva entre las generaciones y conlleva nuevos retos de gran interés. Las nuevas generaciones mejor formadas se relacionan con otras generaciones con menores niveles de formación, pero con más experiencia por acumulación en el tiempo de vivencias como forma de adquisición del conocimiento.

Esta será la clave de las relaciones intergeneracionales en el futuro, la colaboración entre saberes y experiencia para conseguir gobernar la complejidad creciente de nuestras sociedades. Si aceptamos que nuestras sociedades son más complejas por el incremento substancial de las interacciones de más individuos con mayores grados de autonomía, será necesario combinar más eficazmente la colaboración entre conocimientos y experiencias para acertar en la toma de decisiones clave en la empresa, en la familia y en la sociedad.

El ejemplo de la pandemia de la COVID-19 o el de la necesidad de hacer frente al cambio climático, en muy breve tiempo y a escala planetaria, constituyen dos buenos ejemplos sobre la necesidad de movilizar todos los recursos de conocimiento y experiencia disponibles para acertar en las decisiones a tomar. Estos dos casos de elevadísima complejidad requieren la colaboración y la implicación de toda la sociedad, sea cual sea su edad. Pero, en cambio, a menudo se presenta el debate contaminado por diferencias generacionales basadas en intereses de perspectivas vitales diferentes que enturbian el análisis de las causas, confundiendo intereses generacionales con intereses y estructuras de poder económico, social y político.

Es evidente que las vivencias son diferentes según las generaciones, pero el interés común se halla en encontrar el equilibrio entre los esfuerzos y las recompensas distribuidas equitativamente entre ellas y en el tiempo. Esta es la gran oportunidad de nuestros tiempos en los que podemos encontrar los nuevos equilibrios que pongan las bases de una nueva era de bienestar futura.

La colaboración entre generaciones y no el enfrentamiento es el camino para abordar los retos del presente y plasmar soluciones de futuro. Ello pasa por reconocer las aportaciones y las riquezas de cada generación, junto con sus diferentes perspectivas e intereses vitales, pero que confluyen en la convivencia del presente y en la construcción del futuro.

Tanto en el caso de los jóvenes como en el de los mayores, significa repensar su lugar en la sociedad, qué derechos y qué deberes, y qué responsabilidades afectan a ambos colectivos. ¿Cuál es o cuál debe ser su contribución al bienestar colectivo? La situación actual de declararlos ambiguamente dependientes sin concretar sus derechos ni deberes cívicos supone demasiados riesgos de precariedad para ambos colectivos.

La suposición de que estamos llegando a una especie de paraíso terrenal en el que con la aportación productiva de unos cuantos es posible, gracias a las nuevas tecnologías, que el resto de la población pueda vivir libremente a su voluntad, no es sostenible ni creíble. Estamos, como mínimo, lejos de tal situación y, en cambio, vemos cómo se multiplican los problemas sociales y colectivos aún sin resolver. Continúa siendo necesaria la aportación de toda la población, sea cual sea su generación, para generar los recursos necesarios que aseguren una vida digna a toda la población.

Constituir sociedades basadas en la sabiduría, entendida como combinación de conocimientos y experiencia, debería ser el *leitmotiv* que guiará las reflexiones para construir las nuevas sociedades con renovadas estructuras sociales basadas en la colaboración intergeneracional. Un atractivo plan de trabajo para los que vivimos inmersos en estos tiempos convulsos.

«Colaboración entre saberes y experiencia»

Decálogo

1. La idea de la sociedad montada en torno a la idea productivista, es necesaria, porque si no producimos muchos bienes y muchos servicios la calidad de nuestra vida baja, pero organizar toda la sociedad en torno a ese valor y todo lo que no sea eso es desechable o es de segunda instancia, eso es lo que ya no se adecúa a los retos, ni a las posibilidades que tenemos.
2. El acuerdo, la voluntad de colaboración, es la clave, porque uno de los riesgos que muchos ensayistas han dicho: Más envejecida nuestra sociedad, menos innovadora. Por tanto, necesitamos los jóvenes para seguir innovando y para seguir con su gran capacidad y con su gran energía, pero al mismo tiempo necesitamos esa experiencia de las personas mayores y es la combinación de los dos que da ese aspecto de sabiduría, que hoy podemos perfectamente plantear cómo organizamos una sociedad sabia.
3. Cuando la savia está estabilizada en un nuevo modelo ya nos podemos adaptar, es como una casa, cuando ya está hecha, pues cambias ya muebles, cambias los cuadros, la decoración, pero la estructura ya no la vas a cambiar. En cambio, cuando estás haciendo obras es cuando puedes diseñar. Pues ahora hemos de diseñar, igual que a principios del siglo XX o finales del XIX se pusieron las bases del estado de bienestar del siglo XX que ha dado mucho juego.
4. Hemos de definir el papel de todos respecto a la sociedad, de niños, de jóvenes, de adultos y de mayores. Y eso quiere decir redefinir nuestra aportación a la producción de recursos, estamos alargando tanto la incorporación de los jóvenes al mercado de trabajo que no tiene sentido, jóvenes con 25, 30, 35 años no han trabajado nunca. Y a los 50 ya los estamos retirando. Ese esquema es el que no funciona, ni funcionará en el futuro.
5. El papel, la gran oportunidad y cómo lo movemos, de esa especialización profesional a las necesidades de las personas mayores. Eso quiere decir que, en las carreras profesionales, en la formación profesional, hay que concebir las ciudades de forma nueva, las casas de forma nueva, los trabajos de forma nueva, etc.
6. También hemos de pensar el aspecto que la pandemia ha puesto más en énfasis, que es cuando las personas son muy mayores, ya no se valen por sí mismas, qué modelo de atención hemos de procurar. Sabemos que aparcarlos en residencias con pocos recursos es muy vulnerable y no es la mejor forma, después de una vida digna, de acabar la vida de las personas.
7. Debemos buscar cómo configuramos centros de proximidad, de cuidado, de atención, en los que, si hemos de vivir porque ya no hay otra forma de cuidarnos, pues que sea una vida agradable.
8. Hemos de desmedicalizar la salud para que toda la sociedad se implique en una vida saludable.
9. Hay elementos éticos que debemos reflejar, qué hacemos ante los problemas éticos del final de la vida. Decisiones difíciles de tomar, pero nos podemos poner de acuerdo en esos valores, en esos criterios éticos de cómo acabar la vida.
10. Promover un nuevo acuerdo intergeneracional para abordar, para diseñar los nuevos retos de la nueva sociedad. Tenemos tiempo, tenemos experiencia y tenemos recursos suficientes para poderlo hacer. Nos hemos de poner a esa tarea y vosotros estáis trabajando en esa dirección.

Bibliografía

- Fundació Víctor Grífols i Lucas. (2020) Soledad, envejecimiento y final de la vida. Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas, 55. Barcelona, 2020
- PÉREZ DÍAZ, Julio; ABELLÁN GARCÍA, Antonio; ACEITUNO NIETO, Pilar; RAMIRO FARIÑAS, Diego. (2020). "Un perfil de las personas mayores en España, 2020. Indicadores estadísticos básicos". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 25, 39p. [Fecha de publicación: 12/03/2020]. http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-indicadoresbasicos2020.pdf.
- Maria Pía Barenys Pérz. (2002) Els valors socials i la gent gran. Revista catalana de sociología, ISSN 1136-8527, ISSN-e 2013-5149, Nº. 16, 2002, págs. 9-26
- María Teresa Bazo.(1992) LA NUEVA SOCIOLOGÍA DE LA VEJEZ:DE LA TEORÍA A LOS MÉTODOS. Reis. Madrid, 60/92 págs. 9060/92
- Spijker J, Zueras P (2016). El cuidado a los mayores en un contexto de envejecimiento y cambio social, político y económico. *Panorama Social 23: 109-124.*
- UN. World Population Prospects (2019): Highlights. June 2019. https://population.un.org/wpp .
- UNECE. (2018) Active Aging Index. Analytical Report. Ginebra, 2019
- Zueras, P. y Rentería, E. (2021). "La esperanza de vida libre de enfermedad no aumenta en España". *Perspectives Demogràfiques, 22: 1-4 (ISSN: 2696- 4228). DOI: 10.46710/ced. pd.esp.22.*

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Comunicación



Emilio Morenatti/AP (1)

ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Preámbulo 290
2. La labor de los medios de comunicación 291
3. Medios de comunicación tradicionales y las nuevas fuentes 292
4. Pedagogía sobre el uso de las fuentes de comunicación 294
5. Precariedad y edadismo en medios públicos y privados 295
6. La cobertura de la soledad y los mayores en los medios de comunicación 296
7. Consensos y responsabilidad 298
Decálogo 300

«¿Qué hacemos con nuestros mayores?»

Barcelona
Octubre, 2021

CC BY NC ND

Autores



Fernando Sánchez Tulla

Licenciado en Administración y Dirección de Empresas, y MBA con la especialidad en Funeral Services (FUSEMBA), formado en Marketing Digital, Community Management y en Liderazgo en Innovación Social en ESADE. Director de Comunicación y Relaciones Institucionales del Grupo Mémora y de la Fundación Mémora. (líder del GRUPO)



Anna Cristeto

Periodista y consultora. Ha sido directora de Giró Consultants, Reputation & Strategy entre 2020 y 2021, de El Periódico entre 2019 y 2020, y delegada de Europa Press Catalunya desde 2011 hasta 2019. Licenciada en Periodismo por la Universidad Autónoma de Barcelona (2000) y PDD del IESE. Desde 2015 es profesora-colaboradora del máster de Dirección de Comunicación Empresarial y Corporativa del Institut de Formació Contínua-IL3 de la Universidad de Barcelona.



Raúl Gallego Abellán

Periodista y director de documentales. Ha trabajado para TVE, TV3, AP, Channel 4 Inglaterra, y ha colaborado con *The Washington Post* y *The Intercept.* Es uno de los periodistas más galardonados de su generación: ha recibido múltiples premios a nivel nacional e internacional como el Premio Miguel Gil, Edward R. Murrow Award, Royal Television Society de Londres. Su carrera se ha centrado en el periodismo social y el reporterismo de guerra. Ha colaborado con el artista Ai Weiwei como cinematógrafo y editor. Actualmente produce y dirige la serie *Fly on the wall* para Al Jazeera English.



Àngel García

Barcelona, 1981. Es fotoperiodista y colaborador de la agencia Bloomberg, donde se centra en reportajes de ámbito documental. Ha recibido la beca CLIC para fotoperiodistas jóvenes de Cataluña (2007), la beca del Seminario de Fotografía y Periodismo de Albarracín, España (2008), la beca CONCA (2009), la beca DevReporter de la Unión Europea (2019) y el Premio Montserrat Roig de Periodismo Social (2020).



Emilio Morenatti

Estudió Diseño Gráfico. Máster en Fotoperiodismo y Fotografía Documental por la Universidad de Arte de Londres. En 1992 se unió a la Agencia EFEy desde 2004 trabaja exclusivamente para Associated Press , donde en la actualidad dirige el departamento de fotografía en España y Portugal . Comprometido con la información, ha cubierto desastres, guerras y situaciones de conflicto, principalmente en el Oriente Medio, Afganistán, Pakistán y el norte de África. Fue secuestrado en 2006 en la ciudad de Gaza. El 12 de agosto de 2009 sufrió un atentado en Kandahar en Afganistán. Nombrado en dos ocasiones, mejor fotoperiodista del año en Estados Unidos. Entre sus galardones destaca el Fotopress, el premio Godó de fotoperiodismo, el Ortega y Gasset y el World Press Photo en dos ocasiones. En el año 2021 ha sido galardonado con el premio Pulitzer en la categoría de reportaje fotográfico.

1 Preámbulo

En lugares, sociedades y culturas más primitivas y menos desarrolladas como las tribales, son los mayores los que acumulan la experiencia, los que la comparten con las nuevas generaciones. Son los más respetados, la autoridad, y los que lideran la toma de decisiones de la comunidad. El "consejo de mayores" es el que participa y toma las grandes decisiones. Esta es una diferencia abismal respecto a otras sociedades más evolucionadas. Cuando se quiere atacar a una comunidad se ataca a los mayores, con lo que se pierde la historia. Aquí, en nuestra sociedad occidental, paradójicamente, les relevamos a un papel totalmente contrario. ¿Qué hacemos con nuestros mayores?

Hoy queremos quitarnos edad para confort propio, pero quizás también para no ser excluidos del sistema. El edadismo nos debe llevar a hacer un llamamiento a la reflexión sin caer en los extremos. Apelar a una vida lo más natural posible aceptando las arrugas, evitando el filtro y la pose continua que permiten las redes. Los medios deberían intentar frenarlo como ya lo hacen, de una manera más o menos coordinada, en cuestiones relevantes socialmente como la seguridad vial, el acoso escolar o la discriminación y violencia de género.

Como punto de partida, compartimos una reciente reflexión de Ignacio Escolar sobre los medios y la pandemia:

"La información ha sido imprescindible para la sociedad. Nunca antes los periodistas habíamos cubierto una noticia que hubiera transformado tanto la realidad cotidiana de las personas".

Siendo conscientes de la importancia en la transformación de realidad cotidiana y del decisivo papel del periodismo y los medios en defensa de la transparencia en momentos como los que estamos viviendo, compartimos algunas reflexiones respecto al papel de la comunicación.



Emilio Morenatti/AP (2)

La labor de los medios de comunicación 2

Los medios de comunicación deberían informar, corroborar, contrastar y denunciar de forma objetiva y con datos, hechos, la realidad de la situación de nuestros ciudadanos y la sociedad en general. Desafortunadamente, una parte relevante de medios españoles están "influidos", dependiendo de subvenciones públicas y publicidad institucional o privada.

Deberían ser una herramienta de monitorización, denuncia, pero también de sensibilización y de cuestionamiento de las administraciones, las autoridades, las empresas y de la realidad de la sociedad. Por otra parte, la monitorización y la denuncia ayudan porque conciencian, pero también pueden provocar miedos. Es necesario un abordaje más en positivo de este tipo de temáticas en los medios.

España cuenta con una corta tradición democrática, y esto puede explicar el escaso periodismo de denuncia que existe en este país. Los medios más situados en los extremos no se cuestionan o interpelan a los políticos con transparencia y neutralidad a no ser que sean de la ideología contraria a la línea editorial. De todas formas, todavía queda un pequeño grupo de medios que interpelan a todas las partes. Directores y jefes de secciones pueden cambiar cuando hay cambios de Gobierno. Directivos de bancos, multinacionales y políticos, en ocasiones, ejercen presiones y amenazas a los medios e imponen condiciones de lo que se puede o no se puede publicar. En ciertos entornos se castiga y persigue a los que cuestionan, no siguen las directrices o no se autocensuran.

Los medios públicos deberían asumir una mayor responsabilidad social, ética y, a la vez, pedagógica. Los medios públicos en nuestro país no tienen la tradición de independencia y de servicio público como pueden tener la BBC en Inglaterra o PBS en los EEUU. Con frecuencia, los medios públicos en España se utilizan como altavoces y forman parte de la agenda política y económica del Gobierno y de los partidos políticos cercanos al poder.

Respecto a las sociedades cuidadoras, su papel debería ser el de abordar el debate en positivo, para ir ayudando a agrietar o aligerar los tabúes sobre el final de la vida, aunque no sea siempre un cometido sencillo. De todas formas, cabe pensar que el momento actual no es el más apropiado para superar este tipo de tabúes. Cuando logremos superar o abandonar la notoriedad de la pandemia, la sociedad se enfocará a consumir temas positivos.

En un momento donde la población sufre intoxicación o sobreinformación en las redes sociales, proliferación de bulos o *fake news*, existe una oportunidad para los medios tradicionales y digitales de comprometerse a proporcionar una información ejemplar, corroborada, contrastada, y diferenciarse del ruido mediático.

«Los medios de comunicación deberían informar, corroborar, contrastar y denunciar de forma objetiva»

13 Medios de comunicación tradicionales y las nuevas fuentes



Emilio Morenatti/AP (3)

Medios de comunicación tradicionales y las nuevas fuentes de información utilizadas por el gran público. La explosión de las redes sociales y la crisis de confianza

Nos enfrentamos a un escenario complejo y cambiante respecto a la manera que tienen los ciudadanos de informarse. España es uno de los países con una mayor pérdida de confianza en los medios de comunicación y se acrecienta cuanto más joven es la población encuestada.

Según datos recogidos por los últimos *Digital News Reports* dirigidos por el Reuters Institute for the Study of Journalism de la Universidad de Oxford, existe claramente una crisis de confianza en las noticias. Tan solo un 36% se fía habitualmente de las noticias, el nivel más bajo desde 2015, y decae la confianza en la información distribuida por redes sociales (23%) y buscadores (32%).

El público menor de 45 años impulsa el empleo informativo de las redes, que también crece en la población de mayor edad, aunque por contra, solo un 24% de los más jóvenes confía en las redes sociales. Únicamente un 55% de los internautas españoles considera que el periodismo independiente es esencial para el correcto funcionamiento de la democracia.

Existe mayor preocupación por la desinformación que circula a través de redes sociales y aplicaciones de mensajería instantánea (50%) que por la que se difunde a través de canales informativos (11%).

La mayor demanda de información por parte de los ciudadanos españoles durante el último año ha ido paralela al fuerte incremento de su preocupación por la proliferación de bulos. Según los datos del *Digital News Report España 2021*, el 67% de los usuarios españoles declara estar preocupado por

la desinformación, y la mayoría reconoce haber estado expuesto a bulos sobre el coronavirus (60%) o sobre asuntos políticos (50%) en la semana previa a la realización de la encuesta. Se trata de porcentajes muy elevados en comparación con los 46 países analizados en el estudio, cuya media ronda el 58% de ciudadanos preocupados por la desinformación. Según estos estudios, el ideal de periodismo objetivo para la mayoría de los encuestados requiere de pluralidad (76%), neutralidad (70%) y ecuanimidad (62%).

«El 67% de los usuarios españoles declara estar preocupado por la desinformación»



Emilio Morenatti/AP (4)

4 Pedagogía sobre el uso de las fuentes de comunicación

Paralelamente a la reflexión sobre qué consideramos fuentes fiables de información, la prensa tradicional, los medios digitales, las redes sociales y el papel de los medios de comunicación deberíamos –quizás– reflexionar sobre si el uso que hacemos de ellos como sociedad es el correcto. Si estamos preparados y preparamos a los ciudadanos a utilizarlos y a desarrollar criterio y una opinión propia. Los tutores deberían estar bien orientados para poder orientar bien a sus tutelados.

La pedagogía empieza por la educación en las escuelas y en las diferentes etapas del sistema educativo. Los continuos cambios en los modelos educativos en nuestro país han generado y continúan generando interferencias en este sentido. Desde el ámbito de la educación, debemos ser capaces de asegurar y potenciar las competencias en cuanto al acceso a la información, la capacidad de análisis, la mirada crítica, la gestión de la pluralidad de fuentes, la contraposición de opiniones, y, en definitiva, la de capacidad y competencia en poder desarrollar espíritu crítico y elaborar una opinión propia.

Cuando ya no se está en disposición de recibir esa formación a través del sistema educativo, es necesario plantear mecanismos de educación. La evolución y aparición de nuevos modelos de comunicación hacen necesario poner en marcha nuevas oportunidades o herramientas para lograrlo. "Volver al colegio", reeducar a través de un ecosistema que debería ser diseñado de una manera transversal. Los propios medios de comunicación deberían apostar y garantizar este proceso formativo fuera de las aulas.

Mientras tanto, debería reforzarse el compromiso ético y moral del periodismo y de los propietarios de los medios de comunicación y redes sociales para informar adecuadamente a los que no tienen suficiente capacidad de acceso a la información, comprensión y reflexión. Recientemente hemos visto claros ejemplos en medios y redes de limitación de información y censura de ciertos perfiles para evitar que la desinformación pueda resultar peligrosa.

El sistema es perverso y se hace necesario anticipar las problemáticas para poder realizar una buena crítica.



Emilio Morenatti/AP (5)

Precariedad y edadismo en medios públicos y privados

5



Emilio Morenatti/AP (6)

Responsabilidad de los medios

Respecto a la presencia de *seniors* en los medios de comunicación, el sistema presiona para su jubilación, especialmente en el ámbito privado. Todo queda en manos de la motivación propia del profesional, a pesar de la precarización que provoca el sistema y contexto en el que vivimos.

Podemos afirmar que existe edadismo, discriminación por edad, en los medios de comunicación, tanto directa como indirectamente. La pandemia está demostrando que la de los mayores es la única franja de edad que no puede comunicar por sí misma sus reivindicaciones al no estar presentes en los medios. Por contra, los más jóvenes, que son el otro extremo de la pirámide poblacional, tienen voz y defensa indirecta a través de los adultos, y directa a través de las redes sociales. La brecha digital por edad existe, aunque se sigue avanzando a pasos acelerados.

6 La cobertura de la soledad y los mayores en los medios de comunicación

«De las 187 publicaciones analizadas, el 52,4% son artículos dedicados a hablar sobre la soledad»

Un reciente estudio publicado en el marco del Observatorio Ciudades que Cuidan, impulsado por la Fundación Mémora y en colaboración con la Fundación "la Caixa" concluye, entre otras cuestiones, el papel clave de los medios de comunicación en la sensibilización social de la soledad no deseada.

Bajo el título *Impacto de la soledad en los medios de comunicación*, el informe realiza un análisis de la repercusión de la soledad no deseada a partir de la opinión publicada en los medios de comunicación con el objetivo de describir el impacto de la soledad en el envejecimiento y el final de vida. El estudio se ha llevado a cabo a partir de la revisión de un total de 187 artículos y noticias publicados en prensa digital y en papel, centrando el foco en la soledad en las personas mayores.

De las 187 publicaciones analizadas, el 52,4% son artículos dedicados a hablar sobre la soledad, sus causas, consecuencias y porcentajes de personas mayores que viven solas, tanto en el global de España como en las diferentes comunidades autónomas y municipios, según el ámbito del medio de comunicación. Por otro lado, los que ofrecen noticias sobre el hallazgo de personas mayores fallecidas solas en su domicilio representan el 9,6% de los artículos analizados. Por último, el 38% refieren planes e intervenciones, o propuestas de actuación que se implementan en diferentes puntos de España.

En este sentido, el informe apunta a la importancia de la respuesta de las instituciones para ofrecer apoyo a estas situaciones de soledad cada vez más visible en las agendas políticas de diversos países como, por ejemplo, Reino Unido a partir de la creación, en 2018, del Ministerio de la Soledad. En España, existen proyectos de diferentes tipos: los que actúan como radares comunitarios, planes y programas de la Administración Pública, intervenciones de entidades sociales y de voluntariado, y proyectos tecnológicos.

El informe ha concluido que, si bien existen estudios que ofrecen datos sobre los mayores que viven en soledad, estos se refieren, sobre todo, a porcentajes de hogares unipersonales habitados por mayores de 65 años, como la Encuesta continua de hogares del INE.

Analizando las conclusiones de este informe, podemos vislumbrar una oportunidad y, a la vez, una interpelación a los medios en general sobre su responsabilidad compartida a la hora de analizar en profundidad las cuestiones vinculadas con el modelo de ciudad futura. También su papel visibilizando tanto las consecuencias actuales y futuras de la evolución sociodemográfica y de la soledad, como en ayudar a dar cobertura y conocer iniciativas locales de éxito que se están demostrando como potenciales modelos *bottom-up*, de abajo a arriba, a replicar e incorporar en los planes estratégicos de futuro en nuestras ciudades.



Emilio Morenatti/AP (7)

7 Consensos y responsabilidad

Los medios de comunicación, como notarios de la actualidad, tienen la capacidad y deberían incrementar sus esfuerzos y su responsabilidad en visibilizar las necesidades presentes y futuras de la sociedad en los diferentes contextos sociales. Su capacidad de análisis transversal y de generar e interpelar debates para que influyan en la actualidad y se incluyan en la agenda de los diferentes actores sociales, políticos, empresariales...debería ser una prioridad en sus estrategias.

Debemos apelar a su responsabilidad para anticipar debates. La pandemia nos ha abierto los ojos sobre esta situación. La crisis sanitaria y sus consecuencias en el sistema ha sido un claro ejemplo de un debate no abordado a tiempo. Debemos ser más conscientes de la necesidad de anticipar y abrir debates para que no vuelva a suceder lo que hemos sufrido en los últimos meses. Es una magnífica oportunidad para definir el modelo de ciudad que deberíamos conseguir en el futuro próximo.

La población espera que los medios ejerzan este papel. Tienen que ser un altavoz de las familias y un contrapeso para ayudar a dibujar una mejor sociedad. Ha crecido la necesidad de defender la dignidad de una sociedad cada vez más envejecida y con nuevas necesidades.

Los medios y redes deben informar con rigor, con responsabilidad y siendo muy cuidadosos con el uso de los datos. El periodismo de verificación de datos, o *fact-checking*, de origen estadounidense, todavía está en una fase incipiente en nuestro país. Su consolidación ha de confirmarse con la continuidad de las actuales plataformas, el posible nacimiento de otras y la presencia regular, más allá de los periodos electorales, en los propios medios de comunicación. En caso contrario, la verificación de datos correría el riesgo de quedarse en una moda pasajera en el periodismo.

«La crisis sanitaria y sus consecuencias en el sistema ha sido un claro ejemplo de un debate no abordado a tiempo. Debemos ser más conscientes de la necesidad de anticipar y abrir debates»



Emilio Morenatti/AP (8)

Necesitamos mejorar en cuanto a responsabilidad. No solo debe depender de la sensibilidad de los profesionales del periodismo. Deberían definirse y generarse planes de concienciación consensuados intrasector como ya se han llevado a cabo con éxito en cuestiones como los accidentes de tráfico, el acoso en las escuelas, o la violencia de género. Debemos provocar que se lleve a un "Pacto por la sociedad cuidadora". Las administraciones públicas, desde el Estado hasta las administraciones locales, han de ser corresponsables en este pacto. Este tipo de acuerdos promueven y facilitan también la adhesión del mundo de la empresa. La colaboración público-privada en la definición del futuro ecosistema de las ciudades que cuidan es fundamental para lograr el compromiso de todas las partes. Estos pactos pueden evolucionar y pasar de ser intrasectoriales a intersectoriales, como hemos podido ver con ejemplos recientes, como la sostenibilidad o la discriminación de género.

Decálogo

1. Impulsar desde la comunicación la visibilización de los déficits de nuestra sociedad y de esta manera colaborar en que la sociedad se conciencie de la realidad que tenemos que abordar.
2. Anticipar y generar debates sociales con mayor antelación. Qué mejor ejemplo que la pandemia para darnos cuenta de que ciertos debates han llegado tarde, como cuál tiene que ser el escenario de las residencias o del cuidado de nuestros mayores o del sistema sanitario.
3. Por otro lado, recuperar confianza, garantizando la neutralidad, independencia, rigurosidad y contraste de la información, un back to the origins, retorno al origen del periodista de raza. Y en este grupo tenemos claros ejemplos de ello.
4. Impulsar la pedagogía sobre el uso de las fuentes de información, tanto en el sistema educativo como fuera de este entorno educativo cuando el acceso a él por edad ya no es posible.
5. Asegurar desde el ámbito de la educación, la consecución de competencias respecto a la capacidad de análisis y de desarrollo de una opinión propia. El sistema educativo debe capacitar a los ciudadanos en la construcción de una opinión propia y libre.
6. Reducir el edadismo en los medios de comunicación. Evitar la discriminación según su edad de los profesionales vinculados al ámbito de la comunicación.
7. Garantizar la voz de los mayores en los medios de comunicación. La presencia de mayores en comités editoriales o en estructuras vinculadas a los medios de comunicación ayudará a entender mejor sus necesidades, perspectivas y realidades como colectivo.
8. Colaborar en visibilizar pequeñas iniciativas de éxito, durante la pandemia hemos podido visualizar pequeñas acciones que se han organizado desde abajo y que muchas veces son las que acaban funcionando. Los medios tienen esta responsabilidad de identificar pequeñas iniciativas y darles visibilidad para que se incluyan luego en los planes y se consoliden.
9. Fomentar consensos, pactos intrasectoriales en términos de medios de comunicación, de canales de comunicación, pero también intersectoriales, o sea, esto no es solo de los medios de comunicación, esto no es solo del ámbito sanitario, esto no es solo del ámbito de la Administración Pública, esto es una responsabilidad de todos. Y lo estamos viendo en este proyecto de reflexión con 'Ciudades que cuidan'. Tenemos veintidós prismas diferentes para abordar, cómo tienen que ser nuestras ciudades. Esto viene de un pacto global y un pacto que tarde o temprano tenemos que abordar.
10. Actuar con prudencia por la capacidad de generación de opinión que manejan los medios y los profesionales de la comunicación. Se hace necesario garantizar más si cabe el respeto por la objetividad, neutralidad y el equilibrio en términos de periodismo emocional, dada la capacidad de los medios de fijar la agenda pública e influir sobre las cogniciones de las audiencias en sus formas de percibir y organizar el mundo.

Bibliografía

- Reuters Institute for the Study of Journalism, *Digital News Reports.* Universidad de Oxford con la colaboración de la Universidad de Navarra. http://www.digitalnewsreport.es/
- López Pan, F. y Rodríguez Rodríguez, J. 2020. El Fact Checking en España. Plataformas, prácticas y rasgos distintivos. Estudios sobre el Mensaje Periodístico. 26, 3 (mayo 2020), 1045-1065. DOI: https://doi.org/10.5209/esmp.65246
- Rodríguez Arjona, M.D., de Rillo González, F. y Berenguer Maimó, J. *Impacto de la soledad en los medios de comunicación. Fundación Mémora y Fundación "la Caixa". Disponible en:* https://ciudadesquecuidan.com/wp-content/uploads/210308_Informe-Observatorio-CqC-2020_Impacto-de-la-soledad-en-los-medios-de-comunicacion-1.pdf

Referencias

Retratos del impacto de la pandemia de COVID-19. Entre otras, presentamos, algunas de las imágenes con las que Emilio Morenatti ganó el 2021 Pulitzer Prize Winner in Feature Photography.

(1) Agustina Cañamero, de 81 años, abraza y besa a su marido Pascual Pérez, de 84, a través de una pantalla de plástico como medida preventiva contra el coronavirus en una residencia de ancianos en Barcelona, el 22 de junio de 2020. AP Photo/Emilio Morenatti

(2) Un paciente de coronavirus descansa en una silla dentro de una habitación aislada en un hospital público de Barcelona, el 18 de noviembre de 2020. AP Photo/Emilio Morenatti

(3) Aparcamiento del tanatorio de Collserola reconvertido en depósito de ataúdes, 02 de Abril de 2020. AP Photo/Emilio Morenatti

(4) Con trajes protectores para prevenir infecciones, los trabajadores de la funeraria retiran el cuerpo de una persona mayor que murió de COVID-19 en un hogar de ancianos mientras otro residente duerme en su cama en Barcelona, 5 de noviembre de 2020. AP Photo/Emilio Morenatti

(5) Profesionales funerarios trasladan el cadáver de un hombre muerto por Covid en su casa de Barcelona. AP Photo/Emilio Morenatti

(6) El cuerpo de una persona mayor, con un rosario entre las manos, preparada para su traslado en Barcelona, el 5 de noviembre de 2020. AP Photo/Emilio Morenatti

(7) El cuerpo de una persona mayor que murió de COVID-19 está cubierto con una sábana en su cama en un hogar de ancianos en Barcelona, España, el 13 de noviembre de 2020. AP Photo/Emilio Morenatti

(8) Francisco España, de 60 años, mira el mar Mediterráneo desde un paseo junto al Hospital del Mar en Barcelona, el 4 de septiembre de 2020. Francisco pasó 52 días en la UCI del hospital por covid-19 y sus médicos le permitieron ese día pasar casi diez minutos frente al mar como parte de una terapia para recuperarse de las secuelas del ingreso. AP Photo/Emilio Morenatti

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Ecología y Medio ambiente



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Introducción 305
2. La ecología para cambiar las reglas del juego de la planificación 306
3. Un modelo urbano más sostenible en la era de la información 307
4. El urbanismo ecosistémico 309
5. Soluciones Basadas en la Naturaleza (SBN) para los ecosistemas urbanos 310
6. Conclusión 334
Decálogo 335

«La ecología urbana y las soluciones basadas en la naturaleza»

Barcelona
Octubre, 2021

CC BY NC ND

Autor



Salvador Rueda

Presidente de la Fundación Ecología Urbana y Territorial. Fundador y Director de la Agencia de ecología Urbana de Barcelona (2000-2020). Ecólogo urbano, Licenciado en Ciencias biológicas y Psicología por la Universidad de Barcelona, diplomado en Ingeniería ambiental y en Gestión energética, se ha especializado en diferentes aspectos del medio ambiente urbano desde una perspectiva integral. Entre otras cosas, ha sido coordinador de programas de renovación y revitalización de la Ciutat Vella de Barcelona, ha redactado el Plan de Saneamiento de Cataluña y el Programa de Gestión de residuos del Área Metropolitana de Barcelona. También ha sido dirigente del Área de Medio Ambiente Urbano de la Generalitat de Catalunya y fue miembro del Grupo de Expertos de Medio Ambiente Urbano de la Unión Europea entre 1994 y 2000. Creador del Urbanismo Ecosistémico y el concepto de supermanzana. Ha desarrollado proyectos de investigación aplicada en los campos del urbanismo, la movilidad, el espacio público, el metabolismo, la biodiversidad, el desarrollo económico y la cohesión social.

Es autor de los libros: Ecología Urbana: Barcelona y su Región Metropolitana (1995); Barcelona, ciudad mediterránea, compacta y compleja. Una visión de futuro más sostenible (2002); Redactor principal y coordinador del Libro Verde de Medio Ambiente Urbano (2006); Libro Verde de Sostenibilidad Urbana y Local en la Era de la información (2012); El Urbanismo Ecológico: su aplicación en el diseño de un Ecobarrio en Figueras (2012), Ecological Urbanism, apartado: «A Holistic View of the Urban Phenomenon» (2012); Guía Metodológica para los sistemas de auditoría, certificación o acreditaciones de la Calidad y sostenibilidad en el Medio Urbano (2012). Certificado del Urbanismo Ecosistémico Regenerando el Plan Cerdá. De la manzana de Cerdá a la supermanzana del urbanismo ecosistémico (2020).

Ha impartido más de 500 conferencias de temas relacionados con la sostenibilidad, la ciudad y el medio ambiente. Ha participado como docente en más de una cuarentena de instituciones académicas, tanto a nivel nacional como internacional.

1 Introducción

La sociedad industrial se ha desarrollado "creyendo" que nos podíamos independizar de la naturaleza y sus leyes. Se ha desarrollado como si los límites no existieran. El resultado es insostenible. El futuro es incierto. Todo indicaba que el proceso evolutivo de los seres humanos iba dirigido a garantizar el futuro de la especie. La anticipación como componente clave de la inteligencia individual no se ha elevado a nivel colectivo. Nuestra capacidad de anticipación colectiva no ha sido capaz, hasta ahora, de abordar las incertidumbres creadas por las reglas del juego económicas y de poder de la sociedad industrial. Es urgente cambiar las reglas del juego y, en ellas, las personas y las leyes de la naturaleza deben estar en el centro del nuevo tablero de juego.

«Es urgente cambiar las reglas del juego y, en ellas, las personas y las leyes de la naturaleza deben estar en el centro del nuevo tablero de juego»

2 La ecología para cambiar las reglas del juego de la planificación



Estamos inmersos en un cambio de era (en tránsito desde la era industrial a la era digital) y en la necesaria formulación de un nuevo paradigma. En la era industrial se han sobrepasado los límites de determinadas variables esenciales para garantizar el futuro. El impacto profundo en los sistemas de la Tierra, y también en las ciudades y metrópolis, nos obliga a cambiar la lógica interna de producir la ciudad de los sistemas urbanos existentes y también la de los nuevos desarrollos urbanos. La magnitud y el tamaño de los impactos y desequilibrios nos obligan a concebir unas reglas del juego que abracen la totalidad de las variables que están en liza. El único marco conceptual que lo permite es la Ecología.

El objeto de estudio de la Ecología son los ecosistemas (1). Las ciudades son ecosistemas urbanos donde los seres humanos constituyen su componente principal. Los ecosistemas urbanos son los sistemas más complejos creados por la especie humana. Si se pretende abordar su transformación de manera holística, venimos obligados a formular modelos sintéticos que incidan en los componentes principales de los sistemas urbanos.

Un modelo urbano más sostenible en la era de la información

3

El conjunto de elementos constitutivos de una ciudad, con sus relaciones y restricciones, dan como resultado un sistema de proporciones. Estas proporciones, que son el resultado de múltiples factores e intereses, pueden ser generadoras de disfunciones de naturaleza diversa. Por ejemplo, si la producción de ciudad se prodiga en la extensión excesiva de suburbio, es bastante probable que se produzca una segregación social por rentas, culturas o etnias. La desigualdad entre territorios se hará realidad. En el suburbio, que suele tener la residencia como función casi exclusiva, el déficit de los servicios básicos y los equipamientos obligará a los residentes a utilizar el coche para acceder a ellos. Si el reparto modal está excesivamente decantado hacia el vehículo privado, la ocupación masiva del espacio público por el coche, la congestión o la calidad del aire, etc., darán como resultado una habitabilidad y una calidad urbana escasas. El consumo de energía y la emisión de gases de efecto invernadero se incrementarán, y la calidad del aire empeorará con el consiguiente impacto sobre la salud humana. El análisis se puede extender a otras variables urbanas. Con este ejemplo, se pone de manifiesto la necesidad de integrar el conjunto de variables para que las proporciones trabajen sinérgicamente en el abordaje de los retos actuales.

Como decíamos, las ciudades son los sistemas más complejos que ha creado la especie humana. La única manera de aproximarse a dicha complejidad y alcanzar el sistema de proporciones equilibrado es a través de modelos intencionales que, buscando abordar los retos e incertidumbres actuales, simplifiquen la realidad y nos permitan canalizar la energía del cambio. La definición de modelos intencionales permite establecer el terreno de juego para aplicar visiones transdisciplinares donde, luego, puedan aplicar sus conocimientos los especialistas sabiendo cuáles son los límites del campo de juego y las reglas a seguir. Hoy, del análisis de los problemas que presentan multitud de sistemas urbanos y del análisis de los que han conseguido minimizarlos, surge un modelo urbano intencional que es compacto en su morfología, complejo (mixto en usos y biodiverso) en su organización, eficiente metabólicamente y cohesionado socialmente.

La compacidad y funcionalidad urbana es el eje que atiende a la morfología y a las soluciones formales: densidad edificatoria, distribución de usos espaciales, el porcentaje de espacio verde o de viario. Determina la proximidad entre usos y funciones urbanas. Es el eje, además, que define la funcionalidad del sistema y el escenario de movilidad y espacio público.

La complejidad urbana atiende a la organización urbana, al grado de mixticidad de usos y funciones implantadas o a implantar en un territorio. La complejidad urbana es el reflejo de las interacciones que se establecen en la ciudad entre los entes organizados o también llamados personas jurídicas: actividades económicas, asociaciones, equipamientos e instituciones. Se incluyen en este componente del modelo los flujos de información y las personas jurídicas densas en conocimiento, base de las ciudades inteligentes. En este eje se incluye, también, la biodiversidad como expresión de la complejidad biológica que convive con los seres humanos en el ecosistema urbano.

Para el metabolismo urbano se busca la eficiencia de los flujos materiales, agua y energía, constituyentes del soporte de cualquier sistema urbano para mantener su organización y evitar ser contaminado. La gestión de los recursos naturales debe alcanzar la máxima eficiencia en su uso con la mínima perturbación de los ecosistemas de soporte, de acuerdo con el cuarto régimen metabólico (basado en la entropía y menos en la energía). Debido a las características intrínsecas de los ecosistemas urbanos, la propuesta metabólica ha de trascenderlos e insertarlos en su matriz regional más amplia, donde puedan desarrollar sus funciones de generación, regeneración y reproducción. La escala regional con la definición de geometrías variables para cada uno de los componentes metabólicos es clave para el desarrollo de estrategias tendentes a la autosuficiencia con recursos renovables.

La cohesión social trata de la convivencia entre las personas que habitan el espacio urbano y las relaciones que establecen entre sí. Las ciudades no pueden satisfacer su función de motor de progreso social, de crecimiento económico y de espacio de desarrollo de la democracia a menos que se mantenga el equilibrio social, tanto intra como interurbano, que se proteja su diversidad cultural y que se establezca una elevada calidad urbana. En un contexto atento a la vulnerabilidad social, la mezcla de rentas, culturas, edades y profesiones tiene un efecto estabilizador sobre el sistema urbano.

Cuatro ejes íntimamente relacionados, que interactúan sinérgicamente para dar respuestas integradas a realidades urbanas en procesos de rehabilitación y regeneración y, también, para acompañar a los planificadores de nuevos desarrollos urbanos. El modelo incide y se manifiesta en toda su extensión en realidades diversas que van de la escala metropolitana hasta un área de unas 16-20 ha.

De un tiempo a esta parte, han surgido iniciativas que proponen nuevos modelos de ciudad que atienden, de manera especial, determinados objetivos. La ciudad sostenible, la ciudad resiliente, la ciudad inteligente, la ciudad sostenible, la ciudad equitativa, la ciudad saludable... son ejemplos de modelo de ciudad. El modelo descrito más arriba acoge todos y cada de los modelos de ciudad descritos o, dicho de otra manera, para conseguir sus objetivos específicos, la ciudad tendrá que ser compacta en su morfología, compleja en su organización, eficiente metabólicamente y cohesionada socialmente.

« Los ecosistemas urbanos son los sistemas más complejos creados por la especie humana»

El urbanismo ecosistémico 4

Para la regeneración de los tejidos urbanos existentes y para la planificación de nuevos desarrollos

El urbanismo, como práctica social de creación y transformación de las ciudades, es el instrumento para abordar los retos actuales. Las limitaciones del urbanismo actual, sin embargo, obligan a la formulación de un nuevo urbanismo con bases ecológicas que amplíe el foco y nos permita, de ese modo, aumentar nuestra capacidad de anticipación ante las actuales incertidumbres creadas, sobre todo, por los sistemas urbanos.

Los quince principios del urbanismo ecosistémico llenan de contenido los ejes del modelo urbano intencional. Con quince principios se busca condensar las claves para la regeneración urbana y el diseño de nuevos desarrollos urbanos. La consecución de sus premisas y objetivos permite obtener los equilibrios sistémicos que garanticen el abordaje de los retos actuales, tanto urbanos como globales.

El urbanismo ecosistémico pone a las personas y las leyes de la naturaleza en el centro del tablero de la planificación.



5 Soluciones Basadas en la Naturaleza (SBN) para los ecosistemas urbanos

Se han considerado Soluciones Basadas en la Naturaleza (SbN) aquellos procesos y elementos que, siendo propios del funcionamiento y organización de la naturaleza, se han trasladado al funcionamiento y organización urbanas.

Se han identificado determinadas regularidades y principios en los ecosistemas naturales o alguno de sus componentes y se han trasladado a los ecosistemas urbanos atendiendo a las características de estos.

5.1. El edificio en los ecosistemas urbanos se asemeja al árbol en los ecosistemas naturales

El edificio en los sistemas urbanos juega un papel similar al árbol en los ecosistemas naturales. Las soluciones que adopta el árbol en materia de flujos metabólicos: energía, agua y materiales le permiten ser autosuficiente y fijar su posición en el bosque. Los árboles son autosuficientes en energía y adoptan diferentes estrategias para captar la energía solar. Utilizan el calor latente del agua para limitar la temperatura en determinados valores, compatibles con las funciones metabólicas. Capta los nutrientes de su entorno inmediato y parte de su "cuerpo" vegetativo lo pierde y lo vuelve a captar debidamente transformado.

Se adapta a las condiciones de su entorno y al clima, la edafología, la posición relativa que ocupa respecto a los otros árboles, etc., y todas ellas son "tenidas en cuenta" por el árbol para su permanencia en el tiempo. Por ejemplo, en un clima muy lluvioso, la madera de los árboles adaptados a ese clima será muy resistente a la humedad y tenderán a expulsar el agua sobrante, y al revés, si es un árbol adaptado a condiciones de sequedad extrema, será capaz de retener la mínima cantidad de agua.

Los árboles son los inventores del ascensor, y los flujos de materiales y agua son principalmente verticales. De hecho, en los ecosistemas naturales los movimientos masivos son en sentido vertical, no horizontal.

El árbol contiene, en su seno, un número no despreciables de "inquilinos" del mundo microscópico y del reino animal y vegetal acogiendo una parte de la biodiversidad del bosque.

El árbol en el bosque fija con su presencia y disposición espacial preponderante la morfología y la estructura, y establece una relación dinámica con el conjunto de organismos en general y muy especialmente con los vegetales creando unas condiciones de entorno que se regulan con dicha interacción. La temperatura, la humedad, la dicotomía insolación-sombras, los caminos, etc., son variables de entorno que son controladas por la relación entre los organismos en el ecosistema, y aunque el nivel de control es menor que el que ejercen los organismos pluricelulares con la homeostasis, el nivel de regulación que establecen les permite incrementar el número y la diversidad de organismos en el ecosistema, avanzando pasos en su sucesión (evolución de los ecosistemas) y en su madurez.

El edificio en los ecosistemas urbanos juega un papel similar al árbol en los ecosistemas naturales. No obstante, con la revolución industrial, los sistemas de construcción y de funcionamiento de los edificios se fueron alejando de los principios de

construcción y funcionamiento de la arquitectura vernácula adaptada a las condiciones de cada lugar.

Debido al actual escenario de incertidumbres que vienen con la emergencia climática, la extinción de especies, etc., estamos obligados a incrementar nuestra capacidad de anticipación y de adaptación incluyendo a todos los componentes del ecosistema urbano. Emular la organización y el funcionamiento del árbol en los edificios urbanos es esencial. Los edificios tienen que acercarse a la autosuficiencia en energía, agua y materiales. Tienen que estar construidos con materiales reciclables y con la mínima huella ecológica. Tienen que acoger a una gran diversidad de personas, actividades y organismos vivos compatibles. Los edificios tienen que, además, establecer mecanismos de relación con su entorno más o menos inmediato para regular las variables de entorno.

Haciendo un análisis un poco más detallado de algunas de las variables citadas, nos permitirá entender un poco mejor la aplicación de las soluciones basadas en la naturaleza en la edificación y los beneficios que estas nos aportan.

La fotosíntesis es el sistema que utilizan los sistemas autótrofos para captar la energía solar. Actualmente, los sistemas más empleados para captar energía solar en los edificios son los paneles solares térmicos y fotovoltaicos. Hoy se ubican, principalmente, en las cubiertas edificadas, pero la tecnología permitirá, en un futuro cercano, que puedan recubrir toda la "piel" del edificio. Los vegetales acumulan la energía captada en forma de moléculas químicas. En los edificios, esta función la cubrirán las baterías, los vehículos eléctricos, que podrán actuar de acumuladores dinámicos, y los acumuladores estacionales de energía (grandes tanques aislados de agua caliente en el subsuelo) formarán parte de los sistemas activos de energía para la climatización y demás servicios demandantes de energía. Para la climatización de los edificios, se suele utilizar la energía geotérmica que viene a sumarse a la energía solar. En nuestras latitudes con veranos muy calurosos, la energía geotérmica combinada con bombas de calor "inverter" es una solución idónea para el confort térmico en los edificios.

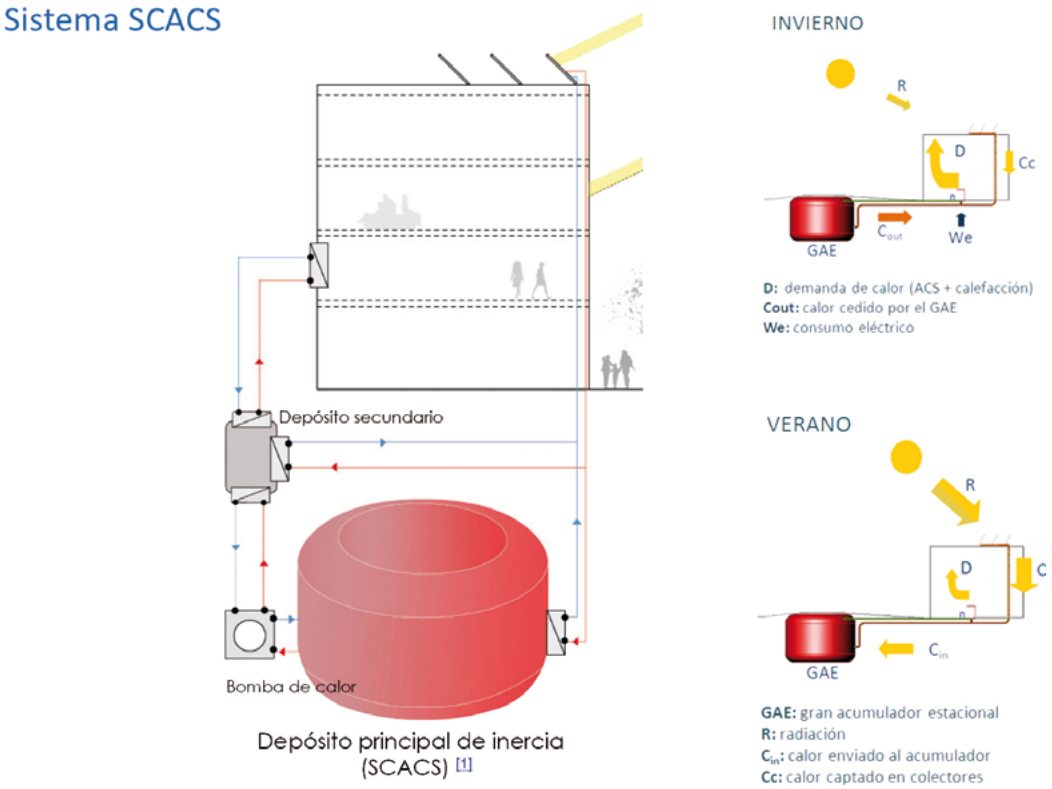


Fig. 1. Sistema de Climatización y Agua Caliente Sanitaria (SCACS) con energía solar.
Fuente: Moisés Morató y BCNecología.

A los sistemas activos de energía se le añaden los sistemas pasivos, que son esenciales para mantener el confort térmico con soluciones naturales. Los sistemas pasivos más conocidos son la ventilación cruzada, los buenos cerramientos de fachada y el aislamiento de la cubierta con cámaras de aire, láminas de agua, cubiertas verdes o una combinación de todas ellas sabiendo que la mayor parte del calor se desprende por la parte superior del edificio.

Con los sistemas activos y pasivos emulando a la naturaleza, se puede obtener una elevada autosuficiencia energética y elevados niveles de confort y de servicios energéticos. Estos sistemas son adecuados cuando los estilos de vida se alejan de comportamientos despilfarradores que se alejan, a su vez, de la eficiencia propia de la naturaleza.

El agua es otro componente básico para el funcionamiento del árbol y, también, del edificio. El agua y sus características son la clave para el movimiento vertical de nutrientes y de savia elaborada. En los edificios, el agua suele ser bombeada procedente de las redes de suministro de agua potable. Para acercarnos a SbN, el agua de lluvia podrá retenerse en aljibes dispuestos en la cubierta de los edificios o en el subsuelo, y estos estar conectados con el acuífero, pudiendo suministrar agua sin tratar para el riego, la limpieza y los inodoros. Ello supondría el ahorro de un 40% del agua consumido en un edificio residencial.

Construir edificios con los principios usados por la naturaleza en los árboles garantiza su sostenibilidad y garantiza, también, el bienestar y la habitabilidad de los ciudadanos residentes. Por ejemplo, en nuestras latitudes, habitar un edificio bien aislado reducirá significativamente el impacto de las olas de calor en personas vulnerables que vivan en las partes superiores del edificio, a la vez que ofrecerá confort térmico a lo largo de todo el año.

5.2. El control de las variables de entorno y la habitabilidad en el espacio público

Los ecosistemas naturales en su sucesión (evolución), tienden a "controlar", a partir de la relación de sus miembros, las variables de entorno: humedad, temperatura, el binomio insolación/sombras, caminos, etc. esenciales para incrementar y/o mantener su biodiversidad.

En los ecosistemas urbanos, el espacio público es el entorno donde vienen a coincidir las relaciones de los componentes del sistema: la temperatura, la disipación energética (el ruido, el calor), la calidad del aire, el nivel de atracción, la seguridad, etc. Son las variables de entorno del ecosistema urbano. En el suburbio, los niveles de ruido o de contaminación suelen ser bajos. No obstante, no tienen los valores de atracción de la ciudad y son propios de los desiertos urbanos. En la ciudad central, la atracción es suficiente, pero los niveles de ruido y contaminación son excesivos. La calidad urbana en ambos tejidos es mejorable y la habitabilidad, también.

Es habitual comprobar la ausencia de control de las variables de entorno tanto en los tejidos existentes como en los proyectos de planificación para nuevos desarrollos urbanos.

Entendiendo que el espacio público es fundamental para la definición de ciudad, asegurar su habitabilidad también lo es. La propuesta urbanística tendría que incluir:

a. El confort del espacio público a través del control del ruido, de la calidad del aire y del confort térmico.

b. La atracción del espacio público a partir de la implantación de los servicios básicos para residentes: la diversidad de personas jurídicas y la presencia de verde urbano.

c. La ergonomía en el espacio público, destinando la mayor parte del espacio para usos distintos a la movilidad de paso, asegurando la accesibilidad de "todos" y definiendo una relación: ancho de calle/ altura del edificio adecuada.

La falta de control actual de las variables de entorno en el espacio público se debe, sobre todo, por el uso, casi exclusivo, de la movilidad en el espacio público. En Barcelona, el 85% de la superficie de las calles se dedica a la movilidad. En este escenario, la habitabilidad es escasa y el ciudadano tiene que vivir en espacios ruidosos, contaminados, inseguros, etc. La solución adoptada por distintas ciudades basada en el modelo de supermanzanas les permite liberar el 70% del espacio hoy dedicado a la movilidad sin colapsar la funcionalidad de la ciudad.

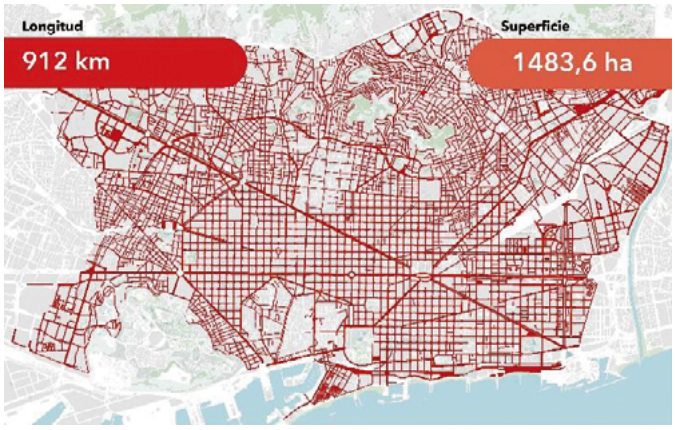


Fig. 2. Espacio viario dedicado a la movilidad, en la actualidad. Fuente: Rueda, S. y BCNecologia.

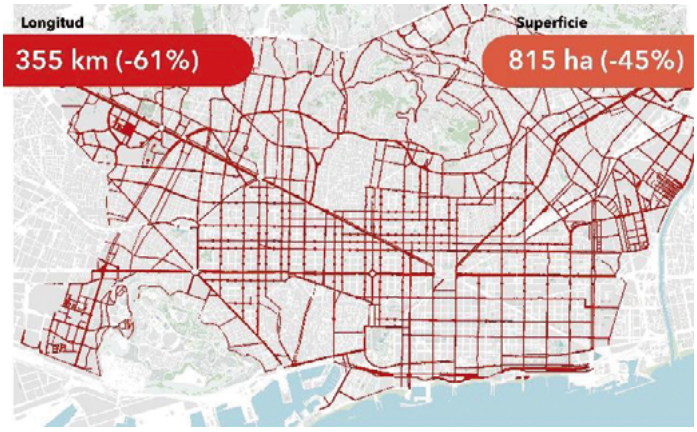


Fig. 3. En un escenario con supermanzanas en Barcelona. Fuente: Rueda, S. y BCNecologia.

En este escenario, el peatón (es un modo de transporte) se convierte en ciudadano que, en el espacio público, además del derecho al desplazamiento, puede desarrollar el derecho al entretenimiento, el derecho a la cultura y el arte en la calle, el derecho al mercado y al intercambio, y el derecho a la manifestación y a la expresión democrática. Con la implantación de las supermanzanas, el ciudadano multiplica la interacción social y se crean vínculos de convivencia que se alejan del individualismo imperante. Además, parte del espacio liberado se puede destinar a la renaturalización de la ciudad creando una red verde extensa y conectada que ofrece unos servicios ecosistémicos, únicos para incrementar la habitabilidad, la convivencia y el contacto con la naturaleza.

La implantación de una alfombra verde permeable en superficie y en altura (en las cubiertas de los edificios) permitirá la reducción de las temperaturas urbanas entre 2ºC y 3ºC. Una reducción esencial para disminuir el efecto de la isla de calor que se incrementa con las olas de calor del cambio climático. En Barcelona, la media anual de noches tropicales (T>20ºC toda la noche) es de 96 días y el de noches tórridas (T>25ºC toda la noche) fue de veintiún días en el año 2020.

Sustituir coches por árboles de sombra es clave para la adaptación de nuestras ciudades al cambio climático por la subida de las temperaturas y es clave, también, para el cuidado de nuestros conciudadanos, especialmente para el cuidado de los más vulnerables.

El control de las variables de entorno implantando las supermanzanas se hace efectivo. La calidad del aire, el ruido, la temperatura, la intrusión visual, la congestión, los accidentes, etc., se transforman a mejor y, con ello, mejora la calidad urbana y la calidad de vida de los ciudadanos.

Veamos, a continuación, con mayor detalle, los cambios profundos que las supermanzanas provocan en el espacio público y en las variables de entorno de Barcelona.

5. 2.1 Espacio público: de peatón a ciudadano

Un tejido urbano pasa a ser ciudad cuando hay espacio público y, al mismo tiempo, se reúnen en un espacio limitado un determinado número de personas jurídicas complementarias "trabajando" sinérgicamente. Si analizamos una urbanización de casas unifamiliares o adosadas y un espacio entre ellas para que llegue el coche al garaje, nos encontraremos un espacio vacío, sin actividades, sin "vida". En este caso, es mejor hablar de espacio urbanizado, pero difícilmente podemos hablar de espacio público. En una urbanización, no tiene mucho sentido que haya un mercado, un acto cultural o, incluso, ver niños jugando al balón en plena calle... La ciudad empieza a serlo cuando hay espacio público, ya que es la "casa de todos", el lugar de encuentro para el ejercicio de los derechos al intercambio, el entretenimiento y la estancia, la cultura, la expresión y la democracia y, también, el desplazamiento. El espacio público nos hace ciudadanos, y lo somos cuando tenemos la posibilidad de ocuparlo para el ejercicio de todos los derechos enunciados. Hoy en Barcelona, con el 85% del espacio público dedicado a la movilidad de paso, es imposible el ejercicio de los derechos ciudadanos, ya que el uso casi exclusivo del espacio es para el desplazamiento. En este escenario, la máxima aspiración es ser peatón, pero un peatón es un modo de transporte. La aspiración del urbanismo ecosistémico y las supermanzanas es convertir a los peatones en ciudadanos para que el espacio público no solo sirva para desplazarse (a pie en el mejor de los casos), sino también para el ejercicio de todos los derechos que la ciudad nos ofrece.

El espacio ciudadano con prioridad para los peatones es, hoy, del 15,8% del total. La compresión en el resto del espacio es excesiva. En el escenario de supermanzanas, el porcentaje se eleva hasta el 67,2%, un 270% más, lo que supondría la liberación de 6.200.000 m² para el ejercicio de todos los derechos ciudadanos, además del derecho al desplazamiento, fundamentalmente a pie. Las supermanzanas apuestan por devolver a los ciudadanos su carta de naturaleza en casi el 70% del espacio de la ciudad. La implementación de todas las supermanzanas en Barcelona daría lugar al proyecto de reciclaje urbano más importante del mundo, sin derribar ni un edificio.

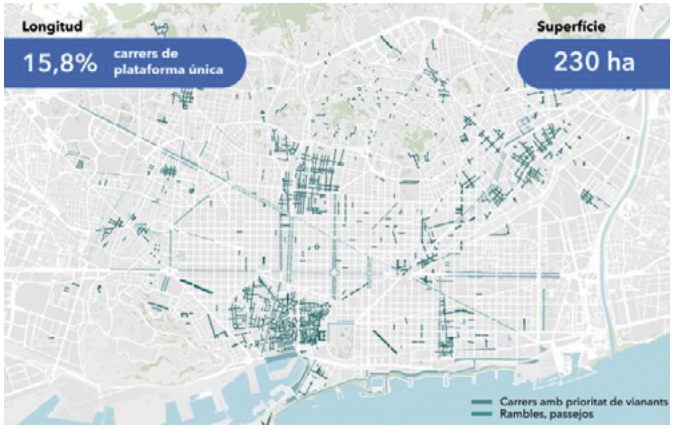


Fig. 4. Espacio con prioridad para el peatón. Situación actual. Fuente: BCNecologia.

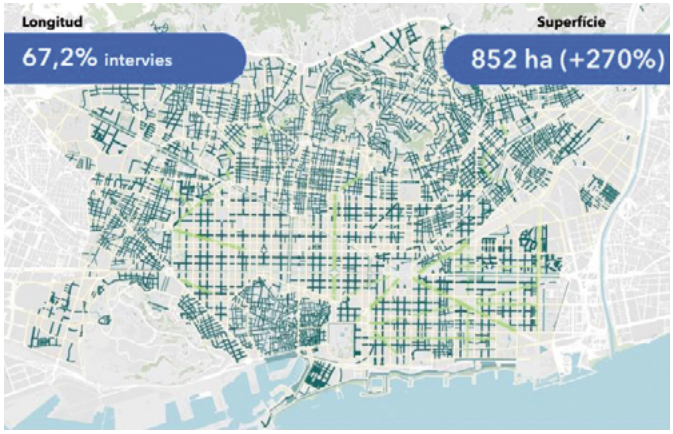


Fig. 5. Espacio con prioridad para el peatón. Escenario Supermanzanas. Fuente: BCNecologia.

Como decíamos, la imposibilidad de ejercer todos los derechos ciudadanos nos relega a la condición de peatones. Devolver al ciudadano el espacio público que ha perdido por causa de la actual manera de ocupar el espacio urbano es la clave del nuevo modelo de movilidad y espacio público basado en supermanzanas, aprobado por el Ayuntamiento de Barcelona en marzo de 2015.

Los vehículos eléctricos podrán reducir una parte del ruido (el ruido a partir de determinadas velocidades se debe al rozamiento de los neumáticos con la superficie de rodadura y no al motor), y una parte de la contaminación atmosférica (casi la mitad de la contaminación por partículas se debe al "polvo" levantado por las ruedas, procedente de las

partículas de los neumáticos, los frenos, los aceites lubricantes de los rodamientos, etc. que, como es sabido, contienen metales pesados y componentes de elevada toxicidad). Lo que no podrán reducir es el espacio que ocupan, siendo el espacio, en la ciudad compacta en general y en Barcelona en particular, el bien más escaso.

Los espacios que no están cruzados por ninguna red de movilidad motorizada: coches, autobuses, es decir, el interior de las supermanzanas, son candidatos a ser utilizados para el ejercicio de todos los derechos ciudadanos.

En el interior de las supermanzanas, la garantía del ejercicio de los mencionados derechos se consigue, con velocidades compatibles (10 km/h), con el uso del espacio para las personas más vulnerables (por ejemplo, el paso de personas invidentes, niños jugando) y evitando el paso de los coches a través. Si la supermanzana es atravesada por la red de bus, la red de coches o la red de bicicletas con carril señalizado, deja de serlo porque no es compatible con el ejercicio de TODOS los derechos.

En la ciudad se destinan espacios para mantenerla organizada y en funcionamiento. La organización y la funcionalidad antrópica están relacionadas con la edificación y el viario. Ambos ofrecen los usos y las funciones para generar y reproducir la tensión necesaria para mantener organizado el sistema urbano. El resultado es que, para obtener una ciudad competitiva, hay que tener una cierta "compresión". Para mantener la ciudad en tensión, se requiere tener una cierta compacidad que, cuando es excesiva, genera una presión de las mismas dimensiones. Para el equilibrio urbano, se ha comprobado que las ciudades con espacios públicos "suficientes", destinados a la relajación, al contacto con la naturaleza... proporcionan una mayor calidad urbana y de vida.

Para obtener una vida urbana "equilibrada", se ha de corregir la compacidad excesiva liberando espacio, hoy dedicado a la movilidad o la edificación. Liberar espacio de la movilidad es más fácil que liberarlo de la edificación, por razones obvias. En el otro extremo nos encontramos con tejidos excesivamente laxos, coincidiendo normalmente con el suburbio, sin ninguna tensión. La corrección viene de la mano de una mayor densidad que incremente la población y el número de personas jurídicas. El equilibrio urbano se obtiene cuando se combina la tensión "necesaria" y la descompresión "adecuada".

El urbanismo ecosistémico busca un equilibrio urbano entre los espacios dedicados a la funcionalidad y la organización urbana, y los espacios orientados al ciudadano, a la tranquilidad y al contacto con el verde (espacios de estancia). Este equilibrio se plasma con el cociente entre el volumen construido y el espacio de estancia: la compacidad corregida.

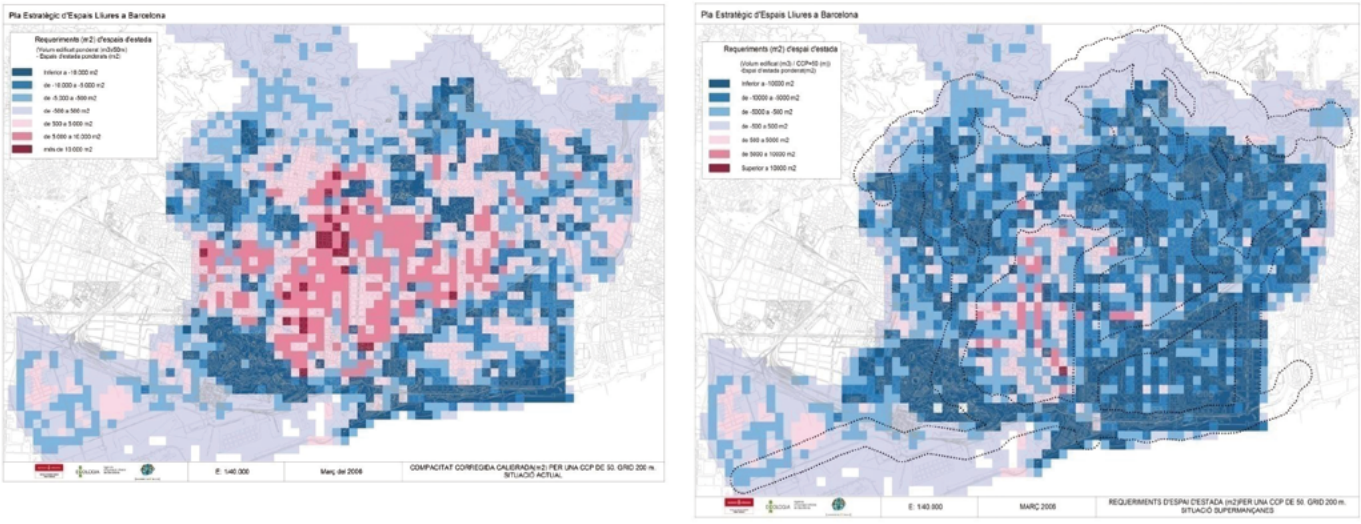


Fig. 6. Compacidad corregida en la situación actual y con supermanzanas. Fuente: BCNecologia.

Garantizar una reserva mínima de espacios de estancia por habitante afecta de manera directa a la calidad de vida de los ciudadanos. Los paseos, las ramblas, los parques, las plazas y con las supermanzanas, también las calles, juegan, y jugarán aún más, un papel fundamental tanto en el medio ambiente y la biodiversidad de la ciudad como por su funcionalidad como espacios de relación, de recreo o relajación. Estos espacios forman parte de la morfología de la ciudad, de su estructura, y actúan como espacios descompresores del volumen edificado. Una dotación equilibrada de espacios de estancia contribuye al bienestar físico, emocional y de relación de los ciudadanos.



4,5m²/habitante



22m²/habitante

Fig. 7. Espacios de estancia (2). por habitante en el escenario actual y en un escenario de supermanzanas. Fuente: BCNecologia.

5.2.2. la habitabilidad del espacio público

La habitabilidad del espacio público es uno de los índices del urbanismo ecosistémico que incorpora, para su cálculo y para cada tramo de calle, nueve variables. Tres de ellas inciden en la fisiología y el confort ruido –contaminación atmosférica y confort térmico–, otras tres en la percepción y en la atracción psicológica –diversidad de actividades, actividades básicas de proximidad para los residentes y volumen de verde urbano–, y las tres restantes son de carácter físico o ergonómico –accesibilidad, espacio dedicado al tráfico y a otros usos, y la relación de la altura edificatoria y la anchura de la calle–.

Con el cálculo de las nueve variables para cada tramo de calle, se busca saber el grado de calidad urbana que tienen para desarrollar la totalidad de los usos y derechos ciudadanos.

Más abajo se calculan los índices de habitabilidad en la situación actual y en un escenario de supermanzanas para el tejido de Eixample (Ensanche) en Barcelona. Con el cálculo, se puede deducir el nivel de calidad urbana del espacio público del Eixample Cerdà, y cómo mejoran los escenarios cuando se implantan las supermanzanas.

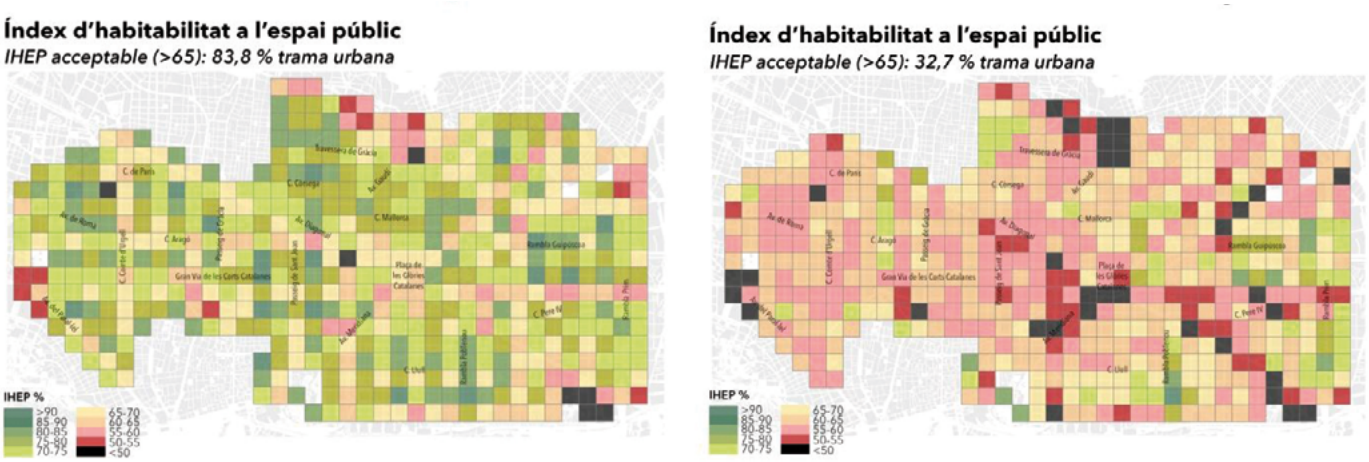


Fig. 8. Índice de habitabilidad en el espacio público de la situación actual y en el escenario de supermanzanas. Fuente: BCNecologia.

Los mapas adjuntos muestran claramente la focalización de las máximas concentraciones de contaminantes en el Eixample. Aunque la construcción de las rondas derivó una parte del tráfico, la red de calles del Eixample central sigue siendo el área que resuelve el tráfico entre mar y montaña.

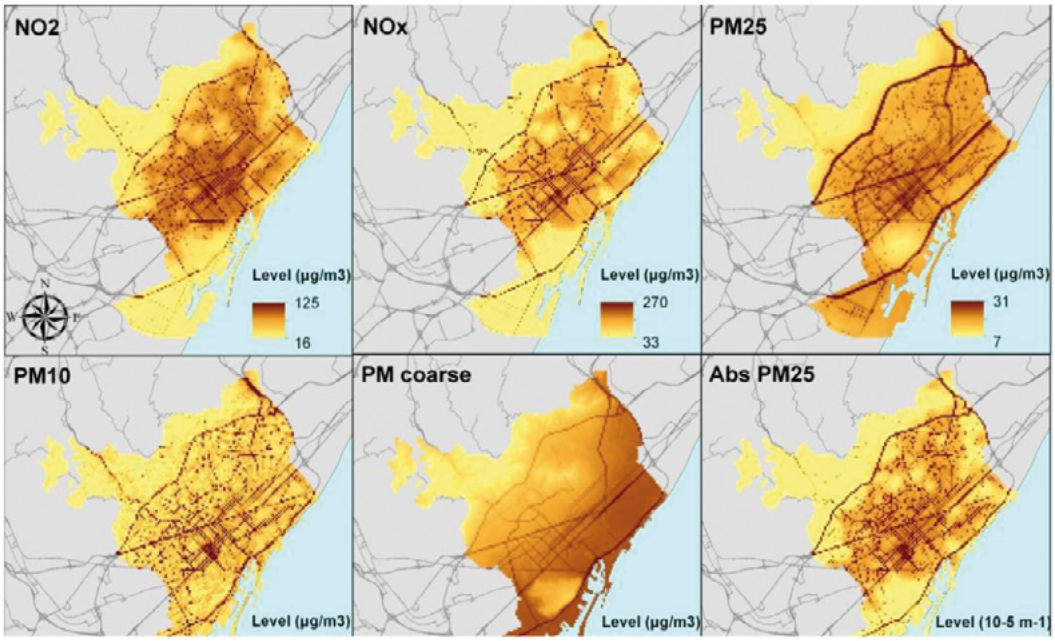


Fig. 9. Concentración de contaminantes en Barcelona. Fuente: ISGlobal.

Las emisiones de contaminantes son fiel reflejo de la araña de tráfico de Barcelona.

En Barcelona, se considera que el 56% de la población tiene unos valores aceptables de contaminación por NO2. El mapa adjunto expone los valores alcanzados en cada uno de los tramos de calle de la ciudad. Los valores más elevados se concentran en el Eixample, que, entre Paseo de Sant Joan y Urgell, acoge alrededor del 60% del tráfico de coches entre mar y montaña

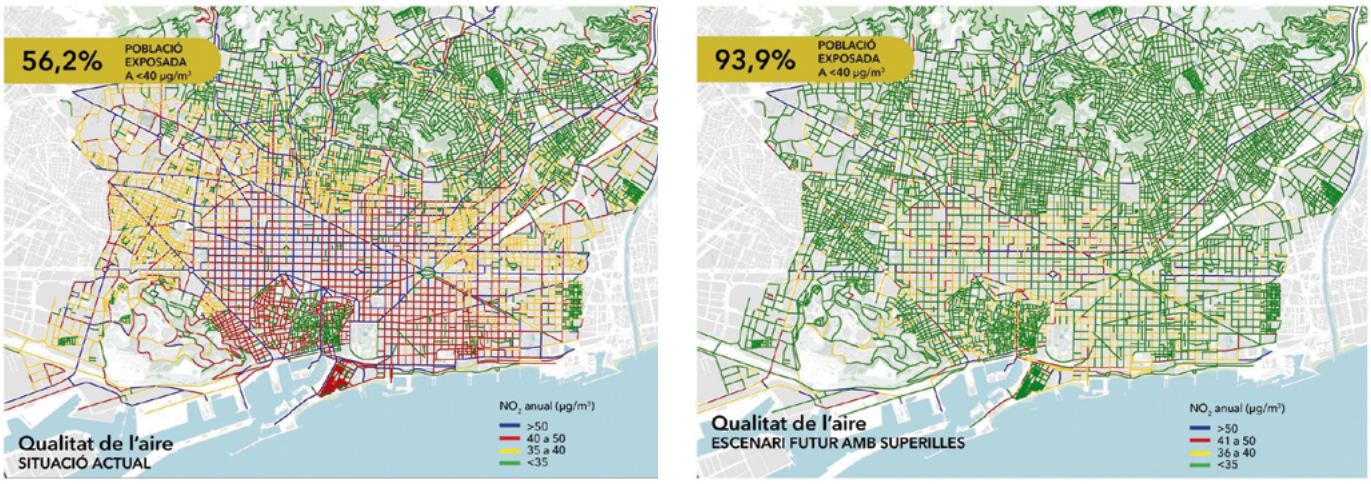


Fig. 10. Contaminación actual de NO2 en Barcelona y para un escenario simulado de supermanzanas. Fuente: BCNecologia.

Las medidas para resolver el problema con las actuales tecnologías de automoción están incluidas en el Plan de Movilidad Urbana de Barcelona, basado en una red de supermanzanas que se extiende a toda la ciudad. La nueva célula urbana integra la totalidad de las redes de transporte y la nueva red verde. Con el despliegue de las medidas del Plan de Movilidad Urbana Sostenible (PMUS) y la implantación de las supermanzanas en Barcelona, se considera que la población con valores aceptables de NO2 se elevaría hasta el 94%.

El análisis del ruido diurno de la situación actual nos dice que un 46% de fachadas están expuestas a ruidos superiores a 65 dBA. Con este nivel de ruido no se puede mantener una conversación sin gritar. Esto significa que el confort acústico de estos edificios se encuentra comprometido y, en verano, el impacto por ruido recomienda tener las ventanas cerradas. Las calles ruidosas durante el día lo suelen ser, también, por la noche. El aislamiento de los cerramientos de fachada es, de media, de unos 24 dBA. Esto quiere decir que los dormitorios que den a la calle ruidosa deberán, también, cerrar balcones y ventanas. Una persona normal duerme sin problemas cuando el nivel de ruido equivalente es inferior a 35 dBA. Son pocas las calles del Eixample con valores nocturnos por debajo de los 35 dBA. En calles que superen los 60 dBA, los ciudadanos en los dormitorios que den a estas calles tendrán problemas para dormir, incluso con las ventanas y los balcones cerrados.

Además de la molestia que supone el ruido ambiente, es causa, también, de problemas fisiológicos y de comportamiento. Problemas de concentración, fatiga o irritación son característicos de elevados niveles acústicos. Incrementos puntuales del nivel de ruido activan sistemas fisiológicos autónomos, causan respuestas temporales, aumentan la presión sanguínea, el ritmo cardíaco y la vasoconstricción. La contaminación acústica afecta seriamente la salud pública y degrada la habitabilidad del espacio público.

Los últimos análisis epidemiológicos revelan que el impacto del ruido en Barcelona está en línea con los flujos de circulación motorizada, y que la morbilidad y la mortalidad prematura por esta causa se debe tener en cuenta como uno de los problemas graves de salud pública de la ciudad.

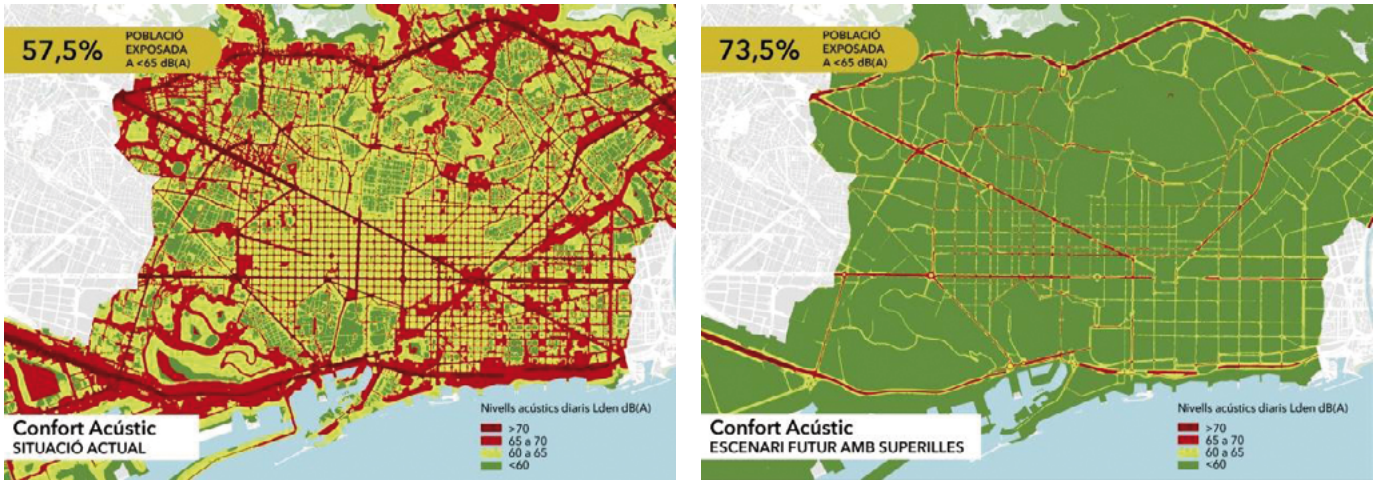


Fig. 12. Mapas de ruido diurno (Lden) en Barcelona, producido por el tráfico motorizado, en la situación actual y en un escenario de supermanzanas. Fuente: BCNecologia.

5.2.3 El fenómeno de la isla de calor y la adaptación al cambio climático

En Barcelona, la gráfica de temperaturas muestra un incremento paulatino, pero siempre con una pendiente positiva. La combinación del calor generado por la ciudad y el propio fenómeno del cambio climático da como resultado el siguiente gráfico de temperaturas registradas en el Observatorio Fabra de Barcelona.

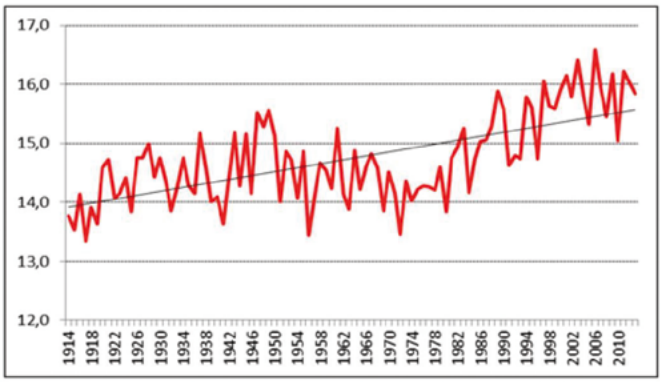


Fig. 15. Evolución de la temperatura media anual en el Observatorio Fabra (1914-2013).

En las ciudades en general y en Barcelona en particular se produce un fenómeno de incremento de temperatura en el centro en relación con la temperatura de la periferia, provocando que el número de noches denominadas tropicales (por encima de 20ºC toda la noche), y noches tórridas (por encima de 25ºC toda la noche) vaya aumentando año tras año. Es el llamado fenómeno de la isla de calor. Normalmente presenta una distribución de la temperatura en forma concéntrica.

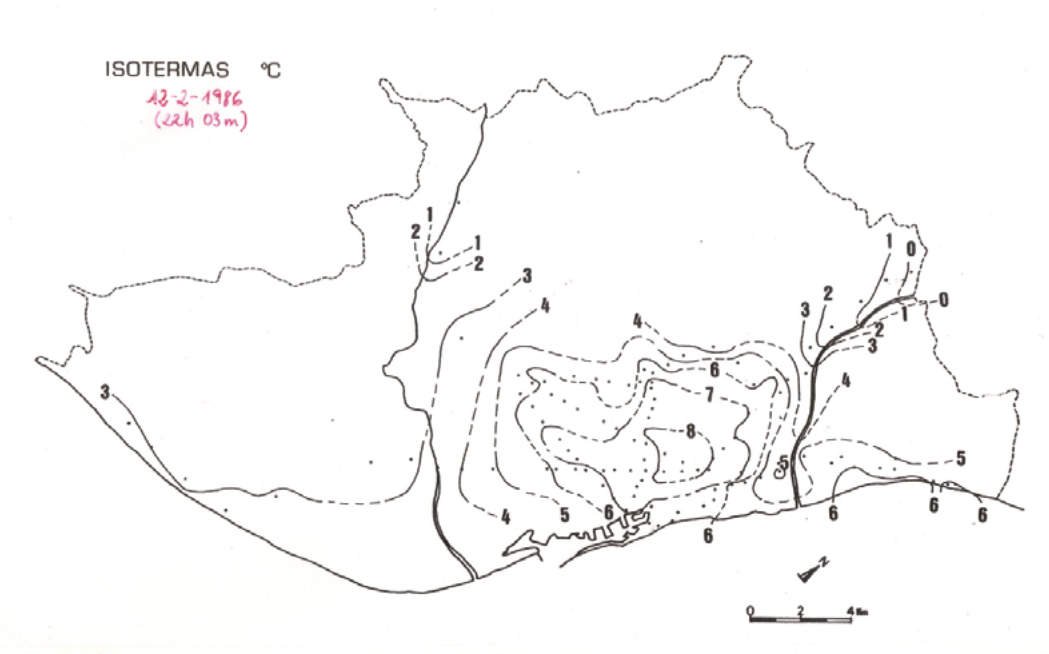


Fig. 16. Isotermas en el AMB. Isla de calor en el centro de Barcelona. Fuente: Moreno 1992.

Siguiendo a J. Martín Vide, las causas que provocan este aumento de la temperatura están relacionadas con las características de la ciudad y su posición geográfica (Martín Vide, J., 2013):

1) Mayor almacenamiento de calor durante el día por la alta capacidad calorífica de los materiales de construcción.

2) Producción de calor antropogénico.

3) Disminución de la evaporación por la pavimentación y la eficacia de los sistemas de drenaje.

4) Menor pérdida de calor sensible para la reducción de la velocidad del viento.

5) Aumento de la absorción de radiación solar por su "captura" debido a la geometría urbana.

6) Disminución de la irradiación nocturna para un bajo SVF (apertura de vista en el cielo).

7) Reemisión hacia la superficie de radiación de onda larga para la atmósfera contaminada (efecto invernadero).

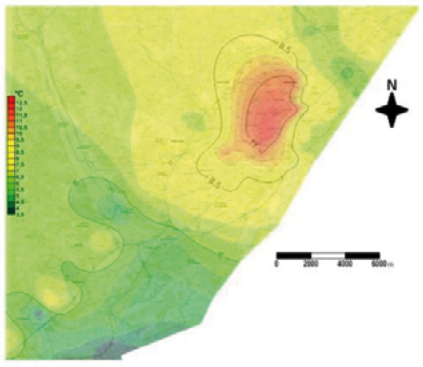


Fig. 17. Configuración de la isla de calor en Barcelona y su área metropolitana (17/01/2015).
Fuente: J. Martín Vide, 2017.

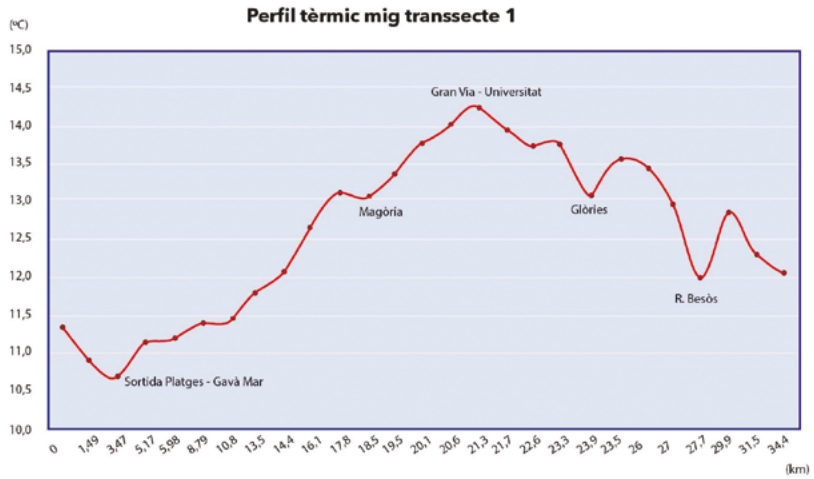


Fig. 18. Perfil térmico del transecto 1. METROBS.
Fuente: J. Martín Vide, 2017.

En las figuras, el área que muestra los máximos valores térmicos coincide con el área central del Eixample, tocando a Ciutat Vella. La máxima temperatura del transecto 1 (Baix Llobregat-Besós) coincide con la Plaza Universitat de Barcelona.

La "isla de calor" es un fenómeno fundamentalmente nocturno, las condiciones meteorológicas más favorables son viento en calma o débil y cielo despejado o poco nuboso, y es más intensa cuanto mayor es el tamaño poblacional del sistema urbano.

La isla de calor en el centro de Barcelona tiene consecuencias en la calidad de vida de los ciudadanos que lo habitan. Implica una disminución del confort térmico en las noches de verano, especialmente cuando la humedad es elevada. En el centro de Barcelona (El Raval) se ha registrado un número medio de días por encima de los 20°C de 93,5 y de veintiún días (en 2020) con temperaturas nocturnas de > 25°C.

Estas condiciones se agravan en episodios de olas de calor producidas por el fenómeno del cambio climático, generando un estrés térmico que tiene consecuencias graves en personas vulnerables: niños, ancianos y enfermos.

Para combatir sus efectos, se hace uso de sistemas de climatización (los que tienen), incrementando el consumo de energía en verano (en invierno hay un cierto ahorro por la misma causa).

Con el aumento de temperatura se está produciendo una modificación del calendario fenológico y una colonización de especies exóticas propias del trópico.

La temperatura en áreas con superficies verdes permeables de una cierta dimensión se reduce significativamente, y así queda patente en los análisis experimentales.

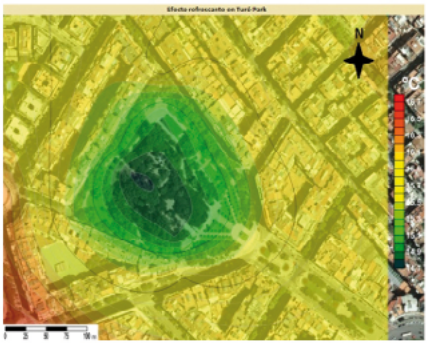


Fig. 19. Efecto refrescante del Turó Parc (Barcelona), 10-3-2015, 19:35 (UTC). Fuente: J. Martín Vide, 2017.

Las superficies verdes y permeables son las que más inciden en la adaptación al cambio climático y, por supuesto, en la reducción de la temperatura de la isla de calor.

Si se quiere reducir la temperatura de la ciudad, la actuación más efectiva es implantar una "alfombra" verde que ocupe la mayor parte de la superficie urbana, ya sea a cota cero o en la cubierta de los edificios. El modelo de supermanzanas que libera el 70% del viario permite sustituir coches por vegetación. En el distrito de Sant Martí, la implantación de las supermanzanas podría significar un incremento potencial de la superficie verde a cota cero relevante, tal como queda reflejado en las siguientes figuras.

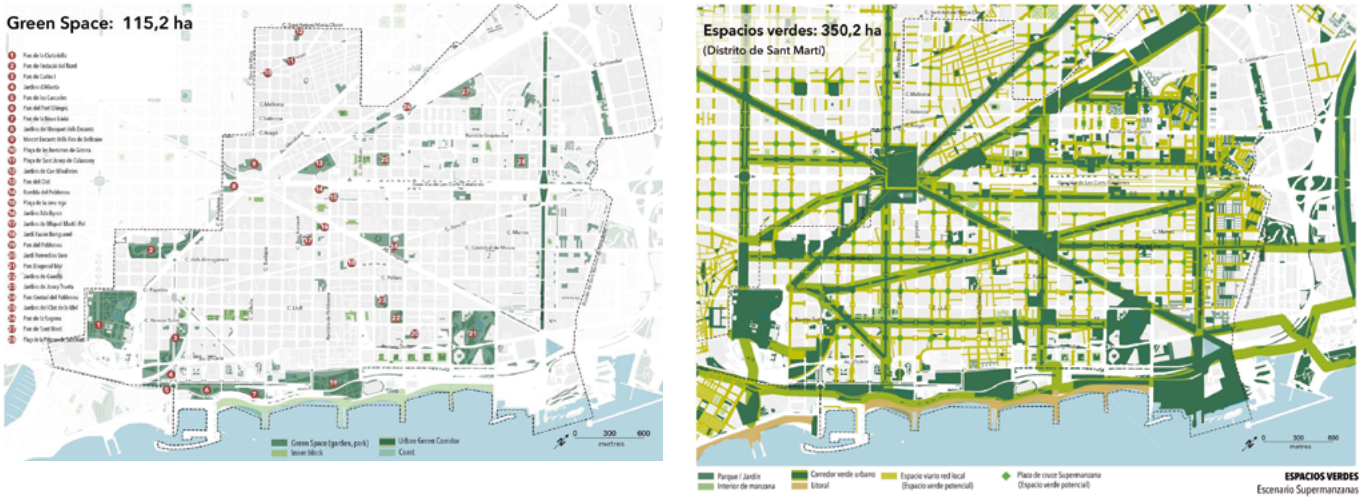


Fig. 20. Espacio verde en el distrito de Sant Martí en la situación actual, y en un escenario de verde potencial con supermanzanas.

Los planificadores alemanes consideran que la permeabilidad del suelo es el mejor indicador, el más sintético, para reflejar la potencialidad de naturalización de un tejido urbano. El urbanismo ecosistémico contempla el Índice Biótico del Suelo (IBS) como uno de los indicadores de base para evaluar el potencial de biodiversidad que tiene una determinada área.

La presencia de suelos permeables reequilibra el ciclo del agua: favorece la infiltración de las aguas pluviales y retiene el agua de lluvia a través de las diferentes superficies vegetales. La vegetación protege el suelo de la excesiva insolación y lo protege de la compactación que provoca el impacto directo de las gotas de lluvia sobre el suelo. Al permitir que el agua permanezca más tiempo en superficie, se incrementa la posibilidad de que esta se infiltre hacia las capas freáticas y se reduce el riesgo de inundaciones.

Las superficies con cubierta vegetal ayudan a mitigar las emisiones de CO2 y fijar este gas mediante el proceso fotosintético. Las superficies vegetadas son, además, captadores potenciales de partículas contaminantes y ayudan a propiciar el confort térmico, amortiguando el efecto de isla de calor al reducir 2 o 3 grados la temperatura ambiente. En las figuras 21 y 22 se incluye el cálculo del IBS para el tejido de Ensanche en la situación actual y en un escenario de supermanzanas.

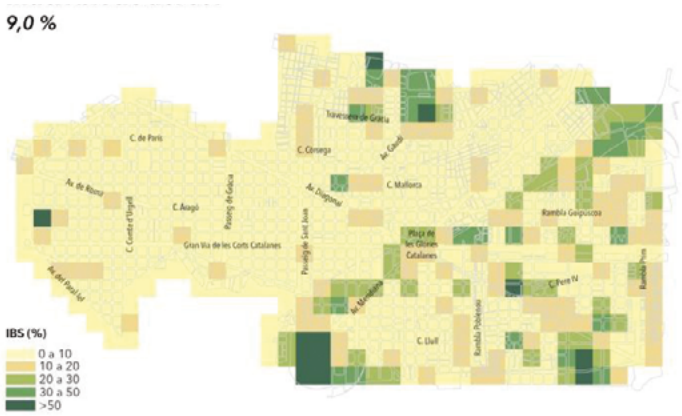


Fig. 21. Índice Biótico del Suelo de la situación actual.

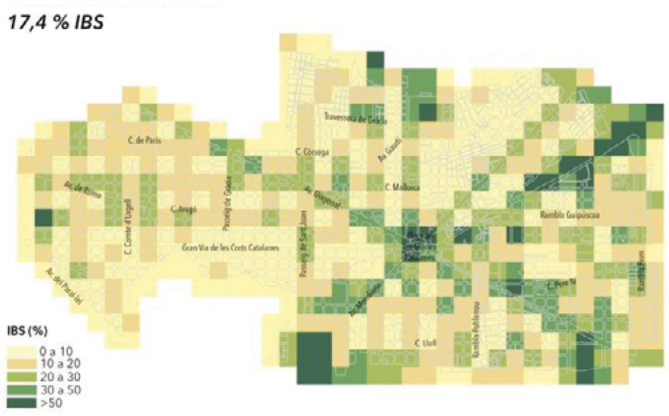


Fig. 22. Índice Biótico del Suelo con supermanzanas. Fuente: BCNecologia.

Como síntesis, se ha realizado, para el tejido de Eixample, una estimación del calor emitido por los materiales en la situación actual y en el escenario de supermanzanas, teniendo en cuenta las superficies asfaltadas, permeables y arboladas, la superficie de cubiertas edificadas, etc. Los resultados nos indican que el calor emitido en el escenario del Eixample actual es de 33,9°C. La implantación de supermanzanas en el Ensanche implicaría una emisión de aproximadamente 28,8°C (más del 17% de reducción del calor emitido hoy).

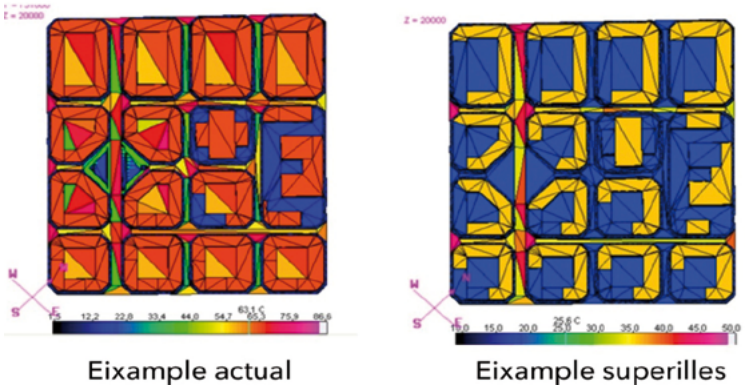


Fig. 23. Simulación de las temperaturas superficiales un día de verano. Fuente: BCNecologia.

5.2.4. Los efectos que tendría sobre la salud la implantación de las supermanzanas en Barcelona

El proyecto de supermanzanas aprobado por el Ayuntamiento de Barcelona podría prevenir 667 muertes prematuras cada año, aumentar la esperanza de vida en casi 200 días de media por habitante y generar un ahorro económico anual de 1.700 millones de euros (implantar las 500 supermanzanas con urbanización táctica se podría realizar con una inversión cercana a los 300 millones de euros). Los beneficios para la salud más destacables provendrían de la reducción de la contaminación atmosférica (prevención de 291 muertes prematuras al año), de la mitigación del ruido del tráfico (163 muertes prematuras) y de los efectos del islas de calor (117 muertes prematuras).

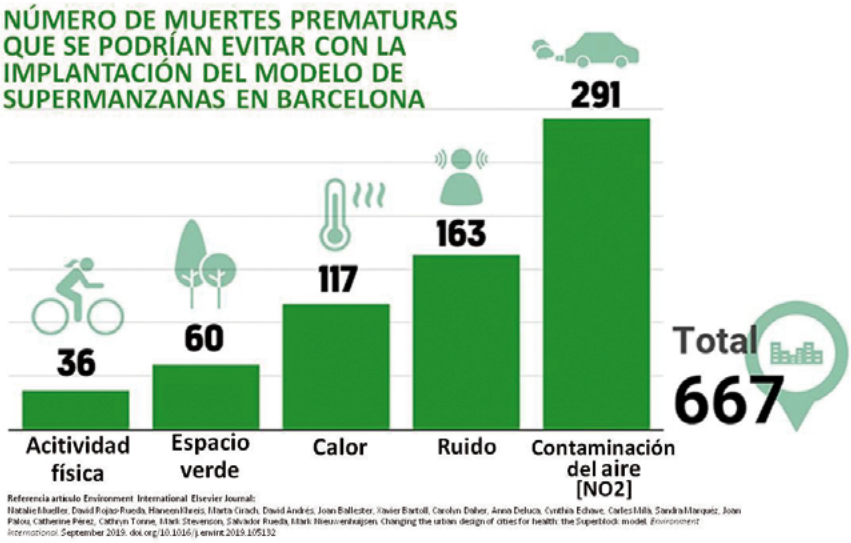


Fig. 24. Número de muertes prematuras que se podrían evitar con la implantación del modelo de supermanzanas en Barcelona. Fuente: Mueller, N., Rueda, S. et al. (2019).

En un estudio realizado por ISGlobal en un territorio de 56 municipios del área metropolitana de Barcelona, que incluye el municipio de Barcelona, se calcula que la polución del aire provoca 1.800 hospitalizaciones por causas cardiovasculares, 5.100 casos de síntomas de bronquitis crónica en adultos, 31.100 casos de bronquitis infantiles y 54.000 ataques de asma entre niños y adultos (Künzli y Pérez, 2007).

La dimensión del impacto permite afirmar que los efectos sobre la salud de la contaminación atmosférica son hoy el principal problema a resolver de todos los causados por el actual modelo de movilidad.

En Barcelona, se estima que se podrían evitar 18.700 ataques de asma, 12.100 casos menos de bronquitis aguda y 600 hospitalizaciones cardiovasculares menos.

Hay que añadir los accidentes de tráfico, que representan unas treinta muertes al año en Barcelona y más de treinta lesionados por km y año en el Eixample.

5.3. Supermanzanas y biodiversidad urbana

Las supermanzanas son, también, las células urbanas que permiten integrar el conjunto de redes de transporte y, como hemos visto, también la red verde.

La biodiversidad es la riqueza de formas de vida de un territorio. El medio urbano implica una artificialización, con impermeabilización de gran parte del suelo y una profunda alteración del relieve, la calidad del aire, el suelo y el agua, el clima y el régimen hidrológico. Es decir, una serie de hechos que producen la pérdida de hábitats y/o interfieren en la acomodación de las especies urbanas a las condiciones específicas de la ciudad.

Planificar la estructura de la red verde implica saber las funciones ecológicas que deben seguir generando a través del territorio urbano, en espacios más reducidos pero que cumplen otros fines, además, de las que refuerzan y añaden valor a la conservación. Optimizar las funciones de la red verde implica tener en cuenta el diseño urbano en el sentido de que las estructuras que generan los procesos ecológicos urbanos, y que los conducen, se deben planificar, diseñar y mantener para optimizar su función ambiental del mismo modo que se procede con las redes y los equipamientos desarrollados para otros fines.

Se consideran espacios verdes, aquí, aquellos espacios de estancia con una superficie mínima de 1.000 m² y con más del 50% de área permeable (parques, jardines, espacios abiertos para uso exclusivo de peatones, plazas y parques forestales). No se consideran las superficies verdes ligadas al tráfico (isletas de tráfico), a pesar de que su dimensión sea superior a la indicada anteriormente.

Los espacios verdes son considerados por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como espacios "imprescindibles" por los beneficios que reportan en el bienestar físico y emocional de las personas, y para contribuir a mitigar el deterioro urbanístico de la ciudad, haciéndose la más habitable y saludable. El verde urbano configura un paisaje de elementos tangibles e intangibles que vertebra y equilibra el entorno.

Los espacios verdes propician la relación, la socialización y la participación. Estos espacios posibilitan la relación y el encuentro, facilitan la práctica de actividades de ocio al aire libre y permiten disfrutar de ambientes agradables y restauradores del estrés provocado por la ciudad.

Cada ciudadano debería tener acceso simultáneo a diferentes tipologías de zonas verdes de dimensiones y funcionalidades diferentes: desde espacios verdes de 1.000 m² hasta espacios mayores de 10 ha, a una distancia que se pueda recorrer a pie o en un corto recorrido en transporte público (hasta 4 km).

El plano del Eixample Cerdà analiza la proximidad simultánea y calcula la población que se encuentra en determinadas distancias para cada tipo de espacio:

1) Espacio verde igual o mayor que 1.000 m², a menos de 300 m.

2) Espacio verde igual o mayor que 3,5 ha, a menos de 750 m.

3) Espacio verde igual o mayor que 10 ha, a menos de 4 km.

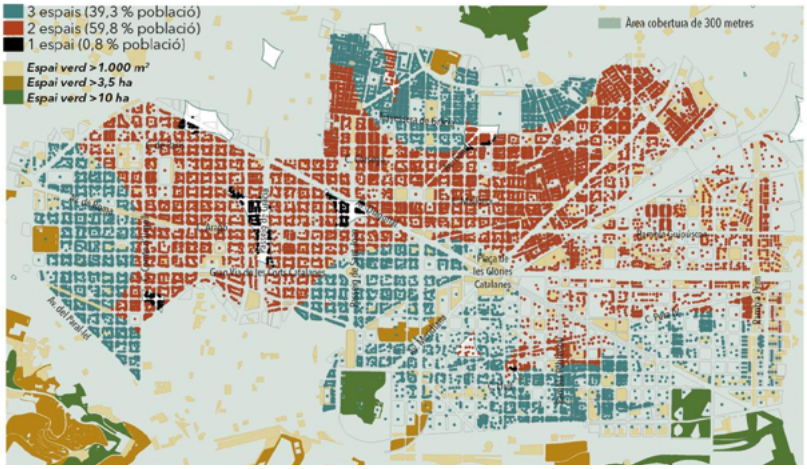


Fig. 25. Proximidad simultánea en los espacios verdes de la situación actual. Eixample 2017.
Fuente: BCNecologia.

El análisis del plano actual de proximidad simultánea pone en evidencia los graves déficits de superficie verde del Eixample Central, la Sagrada Familia y los barrios alrededor de la Av. Meridiana y de la Sagrera (Rueda, S., 2020).

A la ausencia de verde se añade, en estas áreas, un impacto por ruido y por emisiones contaminantes, además de un incremento de temperatura con un aumento significativo de las noches tropicales que rebasan los 20°C toda la noche.

En los gráficos adjuntos se exponen los resultados del estudio para Barcelona realizado por ISGlobal, donde se muestra la captación de contaminantes por la vegetación y el impacto que tiene cada una de las variables analizadas en la morbilidad de los ciudadanos barceloneses.

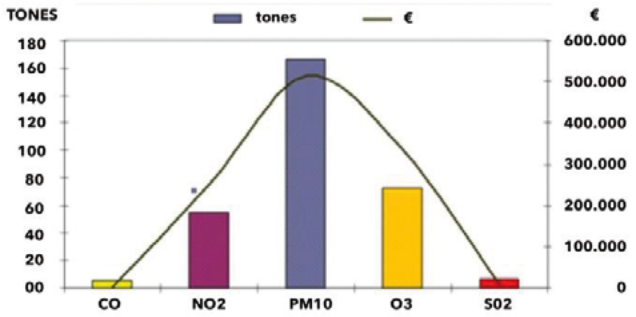


Fig. 26. Contaminantes atmosféricos eliminados por la vegetación en un año en Barcelona y valor económico asociado. Fuente: ISGlobal.

Como se ha mencionado, las supermanzanas permiten una sustitución del espacio ligado a la motorización por otro espacio relacionado con el verde. La nueva célula urbana integra todos los modos de transporte y, además, la red verde. Con las supermanzanas, la superficie verde se incrementa significativamente llegando para el Eixample Cerdà, manteniendo la funcionalidad de la ciudad, a las 403,7 ha de verde potencial, pasando de los 2,7 m²/h, a 6,3 m²/h para todo el ámbito del Plan. Si nos fijamos en el área de Sant Martí, la ratio asciende a 7,6 m²/h.



Fig. 27. Espacio verde en la situación actual. Fuente: BCNecologia.

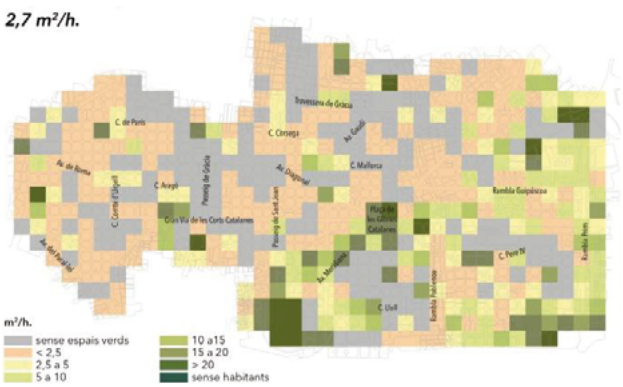


Fig. 9. Espacio verde por habitante en la situación actual. Fuente: BCNecologia.



Fig. 28. Red verde potencial en el espacio público del Eixample con supermanzanas. Fuente: BCNecologia.

A la superficie verde del espacio público habría que añadir el verde de los interiores de manzana y las cubiertas verdes. Los beneficios ambientales se incrementan con un aumento de la superficie del verde urbano. Para reducir las temperaturas de la actual isla de calor, habrá que extender, como se ha dicho, una alfombra verde que nos permita aumentar nuestra capacidad de anticipación ante las olas de calor que llegan con el cambio climático.

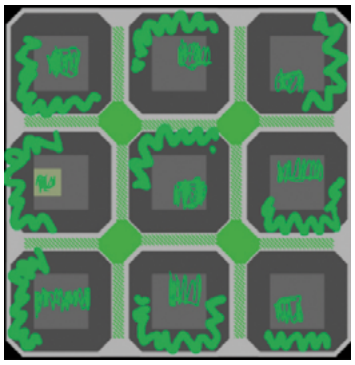


Fig. 29. Espacios verdes potenciales en una supermanzana tipo donde se incluyen: el verde del espacio público, el verde de los patios interiores de manzana y el verde de las cubiertas verdes. Fuente: BCNecologia.

Con la propuesta de supermanzanas, el verde urbano se multiplica y las ratios de verde por habitante alcanzan valores que con las cubiertas y los patios se aproximarían a las ratios recomendadas por la OMS.

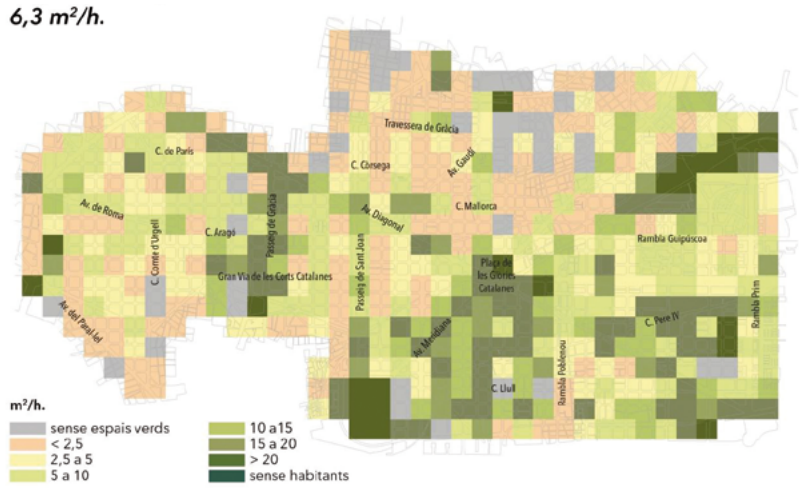


Fig. 30. Espacio verde por habitante en el Eixample con supermanzanas. Fuente: BCNecologia.

La plaza ha sido y es el lugar por antonomasia del espacio público. En ella cristaliza el ejercicio de derechos ciudadanos en general y/o alguno de ellos especialmente. En el caso del Eixample de Barcelona, las ordenanzas suprimieron la mayor parte de los espacios de relación, dejando, del proyecto original, únicamente las aceras de 5 m de ancho. La compresión que ha resultado de la aplicación de las ordenanzas de densificación se traduce, como se ha puesto de manifiesto anteriormente, en unas ratios de verde por habitante ridículas.

Con el proyecto de supermanzanas, la situación podría revertirse en buena medida. Cabe destacar el número y la superficie de nuevas plazas que aparecen en los cruces de la trama Eixample, que permitirían tener, en una supermanzana tipo de 3x3 manzanas, cuatro nuevas plazas de 1.930 m² cada una.

El número de nodos que se convierten en plazas completas de 1.930 m² es de 130, lo que significa alrededor de 24,7 ha. El número de nuevas plazas con una superficie de unos 2/3 de la superficie completa es de veinte, que suman tres más. Potencialmente, pues, aparecen 150 nuevas plazas que sumarían una superficie de unas 27,7 ha. Piénsese que el Parque de la Ciutadella, el mayor parque de Barcelona, tiene poco más de 15 ha de espacio público.

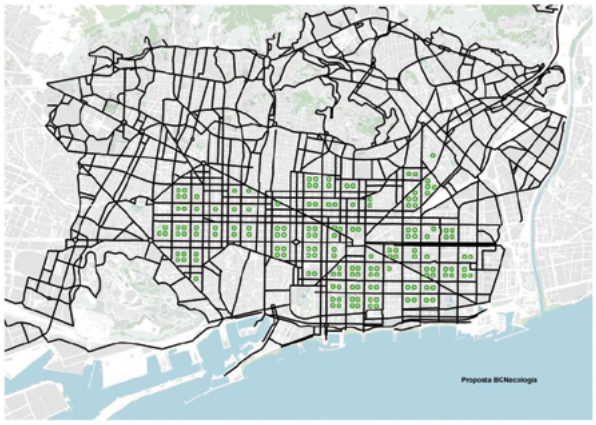


Fig. 31. Transformación potencial de los cruces de la trama Eixample en plazas. Fuente: BCNecologia.

5.4. La complejidad urbana y su medida

Etimológicamente, la complejidad es un tejido (complexus: aquello que está tejido en conjunto) de constituyentes heterogéneos inseparablemente asociados. Presenta la paradoja de lo uno y lo múltiple.

En un ecosistema urbano, la complejidad sería una expresión del conjunto de variables discretas con contenido significativo de información, de su abundancia respectiva, su interacción y de cómo se integran en el tiempo y en el espacio.

A primera vista, la complejidad es un fenómeno cuantitativo, una cantidad extrema de interacciones e interferencias entre un número muy grande de unidades. Pero la complejidad no abarca solo unidades e interacciones, sino también incertidumbres, indeterminaciones, fenómenos aleatorios. En cierto sentido, la complejidad siempre está relacionada con el azar (Morin, E., 1994).

La complejidad de los sistemas urbanos está ligada a una cierta mezcla de orden y desorden y puede analizarse, en parte, haciendo uso del concepto de diversidad. Los organismos vivos y, sobre todo, la especie humana y sus organizaciones, son portadores de información y atesoran, de forma dinámica en el tiempo, características que nos indican el grado de acumulación de información y también de la capacidad para influir significativamente en el presente y controlar el futuro.

En los sistemas naturales, una especie es una población que se mantiene aislada y separada por diferentes medios. La separación de especies se mantiene gracias a los diferentes mecanismos que impiden el cruce entre unas y otras, y la mezcla de genes, pero el propósito perseguido con esta multiplicidad de especies consiste en dotar al sistema de la mayor eficacia posible mediante la especialización, la división del trabajo y otras clases de circuitos de regulación y control. Un sistema con muchas especies y, por tanto, más organizada, dispone de un mayor número de circuitos concebidos para regular y estabilizar la función global del sistema.

De hecho, la diversidad que se puede encontrar en un sistema vendrá dada por el número de especies diferentes en relación con el número de individuos de cada una de ellas.

Las variables discretas en los sistemas urbanos, las que desempeñan el papel de las especies en los sistemas naturales, son esencialmente atributos que tienen los individuos o las actividades para atesorar información dinámica mediante relaciones multivariadas (de competencia, de cooperación, etc.) con otros. Este dinamismo de los individuos y las actividades es lo que diferencia a los elementos que se interconectan con los artefactos cargados de información (libros, revistas, etc.) pero que son estáticos.

Los atributos son elementos diferenciadores cargados de información que condicionan las relaciones y las trayectorias de los flujos de materia, energía e información. Crean varias redes en las que, como en los ecosistemas naturales, cada atributo proporciona especialización, división de trabajo y otros circuitos de regulación y control.

En los sistemas urbanos, la persona proporciona parte de los atributos, atesora parte de la información diferente y permite, partiendo de las diferencias, multiplicar los circuitos de regulación. Una misma persona posee diferentes atributos (titulación académica, profesión, edad, renta, etc.) que utiliza para relacionarse con otros atributos que poseen otras personas (de hecho, o jurídicas). Utilizando un símil geométrico, la persona sería un poliedro en el que cada cara sería un atributo que conectaría e intercambiaría información con otros atributos de otros poliedros.

Sin embargo, la especie humana crea organizaciones y actividades con diferentes atributos que desarrollan actividades, también especializadas, y que permiten la división del trabajo y otras clases de circuitos de regulación y control. De hecho, son los entes organizados (no los individuos) los que realmente determinan la división del trabajo y la mayor parte de los circuitos de regulación y control urbanos. La capacidad de influencia de los entes organizados sobre el devenir del sistema es manifiestamente superior al que tienen los individuos. La mayoría de los entes organizados tienen personalidad jurídica propia con unos objetivos que se imponen, en las horas de trabajo, a los objetivos de los trabajadores. En horas no laborales, las finalidades de los entes asociativos se imponen, también, a las finalidades individuales. Durante el día, los ciudadanos supeditan la mayor parte de sus intenciones y aspiraciones individuales a las finalidades de los entes organizados.

Las organizaciones urbanas consiguen sus fines a través de la competencia o la cooperación, y ello les permite mantener o incrementar su posición relativa y su permanencia en el tiempo. La posición suele traducirse en capacidad económica o de poder.

Por otra parte, los entes organizados son, en los ecosistemas urbanos, los principales acumuladores de información y, en consecuencia, los que mayor capacidad tienen para influir significativamente el presente y controlar el futuro. Los individuos juegan un papel secundario.

La medida de la complejidad urbana da idea de la información organizada en el territorio y en el tiempo. La organización en las ciudades viene de la mano de las actividades económicas (incluidas las generadas por los trabajadores autónomos), institucionales y asociativas y su diversidad. Buena parte de las organizaciones urbanas son calificadas como personas jurídicas. (3)

El índice de diversidad urbana, para un área determinada, será mayor cuanto más actividades, equipamientos, asociaciones e instituciones estén presentes y más diferenciadas sean entre ellas. Permite identificar la diversidad y mixticidad de usos y funciones urbanos, el grado de centralidad y, en algunos casos, de madurez de un territorio y de los lugares con mayor concentración de actividad y, por lo tanto, de generación, entre otros, de un mayor número de desplazamientos.

El aumento de la información organizada en un sistema urbano implica la presencia de diferentes portadores de información (actividades, asociaciones, instituciones) que establecen relaciones múltiples y variadas entre ellos. En los sistemas urbanos, la organización se traduce en contacto e intercambio, al igual que sucede en los sistemas naturales.

La complejidad de los ecosistemas naturales se obtiene calculando la biodiversidad, es decir, la diversidad de las especies vivas. El cálculo de la biodiversidad en los ecosistemas naturales se traslada a los ecosistemas urbanos con el cálculo de la diversidad de las organizaciones urbanas que juegan, en los ecosistemas urbanos, un papel similar al papel de los organismos vivos en los ecosistemas naturales.

Como las especies vivas, los entes organizados se diferencian por diferentes motivos; el principal es porque persiguen finalidades diferentes. Un sistema con muchos portadores de información (con elevada diversidad) y, por tanto, con más organización, contiene un mayor número de circuitos concebidos para regular y estabilizar la función global del propio sistema. El propósito perseguido con esta multiplicidad de entes organizados consiste en dotar al sistema urbano de la mayor eficacia posible mediante la especialización, la división del trabajo y otras clases de circuitos de regulación y control.

La complejidad medida como diversidad de actividades permite conocer el grado de multifuncionalidad de cada ámbito territorial. Para momentos temporales sucesivos, permite conocer si el grado de organización aumenta o disminuye y en qué partes de la ciudad lo hace.

La medida de la complejidad se realiza con el aparato matemático de la teoría de la información y consiste en calcular la información que tiene un mensaje a través de la medida de la diversidad de los entes urbanos organizados. Para la medida de la complejidad urbana, las organizaciones constituirán las "palabras" del mensaje, palabras que, en su conjunto, constituirán el diccionario urbano de entes organizados.

Para la medida de la diversidad de los entes urbanos organizados, se utilizará la medida de una entropía (propuesta por Shanon y Wieber), para calcular la información contenida en un mensaje:

$$H = \sum_{i=1}^{n} pi \log pi.$$

H es la diversidad y su unidad es el bit de información. Pi es la probabilidad de ocurrencia. Indica el número de miembros que cumplen una peculiaridad en el conjunto de miembros de la comunidad.

El resultado indica el número medio mínimo de bits necesarios para codificar una cadena de símbolos basado en el tamaño de la muestra y la frecuencia de los símbolos (entes urbanos organizados).

5.4.1. La compacidad y la complejidad urbana, creadoras de la ciudad próxima

El aumento de la diversidad de actividades urbanas (H) en la ciudad compacta reduce la entropía proyectada en el entorno. La ciudad compacta y diversa necesita un menor consumo de energía, de espacio y de tiempo para mantener su estructura organizativa.

El cálculo de la compacidad absoluta (4) permite establecer el grado de compacidad o de dispersión del modelo de ocupación del territorio. Los modelos urbanos compactos reducen el consumo de nuevo suelo urbano y se preservan los espacios del territorio esenciales para el mantenimiento de los ciclos naturales. La multifuncionalidad y la continuidad morfológica y estructural de los tejidos urbanos compactos posibilita una comunicación fluida de personas y actividades, y se reduce la necesidad de movilidad. Una mayor compacidad urbana suele ir acompañada de una mayor reducción de la demanda energética y del consumo de recursos.

El aumento de H da idea de una mayor proximidad porque concentra en el espacio unidades de características distintas. Una mayor diversidad de usos en un territorio concreto, con una elevada densidad y mixticidad de actividades, proporciona el contexto adecuado para que aumenten los intercambios de información y los contactos físicos creadores, ambos, de la organización compleja.

El índice de diversidad urbana, para un área determinada, será mayor cuanto más actividades, equipamientos, asociaciones e instituciones estén presentes y más diferenciadas sean entre ellas. Permite identificar la diversidad y mixticidad de usos y funciones urbanos, el grado de centralidad y, en algunos casos, de madurez de un territorio y de los lugares con mayor concentración de actividad y, por lo tanto, de generación, entre otros, de un mayor número de desplazamientos.

Los tejidos compactos morfológicamente y diversos en actividades acercan distancias entre los entes urbanos organizados y permiten crear patrones de proximidad de forma que los desplazamientos se realicen mayoritariamente a pie o con transportes alternativos al coche. La proximidad permite aumentar la probabilidad de contacto, intercambio y comunicación entre los diversos agentes y elementos del sistema urbano.

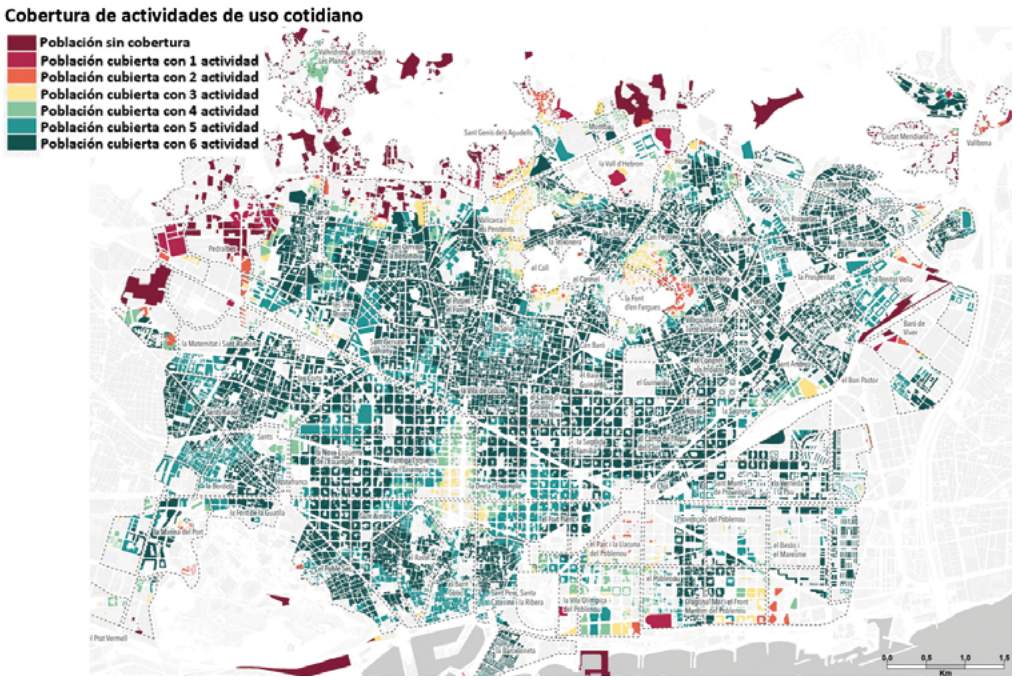


Fig. 33. Población de Barcelona cubierta simultáneamente por diversas actividades de uso cotidiano. Fuente: BCNecologia.

Las actividades de proximidad son aquellas actividades económicas de uso cotidiano que el ciudadano utiliza casi a diario y que, por ello, es importante que se encuentren en un radio de acción cercano a su residencia. Se engloban dentro de esta categoría las actividades clasificadas en los sectores de la alimentación, libros y periódicos, productos químicos y farmacéuticos.

En Barcelona, el 89% de la población tiene cinco o seis actividades cotidianas (farmacias, fruterías, carnicerías, pescaderías, mixtas de pequeño formato y droguerías) a menos de 300 m de distancia de su residencia, es decir, a menos de 5 minutos a pie.

La compacidad aumenta la complejidad urbana en los tejidos urbanos y potencia la mezcla de usos y la proximidad entre ellos. Fomenta, también, patrones de proximidad residencia-trabajo mejorando la autocontención y la autosuficiencia laboral. Un modelo compacto favorece, además, la proximidad a los equipamientos.

En la figura 34 se aprecian valores similares a los señalados en la figura 33, en este caso para el acceso a los equipamientos de salud, bienestar social, deportivos, culturales y educativos, a menos de 600 metros con recorridos de menos de 8 minutos a pie.

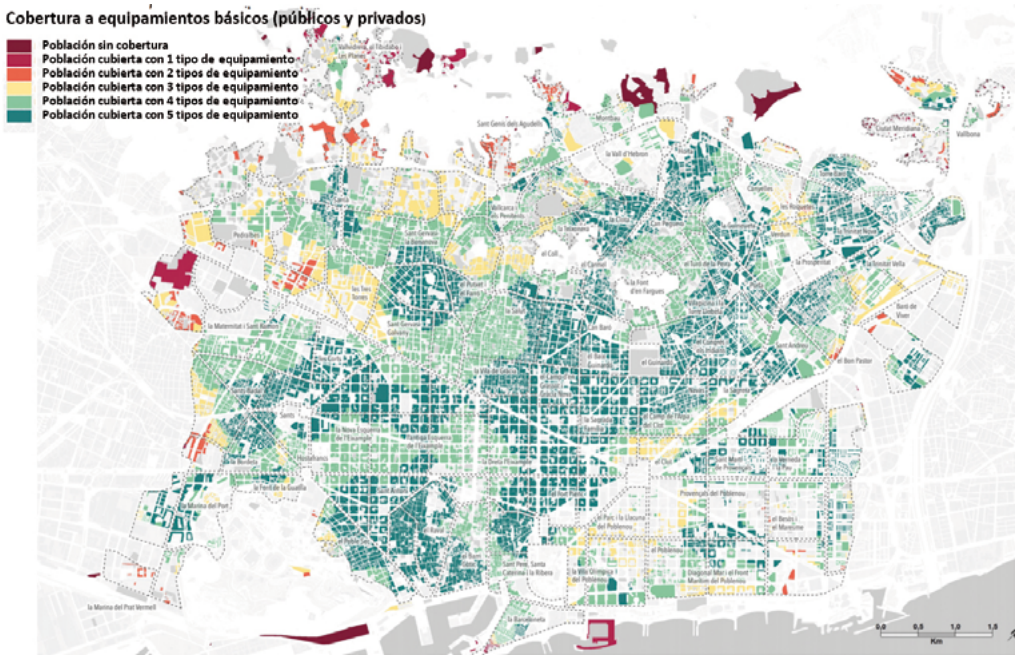


Fig. 34. Población de Barcelona cubierta simultáneamente por diversos equipamientos básicos públicos y privados. Fuente: BCNecologia.

5.5. La eficiencia de los sistemas complejos: "maximizar la entropía en términos de información"

En los ecosistemas "naturales", la energía incidente procedente del sol es, en cada área de la Tierra, una determinada. Esa energía permite que, en el supuesto de que hablemos de un campo de cultivo (ecosistema simplificado) abandonado, este se colonice de plantas herbáceas, arbustos y árboles, y con ellos infinidad de animales y demás organismos en una sucesión del ecosistema que, con el uso de la misma energía incidente, incrementará su organización en el tiempo hasta llegar al clímax. Este proceso sigue el principio de maximizar la entropía en términos de información o, lo que es lo mismo, se produce un aumento de la complejidad (biodiversidad) sin que aumente el insumo de energía para crearla y mantenerla. La relación Energía/Biodiversidad, es decir, la energía que es necesaria para mantener la complejidad se hace cada vez menor en la sucesión de los ecosistemas, incrementándose, en el proceso temporal, el nivel de eficiencia. En la naturaleza este principio es la regla para la permanencia en el tiempo, tanto de los ecosistemas como de las especies en el proceso evolutivo.

En este sentido, la especie humana es producto del proceso evolutivo. La persona humana es el sistema organizado más complejo que conocemos con más de cien mil millones de células neuronales funcionando al unísono que nos permiten pensar, aprender, dar respuestas inteligentes además de movernos, etc. Este nivel organizativo requiere, para su funcionamiento, de la potencia energética equivalente al de una bombilla doméstica de 150W. La relación entre la energía necesaria para mantener semejante organización se acerca a cero, siendo el mejor ejemplo conocido de maximización de la entropía en términos de información.

Si trasladamos el principio a los ecosistemas urbanos, nos damos cuenta de que las reglas del juego de la actual estrategia para competir van, justo, en la dirección contraria. La relación (5) / Complejidad urbana es cada vez mayor, es decir, que el proceso busca incrementar las tasas de consumo de recursos sin que ello comporte un incremento mayor de la organización urbana. Por eso podemos afirmar, sin ninguna duda, que nos dirigimos hacia un escenario insostenible. Saltarnos los principios de la naturaleza compromete nuestro futuro.

La actual estrategia para competir entre territorios, basada en el consumo de recursos, es la principal causa de insostenibilidad. Los sistemas urbanos que consumen más suelo, materiales y energía suelen cobrar ventaja competitiva. La generalización de la estrategia provoca una grave transformación del conjunto de sistemas del planeta, por impacto contaminante o porque son explotados por encima de su capacidad de carga. El fenómeno del cambio climático, la pérdida de biodiversidad, etc., son manifestaciones de la transformación de los sistemas, en muchos casos, de escala planetaria, generadores de las mayores incertidumbres anunciadas.

La ecuación de la sostenibilidad urbana E/nH es la expresión de la eficiencia urbana. La E como indicador del consumo de recursos nos permite evaluar el grado de sostenibilidad alcanzado. La nH, como expresión de la organización urbana, donde n es el número de personas jurídicas y su diversidad, nos permite saber el nivel de información útil (conocimiento), que se atesora en las organizaciones urbanas, en buena medida, en las personas jurídicas densas en conocimiento. La tendencia actual de producir ciudad responde a una secuencia temporal donde la tasa de consumo de energía es mucho mayor que la tasa de organización urbana que se obtiene:

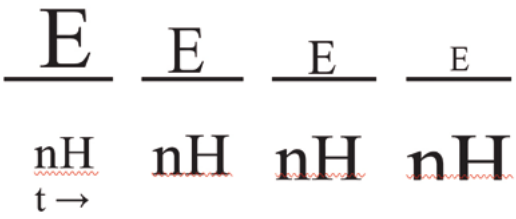
E

nHnHnHnH

t →

El modelo actual es claramente insostenible. Como en el principio de la Reina Roja, se trata de correr cada vez más deprisa (consumo de energía, cada vez mayor) para conseguir estar en el mismo sitio (para obtener una organización urbana similar).

Obtener un modelo urbano más sostenible y, a la vez, un modelo de ciudad del conocimiento debería responder a una tasa de consumo energético cada vez menor y, a su vez también, aumentar significativamente la tasa de organización urbana nH. Con ello se maximizaría la entropía en términos de información.



En la medida que decrece E y se aumenta nH, avanzamos hacia un modelo de ciudad más sostenible en la era de la información, es decir, en la medida que se empequeñece el resultado del cociente, el camino del sistema urbano hacia la sostenibilidad crece y, a la vez, crece hacia su "inteligencia".

El urbanismo puede y debe jugar un rol substantivo en producir y/o regenerar ciudades más sostenibles y con un mayor número y diversidad de personas jurídicas, muchas de ellas, densas en conocimiento.

El futuro depende del cambio de estrategia para competir, la que puede unir, a la vez, el desarrollo y la sostenibilidad. Hoy, con la actual estrategia para competir basada en el consumo de recursos, los términos "desarrollo sostenible" son un oxímoron, son contradictorios.

Hoy, el término "desarrollo" coincide, en buena medida, con el de crecimiento económico, representado, en parte, por el crecimiento del PIB y, el PIB se alimenta del consumo de recursos. A mayor consumo de suelo, materiales y energía, mayor PIB. En el otro extremo, el término "sostenible" está relacionado con una disminución de la presión ejercida sobre los sistemas de soporte, ya sea por explotación de recursos, ya sea por impacto contaminante. La palabra "desarrollo" se vincula, hoy, a un mayor consumo de recursos materiales y la "sostenibilidad", a la reducción de dicho consumo.

Con la actual estrategia para competir basada en el consumo de recursos, es imposible hablar de "desarrollo sostenible". Para hacerlo, es necesario cambiar de estrategia, y la única que podría acercar los dos términos es una estrategia basada en la información y el conocimiento. Una estrategia que, además de reducir el consumo (E), aumente la información organizada (nH), incrementando el número de personas jurídicas (n) y el número de personas jurídicas densas en conocimiento (n) y, a la vez, su diversidad (H). Con ello, se desarrolla un modelo de ciudad más sostenible (reducción de los recursos E) y, a la vez, un modelo de ciudad del conocimiento (incremento de n y H). Un modelo sin el otro no tiene futuro. La economía ecológica urbana se perfila como el instrumento básico para el desarrollo y articulación de ambos modelos.

En el devenir de nuestras ciudades y también de nuestro futuro como especie, maximizar la entropía en términos de información clave. La solución está ya definida por la naturaleza, y nuestro futuro depende de seguir o no seguir sus leyes.

Paralelamente, es difícil imaginar un cambio de estrategia sin un cambio en las bases de la economía. Parece del todo razonable que la economía abrazara los postulados de la economía ecológica5 que propone unificar el oikos de la economía y la ecología evitando el actual divorcio entre ambas. Frente al reduccionismo monetario propio del enfoque económico habitual, el nuevo enfoque debería ser multidimensional y transdisciplinar. Presupone que la especie humana forma parte de la naturaleza y que el sistema económico, con sus derivaciones urbanas, industriales, agrícolas... es un sistema integral y, como tal, ha de estudiarse.

Si pretendemos que el desarrollo sostenible deje de ser un oxímoron, se ha de cambiar el enfoque económico, la economía se debe desmaterializar y la actual estrategia para competir debe ser compatible con las leyes de la naturaleza. La economía circular exige la introducción de cambios en todas las cadenas de valor, diseño de los productos, nuevos modelos de gestión y de mercado, nuevos modos de conversión de los residuos en un activo y nuevas formas de comportamiento de los consumidores. Se busca un modelo de ciclo cerrado.

6 Conclusión

En el artículo se ha hecho un recorrido por diversos pasajes de la ecología académica y se han trasladado a los ecosistemas urbanos algunas de las soluciones que la naturaleza usa en los ecosistemas naturales. La intención del traslado no es otra que colocar a las personas y a las leyes de la naturaleza en el centro de los procesos de cambio.

Creo que a lo largo del artículo se ha podido constatar como mejoran las condiciones de vida de los ciudadanos con la aplicación de las SbN. La intención de las soluciones va dirigida, por una parte, al cuidado de las personas que habitan las ciudades y, por otra, a incrementar la capacidad de anticipación que nos asegure, como especie, un futuro con menos incertidumbres.

« La intención de las soluciones va dirigida, por una parte, al cuidado de las personas que habitan las ciudades y, por otra, a incrementar la capacidad de anticipación que nos asegure, como especie, un futuro con menos incertidumbres»

Decálogo

1. Las personas y las leyes de la naturaleza deben estar en el centro. Nuestra condición de seres humanos debe de ser reivindicada.
2. Las ciudades tienen que ser compactas. Tenemos que volver a reivindicar la ciudad mediterránea.
3. En las ciudades para poder vivir hay que buscar el equilibrio, que permita tener a la vez la presión para mantener la organización, pero la descompresión para tener el contacto con la naturaleza y los espacios verdes, los necesarios para vivir dentro de la ciudad.
4. La accesibilidad. El ciudadano tiene derecho a poder acceder a todos los servicios de la ciudad y a cualquier punto de esta. Hemos de conseguir que haya ciudad, y para que haya ciudad tiene que haber espacio público, que es la casa de todos y accesible para todos.
5. Las ciudades tienen que ser para los ciudadanos, no para los peatones. Ciudadano es aquel que puede desarrollar la vida en su máxima amplitud, desarrollando todos los derechos que la ciudad nos permite, no solamente el desplazamiento y la movilidad
6. Una ciudad que lo que busca es ser muy habitable, ser ergonómica, adecuada, confortable y accesible.
7. Necesitamos ciudades complejas, es decir, necesitamos economía, si no, no nos mantenemos. Es necesario multiplicar el número y la diversidad de personas jurídicas.
8. Densidad de conocimiento. La ciudad inteligente se mide a partir de tener un número muy grande y una diversidad también mayor de personas jurídicas, es decir, de actividades y organizaciones densas en conocimiento, normalmente acompañadas de las tecnologías de la información y la comunicación.
9. La biodiversidad. Es muy importante que seamos capaces de entender que nosotros somos parte de la naturaleza, no somos capaces de vivir sin la naturaleza.
10. Tiene que ver en que hemos consumido recursos como si esto no tuviera límites. Hay que ser autosuficientes con recursos que sean renovables. Y hemos de buscar soluciones basadas en la naturaleza. Debemos renaturalizar nuestras ciudades.
11. Las ciudades tienen que generar soluciones para mitigar el cambio climático. Reducir las emisiones de gases de efecto invernadero, y adaptarnos a lo que nos viene. Aumento de temperatura, inundaciones, incendios...
12. En la ciudad, nadie debe de quedar excluido, la exclusión social no tiene cabida en nuestro futuro urbano, realidades sociales y personales distintas, tiene que poder convivir.
13. Las ciudades deben tener una vivienda digna para todo el mundo, y además esas viviendas tienen que ser sostenibles.
14. Las ciudades deben tener los equipamientos y las dotaciones de equipamiento suficientes y a una distancia de acceso, a menos de 600 metros los básicos.

Todos estos principios se encierran en dos: tienen que ir dedicados, al cuidado de las personas y al cuidado del planeta, si no, no tenemos futuro.

Bibliografía

- Martín Vide, J. 2015. *La isla de calor en el Área Metropolitana de Barcelona y la adaptación al cambio climático. Proyecto METROBS 2015.* Ed. AMB.
- Martín Vide, J. 2015. *Causas y factores que influyen en la isla de calor, áreas críticas del territorio metropolitano y propuestas urbanísticas para su mitigación.* Presentació a la Taula de Metabolisme de l'AMB.
- Morató, M. 2017. *Consideracions energètiques de l'Eixample de Barcelona.* www.bcnecologia.net
- Morin, E. 1994. *Introducción al pensamiento complejo.* Gedisa Editorial.
- Mueller, N., Rojas-Rueda, D., Kreis, H., Cirach, M., Andrés, D., Ballester, J., Bartolí, X., Daher, C., Deluca. A., Echave, C., Palou, J., Catheres Milà, C., Márquez, S., Palou, J., Pérez, C., Tonne, C., Stevenson, M., Rueda, S., y Nieuwenhuijsen, M. Changing the urban designo f cities for health: the superblock model. Environment International. September 201910.1016/j. envint:2019.105132. doi. Org/
- Mueller, N., Rojas-Rueda, D., Basagaña, X., Cirach, M., Cole-Hunter, T., Dadvand, P., Donaire-Gonzalez, D., Foraster, M., Gascon, M., Martinez, D., Tonne, C., Triguero-Mas, M., Valentín, A., & Nieuwenhuijsen, M. (2017). *Health impacts related to urban and transport planning: A burden of disease assessment.* Environment Int, 107, 243–257.
- Prigofine, I. y Stengers, I. 1984. O*rder out of Uranos: Man's New Dialogue with Nature.* Nova York: Bantam.
- Rueda, S. (2020) Regenerando el Plan Cerdà. De la intervía de Cerdà a las supermanzanas del urbanismo ecosistémico. Ed. AGBAR.
- Rueda, S. et al. (2019) Changing the Urban Design of Cities for Health. The Superblock Model. Environmental International. Ed. Elsevier.
- Rueda, S. et al. (2019) *Superblocks as the Base of New Urban Mobility and a New Model of Public Space: Barcelona as a Case Study.* Rassegna di Architettura e Urbanistica, núm, 158 (mayo-agosto 2019). Ed. Sapienza, Univ. Roma.
- Rueda, S. et al. (2019) Integrating Human Health into Urban and Transport Planning. Chapter: "Superblocks for the Design of New Cities and Renovation of Existing Ones: Barcelona's Case" (páginas 135-153). Nieuwenhuijsen, Mark, Khries, Haneen (Eds.)
- Rueda, S. (2019) Les Superilles per al disseny de Noves Ciutats i la Renovació de les Existents: el cas de Barcelona. Papers nº 59 Nous Reptes en la Mobilitat Quotidiana.
- Rueda, S. (2019) *El Urbanismo Ecosistémico.* Ciudad y Territorio. Estudios Territoriales (CyTET) Nº 202.
- Rueda, S. (2018) El Urbanismo Ecosistémico: su aplicación en el diseño de un ecobarrio en Figueres. Ed. Agencia de Ecología Urbana de Barcelona.
- Rueda, S. (2018) *Carta para la planificación ecosistémica de ciudades y metrópolis.* Edición digital en www.cartaurbanismoecosistemico.com

Referencias

(1) Un sistema es un conjunto de elementos físico-químicos que entran en relación y que se distingue de otros por las restricciones que se establecen entre los elementos que se relacionan. Cuando algunos de los componentes del sistema son organismos vivos al sistema, se le denomina ecosistema. Los ecosistemas son sistemas abiertos en información, materia y energía, siguen el principio de Margalef y son escalables: una habitación, un edificio, un barrio o una ciudad son ecosistemas, pues cumplen la definición.

(2) El espacio de estancia comienza a sumar a partir de anchos de acera de 5 metros, considerando que dos personas pueden "permanecer en este espacio sin interrumpir el paso de personas que se crucen y vayan en sillas de ruedas".

(3) En este artículo se usarán indistintamente los términos "actividad", "persona jurídica" y "ente urbano organizado" para expresar lo mismo.

(4) Compacidad absoluta: Relaciona el volumen edificado sobre la superficie de análisis y el resultado equivale a la altura media de la edificación sobre la totalidad del área.

5) La E aquí es la expresión del consumo de recursos, incluido el consumo de energía. Se escoge la energía como indicador que expresa sintéticamente el consumo de recursos.

mémora Fundación
comprometidos con la vida

Foro de debate

Hacia una Sociedad Cuidadora

Feminismo



ciudades que cuidan

Consulta la sesión online:

1. Introducción 340
2. La crisis de los cuidados 342
3. Nuevas vías de análisis y reflexión 344
Decálogo 346

«Feminismo y cuidados»

Barcelona
Noviembre, 2021

CC BY NC ND

Autor



Margarita León Borja

Licenciada en Sociología por la Universidad de Alicante. Maestría en Investigación en Sociología por la Universidad de Essex (UK). Doctora en Política Social por la London School of Economics. Ha sido investigadora Marie Curie en el Instituto Universitario Europeo de Florencia (2000-2003); profesora de política pública comparada en la Universidad de Kent (2004-2010); investigadora "Ramon y Cajal" en el Instituto de Gobierno y Políticas Públicas (2010-2015); y *Fulbright visiting scholar* en la Universidad de Berkeley, California (2018).

Actualmente es profesora titular de Ciencias Políticas e investigadora del Instituto de Gobierno y Políticas (IGOP) de la Universitat Autònoma de Barcelona. Miembro de European Social Policy Netwokd (Espanet). Copresidenta de la Red Española de Política Social (REPS). Directora académica del Consorcio Universidad Internacional Menéndez y Pelayo Barcelona (CUIMPB)-Centre Ernest Lluch (marzo 2021).

Ha sido galardonada con el premio ICREA Acadèmia (2018).

1 Introducción

«Desde el feminismo, se señaló a la división sexual del trabajo entre el ámbito público y el privado como el principal responsable de la desigualdad entre hombres y mujeres»

El término "cuidados" (*care* en inglés) tiene una larga genealogía. Es un término polisémico y versátil. Representa muchas cosas a la vez. Es trabajo, recursos, relaciones, afectos. Es compromiso y obligación. Son políticas públicas y es mercado. La palabra "cuidados" ha evolucionado desde perspectivas académicas tan distintas que puede ser más acertado considerarlo como un concepto que engloba otros conceptos. Lo que hoy es un ámbito de conocimiento con un vastísimo corpus teórico y analítico, estuvo, en sus orígenes, circunscrito al trabajo reproductivo que ejercen las mujeres de puertas hacia dentro. Desde el feminismo, se señaló a la división sexual del trabajo entre el ámbito público y el privado como el principal responsable de la desigualdad entre hombres y mujeres de las sociedades modernas en términos de bienestar material y oportunidades, pero también en el reconocimiento de derechos sociales y políticos. Fisher y Tronto (1990) fueron pioneras en articular una definición de los cuidados que desafiara la construcción del sujeto moderno como un individuo racional, libre y autónomo, sin dependencias de ninguna clase. Como bien relata Victoria Camps en *Tiempo de cuidados*, el tiempo fue poniendo de manifiesto el reduccionismo implícito en esta concepción liberal de ciudadanía. Lo que el *homo economicus* tiene de vulnerable, material y corpóreo permanece oculto y reprimido (pág. 24). Pero, aunque la idea sea tan abstracta que difícilmente puede guardar relación con la realidad, fue el punto de partida del desarrollo de las democracias liberales y los Estados del bienestar modernos y sigue todavía hoy explicando la residualidad de los sistemas de cuidados en el conjunto de las políticas sociales. Mujeres, niños, personas con discapacidad física o mental, ancianas y ancianos desvalidos, accedían al Estado social no como ciudadanos y ciudadanas sujetos de derecho, sino a través de su condición de dependientes. La beneficencia social ha tenido siempre una condición subalterna. Se ocupa de lo frágil y concreto. Asiste, pero no da poder. No aspira a valores igualitarios, sino que atiende al valor moral de atender al prójimo.

Ha hecho falta mucho tiempo para otorgar a la palabra "cuidados" valor como concepto político en las teorías sobre justicia social. Desde la Administración y los propios servicios públicos, sea sanidad, educación o servicios sociales, la profesionalidad se ha construido desde la lógica de los saberes técnicos, de la eficiencia y la racionalidad, más que desde lógicas relacionales y de apoyo mutuo. Como si fuera posible separar una cosa de la otra. El personal médico o docente cura o trasmite saber, pero no se le presupone responsabilidad de cuidados, ya que hay otras manos, menos expertas, que se encargan de que no caigas. La arbitrariedad de esas fronteras ha ido quedando cada vez más en evidencia con las transformaciones sociales propias de nuestro tiempo. Cuando una persona anciana ocupa una cama de hospital, ¿está siendo atendida solo médicamente? ¿Cuándo niñas y niños que todavía ni hablan ni caminan acuden a la escuela, cumple esta una función meramente educativa? ¿Cuánto de la función rehabilitadora y restaurativa de los sistemas penitenciarios consiste en humanizar estas instituciones atendiendo a necesidades de cuidado que van mucho más allá de las tradicionales funciones de custodia y castigo? La incorporación de las mujeres al espacio público ha contribuido, de manera esencial, a diluir estas fronteras entre lo que no es y es cuidado, dejando al descubierto las contradicciones de una organización social que no reconoce ni visibiliza la cantidad de rutinas diarias vinculadas a la ineludible tarea de nuestra reproducción. Cuando una parlamentaria acude a una votación al Congreso con su bebé lactante, está reivindicando el voto telemático para madres con otras responsabilidades ineludibles. Es un acto de rebeldía similar al de un parlamentario que se planta con su silla de ruedas a los pies de la tribuna de oradores porque nadie hasta entonces reparó en la necesidad de ponerle rampas a un edifico repleto de escaleras. Son lo que Camps llama *"éticas de casos"*, éticas aplicadas que plantean dilemas concretos que necesitan respuestas específicas. La democracia también es esto.

La incorporación de las mujeres al mercado laboral provocó un cambio de rumbo fenomenal en la relación entre el Estado y el ámbito reproductivo. En los países nórdicos, pioneros en desarrollar un Estado del bienestar igualitario, el apoyo a la participación de las mujeres en el empleo provocó una extraordinaria intervención del Estado en la vida cotidiana de las personas, socializando antes que nadie el cuidado a la temprana infancia y a la vejez. De hecho, el propio aparato estatal se convirtió en una fuente de empleo para mujeres gracias a la institucionalización de tareas tradicionalmente desempleñadas en casa. Ciertamente, la creciente intervención del Estado moderno en el ámbito privado a través de políticas dirigidas a las familias y en especial a las mujeres, corrió en paralelo al debilitamiento de formas de control estatal sobre la reproducción poco democráticas, generalizadas a principios de siglo XX. A partir de la incorporación de las mujeres al ámbito productivo, los Estados pusieron en marcha políticas que socializaban aspectos claves de las tareas reproductivas. Visto en perspectiva, las reivindicaciones feministas por la igualdad tuvieron un éxito rotundo no solo político, sino también en cuanto a su capacidad para moldear el capitalismo. Nancy Fraser las llama *"batallas de fronteras"* en cuanto a que marcan cambios de época en la separación entre ámbitos considerados aislados unos de otros como el de la economía y la sociedad, la producción y la reproducción, o el trabajo y la familia. Sin embargo, más que resolver el problema de la desigualdad vinculada a los cuidados, lo que ha tenido lugar es un desplazamiento, una creciente dualización de la reproducción social, mercantilizada para quien puede pagar, privada para quien no. La emancipación, hasta cierto punto, en cualquier caso, de las obligaciones reproductivas de las mujeres de alto nivel formativo y alta expectativa profesional, no ha provocado un proceso paralelo de reparto de los tiempos de trabajo y de cuidado más equitativo entre hombres y mujeres dentro del hogar. En parte porque las políticas de conciliación y de apoyo al empleo femenino solo recientemente se han preocupado por la corresponsabilidad. El vacío se ha ido ocupando, alentado también por procesos de carácter más global como los flujos migratorios internacionales, con mano de obra escasamente remunerada. Esto no ha hecho más que repercutir sobre lo que conocemos por "crisis de los cuidados" y que Fraser atribuye a las propias contradicciones inherentes al capitalismo.

2 La crisis de los cuidados



Para algunos, la crisis de los cuidados hace referencia a la escasez de oferta en el contexto de una creciente demanda. El envejecimiento de las sociedades y las caídas generalizadas de la natalidad proyectan unos escenarios para los que la mayoría de los Estados del bienestar no tienen respuesta en forma de política pública. En los cuidados a la dependencia, la presión de la demanda y la insuficiente inversión pública llevó ya desde principios de los años 90 a una progresiva mercantilización de los servicios. En un ámbito en el que la responsabilidad de los gobiernos no está bien delimitada, el terreno cedido a los mercados no parecía tener mayores consecuencias. Salvo en los países nórdicos que han sido capaces de promover cambios desde dentro del sistema sin erosionar el fuerte compromiso por la igualdad, en general, los cambios hacia una oferta diversificada, con una mayor intervención de los agentes privados y un mayor margen para elegir servicios por parte de los usuarios, termina por crear rutas de acceso que culminan en una mayor desigualdad por grupos sociales. En los países con una fuerte presencia de actores promercado en la provisión de servicios de cuidado, las condiciones que regulan la calidad del servicio suelen ser escasas. La pandemia ha expuesto estas debilidades con toda su crudeza en las residencias geriátricas de muchos lugares del mundo. Las residencias de mayores fueron puntos ciegos por los que entró la COVID-19 porque las actuaciones de emergencias estuvieron centradas en los hospitales y tardaron demasiado en llegar a otras instituciones igualmente expuestas.

Los recursos no se movilizaron a tiempo, la protección a residentes y cuidadoras fue notoriamente insuficiente. La pandemia dejó en evidencia hasta qué punto la integración de los servicios sociosanitarios de la que hace tanto tiempo que hablamos continua siendo un tema pendiente. Cuando se establecen prioridades, el sistema de atención a la dependencia queda siempre relegado a un segundo lugar.

La extremada mortalidad en estos centros ha terminado por catapultar discusiones sobre la necesidad de reorientar el sector de cuidados en la agenda política. Estándares de calidad sin definir, elevada precariedad en las condiciones de trabajo, débil regulación y control públicos y mecanismos de gobernanza insuficientes son todo partes esenciales de esta discusión.

Desde las teorías feministas, por tanto, la crisis de los cuidados no es más que un reflejo de una reivindicación resuelta solo a medias. La paradoja es que al tiempo que buena parte de la reproducción social ha salido del ámbito privado de los hogares, hemos asistido a una especie de dualización y devaluación de todo lo que tiene que ver con el trabajo reproductivo. El cuidado externalizado en el mercado es un cuidado mal remunerado, con escasa seguridad laboral y casi nulas oportunidades de promoción. El término de las cadenas globales del cuidado (Hochschild, 2000) hace precisamente referencia al trasvase del trabajo de cuidados desde las regiones pobres a las ricas y que provoca una reproducción de las desigualdades con un claro componente transnacional e interseccional.

Los numerosos estudios que se han realizado sobre las cadenas globales del cuidado adoptan una perspectiva que va mucho más allá de la concepción clásica del cuidado como una labor puramente doméstica. Plantean cuestiones que van al centro de una economía política crítica que desvela relaciones asimétricas de poder facilitadas por los flujos migratorios globales de regiones pobres a ricas.

«Desde las teorías feministas, por tanto, la crisis de los cuidados no es más que un reflejo de una reivindicación resuelta solo a medias»

3 Nuevas vías de análisis y reflexión

Como ámbito de análisis académico, los cuidados se encuentran en la intersección entre diversas políticas y fenómenos sociales entrelazados. Desde una perspectiva conceptual, los estudios sobre el significado de los cuidados han evolucionado en importantes direcciones. La vía quizá más prolífica tiene que ver con las teorías de las capacidades de Amartya Sen y Martha Nussbaum. En su formulación original, las capacidades son oportunidades para tomar decisiones vitales, más allá de las condiciones materiales de vida. Esta perspectiva ha permitido abrir nuevas discusiones sobre aspectos éticos de algunas formas externalizadas del cuidado. Si la métrica se convierte en la justicia, la pregunta entonces se sitúa sobre percepciones de dignidad y bienestar tanto de quienes reciben cuidados como de quienes los dan. La teoría de las capacidades permite introducir consideraciones de carácter subjetivo, como por ejemplo la percepción de bienestar o felicidad que precisamente interrogan sobre el valor que se otorga al cuidado en una sociedad.

El paradigma de la inversión social que pone el énfasis en la necesidad de crear políticas que capaciten a los individuos también ha dado pie a nuevas perspectivas feministas sobre el cuidado. Las políticas de conciliación entre la vida familiar y la laboral, y las políticas de inversión en la temprana infancia forman parte de esta nueva aproximación que persigue nuevos equilibrios entre el crecimiento económico y el bienestar social, y que se ha centrado, sobre todo, en analizar los efectos redistributivos de las políticas de cuidado, en particular los servicios de atención a la temprana infancia.



«Las capacidades son oportunidades para tomar decisiones vitales»

«La ética del cuidado hace mucho que plantea desafíos importantes a la propia idea de justicia social»

La literatura especializada está lentamente comenzando a unir debates en torno a la crisis del cuidado a otros sobre las grandes transiciones de nuestras sociedades contemporáneas. La pregunta clave es si la ética del cuidado puede ayudar a replantear la relación entre crecimiento y bienestar, por una parte –clave en las discusiones sobre emergencia climática– y trabajo y cambio tecnológico. La *"revolución implacable"* del capitalismo, como lo denomina Appleby (2011), ha creado enormes oportunidades, pero también ha generado conflictos amargos y, sin duda, el más importante de estos es la amenaza a nuestra propia supervivencia. Argumentos a favor de una economía verde y sostenible nos obligan a interrogarnos sobre el propio significado del trabajo productivo y reproductivo. Viejas preguntas recobran toda su actualidad. Qué significado le damos al cuidado que damos y recibimos de los demás, qué valor le damos a las responsabilidades y compromisos en nuestro entorno más próximo, conectan ahora con discusiones en torno al progreso humano. Economistas con vocación humanista como Stiglitz o Pikkety explican con sólida base empírica que hay algo profundamente erróneo con la manera en la que entendemos la economía y su beneficio. El primer paso para cambiar el obsoleto paradigma económico sería cambiar precisamente su métrica, porque el trabajo esencial para el sostenimiento de la vida es opaco a las contabilidades nacionales. Urge introducir en las métricas de progreso económico actividades por las que no media transacción económica y, en cambio, contribuyen a nuestra felicidad. Marilyn Waring en *If Women Counted* hablaba, a finales de los años 80, de la necesidad de encontrar mediciones precisas del valor que tiene el apoyo mutuo y las relaciones de cooperación como paso previo a conocer su aportación a la felicidad colectiva. Gracias a ese trabajo pionero, la economía feminista es hoy una subdisciplina reconocida y consolidada dentro de los estudios de Economía, que se ocupa en desvelar las formas en las que la organización social del cuidado no es solo injusto y poco eficiente, sino que también es insostenible.

Qué es lo que genera valor, y con qué parámetros medimos ese valor son preguntas que subyacen también a las incógnitas que rodean el efecto que tendrá la automatización sobre el trabajo humano. ¿En qué tipo de sociedad viviremos cuando una parte significativa del trabajo que realizamos hoy deje de realizarse por personas humanas?

Las búsquedas de futuros sostenibles nos llevan inevitablemente a tener que formular interrogantes sobre cómo organizar mejor recursos y tiempo. En última instancia, esto se convierte también en un tema de poder y de igualdad entre el norte y el sur, entre hombres y mujeres, entre personas de distintas edades, clases sociales, etnias y orientaciones sexuales. Desde aquí, Joan Tronto (2015) propone escrutinizar, a través de la política, las desigualdades inherentes al reparto de las responsabilidades del cuidado. La propuesta, en realidad, no es nueva. Como hemos visto, la ética del cuidado hace mucho que plantea desafíos importantes a la propia idea de justicia social pero continúa siendo una demanda pendiente. Todas las transformaciones pendientes, desde la emergencia climática, el aumento de la desigualdad, el envejecimiento de nuestras sociedades y los desafíos del cambio tecnológico exigen, de una manera u otra, la politización del concepto de cuidado.

Decálogo

1. El término "cuidados" (care en inglés) tiene una larga genealogía. Es un término polisémico y versátil. Representa muchas cosas a la vez. Es trabajo, recursos, relaciones, afectos. Es compromiso y obligación. Son políticas públicas y es mercado.
2. La beneficencia social ha tenido siempre una condición subalterna. Se ocupa de lo frágil y concreto. Asiste, pero no da poder. No aspira a valores igualitarios, sino que atiende al valor moral de atender al prójimo.
3. Ha hecho falta mucho tiempo para otorgar a la palabra "cuidados" valor como concepto político en las teorías sobre justicia social. Desde la Administración y los propios servicios públicos, sea sanidad, educación o servicios sociales, la profesionalidad se ha construido desde la lógica de los saberes técnicos, de la eficiencia y la racionalidad, más que desde lógicas relacionales y de apoyo mutuo.
4. Los numerosos estudios que se han realizado sobre las cadenas globales del cuidado adoptan una perspectiva que va mucho más allá de la concepción clásica del cuidado como una labor puramente doméstica. Plantean cuestiones que van al centro de una economía política crítica que desvela relaciones asimétricas de poder facilitadas por los flujos migratorios globales de regiones pobres a ricas.
5. Urge introducir en las métricas de progreso económico actividades por las que no media transacción económica y, en cambio, contribuyen a nuestra felicidad.
6. Marilyn Waring en If Women Counted hablaba, a finales de los años 80, de la necesidad de encontrar mediciones precisas del valor que tiene el apoyo mutuo y las relaciones de cooperación como paso previo a conocer su aportación a la felicidad colectiva.
7. La economía feminista es hoy una subdisciplina reconocida y consolidada dentro de los estudios de Economía, que se ocupa en desvelar las formas en las que la organización social del cuidado no es solo injusto y poco eficiente, sino que también es insostenible.
8. ¿En qué tipo de sociedad viviremos cuando una parte significativa del trabajo que realizamos hoy deje de realizarse por personas humanas?

Bibliografía

- Appleby, J. (2011). *The Relentless Revolution: A History of Capitalism.* New York: Norton Paperback.
- Daly, M., León, M., Pfau-Effinger, B., Ranci, C. & Rostgaard, T. (2021, forthcoming). Covid-19 and policies for care homes in European welfare states: Too little, too late? Accepted for publication in *Journal of European Social Policy.*
- Fisher, B. & Tronto, J. (1990). Toward a feminist theory of caring. In Abel, E.K. & Nelson, M.K. (eds), *Circles of Care Work and Identity in Women's Lives*, Albany, NY: State University of New York Press, pp. 36-54.
- Fraser, N. (2016). Contradictions of Capital and Care. *New Left Review,* 99-117.
- Gingrich, J. R. (2011). *Making Markets in the Welfare State: The Politics of Varying Market Reforms.* Cambridge: Cambridge University Press.
- Hochschild, A. (2000). Global care chains and emotional surplus value. In Giddens, A. and Hutton, W. (eds). *On the Edge: Living with Global Capitalism*, London: Vintage, pp. 130-146.
- Knijn, T. & Kremer, M. (1997). Gender and the caring dimension of welfare states: Towards inclusive citizenship, *Social Politics*, 4 (3), 328-361.
- León, M. (ed). (2014). *The Transformation of Care in European Societies*, Basingstoke, UK: Palgrave.
- Lutz, H. (2018). Care migration: the connectivity between care chains, care circulation and transnational social inequality. *Current Sociology,* 66 (4), 577-589.
- Stiglitz, J., Sen, A. & Fitoussi, J. P. (2010) *Mis-measuring our Life: Why GDP Doesn´t Add Up.* New York: The New Press.
- Tronto, J. C. (1993). *Moral Boundaries. A Political Argument for an Ethic of Care.* London: Routledge.
- Tronto, J. (2015). *Who Cares? How to Reshape a Democratic Politics.* Cornell Selects.
- Waring, M. (1988). *If women counted: A new Feminist Economics* San Francisco: Harper Collins Publishers.

Conclusiones

El Foro de debate: *"Hacia una sociedad cuidadora"*, promovido y desplegado por la Fundación Mémora, se inscribe en el proyecto de promoción y desarrollo del modelo de Ciudades que Cuidan que lidera la fundación.

Contamos, como punto de partida, con la reflexión inicial efectuada por la profesora *Victoria Camps*, que nos da pistas claras del papel del cuidado en la sociedad del presente y del futuro. La reflexión y el posterior debate que han efectuado los profesionales, que han participado en este foro desde sus respectivas áreas de conocimiento, da soporte a la idea sobre la que se desarrolla esta reflexión, que se expresa en la puesta en valor del cuidado como elemento que debe vertebrar la sociedad y todas las políticas que se desarrollan, especialmente en un municipio, políticas centradas en dar un amplio soporte a las necesidades de sus ciudadanos.

Cada grupo de reflexión nos ofrece su punto de vista, aunque una lectura en profundidad muestra una ligazón importante entre todas y cada una de las reflexiones, comentarios y decálogos que se han publicado en este *Libro Blanco de Ciudades que Cuidan* donde se muestran los caminos y los temas que una ciudad debe de considerar para poder situarse en la senda de ser una Ciudad que Cuida.

A modo de conclusión seleccionamos para cada grupo una primera reflexión. Desde la óptica del grupo de Ética es importante y trascendente potenciar el autocuidado, debiéndose visibilizar el cuidado como algo transversal, más allá del rol de la mujer o femenino que hasta ahora ha tenido. Todos podemos y debemos asumir un papel en el cuidado. El grupo Soledad aporta la importancia de construir la arquitectura comunitaria que fomente las redes de cuidado y de apoyo mutuo y, se considera de gran relevancia, desde el grupo de Educación la incorporación de la educación para el cuidado en el currículum escolar. A su vez, el grupo Cultura destaca el compromiso de la cultura con los retos sociales, la cultura entendida como herramienta para hacer realidad el deseo de cambio, avanzando y dando respuesta a las necesidades sociales, movilizando y llamando a la acción, generando impacto social y emocional. El grupo Envejecimiento subraya la necesidad de promover un nuevo acuerdo intergeneracional para abordar y diseñar los nuevos retos de la nueva sociedad. Tenemos tiempo, tenemos experiencia y tenemos recursos suficientes para poderlo hacer.

Si agrupamos la reflexión de los grupos más vinculados al mundo de lo sanitario y social, destacamos del grupo de Salud Pública la aportación, de que la salud de uno depende del cariño y el cuidado del otro. Como síntesis, cuídate de ti mismo lo necesario para vivir plenamente y del vecindario como de ti mismo. Del grupo Modelo Sanitario se recalca la importancia de potenciar el desarrollo de redes de ayuda y de lucha contra factores que son determinantes de la salud como son la pobreza o la soledad no deseada. Por su parte el grupo Médicos define cuidar como un verbo poliédrico que nos interpela a todos, la calidad y la ética de los cuidados nos define como profesionales, también a los médicos y como sociedad en general, y este debe ser el auténtico parámetro llamado estado de bienestar. A su vez del grupo Enfermería extraemos la idea de que el cuidado no se puede entender sin una relación interpersonal, de forma que tan importante como un tratamiento farmacológico es saber acompañar, saber escuchar y es facilitar el contacto. Desde la visión del grupo Psicología y Antropología hay que reforzar las estructuras de acogida, de compasión y el cuidado, creando lo que se ha llamado una cultura del encuentro. Para ser ciudadanos compasivos, hay que proponérselo. Por último, el grupo Farmacéuticos aporta la necesidad de establecer un sistema de comunicación entre todos los agentes del sistema de salud y social que permita compartir información a tiempo real en aquellos casos donde atender y cuidar sea importante para el paciente.

Los grupos coinciden en la necesidad de coordinar el mundo de lo sanitario con el mundo de lo social, en ese sentido el grupo Social enfatiza, desde la óptica de la innovación social, la necesidad de reforzar los servicios sociales como cuarto pilar del estado de bienestar y su liderazgo en la coordinación de los planes municipales de la soledad no deseada. Ya que uno de sus objetivos básicos es mejorar la convivencia y la cohesión social. El grupo Voluntariado apuesta por un nuevo poder más orientado a la atención de las personas como centro de vida de las ciudades. Un poder donde prevalgan los valores atribuidos a lo femenino y que deben ser compartidos por hombres y mujeres en un nuevo modelo igualitario con más capacidad de transformar la convivencia, la cohesión y disminuir las desigualdades.

De los grupos más vinculados a la arquitectura de las ciudades, de la legislación y de las políticas, destacamos del grupo Urbanismo y Hábitat la idea de que una nueva ciudad ha de ser abierta, inclusiva y adaptable, estar pensada a la medida de las personas, tanto para los espacios públicos como para la movilidad y los servicios urbanos. El grupo Ecología y Medio Ambiente aporta la urgencia de cambiar las reglas del juego en donde las personas y las leyes de la naturaleza deben estar en el centro de las políticas de la ciudad. Por otro lado, el grupo Política Municipal nos dice que la ciudad que cuida es la ciudad de los vecinos. Es una gran alianza múltiple, es sensibilizar para la detección precoz. El cuidado no debe ser solo una actitud vital, sino que debe ser una decisión política. Desde su vertiente, el grupo Legislación defiende la ley Integral de derechos de los mayores. Con la incorporación de la figura de un fiscal específico que proteja y defienda los derechos y persiga los abusos.

El grupo Economía nos propone la gestión colaborativa, apuntando la necesidad de que debemos insistir en la idea de que hay espacio para una colaboración entre lo público, lo comunitario y lo privado. Se complementa con el grupo TICs que destaca la importancia de la gobernabilidad de las tecnologías de la información, resaltando que la tecnología contribuye a mejorar la calidad de la vida en casa. A su vez el grupo Investigación defiende que hay que desarrollar un aprendizaje realizado en codiseño y cocreación de servicios que se complementa con el grupo Comunicación que defiende reducir el edadismo y garantizar la voz de los mayores en los medios de comunicación.

Para finalizar el grupo Feminismo en su reflexión refiere que ha hecho falta mucho tiempo para otorgar a la palabra "cuidados" valor como concepto político en las teorías sobre justicia social. Desde la Administración y los propios servicios públicos, sea sanidad, educación o servicios sociales, la profesionalidad se ha construido desde la lógica de los saberes técnicos, de la eficiencia y la racionalidad, más que desde lógicas relacionales y de apoyo mutuo. La economía feminista es hoy una subdisciplina reconocida y consolidada dentro de los estudios de Economía, que se ocupa en desvelar las formas en las que la organización social del cuidado no es solo injusto y poco eficiente, sino que también es insostenible.

A modo de conclusión, en la sociedad actual más envejecida con una población que muestra una larga esperanza de vida, muy superior a la que hasta hace poco se tenía, con nuevas necesidades de servicios, donde predomina el anonimato de las personas y donde es difícil de establecer relaciones sociales, aparece la soledad no deseada de las personas como un factor de gran repercusión y preocupación. Es el momento de poner en valor el cuidado de las personas, en un sentido amplio desde el autocuidado hasta el cuidado de la comunidad, de la propia ciudad y del medio ambiente y es el momento de influir en las políticas a desarrollar en los municipios. La ciudad actúa como elemento vertebrador de las acciones que en todos los ámbitos repercuten en la vida de las personas que la habitan. Es el momento de situar al cuidado como el alma de una ciudad. Las aportaciones de este Libro Blanco de Ciudades que Cuidan van en la línea de avanzar en esa dirección.

Agradecimientos

Dedicamos un especial agradecimiento a la **Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP)**, que gracias a su colaboración y predisposición ha hecho posible la celebración de la I Conferencia de Ciudades que Cuidan, acto en el que se ha presentado el presente *Libro Blanco*.

Asimismo, queremos destacar que esta obra es el resultado del trabajo de los **104 expertos** organizados en 22 grupos según sus áreas de especialidad profesional. A todos ellos y a quiénes han participado en las sesiones online de cada una de las temáticas, reiterar nuestro agradecimiento por su esfuerzo, dedicación y compromiso para hacer realidad este proyecto.

Albert Alonso
Investigador sénior del Departamento de Investigación e Innovación de la Fundació Clínic per a la Recerca Biomèdica del Hospital Clínic de Barcelona.

Roberto Álvarez Álvarez
Psicólogo, Unidad de Cuidados Paliativos y Centro de Duelo, Fundación Instituto San José, Madrid.

Jordi Amblàs Novellas
Doctor en Cuidados Paliativos de la Universitat de Vic.

Lea Baider
Presidenta Emérita de la Sociedad Internacional PsicoOncología, IPOS.

Javier Barbero Gutiérrez
Exconcejal del Área de Salud, Seguridad y Emergencias del Ayuntamiento de Madrid.

Maria Pia Barenys Pérez
Profesora Emérita del Departamento de Sociología de la Univertitat Autònoma de Barcelona y especialista en Gerontología.

Christian Javier Barrionuevo López
Director del Centro Médico Centro Médico Dr. Christian Barrionuevo.

Rafael Bengoa Rentería
Patrón de la Fundación Mémora. Co-director de SI-Health.

Joan Berenguer Maimó
Director de la Fundación Mémora.

Lluís Berenguer Maimó
Arquitecto-urbanista.

Silvia Bofill Poch
Profesora titular de Antropología Social de la Universitat de Barcelona

Lluís Bohigas Santasusagna
Asesor del Departament de Salut de la Generalitat de Catalunya.

Esther Busquets Alibés
Profesora de Bioética de la Universitat de Vic.

Maria Rosa Buxarrais Estrada
Catedrática de la Facultad de Educación de la Universitat de Barcelona.

Mireia Cabero Jounou
Directora de Cultura Emocional Pública y Psicóloga, Formadora.

María Jesús Calvo de Mora González
Consejo General de Educadoras y Educadores Sociales.

Victòria Camps
Patrona de la Fundación Mémora.
Presidenta de la Fundació Víctor Grífols.

Enric Canet Capeta
Director de Relacions Ciutadanes en el Casal dels Infants per l'Accio.

Xavier Cardona Iguacen
Profesor de Bioética de la Facultat de Ciències de la Salut – Blanquerna de la Universitat Ramon Llull.

Emilia Civeira
Médica intensivista y vocal de la Asociación Seniors en Red.

Dolors Comas d'Argemir i Cendra
Catedrática del Departament d'Antropología, Filosofía y Trabajo Social de la Universitat Rovira i Virgili

Pilar Conesa Santamaría
Fundadora y CEO de Anteverti.

Joaquín Corcobado Romo
Jefe del Área de Derechos Sociales y Ciudadanía de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

Anna Cristeto
Periodista y consultora. Profesora del máster de comunicación IL3-UB.

Jara Cubillo Llanes
Jefa del Servicio del Área de Promoción de la Salud de la Dirección General de Salud Pública del Ministerio de Sanidad.

Fructuoso de Castro de la Iglesia
Profesor de Antropología Social ¡de la Universidad Autónoma de Madrid.

Javier de Frutos González
Subdirector de Derechos Sociales en la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

Santiago de Torres Sanahuja
Presidente de la Fundación Mémora.
Presidente de Atrys Health.

Carolina del Olmo
Directora de publicaciones del Círculo de Bellas Artes y de la revista Minerva

Mireia del Pozo Farreres
Gerente del Centre d'Estudis Economics i Socials de Catalunya (CEES).

Maria Die Trill
Miembro del Consejo Asesor de la Fundación Mémora. Directora de ATRIUM: Psicooncología y Psicología Clínica

David Elvira Martínez
Consultor en gestión y planificación sanitaria. Exdirector del CatSalut y expresidente del Institut Català de la Salut.

Esperança Esteve Ortega
Diputada en el Congreso en la VIII, IX y X legislaturas. Directora de la Fundación Ayuda y Esperanza.

Marta Esteve Zaragoza
Licenciada en Derecho. Diplomada en Trabajo Social. Directora de la Fundación Carulla.

José Miguel Ferrari Piquero
Jefe del Servicio de Farmacia del Hospital Universitario 12 de Octubre de Madrid. Presidente de la Comisión de Farmacia y Terapéutica en dicho hospital

Guillermo Fouce Fernández
Doctor en Psicología. Coordinador de Psicólogos Sin Fronteras. Consejero de Salud del Ayuntamiento de Getafe.

Raúl Gallego Abellán
Periodista y director de documentales.

Cecilia Gañan de Molina
Licenciada en Derecho. Consultora Internacional de Desarrollo Territorial. Colaboradora experta de la Dirección de Política Regional de la Comisión Europea

Àngel García
Fotoperiodista y colaborador de la agencia Bloomberg

José Augusto García Navarro
Director del Consorci de Salut i Social de Catalunya. Presidente de la Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG)

Julio Gómez Cañedo
Coordinador del Servicio de Cuidados Paliativos del Hospital San Juan de Dios de Santurtzi.

Jesús Carlos Gómez Martínez
Presidente de la Sociedad Española de Farmacia Familiar y Comunitaria (SEFAC).

Beatriz González López-Valcárcel
Vocal del Consejo Asesor de de Sanidad del Ministerio de Economía y representante de Canarias en el Comité Científico COVID.

Joan Guanyabens Calvet
Director General de la Fundació d´Estudis Superiors en Ciències de la Salut (FESS). Consultor Health IT & Innovation

Manuel Gutiérrez Pascual
Diplomado en Trabajo Social. Asesor técnico de servicios sociales de la Comunidad de Madrid.

Anne Hendry
Directora de la International Foundation
for Integrated Care Scotland.

Oriol Homs Ferret
Docente e investigador experto en formación
y mercado de trabajo.

M. Lourdes Jiménez Navascués
Profesora titular de la Universidad de Valladolid en la Facultad de Ciencias de la Salud del campo de Soria

Albert Ledesma Castelltort
Médico especialista en Medicina Familiar y Comunitaria.

Margarita León Ramon-Borja
Directora académica del Consorcio Universidad Internacional Menéndez y Pelayo Barcelona (CUIMPB)-Centre Ernest Lluch

Ana Isabel Lima Fernández
Miembro del Consejo Asesor de la Fundación Mémora. Ex secretaria de Estado de Servicios Sociales.

Guillem López Casasnovas
Catedrático de Economía de la Universitat Pompeu Fabra.

Vinita Mahtani Chugani
Técnica de investigación en la Unidad de Investigación del Hospital Universitario Nuestra Sra. de Candelaria
y Gerencia de Atención Primaria de Tenerife del Servicio Canario de Salud.

Sebastià March Llul
Licenciado en sociología y Máster en Investigación en salud. Investigador, asesor y docente en promoción de la salud

Gabi Martínez
Colaborador habitual de medios National Geographic, Altaïr o The Ecologist. Dirige el Festival Literatura

Soledad Márquez Calderón
Responsable del Sistema de Información de Mortalidad por Causas de Andalucía, Consejería de Salud e Instituto de Estadística y Cartografía de Andalucía

Juan Carlos Martel
Director de la Fundació Teatre Lliure de Barcelona.

Tino Martí
Responsable de proyectos de European Health Telematics Association.

Fernando Martínez Cuervo
Miembro del Consejo Asesor de la Fundación Mémora Director del Centro Polivalente de Recursos para Personas Mayores El Cristo. Presidente de la Sociedad Española de Enfermería Geriátrica y Gerontológica (SEEGG)

Manuel Martínez Domene
exDirector General delIMSERSO.

María Ángeles Medina Martínez
Emprendedora eHealth con Healthy Blue Bits SL.

Raquel Millán Susinos
Diplomada en Trabajo Social. Tesorera y vocal del Consejo General del Trabajo Social en España.

Josep Monterde
Doctor en Farmacia. Presidente de la Asserta Foundation.

Emilio Morenatti
Fotoperiodista The Associated Press en España y Portugal. Premio Pulitzer de 2021 en la categoría de reportaje fotográfico.

Pedro Moreno Ródenas
Director General de Alcaldía-Presidencia del Ayuntamiento de Alcorcón.

Enric Morist Güell
Coordinador de Cruz Roja en Catalunya y vicepresidente de la Taula del Tercer Sector Social de Catalunya.

Cristina Muñoz Alustiza
Responsable de Programas y Calidad en el Centro de Humanización de la Salud y Centro San Camilo.

Olga Pané Mena
Directora gerente del Parc de Salut Mar.

Josep Paris Giménez
Director de Desarrollo Corporativo de Serveis Funeraris de Barcelona.

Enrique Pastor Seller
Licenciado en Sociología. Diplomado en Trabajo social. Docente en la Universidad de Murcia.

Sacramento Pinazo Hernandis
Coordinadora de la Unidad de Investigación Intervención Psicosocial en Envejecimiento de la Facultad de Psicología de la Universidad de Valencia.

Joan Piñol Forcadell
Director General de la Fundación Salud y Persona.

Maite Pozo Querol
Coordinadora de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores del IMSERSO.

Albert Quiles Martínez
Director gerente d'Amics de la Gent Gran

Jaume Raventós Monjo
Vicepresidente de la Asociación de Salud Digital.

Ivan Reinares López
Teniente de Alcalde responsable del Área de Gobierno de Servicios Sociales y Desarrollo Comunitario del Ayuntamiento de Logroño.

Juan Enrique Riese
Asesor científico-técnico de proyectos europeos en el Instituto de Salud Carlos III.

Bernabé Robles del Olmo
Presidente del Comité de Ética asistencial del Parc Sanitari de Sant Joan de Déu.Vocal de la Comisión permanente del Comité de Bioética de Catalunya.

Leocadio Rodríguez Mañas
Jefe del Servicio de Geriatría del Hospital Universitario de Getafe y director Científico del CIBER en Fragilidad y Envejecimiento Saludable.

Begoña Román Maestre
Profesora de Filosofía y Ética Aplicada de la Universitat de Barcelona. Presidenta del Comité de Bioètica i Serveis Socials de Catalunya.

Rosa Rubio Giner
Directora Territorial de Servicios Sociales en el Ayuntamiento de Barcelona. Directora del programa Radars.

Salvador Rueda
Presidente de la Fundación Ecología Urbana y Territorial.

Rosa María Salazar de la Guerra
Directora Gerente del Hospital Guadarrama.

Maria Salinas Salinas
Responsable de Planificación y Modelo de Ciudad del Ayuntamiento de Sant Boi de Llobregat.

Ana Sánchez Córdoba
Directora del Centro de Día de personas mayores de Parla.

Fernando Sánchez Tulla
Director de Comunicación y Relaciones Institucionales del Grupo Mémora y de la Fundación Mémora.

Maite Sarobe Carricas
Jefa del Servicio de Farmacia del Complejo Universitario de Navarra.

Oscar Seco Revilla
Director general de Inclusión Social de la Diputación Foral de Bizkaia.

Andreu Segura Benedicto
Coordinador de los grupos de trabajo de SESPAS sobre ética e iatrogenia. Vocal del Consejo Asesor de Salud Pública y vocal del Comité de Bioètica de Catalunya.

Cristina Segura Talavera
Directora del Departamento de Personas Mayores de la Fundació Bancària la Caixa.

Pere Serra Amengual
Presidente del Consejo de Innovación, Gestión del Conocimiento y Documentación del Institut Català del Sòl, Generalitat de Catalunya

Pepe Serra Villalba
Director del Museu Nacional d'Art de Catalunya.

Ramon Sisó Almirall
Miembro del Servicio de Redacción del Plan Director Urbanístico Metropolitano de Barcelona,
Area Metropolitana de Barcelona

Jeroen Spijker
Investigador "Ramón y Cajal"
del Centre d'Estudis Demogràfics.

Gemma Téllez Bernad
Enfermera del Sistema d'Emergències Mediques de Catalunya.

Núria Terribas Sala
Directora Fundació Víctor Grífols y Directora Cátedra Bioética Universitat de Vic.

Francesc Torralba Rosselló
Director de la Càtedra Èthos d'Ètica Aplicada,
Universitat Ramon Llull.

Lluís Torrens Mèlich
Director de Innovación Social del Ayuntamiento de Barcelona.

Lluís Triquell Sabaté
Director Asociado en Antares Consulting y en Triquell OOOQ.

Josep Maria Via Redons
Presidente del Consejo Asesor de la Fundación Mémora. Consultor en el ámbito sanitario.

Emiliana Vicente González
Presidenta del Consejo General del Trabajo Social.

Ana Villarroya Planas
Directora del Centro de Investigación en Información, Comunicación y cultura de la Universitat de Barcelona.

Javier Yanguas
Director científico del Programa Mayores de la Fundació Bancària la Caixa.

Lluís Ylla
Miembro del Consejo de Dirección de Jesuïtes Educació.

Las Ciudades que Cuidan

son ciudades amigables, compasivas, inteligentes y saludables, donde en el núcleo del modelo late con fuerza el concepto de cuidar, como el alma de la nueva urbe.

Una ciudad que cuida

ha de ser referente para que sus ciudadanos puedan envejecer activa y saludablemente, integrando los valores y los procesos que permitan abordar el final de la vida en paz y dignidad, enmarcada en un entorno de innovación y conocimiento basado en la creatividad y alta tecnología, y comprometida con la promoción y protección de la salud de todos sus ciudadanos.

www.ciudadesquecuidan.com

mémora Fundación
comprometidos con la vida