

Cuadernos
de la Fundació 71
Víctor Grífols i Lucas

Ética y proximidad en la Ciudad que Cuida

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

30/05/2025

Ética y proximidad en la Ciudad que Cuida

71

Cuadernos
de la Fundació 71
Víctor Grífols i Lucas

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS

Publicación correspondiente al proyecto «Ciudades que Cuidan» de:



Con la colaboración de:



Cuadernos de la Fundació Víctor Grífols i Lucas
Ética y proximidad en la Ciudad que Cuida Nº 71 (2025)
Edita: Fundació Víctor Grífols i Lucas. c/ Jesús i Maria, 6 - 08022 Barcelona
fundacio.grifols@grifols.com www.fundaciogrifols.org
ISBN 978-84-09-73495-5 Depósito Legal: B 11846-2025

Ética y proximidad en la Ciudad que Cuida

Cuadernos
de la Fundació 71
Víctor Grífols i Lucas

SUMARIO

Presentación

Cristina MontalvÀ, José Joaquín Pérez y Núria Terribas 7

Ciudades que Cuidan: sello de calidad

El proyecto «Ciudades que Cuidan»

Francesc de Rillo y Joan Berenguer 11

La FEMP en el ámbito de los derechos sociales

Javier de Frutos 25

La ciudad, la soledad y el final de vida

Victòria Camps 33

Servicios de proximidad, salud y final de vida

Servicios Sociales, cuidados y dependencia desde la proximidad y el final de vida

Ana Isabel Lima 46

Los servicios sanitarios y su rol en la Ciudad que Cuida

Albert Ledesma 58

Ética y proximidad en la Ciudad que Cuida

Lluís Berenguer 63

Cuidados paliativos, la experiencia de La Rioja

Mónica Ochagavía 71

Relación de autores 78

Títulos publicados 80

PRESENTACIÓN

En la presente publicación recogemos el contenido de un nuevo encuentro entre la Fundación Mémora y la Fundación Víctor Grífols i Lucas, en el marco del proyecto «Ciudades que Cuidan», y en esta ocasión también de la mano de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), directamente implicada en su implementación.

Publicaciones anteriores de la Fundación Grífols ya recogen el resultado de seminarios previos, que han versado sobre temática vinculada al proyecto de Fundación Mémora, dado el inherente contenido ético de todas sus acciones.

En esta ocasión tendremos la oportunidad de conocer el resultado de un amplio debate sobre cómo los cuidados han de incorporarse a la política municipal, así como reflexionar sobre el modo en que los principios éticos compartidos pueden articular esa política de proximidad que caracteriza la acción de los Gobiernos Locales.

En septiembre de 2023, la FEMP adoptó dos resoluciones dirigidas a este objetivo y que se encuadran en las finalidades del proyecto «Ciudades que Cuidan», que trabaja sobre las múltiples vertientes del cuidado en las ciudades. El proyecto ha contado con las reflexiones y aportaciones de numerosos profesionales que trabajan cada día por los cuidados, desde la perspectiva del urbanismo, de la ecología, de la educación, de los servicios sociales, etc. Entre los resultados de esta iniciativa cabe destacar la creación de un sello de calidad: una propuesta sistematizada para observar y analizar las políticas locales desde la perspectiva de los cuidados, de la que se describen sus elementos principales en este texto.

Para que una Entidad Local pueda garantizar los derechos de las personas que en ella habitan, los cuidados centrados en la persona y en la comunidad deben convertirse en la clave de bóveda del conjunto de las políticas públicas. Esto implica, en el ámbito de las personas mayores, que las instituciones públicas y el conjunto de la comunidad diseñen y lleven a cabo 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 encuen-

tro intergeneracional, de aprendizaje compartido, en el que las situaciones de dependencia, de soledad no deseada o de riesgo de exclusión 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 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 esencial de las políticas públicas. La cuestión reside en cómo concretar un enfoque basado en los derechos de la ciudadanía; en cómo traducir la exposición de tales derechos en medidas que garanticen su ejercicio. Evolucionar hacia una sociedad cuidadora significa que las palabras «respetar», «proteger», «cuidar» y «acompañar» transitan de los discursos a la práctica.

El proyecto «Ciudades que Cuidan» contribuye a recorrer ese camino del dicho a la acción, del reconocimiento formal al ejercicio cotidiano de derechos y responsabilidades. La bioética debe formar parte indispensable de ese camino, y por ello la Fundación Grífols es parte también de este proyecto.

Cristina MontalvÀ

Directora General de Igualdad y Políticas Locales de la FEMP

José Joaquín Pérez

Director General de la Fundación Mémora

Núria Terribas

Directora General de la Fundación Víctor Grífols i Lucas

**Ciudades que Cuidan:
sello de calidad**

El proyecto «Ciudades que Cuidan»

Francesc de Rillo y Joan Berenguer

Fundación Mémora

1. Introducción: crisis climática

La sociedad actual y los procesos sociales son cada vez más enrevesados, y necesitamos un pensamiento complejo para poder intuir el alcance de muchas de las manifestaciones y fenómenos que en ellos se producen. No hablemos ya de la capacidad de comunicar los avances y problemáticas que se plantean: en un entorno con una densidad informativa y desinformativa que va *in crescendo*, la incompetencia comunicacional se hace evidente, y más cuando nos referimos a cualquiera de las grandes crisis que vivimos hoy en día, en las que el ruido, el espectáculo y la distracción colman y atiborran nuestros sentidos.

Una de las grandes emergencias que como humanidad debemos atender es la crisis climática, y concretamente el aumento de la temperatura del planeta en los próximos años.

Según un nuevo informe de la Organización Meteorológica Mundial (WMO, según sus siglas en inglés), hay un 80% de probabilidades de que la temperatura media anual del planeta supere transitoriamente en 1,5 °C los niveles preindustriales en al menos uno de los próximos cinco años.¹

La **crisis climática** es una **emergencia de salud pública global**. La salud del planeta está vinculada directamente a la salud humana.

Cada año, casi diez millones de personas mueren por la contaminación atmosférica, que provoca un aumento de las enfermedades respiratorias, el cáncer y la demencia en todo el planeta. El calor extremo, por sí solo, se cobra una media de casi medio millón de vidas, mientras que los patrones climáticos extremos están provocando brotes de enfermedades como la malaria, el cólera y el dengue.²

Cuando los científicos y técnicos se enfrentan al desafío de comunicar los últimos descubrimientos sobre los cambios e impactos de la emergencia climática, muy a menudo utilizan documentos, gráficos e ilustraciones de una gran complejidad y muchas veces solo accesibles a expertos, pero en 2013, Dan Crawford, estudiante en la Universidad de Minnesota, además de violonchelista, ideó un enfoque completamente diferente: utilizar su violonchelo para comunicar las últimas novedades científicas sobre el clima e informar a sus compañeros, de una manera fácil y directa, a través de la música, del alarmante aumento de la temperatura en el planeta.³

Crawford utilizó un enfoque denominado **sonificación** de datos, para convertir los registros de temperatura global en una serie de notas musicales.

El ejemplo de la sonificación nos advierte sobre la importancia de buscar nuevas formas para compartir, facilitar y acercar a todos los ciudadanos las evidencias que nos aportan la ciencia y la tecnología.

En el proyecto «Ciudades que Cuidan», que impulsamos desde la Fundación Mémora, hemos pretendido facilitar una metodología para la gobernanza de los municipios y uso de todos los ciudadanos: pivotando sobre la conceptualización de CUIDAR, hemos establecido áreas de conocimiento e indicadores que nos permiten aproximar y hacer más horizontales ciertas estructuras y funcionalidades que, a su vez, se vuelven cada día más complejas y alejadas de la ciudadanía. Este es nuestro objetivo, que nos implica y demanda a todos. Seguro que juntos construiremos comunidades más humanas y cuidadoras.⁴

2. Fundación Mémora: Ciudades que Cuidan

La Fundación Mémora tiene como objetivo dar soporte a las personas que están en situación de final de vida y a las que están encargadas de su cuidado.

Situamos el cuidar como eje central de nuestra actuación en el proceso de final de vida, y específicamente tratamos de evitar y prevenir, en la medida de lo posible, la muerte en soledad y la vulnerabilidad social.

La soledad, el aislamiento social y, concretamente, la soledad no deseada son algunas de las grandes inquietudes que afectan a muchas personas mayores.

La evaluación, el tratamiento y el abordaje de la soledad son algunas de las preocupaciones, a nivel mundial, de organizaciones, instituciones y países.

El cuidar y el cuidado, así como el autocuidado, son algunos de los pocos tratamientos eficaces para tratar la epidemia silenciosa de la soledad. El *locus* (lugar donde aplicar esta visión), es la ciudad.

Con este objetivo, y considerando el momento actual, se despliega el proyecto «Ciudades que Cuidan», que se basa en los siguientes puntos:

- Puesta en valor de los cuidados, del cuidado, como elemento fundamental en una sociedad envejecida, con notable incremento de las necesidades de atención a la dependencia, y en la que la soledad no deseada puede considerarse una epidemia.
- Dado que la provisión de cuidados (el cuidar) compromete a todas las personas, a la sociedad en su conjunto, los cuidados deben entenderse como expresión de diligencia, de personas atendiendo a personas.
- Frente a una sociedad en la que prima el producir y el competir, deben potenciarse el servir y el cuidar.
- El desarrollo de una sociedad cuidadora debe formularse desde las ciudades, donde el cuidar debe ser el eje fundamental en el que vertebrar todas las acciones que diseñe un municipio.

El proyecto «Ciudades que Cuidan» se basa en cuatro líneas de actuación:

Observatorio de Ciudades que Cuidan de la soledad no deseada. Con el soporte de la Fundación «La Caixa» y mediante la observación y el análisis cualitativo de la opinión publicada en los medios de comunicación, incidiendo en palabras clave como «muerte en soledad» o «soledad no deseada» y en los diferentes planes y acciones de las entidades y administraciones, la Fundación Mémora, elabora, presenta y edita un documento anual, que desde el año 2019 nos permite ver la evolución de las ciudades a partir de variables monitorizadas, organizadas por temáticas y territorios.⁵

Gestión y generación de conocimiento. Esta línea de actuación se nutre de las aportaciones del Observatorio, Fórum de Debate y Seminarios de la Fun-

dación Víctor Grífols i Lucas y la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP), así como de la conferencia anual de «Ciudades que Cuidan», organizada junto con la Fundación Botín en su sede de Madrid.⁶

Modelo de Ciudad que Cuida: aporta un modelo conceptual que integra y aglutina el conjunto de políticas y acciones a desarrollar en un municipio alrededor del cuidar.

Sistema de evaluación: creación de un **sello de calidad**, de la mano de la Federación Española de Municipios y Provincias (FEMP).

78 indicadores en 9 categorías: hogar, servicios de proximidad, movilidad, ambiente, salud, participación, comunicación, igualdad de oportunidades y final de vida.

La Ciudad que Cuida será aquella urbe en la que lata con fuerza el concepto de cuidar, como alma y fragancia de la nueva ciudad.

Decálogo de la Ciudad que Cuida

- 1 **Hogar** digno, asequible, accesible, seguro y confortable.
- 2 **Servicios de proximidad** suficientes para atender a las necesidades de los ciudadanos y ciudadanas.
- 3 **Movilidad** sostenible con recorridos amables y un transporte público eficiente.
- 4 **Ambiente** sano, limpio y acústicamente confortable para todas las personas.
- 5 Promoción de **servicios de salud** de excelencia y estilos de vida saludables.
- 6 Compromiso con la **participación** de la ciudadanía en las decisiones públicas.
- 7 Impulso de estrategias de **comunicación** que garanticen la información y opinión.
- 8 Desarrollo de estrategias para garantizar la **igualdad de oportunidades**.
- 9 Mejores condiciones (dignidad y paz) en el **final de vida**.

Con el objetivo de **evitar** y **prevenir**, en lo posible, la **muerte en soledad**.

La metodología para evaluar la Ciudad que Cuida, en base a 78 indicadores de 9 categorías, se ha desarrollado a partir de criterios propios del equipo que firma este trabajo y tiene el apoyo de un grupo revisor, que aportó su opinión y mejoras a los originales que se elaboraron.

Es necesario resaltar la implicación, desde el inicio, de profesionales del Ayuntamiento de Logroño y de la Federación Española de Municipios y Provincias, entidades con las que la Fundación Mémora tiene convenios de colaboración, así como de profesionales externos que han aportado sus conocimientos y trabajo en la producción del actual manual.

El trabajo que nos ocupa se trata de una primera versión, revisada de forma periódica en tres ocasiones (V1.3), que puede mostrar ajustes en aspectos relacionados con la propia selección de los indicadores, de las fuentes de donde se obtienen, de los valores referenciales que se deciden en cada caso y de la ponderación de estos.

Ciudades que Cuidan	ODS	Ciudades Amigables	Ciudades Saludables	Smart City
1. HOGAR	11, 1	3	A1, A2, C1	Calidad de vida inteligente
2. VECINDARIO	2, 3, 4	1, 7	A4, A5, B1, B2, C2	Calidad de vida inteligente
3. TRANSPORTE	11	2	A5	Movilidad inteligente
4. AMBIENTE	6, 7, 11, 13, 15	1	A2	Medio ambiente inteligente
5. SALUD	3	8	D1 a D7	Calidad de vida inteligente
6. COMPROMISO	9	5, 7	C4	Ciudadanía - Gobierno inteligente
7. OPORTUNIDAD	8, 10	4, 7		Economía inteligente
8. FINAL DE VIDA	3, 11	-		
9. COMUNICACIÓN	9, 10	6		

Los indicadores que se han seleccionado en esta versión (V1.3) se relacionan con los que se describen en las redes de ciudades amigables, compasivas, inteligentes y saludables más vinculados al concepto de cuidar y, a su vez, se adaptan a los Objetivos de Desarrollo Sostenible (ODS) de la Agenda 2030 de Naciones Unidas, a la Agenda Urbana de la UE y la Agenda Urbana Española.

Somos conscientes de la dificultad que comporta la selección de los indicadores, dado el gran número de estos que existen para cada categoría. En este sentido, nos hemos visto obligados a escoger aquellos que se consideran más vinculados al concepto de cuidar, a esforzarnos en delimitar al máximo su número. En futuras versiones podremos complementarlo (sustituir, eliminar o añadir), dado que el Índice Global de Calidad ha de ser dinámico en su construcción y debería mejorar en cada nueva versión.

Es también relevante la selección de la fuente donde buscar el indicador, dada la dificultad de encontrar, en muchos de los casos, datos referidos al mismo para el ámbito de la categoría seleccionada. Debemos tener en cuenta que la frecuencia con la que se comunican los datos varía según el indicador y la fuente consultada.

3. Sello de Calidad: categorías e indicadores

La estructura del **sello de calidad** se sustenta a partir de los 78 indicadores seleccionados para las 9 categorías. Los valores se extraen, en su mayoría, de estadísticas públicas de entidades reconocidas y, solo en determinados casos, de una búsqueda específica activa, aplicada en el municipio y respecto a un valor de referencia asignado a cada indicador, y se complementa con la evaluación de las políticas y programas impulsados por el municipio para mejorar el cuidado a largo plazo.

Para cada categoría se distribuyen 100 puntos entre los indicadores escogidos de forma ponderada, en función de su relevancia, que se establece según el grado de vinculación con el concepto de cuidado.

Para obtener el Índice Global de Ciudad que Cuida, los indicadores de las categorías aplicados a la ciudad pueden aportar hasta 900 puntos. Los pesos de las categorías se ponderarán según su relevancia en el modelo de Ciudad

Categorías	Indicadores
Cat.1 HOGAR	7
Cat.2 SERVICIOS DE PROXIMIDAD	18
Cat.3 MOVILIDAD	9
Cat.4 AMBIENTE	6
Cat.5 SALUD	13
Cat.6 PARTICIPACIÓN	7
Cat.7 COMUNICACIÓN	5
Cat.8 IGUALDAD DE OPORTUNIDADES	9
Cat.9 FINAL DE VIDA	4
TOTAL	78

que Cuida, y el desarrollo de las políticas y programas que impulsa el municipio puede aportar 100 puntos, que se evalúan según el siguiente criterio: 100% de los puntos asignados si existen programa y presupuesto, 50% si existe programa sin presupuesto y 0 puntos el resto.

Al final, el Índice Global puede tener un máximo de 1.000 puntos, con un cumplimiento al 100% en todos los elementos evaluados.

Se espera que el modelo de aplicación sea efectuado por el propio municipio; es decir, que sea **autoaplicativo**, **autoevaluativo** y de **apoyo mutuo** (no competitivo).

Esta metodología sienta las bases para la conformación de un Sello de Calidad en el que se fomentan la colaboración y el intercambio de las mejores prácticas.

El documento *Sello de Calidad. Ciudades que Cuidan*, cuya primera edición es de marzo de 2023 recoge el compendio de todo el trabajo relacionado con la Metodología para evaluar la Ciudad que Cuida, referida a las categorías, indicadores, fuente de los datos y referencias decididas. Está editado en versión digital, dado que debe ser adaptado y ofrecer versiones mejoradas en función de los cambios que se puedan introducir.⁷

En paralelo se edita un «Documento Resumen de Indicadores de Evaluación (DRIE)» en el que los cambios van actualizándose periódicamente, atendiendo al carácter dinámico y de mejora continua que precisa el trabajo realizado.⁸

El modelo de la Ciudad que Cuida quiere dar respuestas y ayudar a reflexionar acerca de problemáticas cada vez más acuciantes y que tienen múltiples subordinaciones a diferentes organismos de la administración (local, provincial, comarcal, autonómica, nacional, europea...).

Por ejemplo, una de las principales características y éxitos de nuestros tiempos es haber conseguido una sociedad cada vez más longeva, pero eso, a su vez, conlleva un gran problema. ¿Cómo podemos garantizar los servicios de salud y de apoyo más adecuados para las personas mayores?

Es necesario dar un paso firme para abordar conjuntamente la necesaria e imprescindible interrelación entre las prestaciones sanitarias y las sociales, y esto solo se puede hacer desde las ciudades. Las personas, en especial las envejecidas, requieren de una mirada holística de su problemática sociosanitaria; una mirada que comporte la atención conjunta, coordinada y efectiva, tanto desde la vertiente sanitaria (médica y de cuidados) como de atención y apoyo a la dependencia que muchas personas mayores presentan. Es fundamental que los equipos que atienden a estas personas (médicos, enfermeras, trabajadores sociales...) sean referentes de largo recorrido. Es inadmisibles que los cambios que a menudo se producen no permitan forjar el vínculo necesario entre el equipo y la persona atendida.

A pesar de las dificultades, son las ciudades las que están más cerca de las personas y es allí donde es necesario incidir.

Sin embargo, no podemos obviar que muchos otros de los aspectos a considerar deben ser abordados de forma conjunta. Desde las intervenciones en el ámbito urbano (calles, casas y establecimientos públicos y privados accesibles) hasta la movilidad acorde con la atención de las personas con discapacidad, pasando por un ambiente limpio y saludable; comercios y equipamientos cerca del hogar; ...y elementos participativos que permitan la socialización de las personas.

La Ciudad que Cuida permite tener una mirada amplia para coordinar el conjunto de las acciones que se llevan a cabo en un municipio. La defensa del cuidar, como elemento vertebrador de todas las iniciativas y acciones que se realizan en una ciudad, genera un ecosistema de mejora continua para las necesidades que puedan surgir.

4. Servicios de proximidad, salud y final de vida

Categoría 2: Servicios de Proximidad

La Ciudad que Cuida trabaja para que sus ciudadanos y ciudadanas disfruten de servicios de proximidad suficientes para atender todas sus necesidades. Debe garantizar, a escala de vecindario, el acceso fácil e inclusivo a los servicios básicos y a las relaciones de cooperación con la comunidad. Dicho de otra forma, debe ofrecer a los habitantes del municipio la posibilidad de aprovechar los recursos esenciales, así como aquellos que permitan garantizar una calidad de vida básica.

Esto engloba suministros, equipamientos y, en determinados casos, ocupación laboral, además de otras opciones más directamente vinculadas a percepciones, como la seguridad o el derecho a la socialización y a la participación en la vida comunitaria.

En esta versión, hacemos una valoración global de la ciudad, sin considerar la dispersión ni la concentración de servicios que puedan existir.

La accesibilidad a los recursos es especialmente relevante en el caso de las personas mayores, principalmente si presentan dificultades o problemas de movilidad para desplazarse lejos de su entorno de residencia o vecindario.

La Ciudad que Cuida ha de ser abierta y segura, disponer de espacios y edificios públicos que faciliten las relaciones entre las personas y contar con una movilidad y unas viviendas adaptadas a las distintas necesidades del ciclo vital.

Para la categoría de Servicios de Proximidad se han seleccionado 7 grupos, con un total de 18 indicadores que se consideran, en una primera versión (V1.0), los más cercanos al concepto de Ciudad que Cuida, en la que el cuidado es el eje de las políticas y las acciones establecidas y desarrolladas por los municipios.

Indicadores categoría 2 - Servicios de Proximidad (V1.0)			
Grupo	Indicador	Peso del indicador	Políticas y programas
Alimentación y comercio minorista	2.1. Ratio de comercios al por menor por 1000 habitantes	10	3
	2.2. Centros de AP por 10.000 h	9	
	2.3. Oficinas de Farmacias por 10.000 h	5	
	2.4. Camas hospitalarias por 1.000 h en la CCAA	6	
Servicios Sociales	2.5. Centros de Servicios Sociales/ trabajadoras sociales	5	10
	2.6. Servicios de Ayuda domiciliaria (SAD)	4	
	2.7. Servicio de Teleasistencia (ST)	3	
	2.8. Centros sociales para personas mayores	3	
	2.9. Centros de Día	3	
	2.10. Servicios de Atención Residencial	2	
	2.11. Gasto Promedio en Atención Social por habitante	10	
Servicios Culturales	2.12. Bibliotecas por 100.000h	1	3
	2.13. Gasto promedio en Cultura por habitante	9	
Areas Verdes	2.14. m2 de Areas verdes por habitante	10	3
Adecuación y accesibilidad para personas con discapacidad	2.15. Itinerarios transitables	5	3
	2.16. Edificios públicos accesibles	5	
Seguridad	2.17. Tasa de siniestrabilidad en vías interurbanas y urbanas por cada 10.000 h	5	3
	2.18. Tasa de delitos por 10.000 h	5	
Total		100	28

Categoría 5: Salud

La Ciudad que Cuida promueve servicios de salud de excelencia y estilos de vida saludables y vela por garantizar el adecuado nivel de salud de sus ciudadanos y ciudadanas. Para ello necesita conocer su estado de salud, promover estilos de vida saludables y contar con planes de protección sanitaria. La ciudad debe dotarse de los equipos necesarios para atender sus necesidades (ver categoría «Servicios de Proximidad») y supervisar su correcta utilización.

Indicadores categoría 5 - SALUD (V1.0)			
Grupo	Indicador	Peso del indicador	Políticas y programas
Plan de Salud Comunitaria	5.1. Plan de salud comunitaria	20	
Determinantes de salud	5.2. Prevalencia de consumo de tabaco en población de 16 años o más	10	3
	5.3. Prevalencia de consumo de bebidas alcohólicas en población de 16 años o más	10	
	5.4. Prevalencia de consumo de cannabis entre estudiantes de 14-18 años	10	
	5.5. Prevalencia de sobrepeso, por sexo, en población de 18 años o más	4	
	5.6. Prevalencia de sobrepeso, por sexo, en población de 2 a 17 años	6	3
	5.7. Prevalencia de obesidad, por sexo, en población de 18 años o más	4	
	5.8. Prevalencia de obesidad, por sexo, en población de 2 a 17 años	6	
	5.9. Mortalidad global	5	
Mortalidad	5.10. Mortalidad perinatal	5	
	5.11. Mortalidad por accidentes	5	3
	5.12. Mortalidad por suicidio	5	3
Satisfacción	5.13. Satisfacción global con el sistema sanitario	10	
Total		100	12

Los Servicios Municipales de Salud tienen como «objetivo fundamental elevar el nivel de salud de sus residentes, contribuyendo a desarrollar una ciudad saludable y diseñando programas y actividades fundamentalmente de educación, prevención, protección y promoción de la salud de toda la ciudadanía».

Categoría 9: Final de Vida

La Ciudad que Cuida consigue que el final de vida de sus ciudadanos y ciudadanas se produzca en las mejores condiciones de dignidad y paz.

Un requisito fundamental de una Ciudad que Cuida es atender las situaciones de final de vida para que las personas que se encuentran en dicho momento dispongan de unas condiciones óptimas que les permitan finalizar su trayectoria vital con dignidad y en paz. En este sentido, la ciudad debe ser sensible para poder actuar y prevenir, en lo posible, las muertes en situación de vulnerabilidad social y en soledad.

En la categoría Final de Vida, para la versión V1.0, los indicadores escogidos son aquellos que ponen de relieve el conocimiento de las personas que viven solas (hogares unipersonales), el grado de cobertura de la atención paliativa en sus distintas modalidades (internamiento y a domicilio), que permite atender con la máxima calidad a las personas en situación de final de vida que lo precisen, el porcentaje de personas en posesión de su Documento de Voluntades Anticipadas (DVA), que da una visión del número de personas que manifiestan por escrito su voluntad de especificar cómo quieren ser atendidas llegado el momento, y el registro de las muertes en soledad, que evidencia el conocimiento de estas situaciones y permite actuar para prevenirlas en la medida de lo posible.

En esta versión se han seleccionado 4 grupos con un total de 4 indicadores para la categoría Final de Vida. Se consideran los más cercanos al concepto «Ciudad que Cuida», donde el cuidado es el eje de las políticas y de las acciones establecidas y desarrolladas por los municipios.

Indicadores categoría 9 - FINAL DE VIDA (V1.0)			
Grupo	Indicador	Peso del indicador	Políticas y programas
Atención paliativa	9.1. Cobertura de la Atención paliativa	30	4
Voluntades anticipadas	9.2. Porcentaje de personas con documento de voluntades anticipadas	30	
Hogares unipersonales	9.3. Registro de personas que viven solas	20	
Muerte en soledad	9.4. Registro de las muertes en soledad	20	
Total		100	7

Notas

1. Organización Meteorológica Mundial (WMO). News [Internet]. 2024. Disponible en: <https://wmo.int/es/media/news/es-probable-que-en-los-proximos-5-anos-la-temperatura-mundial-supere-temporalmente-en-15-degc-los>
2. Organización Mundial de la Salud (WHO). Una sola salud [Internet]. 2023. Disponible en: <https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/one-health>
3. Berenguer J, Rodríguez D, y de Rillo F. Libro Blanco de Ciudades que Cuidan [Internet]. Barcelona: Fundación Mémora, Ref. 569890; 2021. Disponible en: <https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/569890>
4. Camps V. Hacia un Sociedad Cuidadora. Sociedades que cuidan. Barcelona [Internet]. 2021. Disponible en: <https://ciudadesquecuidan.com/recuperar-el-valor-etico-del-cuidado/>
5. Rodríguez D, de Rillo F, Berenguer J. Informe del Observatorio Ciudades que Cuidan. Barcelona [Internet]. 2022. Disponible en: https://fundacion-memora.org/sites/default/files/publicaciones/2023-12/Fundacion%20M%C3%A9mora_Informe_Impacto_soledad_2022_web.pdf
6. Seminario VG. Ciudades que Cuidan, también al final de la vida. Barcelona: Cuadernos de la Fundación Víctor Grífols i Lucas N° 57. ISBN 978-84-09-22279-7 Depósito Legal: B 20718-2020 [Internet]. 2020. Disponible en: <https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/4451813/q57.pdf/6b6f0b4d-aeae-46a0-bf96-6a8f118c1030?t=1605087304859>

7. Berenguer J, Rodríguez D, Berenguer LL, Campos A, Corcobado J, de Frutos J et al. Sello de Calidad. Ciudades que Cuidan [Internet]. Barcelona: Fundación Mémora; 2023. Disponible en: https://fundacionmemora.org/sites/default/files/publicaciones/2023-02/Fundacion_Memora_Sello_de_calidad_Ciudades_que_cuidan.pdf
8. Documento Resumen de los Indicadores de Evaluación del Sello de Calidad de Ciudades que Cuidan (DRIE). Barcelona: Fundación Mémora [Internet]. 2023. Disponible en: https://fundacionmemora.org/sites/default/files/publicaciones/2023-11/Fundacion_Memora_Resumen_Indicadores_DRIE_SegundaEvaluacion.pdf

Bibliografía

- Berenguer J, Rodríguez D, de Rillo F. Libro Blanco de Ciudades que Cuidan [Internet]. Barcelona: Fundación Mémora, Ref. 569890; 2021. Disponible en: <https://www.sis.net/es/documentacion/catalogo/Record/569890>
- Berenguer J, de Rillo F. Cuidado y ética del cuidado: necesidades y evidencias para investigar y avanzar. Ciudades que Cuidan: investigación, modelo, evaluación y seguimiento. Pp. 136-141. Barcelona: Fundación Víctor Grífol i Lucas; 2023. Disponible en: https://www.fundaciogrifols.org/documents/4438882/5645095/COLECTIU_MINERVA_2023_web.pdf
- Camps V. Tiempo de cuidados. Otra forma de estar en el mundo. Barcelona: Arpa; 2021.
- Pérez J et al. Un perfil de las personas mayores en España, 2023. Indicadores estadísticos básicos. Madrid: Informes Envejecimiento en red nº 30, 40 p; 2023. Disponible en: <http://envejecimiento.csic.es/documentos/enred-indicadoresbasicos2023.pdf>
- Tronto J. Caring Democracy. Markets, Equality and Justice. Nueva York: New York University Press; 2013.

La FEMP en el ámbito de los derechos sociales

Javier de Frutos

Subdirector de Familia, Educación, Cultura y Deporte de la FEMP

La Federación Española de Municipios y Provincias articula sus trabajos en Comisiones, formadas por cargos electos que nutren de propuestas a la Junta de Gobierno de la federación.

En el ámbito de los derechos sociales, la FEMP cuenta actualmente con la Comisión de Derechos de los Mayores, Soledad y Atención a la Dependencia, Familia y Reto Demográfico, cuya línea de trabajo prioritaria para el mandato 2023-2027 es la promoción y defensa de las políticas públicas locales como garantía para el ejercicio de los derechos sociales de la ciudadanía.

La Comisión de Derechos de los Mayores está asistida por un equipo técnico que tiene entre sus funciones el desarrollo de iniciativas tendentes a promover la calidad, la coordinación y el trabajo en red en el ámbito de las políticas públicas locales en materia de servicios sociales.

El conjunto de los trabajos de la FEMP tiene como misión esencial dar cumplimiento a las resoluciones aprobadas en el Pleno de la Federación. En relación con los servicios sociales, las siguientes resoluciones aprobadas en 2023 fijan la postura y las prioridades de la FEMP:

11. La FEMP defenderá la labor esencial que desempeñan los servicios sociales de las entidades locales a la hora de garantizar el disfrute de los derechos sociales por parte de la ciudadanía. En este sentido, promoverá que los servicios sociales locales sean reconocidos, reforzados y dotados de la necesaria financiación en los órganos de representación y en los procesos de elaboración de leyes y documentos estratégicos. La FEMP defenderá en particular el refuerzo del Plan Concertado como instrumento de cooperación interadministrativa y de financiación de los servicios sociales de las entidades locales.

12. La FEMP promoverá políticas de los cuidados de la persona y de la comunidad como ejes transversales del conjunto de las políticas públicas locales, con el fin de garantizar el ejercicio y disfrute de los derechos sociales por parte del conjunto de la ciudadanía, en condiciones de igualdad y respeto de la autonomía de las personas y los colectivos.

13. La FEMP contribuirá al fortalecimiento de los servicios sociales de las entidades locales mediante la elaboración de propuestas de mejora, el intercambio de buenas prácticas y la participación en los foros institucionales de cooperación y coordinación institucional relacionados con servicios sociales, dependencia, inclusión social, drogodependencias y discapacidad. En este ámbito de cooperación, la FEMP, en el marco del convenio con el Instituto Nacional de la Seguridad Social (INSS), promoverá la implantación de la Tarjeta Social Digital como sistema de información básico de las prestaciones socioeconómicas públicas y como fuente para el análisis, la investigación y la explotación de datos sobre protección social.

14. La FEMP apoyará el desarrollo de estudios e investigaciones sobre la soledad no deseada, promoverá una mayor coordinación entre el conjunto de las Administraciones que abordan estas situaciones, contribuirá a la identificación y difusión de buenas prácticas en la materia y fomentará la colaboración entre las entidades locales y el tejido asociativo especializado en este ámbito de trabajo. Para el cumplimiento de estos objetivos, la FEMP participará en el Observatorio Estatal de la Soledad No Deseada y colaborará, entre otros actores, con la Red Soledades.

15. La FEMP contribuirá al desarrollo de iniciativas que favorezcan el buen trato hacia las personas mayores, el envejecimiento saludable y la participación de las personas mayores en la comunidad –siempre desde un enfoque que contemple la igualdad de género como elemento transversal–. En particular, la FEMP, en colaboración con el IMSERSO, promoverá el fortalecimiento de la Red de Ciudades y Comunidades Amigables con las Personas Mayores.

Teniendo en cuenta este marco de trabajo, cabe destacar que una de las formas de canalizar las actuaciones de la FEMP consiste en la firma y desarrollo de convenios con entidades especializadas. En este modelo de colaboración se sitúa el convenio suscrito entre la FEMP y la Fundación Mémora el 20 de noviembre de 2020.

Colaboración FEMP-Fundación Mémora en el marco del proyecto «Ciudades que Cuidan»

Los cuatro años de colaboración mediante convenio entre la FEMP y la Fundación Mémora pueden resumirse en los siguientes hitos:

- **2020:** firma del convenio de colaboración entre la FEMP y la Fundación Mémora (20 de noviembre de 2020).
- **2021:** primera Conferencia del proyecto «Ciudades que Cuidan» y presentación del *Libro Blanco del Proyecto* (sede de la FEMP, Madrid, 13 de diciembre de 2021).
- **2022:** desarrollo del modelo de indicadores del proyecto «Ciudades que Cuidan» (jornada en Logroño; mejora y ajustes de los indicadores).
- **2023:** presentación del Sello de Calidad «Ciudades que Cuidan» (Fundación Botín, Madrid, 21 de febrero de 2023).
- **2024:** extensión del proyecto piloto del Sello de Calidad «Ciudades que Cuidan».

Estos hitos ilustran los encuentros, documentos y propuestas que han permitido concretar una idea inicial –la necesidad de desarrollar actuaciones relacionadas con la soledad no deseada en el ámbito local– en una propuesta sistematizada de análisis y acción centrada en el valor esencial de los cuidados en el ámbito local. En definitiva, el proyecto «Ciudades que Cuidan» trata de ofrecer una serie de recursos a las entidades locales para observar la situación de una ciudad desde la perspectiva de los cuidados y auspiciar el desarrollo de actuaciones que refuercen el valor de la ciudad como agente capaz de promover los cuidados centrados en la persona y la comunidad.

Sello de Calidad «Ciudades que Cuidan»

El sello de calidad vinculado al proyecto «Ciudades que Cuidan» ha de entenderse como un punto de llegada en un proceso de mejora continua.

Las entidades locales que deseen observar una ciudad de manera sistemática a través de los indicadores propuestos en el proyecto tienen la oportunidad

de conocer con detalle el modo en que esa ciudad está orientada al cuidado. Asimismo, en virtud de ese análisis, pueden identificar sus fortalezas y atender a aquellos aspectos necesitados de mejora. Por tanto, el Sello de Calidad «Ciudades que Cuidan» constituye una forma de incorporarse a un proceso de análisis y acción; de reflexión y planificación.

Los indicadores de análisis aparecen estructurados en nueve categorías: Hogar, Servicios de Proximidad, Movilidad, Ambiente, Salud, Participación, Comunicación, Igualdad de Oportunidades y Final de Vida.

Esta propuesta permite ampliar el foco de lo particular a lo general, de los aspectos cotidianos de la vida de cualquier vecino/a a las circunstancias más complejas propias del desarrollo de una ciudad.

Así, el modelo de nueve categorías propone valorar la situación de los hogares para conocer, a continuación, cómo son los servicios que se prestan en el entorno de esos hogares. Los hogares y los servicios de proximidad se integran en una red más amplia en la que han de considerarse como elementos clave la movilidad y el medio ambiente.

Ampliando aún más la mirada, la ciudad ha de ser observada poniendo el acento en la salud, la participación y la comunicación entre los actores que intervienen en la vida pública. Para completar el análisis, la igualdad de oportunidades ha de operar como un elemento de análisis transversal. Finalmente, la categoría Final de Vida puede ser un termómetro para medir hasta qué punto una ciudad es capaz de garantizar tanto los derechos de sus vecinos como el respeto a sus proyectos y su dignidad.

El documento *Sello de Calidad. Ciudades que Cuidan* (Fundación Mémoira, 2023) subraya que la Ciudad que Cuida ha de responder a las necesidades de todo el proceso vital:

La Ciudad que Cuida da respuesta, por lo tanto, a las necesidades que surgen durante todo el proceso vital de una persona, haciendo hincapié en el envejecimiento de la población, con especial atención en atender el proceso de final de vida, previniendo y evitando la muerte en situación de vulnerabilidad social y soledad no deseada.

Este modelo se enmarca en la estrategia de Objetivos de Desarrollo Sostenible de la ONU. Se trata de un modelo inclusivo y sostenible en el que se equilibran tres dimensiones esenciales del desarrollo, como son la económica, la social y la ambiental, proporcionando una guía para articular la formulación de políticas en todo el mundo.

Cuidados y desinstitucionalización

Resulta oportuno apuntar que el desarrollo del proyecto «Ciudades que Cuidan» y la presentación de sus resultados ha coincidido en el tiempo con un amplio debate sobre dos orientaciones de las políticas públicas: cuidados y desinstitucionalización.

Si bien numerosos trabajos apuntaban ya desde hace décadas a la necesidad de desarrollar un enfoque cuidador desde las políticas públicas, lo cierto es que la pandemia de 2020 vino a situar algunas cuestiones relacionadas con los cuidados entre las prioridades de la agenda pública: la necesidad de actuaciones de prevención y atención de las situaciones de soledad no deseada, las ventajas de apostar por un modelo comunitario –y, por lo tanto, de promover en determinados ámbitos actuaciones de desinstitucionalización– y la urgencia de fortalecer los mecanismos de cooperación entre los distintos sistemas –en particular, entre sanidad y servicios sociales.

Con el impulso del Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, en junio de 2024 se publicó el documento *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)*. En el apartado relativo a la visión que inspira el documento, se incluye una alusión a la complejidad del proceso:

La *Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad: un proceso de desinstitucionalización (2024-2030)* pretende transformar el sistema de apoyos y cuidados institucionalizado en un sistema en el que todas las personas, independientemente de sus necesidades de apoyo o cuidado, puedan desarrollar sus proyectos de vida elegidos, ya sean plenamente inmersas en la sociedad, ya contribuyendo a sus comunidades en igualdad de condicio-

nes con la población general, ya disfrutando de sus derechos fundamentales, incluyendo el derecho de la infancia a crecer en familia.

Se trata de un cambio de modelo complejo, entendido como proceso de transformación cultural, que debe alcanzar y extenderse a cambios en la normativa, en el papel de las personas en la planificación de los servicios y prestaciones, en la configuración y diseño de las estructuras, en las relaciones de cuidado y apoyo entre las personas y en las percepciones sociales sobre los cuidados, entre otras muchas cuestiones que se desarrollan en los ejes de esta estrategia.

Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización (2024-2030) (Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030, 2024, p. 13).

Sirva este apunte para señalar que el proyecto «Ciudades que Cuidan» y la colaboración entre la FEMP y la Fundación Mémora debe entenderse como una aportación a un cambio de modelo complejo en que confluyen múltiples actores: administraciones públicas, entidades del Tercer Sector, ámbito privado, instituciones académicas, etc. En todo caso, con el ánimo de situar en términos precisos el alcance del Sello de Calidad «Ciudades que Cuidan», conviene subrayar que su carácter distintivo es el de aportar una herramienta de análisis y propuesta de mejora en clave local, pensada desde y para la ciudad.

En la fase actual del proyecto, el objetivo es contrastar el método de análisis con diversas entidades locales. Todo ello con la finalidad última de disponer de una herramienta afinada que resulte de utilidad para un amplio número de ciudades.

La ciudad, la soledad y el final de vida

Victòria Camps

Presidenta de la Fundació Víctor Grífols i Lucas

De qué soledad hablamos

La soledad se ha convertido en una epidemia de nuestro tiempo. Es un problema de salud pública, ya que afecta a la salud individual de las personas afectadas y también al conjunto de la sociedad en la medida en que amenaza la cohesión social y la participación, o el simple interés en proyectos colectivos. Que aumente el número de personas que sufren por estar y sentirse solas pone de manifiesto uno de los aspectos más llamativos de la necesidad de cuidados, en gran parte derivada de la creciente longevidad, de la desestructuración familiar y de la tendencia de una sociedad que atiende más a la consigna del «sálvese quien pueda» que a la preocupación por las situaciones en que puedan encontrarse sus vecinos o sus seres más allegados.

Es difícil definir en qué consiste la soledad, pues existen distintas formas y maneras de vivirla, y no siempre como algo negativo. La percepción de la soledad es subjetiva, aunque sin dejar de ser objetiva, ya que está determinada por el aislamiento social y por una real falta de compañía, si bien dicho dato no siempre produce rechazo o sensación de vivir abandonado. Hay personas que viven la soledad como una independencia emancipadora de la que no querrían prescindir, o para las que la experiencia de la soledad no representa un motivo especial de tristeza o congoja. Pero son las menos; por lo general, la soledad más extendida es la que hoy llamamos «no deseada», que consiste en la falta de significado de las relaciones sociales; esto es, la discrepancia entre las relaciones sociales que uno tiene y las que desearía tener.

La filosofía moral ha distinguido entre dos tipos de conceptos que pueden ser útiles para aclarar el sentido de la soledad. Existen unos conceptos que solo son evaluativos, por ejemplo, «justicia» o «tolerancia»; y otros, que pueden ser descriptivos y evaluativos al mismo tiempo, entre los cuales se encuentra el de la «soledad». Los primeros, solo evaluativos, son caracterizados como conceptos *thin*, “estrechos”, mientras que los segundos son conceptos *thick*, “densos”. De acuerdo con tal distinción, la soledad sería un concepto *thick*, pues describe un hecho y, al mismo tiempo, lo evalúa porque suele expresar una situación no querida, indica que estar solo no es agradable, que habría que corregir o superar tal situación.

Esa ambivalencia o dualidad de los conceptos que describen y valoran al mismo tiempo ponen en cuestión el valor de las estadísticas que, a pesar de ser solo cuantitativas, pretenden darnos un dato significativo sobre la existencia de la soledad. Por ejemplo, cuando leemos que 800.000 personas viven solas en Catalunya, el 42,5% de las cuales tienen más de 65 años, interpretamos tales datos como negativos. Estamos, pues, ante una muestra más de la epidemia a la que me refería al principio, porque quien realiza la estadística parte del supuesto de que está describiendo un hecho en sí mismo negativo, no un hecho que puede ser valorado de maneras distintas. El dato así presentado se contradice con el reclamo de muchas personas mayores que, ante la amenaza de verse encerradas en una residencia geriátrica, expresan su voluntad de «vivir y morir en casa», aunque sea consigo mismas y sin compañía familiar alguna. Una muestra de todo esto es el libro de Montserrat Vilaseca *Vull viure a casa*, que relata la lucha de una mujer por no abandonar su domicilio de toda la vida, donde, a pesar de carecer de comodidades bastante básicas y estar sola, se siente más «acompañada» que en las relaciones impersonales propias de la mayoría de residencias.

Las causas de la soledad nociva

La pregunta implícita en este apartado es compleja y debería ser tratada con más detenimiento y conocimiento del que yo puedo dedicarle en estas páginas, en las que voy a limitarme a señalar causas muy abstractas y bastante obvias. La soledad es una consecuencia no deseada del individualismo moderno, que se ha ido imponiendo, con escasas limitaciones, de la mano del desarrollo desaforado de la ideología liberal. El liberalismo que, en principio, fue una señal de progreso al potenciar el valor de la libertad individual, ha dado lugar a sociedades atomizadas, pobladas por individuos que se creen autosuficientes, que se mueven, como decía antes, al grito de «sálvese quien pueda» ante el menor problema colectivo. La sociedad actual no está en absoluto compuesta por personas conscientes de su propia interdependencia o de su carácter inevitablemente relacional, sino todo lo contrario: hoy al individuo se le valora por su capacidad productiva, quedando excluido todo aquel que se aleje del discurso «capacitista», muy bien caracterizado por Melania

Moscoso y Txetxu Ausín en el libro *Soledades*. Lo que genera precisamente esa tremenda sensación de soledad y abandono es dicha exclusión del mundo de los que pueden vivir una vida con plenas capacidades para desenvolverse en ella, una vida «normal» en la que hacer lo que se espera de cada uno de nosotros.

No nos engañemos. Es cierto que, con la edad, las personas acabamos viendo disminuidas, o quizá perdiendo del todo, nuestras capacidades; el deterioro es parte de la condición humana, de la misma manera que el aprendizaje, hasta desarrollar las capacidades que nos permitirán situarnos en la vida y desenvolvernos durante un tiempo como si pudiéramos hacerlo todo por nosotros mismos, es pasajera. Nacemos dependientes y volvemos a serlo en la última etapa de la vida, más aún cuando, como está ocurriendo, la esperanza de vida crece exponencialmente. Lo que no hacemos es tomar conciencia de que esa interdependencia es parte de nuestro ser y no hay más remedio que aceptarla. No hacernos cargo de dicha realidad es otra consecuencia del espíritu individualista que permea nuestra cultura, y nos engaña haciéndonos creer que tenemos una autonomía más poderosa que la que en realidad tenemos.

Ser viejo como tal no es una enfermedad, pero sí lo son las diversas dolencias e incapacidades que nos sobrevienen con el paso de los años. Suele decirse que la soledad tiene determinantes sociales. Efectivamente, fenómenos como la pobreza, el sexo, el paro, la marginación, la discriminación y también el envejecimiento determinan situaciones de soledad, porque distancian o aíslan al individuo de ese supuesto ser «normal» dominante en las sociedades actuales. En el momento en que las personas se jubilan y entran en la edad caracterizada como «vejez» empiezan a verse separadas de los más «capacitados». Sean cuales sean las capacidades de cada uno, porque cada persona envejece de forma única e irrepetible, el fenómeno del edadismo se cierne sobre todos los ancianos con el uso de estereotipos, con escollos en todas partes que limitan la accesibilidad, prodigándoles un trato infantilizado impropio de su experiencia, y alimentando en ellos la conciencia de que nada es ya mejorable. Como pone de relieve Christopher Hitchens, el mundo se divide en dos: el de los sanos y el de los enfermos. Son estos últimos, porque mientras están enfermos pierden capacidades y si son viejos ya no las recuperan, los que se

sienten aislados, como viviendo en un mundo aparte del de los seres activos y, lo que es peor, con la sensación de que apenas significan nada para los que les rodean.

Entramos en un círculo vicioso: la soledad tiene consecuencias adversas para la salud (sobre todo, mental), pero también la falta de salud y la percepción de la cercanía de la muerte influyen en el sentimiento de soledad. Como dice muy bien Pascal Bruckner: «Todos nos convertimos, a partir de cierta edad, en inmigrantes en el tiempo», porque «cada generación solo puede cumplir un papel histórico específico, después del cual debe ceder».

La atención a la soledad no deseada

Toda organización social, pública o privada, debe afrontar de una forma u otra la necesidad de cuidados. Se trata de una responsabilidad que no ha asumido la organización social capitalista, de cuya estructura no escapa nada ni nadie. El capitalismo ha instaurado el valor supremo del trabajo productivo, despreciando totalmente la dedicación al trabajo que se desarrolla en torno a la reproducción. Dicha contradicción ha hecho que el cuidado se haya ejercido desde siempre en los márgenes del sistema productivo y sea considerado como una actividad secundaria y menor.

En el recomendable libro *Capitalismo caníbal*, Nancy Fraser expone cómo la economía y el sistema social han estado centrados en la producción de mercancías y han despreciado la reproducción social sin atender al hecho de que esta última es condición de posibilidad para el sostenimiento del sistema productivo capitalista. No se han tenido en cuenta en ningún caso «las formas de aprovisionamiento, la provisión de cuidado e interacción que producen y mantienen a los seres humanos y los vínculos sociales». En pocas palabras, no se ha creado una economía capitalista, sino una sociedad capitalista, en la que los valores supremos de la independencia, la autonomía y la autosuficiencia nos ofrecen modelos de vida que condenan forzosamente a la soledad.

Fraser no es la única pensadora que incide en la mencionada contradicción del capitalismo. Otro caso es el de Byung-Chul Han, quien, en *Vida contemplativa*, basándose en el pensamiento de Heidegger, vincula el fenómeno de la

soledad al aislamiento provocado por la sociedad neoliberal del rendimiento, la cual impone un tipo de trabajo que aísla a las personas y no ayuda a construir ningún «nosotros». Hace tiempo que lamentamos el déficit de comunidad en nuestras sociedades; un déficit que, según el filósofo coreano, solo se corrige en «la fiesta». Es un error dar por supuesto que los avances tecnológicos de la comunicación, o las redes sociales, crean vínculos comunitarios. Lo que de hecho hace la digitalización es «desmantelar al ser en cuanto a ser-con», ya que «estar conectado» no es lo mismo que «estar vinculado».

A todo ello hay que añadir el aislamiento que produce la vida en las grandes ciudades, que se urbanizan pensando en las «necesidades del hombre medio», y no en las de personas que viven con menos aceleración y necesitan espacios de descanso y paseo o medios de transporte adecuados a sus posibilidades. La vida en las grandes ciudades propicia el aislamiento, no el encuentro. Como dice la película: «no son ciudades para viejos».

Incluso el sistema sanitario, el más sensible a las carencias que sobrevienen en esa última etapa de la vida, a veces demasiado larga, se está adaptando poco y mal a las nuevas necesidades. La atención domiciliaria, alternativa a las residencias, calificables la mayoría de ellas como escenarios de la soledad, empieza a ser considerada como la mejor forma de ayudar a vivir en compañía el tránsito hacia la muerte; también lo hacen los centros sociosanitarios, pero faltan más recursos y más imaginación, así como más atención real a la singularidad de cada individuo, para que estas medidas puedan ser consideradas un progreso. Las patologías se medicalizan en exceso y los ingresos hospitalarios siguen unas rutinas que impiden llegar a ver el sufrimiento y el desamparo que se cierne sobre tantos pacientes que solo quieren ser atendidos para morir en paz.

Las estructuras propias de la economía capitalista no desaparecerán. Como se ha dicho, es más fácil prever el fin del mundo que el fin del capitalismo. Pero las reformas y las correcciones del crecimiento desmesurado son posibles si, en primer lugar, se identifican las necesidades emergentes, y a continuación, se toman medidas para hacerse cargo de ellas. Hay que corregir los condicionantes de la soledad, las situaciones incompatibles con el hecho de que vivir más años signifique vivir mejor. Lo dice muy bien Joan Tronto cuando, a la

concepción del cuidado como *care giving* y *care receiving*, añade el *caring about*, que significa preocuparse por las necesidades ajenas, y el *caring for*, que consiste en responsabilizarse de esas necesidades. Dicho de otra forma, no se trata solo de convertir al otro en objeto de cuidado, sino de hacerse cargo de sus querencias y sufrimientos, y de atender a los requerimientos peculiares de cada persona.

Como he escrito en otras ocasiones, el derecho a ser cuidado debería convertirse en un derecho social fundamental, equivalente al de la protección de la salud o la educación; un derecho que, a diferencia de otros, exija una responsabilidad pública y privada. Las obligaciones del cuidado comprometen a cuatro agentes sociales, según el «diamante del cuidado» diseñado por Shahra Razavi: el Estado, la familia, el mercado y la comunidad. No solo las familias, que son las primeras obligadas a acompañar a sus mayores, sino también las corporaciones, en la medida de sus posibilidades, están obligadas a facilitar el alivio de la soledad no deseada, obligación de la que las administraciones y las políticas públicas han de asumir el liderazgo.

Existen distintas propuestas que sirven de referencia y modelo para hacer frente a la necesidad de cuidados y, en concreto, a la «epidemia de soledad» que hoy tanto preocupa. En el ámbito público, algunos países (Reino Unido, Japón) cuentan con un Ministerio de la Soledad, o algo similar, como la creación, en los Países Bajos, de la Dirección de Cuidados de Larga Duración del Ministerio de Sanidad, Bienestar y Deportes.

La Fundación Mémora (con la que colabora la Fundación Víctor Grífols i Lucas) viene desarrollando un proyecto bajo el título «Ciudades que Cuidan», cuyo objetivo es movilizar a los municipios a favor de políticas de cuidado. Para ello ha creado un «sello de calidad» que facilita a los ayuntamientos una autoevaluación continua de sus políticas de cuidado a partir de unos indicadores elaborados al respecto, entre ellos el de responsabilizarse de las situaciones de soledad de la ciudadanía.

A su vez, la Fundación «La Caixa» promueve un programa («Siempre acompañados») para ayudar a las personas a que desarrollen herramientas con las que gestionar la soledad, pues parte de la convicción de que la atención a la soledad no deseada no debiera consistir solo en acompañar a las personas que

se sienten solas, sino a enseñarlas a vivir en soledad, a contar y procurarse recursos para enfrentarse a una circunstancia que, como todo lo que nos hace vulnerables, es parte de la condición humana. A propósito del programa mencionado, el psicólogo Marino Pérez Álvarez ponía de relieve, en un encuentro reciente, las dificultades para adaptarse a la soledad en unos tiempos en que todo se mide por la felicidad que reporta, lo cual conduce a un individualismo narcisista que fomenta el aislamiento. La soledad tiene que ser repensada para poder ser admitida como inherente a las muchas adversidades de la vida que hay que aprender a aceptar.

Aceptar la soledad

En el original y ameno libro *Mapa de soledades*, su autor, Juan Gómez Bárcena, se refiere a la diferencia entre las dos formas de soledad mencionadas, negativa y positiva, para poner de manifiesto que la última ha sido expulsada de la semántica del concepto: «Hubo un tiempo en que contábamos con una palabra para nombrar la experiencia de sentirse solo –soledad– y con otra para denominar el estado de soledad sin connotaciones negativas; un estar solo que podía ser una elección, e incluso una forma de goce: solitud». La palabra «solitud» existe en el diccionario, pero no se usa. En nuestro mundo acelerado y ruidoso se ha perdido la capacidad de percibir el estar solo como un aliciente para la libertad. La solitud es una soledad no impuesta; en ocasiones buscada, aunque no siempre; es el no temer el encuentro con uno mismo del que hablaba Unamuno cuando decía que «hay que superar el miedo a encontrarse con uno mismo», pues «se busca la sociedad no más que para huirse cada cual de sí mismo, y así, huyendo cada uno de sí, no se juntan y conversan sino sombras vanas, miserables espectros de hombres».

La soledad que se vuelve insoportable para el individuo es, paradójicamente, consecuencia de haber seguido demasiado fielmente el modelo individualista. Se impone, vuelvo a repetir, un cambio de paradigma y una corrección de las disfunciones a que conduce una forma de vida en la que las palabras «solidaridad», «cooperación» o «empatía» no tienen cabida. Los cambios sufridos por muchas estructuras que paliaban la soledad, como la familia nuclear,

obligan a buscar nuevas maneras de convivir más llevaderas cuando el apoyo y la compañía más desinteresados se desvanecen. Cuando falte la familia –manifestaba hace poco el demógrafo George Leeson–, habrá que crear «nuevas formas de convivencia, porque nuestros hijos no nos aguantarán en su casa cuando tengamos ochenta, noventa, cien años. Y ni yo ni tú ni nadie debe vivir solo».

Si el populismo está triunfando en nuestros días es porque ha calado la apelación a un sistema podrido como el culpable de todos los males que afectan al individuo. Son la política o las estructuras sociales las que fallan, no las personas. O así es como se ve cuando se ha perdido la capacidad de discernir entre los problemas que me compete a mí resolver y los que son irresolubles desde los medios con los que cuenta un individuo. El individualismo ha creado a un sujeto libre para buscar la felicidad, pero irresponsable cuando ese mismo sujeto tropieza o yerra en esa búsqueda. Si es cierto, como he recordado más arriba, que los condicionantes sociales pesan y son un obstáculo para el uso de las libertades, también lo es que no siempre, ni en todos los casos, es legítimo culpar a los condicionantes sociales de las adversidades que son propias de la condición humana. La necesidad de cuidado es real y debe dar paso a un compromiso social y político, pero el autocuidado bien entendido es un deber individual. Entre los deberes del autocuidado estaría el de aprender a vivir en soledad.

Nietzsche escribió que «la grandeza de un hombre se mide por la cantidad de soledad que es capaz de soportar». Y Pascal había escrito antes que «todos los azotes del mundo derivan de nuestra incapacidad para permanecer tranquilamente en una habitación». Máximas difíciles de atender en medio de la aceleración y la escasa costumbre de reflexionar que caracterizan a nuestra época y que ponen toda serie de obstáculos para el desarrollo de una madurez ilustrada, condición necesaria de la autonomía moral.

Bibliografía

- Boudon-Millot V. Vieux. Un Grec ne peut pas l'être. París: Les Belles Lettres; 2023.
- Bruckner P. Un instante eterno. Filosofía de la longevidad. Madrid: Siruela; 2021.
- Byung-Chul H. Vida contemplativa. Madrid: Taurus; 2022.
- Chinchilla I. La ciudad de los cuidados. Madrid: Los libros de la Catarata; 2020.
- Fraser N. Capitalismo caníbal. Buenos Aires: Siglo Veintiuno Editores; 2023.
- Gómez Bárcena J. Mapa de soledades. Barcelona: Planeta; 2024.
- Hitchens C. Mortality. Londres: Atlantic Books; 2012.
- Leeson G. La Contra. La Vanguardia. 2024, 2 Sep.
- Moscoso M, Ausín T. Soledades. Una cartografía para nuestro tiempo. Madrid: Plaza y Valdés; 2021. Capítulo 6.
- Nussbaum M, Levmore S. Envejecer con sentido. Barcelona: Paidós; 2018.
- Pérez Álvarez M. El individuo flotante. La muchedumbre solitaria en los tiempos de las redes sociales. Madrid: Debate; 2023.
- Razavi S. The Political and Social Economy of Care in a Development Context: Conceptual Issues, Research Questions and Policy Options. United Nations Research Institute for Social Development; 2007.
- Tronto J. Democràcia i cura. Barcelona: Raig Verd; 2024.
- Unamuno M. Soledad. En: Obras completas. Barcelona: Vergara; 1905. Pp. 885-901.
- Vilaseca M. Vull viure a casa. Manresa: Parcir Edicions; 2023.
- Walzer M. Thick and Thin. Moral Argument at Home and Abroad. University of Notre Dame Press; 1994.

**Servicios de proximidad,
salud y final de vida**

Servicios Sociales, cuidados y dependencia desde la proximidad y final de vida

Ana Isabel Lima

Docente e Investigadora UCM y UNED, Exsecretaria de Estado de Servicios Sociales

1. Introducción

Los servicios sociales de proximidad se configuran como *esenciales* desde el punto de vista de los cuidados a la dependencia prestados en el propio hogar y en el entorno comunitario. La configuración del denominado *nuevo modelo de la dependencia* en España pone el foco en ellos para abordar el fenómeno de la longevidad y el final de vida.

La cogobernanza entre los distintos niveles de la administración y la actuación de todos los actores del ámbito, tanto públicos como privados, el Tercer Sector y la sociedad civil organizada, se constituyen también como claves fundamentales para el desarrollo de esta nueva cosmovisión.

2. Antecedentes de los servicios sociales de proximidad

Analizar los servicios sociales de proximidad en las corporaciones locales en España supone tener en cuenta los antecedentes que se produjeron de manera significativa a partir de las primeras leyes autonómicas de servicios sociales en la década de los ochenta. El convenio tripartito entre los tres niveles de la administración, denominado «Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales»,¹ que se mantiene en la actualidad, ya contemplaba el *Servicio de Ayuda a Domicilio* como prestación básica de servicios sociales de atención primaria de los ayuntamientos, y posteriormente incluyó el *Servicio de Teleasistencia Domiciliaria*.

Los servicios sociales especializados de las comunidades autónomas constituyen en ese marco un segundo nivel en el que se enmarcan los *Centros de Día y Residencias* para personas con discapacidad y personas mayores en situación de dependencia.

*La Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a personas en situación de dependencia*² supuso la legitimación normativa de un marco estatal que reconoce el derecho subjetivo universal de la promoción de la autonomía personal y la atención a la situación de dependencia, y estableció un catálogo de servicios que incluía los servicios de prevención de las situaciones de dependencia y de promoción de la autonomía personal, como los *Servicios de Teleasistencia y de Ayuda a Domicilio*, con atención a las necesidades del hogar y cuidados personales. Asimismo, incluía los servicios de *Centro de Día, de Noche y Centro de Atención Residencial* para personas con discapacidad menores de sesenta y cinco años y para personas mayores a partir de los sesenta y cinco años.

Partiendo del impacto de la pandemia en el ámbito de la dependencia y los cuidados, se empieza a perfilar el denominado «Nuevo modelo de dependencia». La crisis provocada por el COVID19 puso sobre la mesa la necesidad de abordar un nuevo modelo de cuidados de larga duración y superar las dificultades y problemas ya existentes, tal como refleja el documento «Ante la crisis del COVID19: una oportunidad de un mundo mejor. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país»,³ realizado por un grupo de personas expertas, profesionales y representantes del mundo asociativo de carácter estatal vinculados al ámbito del envejecimiento y la discapacidad.

Las propuestas de la declaración acometen la necesidad de potenciar los cuidados en el domicilio, el nuevo abordaje en los entornos residenciales y los estereotipos con relación a la vejez y la discapacidad, y plantean la necesidad de superar las dificultades provocadas por la escasez de profesionales, la necesidad de una mayor especialización y la dignificación de los puestos de trabajo precarios en el sector.

En este documento, además, se reivindica la articulación de medidas para la mejora en la atención a personas en situación de dependencia, especialmente

en los cuidados de larga duración, contribuyendo con ello a la construcción de una sociedad del cuidado, con metodología de intervención basada en el modelo de atención centrada en la persona, que permita la continuidad en los proyectos de vida.

A través del Ministerio de Derechos Sociales, el gobierno aprobó en 2021 un «Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión»,⁴ con el objetivo de reducir la lista de espera en la resolución de la dependencia y superar las dificultades más graves detectadas en el desarrollo del sistema que, entre otros motivos, son provocadas por la escasa cuantía o la baja intensidad de sus prestaciones y servicios.

El «Plan de choque» supuso establecer un incremento importante de la financiación estatal al Sistema de la Atención a la Dependencia y, entre los años 2021 y 2023, se aumentaron en 287.636 las personas atendidas en el Sistema y se alcanzó la cifra de 1.567.107 personas con derecho a prestación al finalizar 2023. No obstante, según el dictamen «El plan de choque a examen»⁵ en 2024 la inversión de casi 4.000 millones de euros no había logrado una mejora sustancial en los objetivos que perseguía, haciéndose más lento de lo que se estimaba el cambio de modelo y manteniéndose las diferencias entre las distintas comunidades autónomas.

3. La hoja de ruta del nuevo modelo de la dependencia y los cuidados: los servicios de proximidad

A partir del «Plan de choque» (2021), España participa de manera activa en la renovación del modelo europeo de cuidados a personas mayores y personas con discapacidad en situación de dependencia, a través de la «Estrategia Europea de Cuidados»⁶ presentada por la Comisión Europea en septiembre de 2022 y que recoge las recomendaciones a los Estados miembros en materia de educación y cuidados de la primera infancia, y acceso a cuidados de larga duración asequibles y de alta calidad. Esta estrategia pone énfasis en que el cuidado formal e informal está desempeñado mayoritariamente por mujeres,

indicando la necesidad de dignificar este sector laboral para contribuir a eliminar la brecha salarial y de pensiones entre hombres y mujeres. Las mujeres siguen siendo las principales cuidadoras, llegando a ocupar un 90% de los cuidados profesionales en Europa. Además, 7,7 millones de mujeres han abandonado sus empleos para realizar cuidados de manera informal.

El Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) aprobó en 2022 un *Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia*,⁷ que supuso un escalón más hacia el nuevo modelo de cuidados: por una parte fijó un nivel mínimo exigible para todo el país en cuanto al sistema, y por otra abordó la mejora de las ratios de personal de atención directa en los cuidados, la reducción de los centros residenciales y la incorporación de un modelo basado en unidades de convivencia tipo hogar. Además, marcó también la obligación de contar, al menos, con un 65% de habitaciones individuales en las residencias, con el objeto de preservar la privacidad de las personas usuarias, adoptando el modelo de atención centrada en la persona.

Este acuerdo afectó a todos los centros, tanto públicos como privados y concertados, y las modificaciones que planteaba fueron aplicándose gradualmen-



Gráfico de elaboración propia

te hasta finales de 2029, basándose en la gobernanza y la necesaria coordinación de las Comunidades Autónomas, ya que estas tienen la competencia en asistencia social para elaborar sus planes de desarrollo.

España participó activamente en la elaboración de la estrategia Europa cuyo marco ha sido la antesala de la «Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad. Un proceso de desinstitucionalización»⁸ (2024-2030), que se presentó al gobierno el 11 de junio de 2024 y plantea un interesante cambio de paradigma.

4. El cambio de paradigma en los cuidados y la dependencia

El nuevo modelo supone un cambio de paradigma. Thomas Kuhn⁹ se refirió a ello y habló de la *revolución científica* necesaria para avanzar sobre el paradigma universalmente aceptado, en este caso aplicado a la historia sobre los cuidados. La ciencia ha progresado y necesita de esa cosmovisión para avanzar hacia las implicaciones que conlleva la longevidad de la población en el nuevo modelo.

4.1. El desafío del nuevo modelo de cuidados en la comunidad

La *Estrategia Estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad* (2024-2030) plantea el desafío de introducir cambios en la manera tradicional de afrontar los cuidados, tanto formales como informales, en nuestro país hasta el momento. Este nuevo planteamiento tiene un indudable impacto en el sistema de dependencia tal como lo conocemos en la actualidad y plantea un cambio de cara a futuras décadas, pretendiendo transitar de un modelo de atención marcadamente asistencialista a otro centrado en la persona, por lo que debe adaptarse a las preferencias y necesidades de cada persona y potenciar la permanencia en el entorno social y comunitario con los apoyos necesarios. Para ello, el gobierno estatal aprueba una financiación inicial de 1.300 millones de euros hasta 2027.

El documento recoge datos sobre el porcentaje de la población española que requiere cuidados y apoyo y lo cifra en un 10% en 2022. Además, indica que los cuidados de larga duración siguen recayendo fundamentalmente en las familias en un 70% de los casos, y que el 82% de las personas trabajadoras afiliadas en el sector son mujeres. De ahí la importancia de la dignificación y mejora de las condiciones laborales en cuanto a formación, especialización, aumento de salarios y mejora de la ratio.

Los focos de la estrategia más destacables en el ámbito de los cuidados en la atención a la dependencia son la dignificación del trabajo del cuidador/cuidadora, el incremento de algunas prestaciones y el aumento de soluciones de alojamiento, por lo que propone también mejorar la cartera de servicios. Algunas cuestiones susceptibles de ser abordadas en su aplicación serían, por ejemplo, la necesidad de incrementar el número de horas del servicio de ayuda a domicilio, que actualmente es de unas tres horas diarias de lunes a viernes para una persona con el más alto grado de dependencia, o el desarrollo de soluciones para la vivienda en comunidad, como alternativa a los centros residenciales.

Estos cambios suponen una modificación normativa de la *Ley de promoción a la autonomía y atención a personas en situación de Dependencia* que afectarán a la cartera de servicios, centrándose en modelos de apoyo a la comunidad desde los servicios de proximidad y contando con la participación de las personas.

Por otro lado, el documento plantea minimizar las listas de espera y la gestión burocrática del sistema, ya que la media actual para el trámite y resolución de la dependencia es de 329 días desde el inicio del registro de la solicitud hasta la recepción de las prestaciones y servicios.

De cara a la calidad en los servicios, se plantea reforzar los mecanismos de evaluación, inspección y rendición de cuentas de las administraciones públicas en el sistema de la dependencia y establecer sistemas de alerta rápida para la detección de malas praxis. En este sentido, también es importante generar un marco común de estándares de calidad más allá de la normativa existente.

4.2. Los entornos hogareños, servicios de proximidad y comunitarios

Los entornos sociales ocupan un papel clave en el acuerdo de calidad y acreditación de centros en los que se recoge la necesidad de una mayor personalización y transformación de los entornos donde viven las personas en situación de dependencia y los requisitos mínimos exigidos para ello. Se trata de evitar modelos institucionales segregados sin aspecto hogareño.

Se indica que hay que impulsar y reforzar los servicios de proximidad y comunitarios, desplegando medidas que apuesten por las viviendas para mayores en comunidad, los servicios de ayuda a domicilio y el despliegue de la asistencia personal.

El modelo de atención centrado en la persona requiere que las alternativas a los alojamientos y servicios de la dependencia deben estar ubicados en núcleos de población, muy bien comunicados desde el punto de vista de la movilidad y accesibles física, cognitiva y sensorialmente. De este modo se pueden generar espacios relacionales e interacciones sociales y disfrutar de los recursos existentes en el entorno, tanto sanitarios como deportivos, de ocio etc., y favorecer la participación y toma de decisiones en los asuntos que les conciernen.

Este modelo requiere igualmente coordinación y convergencia entre los distintos ámbitos y áreas, teniendo en cuenta de una manera especial el ámbito sanitario, ya que es importante que la atención sanitaria, incluso los cuidados paliativos, también se realice en el domicilio, evitando en lo posible las continuas hospitalizaciones.

Un elemento clave para el desarrollo del modelo es la aplicación de las nuevas tecnologías al ámbito de los cuidados en el hogar. Sin duda, estas son grandes aliadas para las personas en situación de dependencia, entre otras cuestiones, de cara a adecuar los domicilios a los sistemas analógicos predictivos. Un claro ejemplo de ello es la teleasistencia avanzada.

El sello de calidad de la Ciudad que Cuida del *Observatorio de las Ciudades que Cuidan de la Fundación Mémora*¹⁰ contiene indicadores que se corresponden con los preceptos del nuevo modelo de dependencia abordado en la

categoría 2 de los servicios de proximidad, como los centros de servicios sociales municipales, los trabajadores sociales, los servicios de ayuda domiciliaria y teleasistencia, los centros sociales para personas mayores, centros de día, residencias y el gasto promedio en atención social por habitante. Todos estos indicadores pueden medir aspectos destacables del nuevo modelo en cada municipio, frente a los cuidados de larga duración y en el final de la vida, constituyéndose como un instrumento válido para la evaluación.

4.3. Buenas prácticas enmarcadas en la estrategia de cuidados

Existen algunas buenas prácticas de alojamiento, como las de la cooperativa Axuntase, que desarrolla el primer *cohousing* de Asturias: el primero de tipo intergeneracional de España. Se trata de un proyecto de residencia colaborativa que está levantando 36 viviendas en Caraviés (Llanera).¹¹

Otros proyectos enfocados a los cuidados en el hogar que son una buena práctica pueden ser «Vivir mejor en casa»,¹² de la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología, y la Confederación Española de Organizaciones de Personas Mayores, incluida en el componente 22 del «Plan de Choque para la Economía de los Cuidados y Refuerzo de las Políticas de Igualdad e Inclusión» del Plan de Recuperación, Transformación y Resiliencia, entendida como una potenciación de los modelos comunitarios y domiciliarios de los cuidados de larga duración a personas mayores con dependencia. Uno de sus grandes objetivos consiste en disminuir y retrasar la institucionalización, contratación y formación de personas en situación de desocupación, para incorporarlas al sector de atención a la dependencia.

Además, para iniciar el desarrollo de la estrategia se están llevando a cabo veinte proyectos piloto con un periodo de ejecución (2022-2024) a través de 137 entidades sociales basadas en la transición hacia servicios de apoyos comunitarios y personalizados y la prevención de la institucionalización.

5. Conclusiones

Los servicios sociales de proximidad y comunitarios en el ámbito de los cuidados y el final de vida se constituyen como un ámbito fundamental en el nuevo modelo de cuidados y dependencia, puesto que el mantenimiento en el hogar, la implantación de alojamientos alternativos, la inclusión social y la participación en el entorno comunitario con los apoyos necesarios suponen, entre otros, focos esenciales para este nuevo modelo.

Los cuidados formales en el ámbito de los servicios sociales se iniciaron en la década de los ochenta, se desarrollaron a través de la normativa autonómica competente en servicios sociales, y posteriormente han ido abordándose desde la Ley de autonomía personal y atención a personas en situación de dependencia que se desarrolla en los distintos niveles de la administración pública.

Ante el impacto en el sistema de dependencia de la pandemia COVID19 se planteó la necesidad de reformular el modelo de atención en los cuidados y se sucedieron una serie de acuerdos de políticas públicas, así como estrategias que indicaban las líneas, la financiación y la calendarización necesarias para la transformación.

La hoja de ruta que marca el nuevo modelo contempla algunas acciones clave, como el *Plan de choque de la dependencia* (2021), la aprobación del *Acuerdo sobre criterios comunes de acreditación y calidad de centros y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia* (2022), la *Estrategia europea de cuidados* (2022) y la *Estrategia nacional de cuidados* (2024). Todos ellos configuran el marco del nuevo modelo de cuidados que tiene en cuenta el envejecimiento y la longevidad como una conquista democrática, del progreso y de la ciencia, a la vez que plantea medidas para su abordaje ante el reto demográfico.

El cambio de paradigma que requiere este nuevo modelo de cuidados implica una *revolución científica* en la cultura de los cuidados que durará décadas y que es muy necesaria para abordar los desafíos sociales que plantea la longevidad de la población.

El nuevo modelo debe tender a reducir al máximo la lista de espera y las diferencias territoriales, mejorar la cartera de servicios, la ratio profesional y las condiciones laborales del sector, reforzar la labor inspectora y los sistemas de alerta, y aumentar la inversión social media por habitante en los Servicios Sociales.

Además, este nuevo modelo apuesta por el método de intervención centrado en las personas, los criterios de proximidad y el enfoque comunitario. Igualmente, requiere una buena coordinación entre las distintas áreas, fundamentalmente con el ámbito sanitario, que también debe potenciar la prestación de servicios en el hogar. A este tenor, son cruciales la convergencia entre sistemas en el entorno comunitario con modelos alternativos a la vivienda, así como la aplicación de las nuevas tecnologías, motivos por los que es necesaria la modificación de la Ley de Dependencia que actualmente está en marcha.

El sello de calidad de la «Ciudad que Cuida» del *Observatorio de las Ciudades que Cuidan* se constituye como un instrumento adecuado para evaluar muchos de los aspectos contemplados en el nuevo modelo de dependencia y cuidados planteado en la Estrategia Estatal.

Bibliografía

1. Ministerio de Sanidad y Consumo. Plan Concertado de Prestaciones Básicas de Servicios Sociales en Corporaciones Locales, 1988. Disponible en: <https://www.sanidad.gob.es/en/ssi/familiasInfancia/inclusionSocial/serviciosSociales/planConcertado/memoriaPlanConcertado20062007.pdf>
2. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
3. Ante la crisis del COVID19: una oportunidad de un mundo mejor. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país. Disponible en: <https://www.cgtrabajosocial.es/>

- app/webroot/files/caceres/files/Declaraci%C3%B3n%20en%20favor%20de%20un%20cambio%20de%20modelo%20en%20el%20%C3%A1mbito%20de%20los%20cuidados%20de%20larga%20duraci%C3%B3n.pdf
4. Ministerio de Derechos Sociales, Consumo y Agenda 2030. «Plan de choque para la economía de los cuidados y refuerzo de las políticas de igualdad e inclusión» 2021. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/inclusion/plan-recuperacion-ue.htm>
 5. XXIV Dictamen del Observatorio Estatal de la Dependencia. Asociación estatal de directoras y gerentes en servicios sociales. El plan de choque de la dependencia a examen. Disponible en: <https://directoressociales.com/xxiv-dictamen-del-observatorio-estatal-de-la-dependencia/>
 6. Comisión Europea «Estrategia Europea de Cuidados», 7 septiembre de 2022. Disponible en: https://ec.europa.eu/commission/presscorner/detail/es/ip_22_5169
 7. Ministerio de Derechos Sociales. Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del sistema para la autonomía y atención a la dependencia (SAAD), 28 junio 2022. Disponible en: https://imserso.es/detalle-actualidad/-/asset_publisher/n1oS8lWfrx6m/content/acuerdo-sobre-criterios-comunes-de-acreditacion-y-calidad-de-los-centros-y-servicios-del-saad/20123
 8. Ministerio de Derechos Sociales. Estrategia estatal para un nuevo modelo de cuidados en la comunidad (2024-2030). Disponible en: <https://estrategiadesinstitucionalizacion.gob.es/wp-content/uploads/2024/06/Estrategia-para-nuevo-modelo-cuidados-en-la-comunidad.pdf>
 9. Kuhn TS. La estructura de las revoluciones científicas. Bogotá: Fondo de Cultura Económica; 1992.
 10. Fundación Mémora. Sello «Ciudades que Cuidan». Observatorio de las Ciudades que Cuidan. 2023. Disponible en: <https://ciudadesquecuidan.com/cat/ciudades/>
 11. Cooperativa Axuntase. Proyecto de residencia colaborativa que está levantando 36 viviendas en Caraviés (Llanera). Disponible en: <https://www.lavozdeasturias.es/noticia/asturias/2024/07/09/primer-cohousing-asturias-estara-listo-inicios-2025-lista-espera-bastante-amplia/00031720540384148922359.htm>
 12. Sociedad Española de Geriatría y Gerontología (SEGG) y Confederación Española de Organizaciones de Mayores (CEOMA). Proyecto «Vivir mejor en casa» 2022. Disponible en: <https://www.segg.es/media/descargas/vivir-mejor-en-casa/Descripcion-del-proyecto.pdf>

Los servicios sanitarios y su rol en la Ciudad que Cuida

Albert Ledesma

Médico de familia y comisionado por la Junta del Colegio de Médicos de Barcelona en temas de formación médica

La manera en que se articulan los servicios esenciales, como el sanitario, dentro de una comunidad, influye profundamente en la salud de sus habitantes y en cómo estos afrontan el final de vida. El impacto de estos servicios dependerá de la misión y visión con las que se diseñen e implementen, así como de su capacidad para ofrecer un enfoque integral a lo largo de toda la vida, con especial énfasis en los momentos más vulnerables, como el final de la existencia.

En este sentido, la atención primaria juega un papel crucial al promover, mantener y restaurar la salud, tanto individual como colectiva, y al cuidar de las personas en todas las etapas de su vida. Su rol debe trascender el tratamiento de enfermedades para convertirse en un acompañamiento integral de los ciudadanos, particularmente en el tramo final de su vida.

Actualmente estamos lejos de garantizar una atención paliativa poblacional de calidad, disponible 24/7 en el domicilio del paciente, con dispositivos paliativos accesibles desde la atención primaria cuando el paciente o la familia lo necesiten o cuando las medidas terapéuticas así lo requieran. Esta es una situación frecuente en el día a día de la atención primaria, pero a menudo, debido a la falta de un cuidador en el domicilio o por no disponer de este servicio en los términos citados, no es posible aplicar dicha atención, aunque sea lo mejor para el paciente o la familia.

La atención primaria debe ser más que un servicio sanitario; debe ser un sistema de cuidado que abarque todas las dimensiones de la vida, trabajando desde esta perspectiva para alcanzar los objetivos de salud propuestos.

Es evidente que la atención primaria, como el servicio más cercano a la comunidad, enfrenta hoy desafíos que no existían en el momento de su crea-

ción. A pesar de ello, sus principios fundamentales siguen siendo válidos y deben preservarse para garantizar su capacidad de cuidar a los ciudadanos. Estos principios clave son **la proximidad, la accesibilidad y la continuidad a lo largo del tiempo**, y deben ser la base sobre la cual se organice y preste este servicio esencial.

Una nueva visión integrada: servicios sanitarios y sociales unidos

Nuestra misión en este momento es recuperar la confianza de los ciudadanos en la atención primaria y, al mismo tiempo, incrementar su prestigio entre los profesionales que la proveen. Para lograrlo, es necesario modificar sustancialmente la estructura actual, iniciando un proceso de convergencia entre los sistemas sanitario y social.

A diferencia de cuando se creó el Sistema Nacional de Salud, hoy en día es crucial adoptar una visión más holística, que integre los servicios sanitarios y sociales en un único sistema. Ya no tiene sentido dividir las necesidades de las personas entre lo social y lo sanitario en compartimentos separados. La vida de las personas es un todo, y así debe ser también la atención que reciban.

Para ello, es necesario reformar las leyes de base de los servicios sociales y sanitarios, creando un marco legal que permita la existencia de un único sistema de atención integral, capaz de responder de manera priorizada y adaptada a las necesidades de las personas.

No podemos olvidar los grandes retos que enfrenta nuestra sociedad, como la soledad no deseada, la pobreza, la marginación y la falta de cuidadores, situaciones que prevalecen y afectan especialmente a los niños y a los mayores, quienes son más vulnerables y dependientes de otros para recibir los cuidados que necesitan, sean estos sociales o sanitarios.

Es imperativo un pacto social, nacido de un amplio proceso de reflexión, para encontrar respuestas efectivas y factibles a la pregunta de cómo vamos a cuidar a las personas que no pueden atenderse a sí mismas. Debemos mantenerlas en la comunidad donde han vivido, preferiblemente en sus domicilios o

en entornos que reproduzcan las condiciones de estos. Las residencias actuales son un mal menor, no una solución aceptable.

La atención primaria, como pilar dentro de la comunidad, es el escenario ideal para tejer una red de colaboración entre los distintos agentes sociales. Solo mediante una colaboración genuina con la comunidad y ganándonos la confianza de los ciudadanos, podremos organizar un sistema que responda verdaderamente a las necesidades de las personas, no solo en el ámbito sanitario, sino también en el social.

Los municipios y los órganos locales supramunicipales están directamente implicados en la financiación y gestión de buena parte de los servicios sociales; por tanto, ellos han de participar de este proceso de racionalización de la atención, garantizando la participación de los ciudadanos en esta nueva manera de entender y hacer realidad la atención primaria. Su actitud y predisposición por participar de esta remodelación en profundidad del servicio condicionará su éxito y velocidad de implementación.

El impacto de la atención primaria en la vida de las personas

La influencia de la atención primaria en la salud de las personas es transversal y abarca toda su trayectoria vital. Por lo tanto, los servicios deben tener un enfoque igualmente transversal, acompañando a las personas desde el nacimiento hasta el final de su vida. Este acompañamiento comienza incluso antes del nacimiento, con la promoción de la salud y la prevención, y culmina con el apoyo a las familias en el duelo, asegurando que el final de vida haya sido digno y respetuoso.

La Ciudad que Cuida y los determinantes sociales de la salud

Es bien sabido que los determinantes sociales, económicos y culturales influyen enormemente en la capacidad de las personas y las familias para adoptar

estilos de vida saludables. Si solo abordamos los aspectos sanitarios de la salud, nuestro impacto será parcial. La atención primaria, por sí sola, no puede promover estilos de vida saludables si no se atiende primero a las condiciones sociales y económicas básicas que permiten a las personas adoptar dichos estilos.

Recomendar una dieta saludable o ejercicio físico no es suficiente si las personas no tienen acceso a un entorno que haga factibles estas recomendaciones. Un sistema sanitario rígido que no se integre con los servicios sociales corre el riesgo de ofrecer servicios bien intencionados pero ineficaces.

Para que la atención sanitaria y social sea efectiva, debe existir una colaboración entre ambos ámbitos, garantizando que las intervenciones sean aplicables y útiles en la vida cotidiana.

Hacia un sistema de atención integral y sostenible

No se trata simplemente de mejorar los servicios existentes, sino de revisar profundamente el modelo actual de atención primaria, tanto sanitario como social. Estos dos pilares del Estado de bienestar fueron diseñados bajo la premisa de que las necesidades de las personas podían ser abordadas de manera independiente. Sin embargo, la realidad ha demostrado lo contrario: las necesidades de las personas son interdependientes y no pueden satisfacerse adecuadamente sin una visión integral.

Por ello, abogo por la creación de un único sistema de atención capaz de ofrecer respuestas priorizadas basadas en una valoración holística de la persona y en sus necesidades, ya sean sociales o sanitarias.

Este sistema debe ser sostenible desde todos los puntos de vista, requiriendo un esfuerzo conjunto de los ciudadanos y una contribución proporcional a sus capacidades. Solo así podremos construir una comunidad verdaderamente cuidadora, en la que cada persona, independientemente de sus circunstancias, reciba la atención que necesita en el momento en que más lo requiera.

Aunque la propuesta pueda parecer innovadora, lo cierto es que no lo es. En los años ochenta, el Conseller Laporte creó la atención primaria, tanto sanitaria como social, en Cataluña. La primera partía de una estructura básica existente, mientras que la segunda no contaba con una organización institucional o poblacional más allá de iniciativas caritativas.

En aquel momento, los profesionales de la atención primaria detectamos la necesidad de ofrecer servicios sociales como parte de nuestras funciones. En lugar de integrar ambos ámbitos, se creó la figura del trabajador social sanitario, lo cual no resultó en una colaboración efectiva entre lo social y lo sanitario.

Por razones políticas, se creó un departamento de servicios sociales que nunca ha liderado este sistema, no se ha ganado la confianza de la población y ha dado una respuesta parcial e insuficiente a las necesidades de las personas. Es necesario iniciar un proceso de integración que preserve la identidad y las especificidades de cada servicio. Esto representa una oportunidad para ambos sectores, que saldrán fortalecidos y prestigiados al colaborar en un sistema verdaderamente integrado.

Ética y proximidad en la Ciudad que Cuida

Lluís Berenguer

Arquitecto

Quiero centrar mi ponencia en tres aspectos que, a mi entender, son de la máxima importancia y previos a la discusión sobre cómo ha de ser realmente la Ciudad que Cuida. Tal vez no se ajusten al título de la publicación, pero me ha parecido que podría ser más interesante y polémico hacerlo así. El primero de ellos es el papel que ha de jugar la ciudadanía en el debate sobre la definición de lo urbano; el segundo, el tipo de legislación que hace falta para facilitar el diseño y la construcción de esa ciudad que queremos cuidadora, y el tercero, el tipo de organización que la pueda hacer posible. Comunidad, herramientas jurídicas y organización. Este es el guion.

Para entrar en materia, una pregunta: ¿cómo nos imaginamos una Ciudad que Cuida en tiempos de crisis, de cambios profundos? O, dicho de otra manera, ¿cómo debería ser esa Ciudad que Cuida para hacer frente a la escasez crónica de agua, la precariedad energética, el incremento del nivel del mar, la presión migratoria, unas nuevas y recurrentes crisis económicas, la contaminación, el ruido, etc.? Como complemento, una segunda pregunta: ¿disponemos de alguna respuesta razonable que nos oriente, que vaya más allá de las visiones que auguran un final apocalíptico si no cambiamos radicalmente de rumbo, o de aquellas que simplemente niegan lo que la realidad ya nos está mostrando, y nos empujan a seguir y seguir por el mismo camino? Yo creo que no estamos en condiciones de responder en positivo ni a la primera ni a la segunda cuestión: ni somos capaces de imaginar cómo tendría que ser esa ciudad, ni mucho menos disponemos de referentes conocidos que nos ayuden en nuestra búsqueda de soluciones posibles.

Vivimos en tiempos extraños, algo así como si estuviésemos suspendidos entre dos historias que nos hablan de un mundo «globalizado». Una de estas historias nos es familiar y habla del crecimiento como la flecha del tiempo.

Tiene la claridad de la evidencia en cuanto a lo que exige y promueve, pero está marcada por una notable confusión en lo que respecta a sus consecuencias. La otra historia nos habla de lo que está ocurriendo, pero es oscura en cuanto a lo que exige como respuesta a eso que está ocurriendo. Una y otra nos dejan en un estado de confusión y de incertidumbre que nos paraliza para pensar y buscar posibles caminos de salida. Sumidos en la confusión y la incertidumbre, parece que hemos optado por lo más fácil: seguir haciendo lo mismo. O, dicho de otra manera, dado que «no sabemos», es más cómodo seguir en lo mismo.

En mi opinión, estamos terriblemente mal preparados y, encima, peor dispuestos para encontrar respuestas:

- Sabiendo que nuestro modo de vida necesariamente habrá de cambiar –porque seguro que habrá de cambiar– nos resistimos a pensar en vivir de otro modo.
- Sabiendo que lo que hemos estado haciendo no nos servirá –porque seguro que no nos servirá– seguimos y seguimos con lo mismo.

La complejidad de lo que se nos avecina es de tal naturaleza que no hay disciplina o disciplinas que puedan aportar respuestas razonables a lo que ocurre o puede llegar a ocurrir y, si las hubiera, no hay poder político que esté dispuesto a asumir hoy el riesgo de ponerlas en práctica. Y, tal vez, si lo estuviese, no lo podría hacer. ¿O quizá sí?

Lo de perseverar en lo mismo parece ser el camino. ¿Hacia dónde nos llevará? Se hace difícil imaginarlo, pero se puede pensar que a nada bueno. Con este escenario de total incertidumbre, ¿es posible hacer realidad una Ciudad que Cuida en un futuro relativamente cercano? Si tenemos presente qué entendemos hoy por Ciudad que Cuida –ciudad del bienestar–, solo podemos responder a esta pregunta con un «no» rotundo. La crisis sistémica es de tal naturaleza que se nos hace difícil fijar escenarios creíbles para esa nueva ciudad que se intuye. Simplemente, «no sabemos».

¿Hay algún modo de responder a esta última pregunta que nos aporte esperanza para el futuro? Si la respuesta se centra en soluciones técnicas, en la búsqueda de modelos, en la eficiencia, en la mejora o la innovación, en una

nueva gestión de lo público, es decir, soluciones basadas en «cosas», a mi entender estaríamos transitando por el camino equivocado. Lo cual no quiere decir que nos debamos desentender de todas ellas. Al contrario, todas son importantes, pero, en mi opinión, no son lo fundamental.

Lo fundamental está en la capacidad de las personas para vivir y sobreponerse a las crisis. La solución, por consiguiente, la encontraremos en las personas, es decir, optando por el camino más difícil. Si la persona, el ciudadano, es el objetivo de la Ciudad que Cuida, será entonces en la ciudadanía donde debamos empezar la búsqueda de una solución al enorme problema que ya empezamos a sufrir en carne propia.

Si lo hacemos, si ponemos al ciudadano en el centro del debate sobre la nueva ciudad, estaremos en condiciones de convertir ese «no sabemos» en un «debemos», en un «estamos obligados»: debemos como ciudadanos y estamos obligados como ciudadanos.

Identificar a la ciudadanía como actor decisivo pone al descubierto una tendencia, extendida y muy generalizada, a difuminar su papel, a considerarla un actor pasivo, que espera o, en el mejor de los casos y de forma individualizada, que opina. Si el bienestar de la ciudadanía es el objetivo de la Ciudad que Cuida, le correspondería precisamente a ella, a la ciudadanía, desempeñar ese papel central, que reivindicamos, en la reflexión, el diseño y la creación de esa nueva ciudad.

De lo que estoy hablando es de crear comunidad; de crear una comunidad que cuida. El grado de cohesión y concienciación de estas comunidades les permitirá cuidar más y mejor, y –atención– con menos recursos. En comunidad podremos participar con mayor fuerza y precisión en la definición y creación de esa nueva ciudad.

Para mí, ahí reside la clave, en la comunidad:

- Una comunidad para escuchar y compartir. Escuchar al otro y compartir experiencias, conocimientos y miedos.
- Una comunidad para cooperar en la construcción de relatos de superación que sean compartidos.

- Una comunidad para concertar y concretar en común un acuerdo político que haga posible el desarrollo de estrategias y de acciones para adaptar la ciudad a los tiempos de crisis que ya estamos empezando a sufrir.

Necesitamos comunidades fuertes, cohesionadas, comunidades comprometidas y responsables, que agrupen a todos los que tengan algo que decir sobre la ciudad: tanto a personas físicas (ciudadanos, especialistas, académicos, políticos, quien sea y tenga algo que decir), como a personas jurídicas (administraciones, organismos públicos y privados, entidades de todo tipo, etc.). Comunidades que hablen y, sobre todo, que escuchen, que compartan, que debatan y, en definitiva, que pacten, que convengan, que concierten lo que haga falta para conseguir esa ciudad que queremos cuidadora. Una ciudad hecha de abajo a arriba, poco a poco, que no espera soluciones mágicas de nadie, por la sencilla razón de que no existen.

Hay que pasar de una ciudadanía que se indigna en las redes sociales a otra que se implica y se compromete, cara a cara, con el otro, con la ciudad: pasar de consumidores confiados a ciudadanos comprometidos.

A mi entender, ahí está la clave: en promover y facilitar desde lo público la creación de comunidades. Comunidades que se organizan para crear lo común: para pensar, imaginar y despertar la inteligencia colectiva, desde un lugar y un tiempo concreto.

Tenemos la necesidad de otras historias; no de cuentos de hadas en los que todo es posible para la buena gente que se reúne, sino de historias que narran cómo se pueden transformar determinadas situaciones si los que las padecen logran pensarlas juntos. No historias morales, sino historias «técnicas». Historias que recaen en el pensar juntos como «obra por hacer». Historias que afirman su pluralidad para construir experiencias prácticas, palpables y constatables. Relatos de superación y esfuerzo.

Son estos relatos los que nos permitirán identificar caminos, direcciones sobre las que edificar modelos prácticos para construir esa nueva Ciudad que Cuida.

No se nos escapa que el trabajo que esto supone es colosal. Un trabajo sordo, farragoso, poco vistoso. Un trabajo formativo de toma de conciencia que precisa mucho tiempo, mucho dinero y muchas personas preparadas. Un trabajo

que necesita, además, una organización que lo haga posible, y no estoy hablando de potenciar lo que hoy se entiende por *procesos de participación ciudadana* que, a mi entender, no son más que una operación cosmética de muy limitada utilidad y eficacia.

No se trata, en consecuencia, de pedir o de elaborar listas de necesidades, sino de compartir, debatir y concertar juntos lo que haga falta para conseguir la Ciudad que Cuida y, como premisa, con menos recursos. En definitiva, crear comunidad.

Para este cometido, y como simple ejemplo práctico, podría ser de utilidad desarrollar la idea de Jacques Rancière sobre la importancia de la creación de grupos de trabajo y reflexión por sorteo o elección azarosa. Para Rancière el sorteo es importante en la medida en que aquel al que se le confiere un poder no ha tenido que conquistarlo, no ha tenido que vencer a otros, y por tanto no necesita que se le reconozcan sus méritos. Tampoco puede ser una persona cualquiera, puesto que tendrá que pensar, hacer preguntas y participar en una deliberación. Será, en cambio, un «cualquiera». ¡Cualquier persona puede recibir cualquier poder!

Se trataría de un sistema semejante al de los jurados populares, en los que aquellos que son escogidos por sorteo son conscientes de que, siendo unos «cualquiera», han de asumir la función propia de un magistrado, con la responsabilidad que eso conlleva.

La tarea es compleja y difícil, lo sabemos todos, pero considero que es ineludible y que sería deseable empezar cuanto antes. Además, tiene tres virtudes que no se han de olvidar y pueden sernos de ayuda:

- Se puede iniciar de inmediato, solo depende de la voluntad política para hacerlo y de los recursos disponibles.
- Es adaptable al momento y al lugar.
- Se puede acompañar en velocidad e intensidad a la madurez de la comunidad, a sus necesidades, sus complejidades, su historia y su grado de compromiso.

En resumidas cuentas, la futura Ciudad que Cuida lo será en la medida en que seamos capaces de constituir, entre todos, comunidades responsables

que estén en el centro del debate, en el diseño y en la creación de esa nueva ciudad.

Otra cuestión de suma importancia son las herramientas que se necesitarán para favorecer una Ciudad que Cuida.

Más allá de las herramientas que se consideran propias del urbanismo, las que hacen posible la ordenación urbana, quiero hablarles de otras tanto o más importantes:

- Las herramientas jurídicas.
- Las herramientas de gestión.
- Las herramientas de seguimiento y control.

Dentro del ámbito de las herramientas jurídicas, solo querría añadir un comentario: para hacer frente a la Ciudad que Cuida en tiempos de crisis profunda, se hace imprescindible una normativa jurídica, flexible y adaptativa, orientada a la resiliencia y sostenibilidad de los modelos urbanos. Las normas actuales se fundamentan en una regulación exhaustiva de la ciudad del bienestar, propia de un legislador que desconfía y teme: esta es la actitud característica que se deduce de las normativas urbanísticas de los últimos sesenta años. Esto ni nos sirve hoy ni nos servirá en el futuro. Debemos romper con la dinámica jurídico-urbanística, extensamente desarrollada, según la cual aquello que nos obliga a nosotros es elevado a una categoría universal que se cree válida para todo lugar y tiempo. Hace falta una normativa que, desde el respeto a lo que es distinto –y cada territorio y ciudad lo es– conceda margen a lo urbano para que se adapte a realidades cambiantes, en lo social, ambiental y económico; realidades de hoy que sabemos que van a cambiar mañana. Conociendo el tiempo de elaboración, discusión, aprobación y ejecutividad de las leyes, es conveniente empezar cuanto antes, avanzándonos a los acontecimientos y no yendo a remolque de ellos.

Sobre las herramientas de gestión, la nueva ciudad habrá de hacer frente a retos que necesitarán modelos de gestión nuevos, tanto para gestionar lo escaso (agua, energía, etc.), como para gestionar lo difícil de prever, y cuantificar (migraciones masivas, incremento del nivel del agua del mar, desertización, etc.). Lo que existe hoy solo sirve para hacer crecer la ciudad, no para

prepararla para lo imprevisto que se nos avecina. Las experiencias acumuladas en los últimos sesenta años no nos sirven porque apuntan en una dirección equivocada.

Y, por último, querría hablar de las herramientas de seguimiento y control que necesariamente van ligadas a las de gestión. Cualquier medida que se tome para aprovechar lo escaso o para afrontar lo imprevisto necesitará indicadores fiables que certifiquen la bondad –o no– de las estrategias y acciones que se emprendan. Y, como complemento imprescindible, estos indicadores han de ser leídos y contrastados de forma continua para, si es necesario, tomar las medidas de ajuste que sean precisas. Para estas nuevas herramientas es imprescindible mirar lejos, ahí donde nada está escrito y todo está por pensar. Seguir en lo mismo sabemos a dónde nos lleva. No vale la pena insistir.

Y el tercer y último punto es el de la organización. Aquí no hay mucho que decir y sí mucho que hacer. Simplificando: la organización municipal, que es la que hace la ciudad, se fundamenta en potentes estructuras verticales que conocemos con distintos nombres: servicios sociales, mantenimiento, urbanismo, etc. y, en general, con inexistentes o débiles estructuras transversales que las relacionen, armonicen y prioricen su funcionamiento con relación a los objetivos de la Ciudad que Cuida.

Todo lo urbano está ligado e interrelacionado. Nada está al margen de nada: no hay una parte que no incida en las otras. Esto es bueno que se estructure, como también es bueno que los responsables de estas estructuras lo sepan y se formen para conocerlo y gestionarlo.

Al margen de todo lo dicho, la ciudad ha de seguir haciéndose con los instrumentos disponibles, y más la ciudad que se quiere cuidadora. No obstante, es más que recomendable sustituir los discursos optimistas propios de las sociedades occidentales, todavía centrados en el crecimiento, por una visión de largo alcance que permita intuir por donde pueden evolucionar las cosas y empezar a ajustar lo que se dice y lo que se hace a ese escenario todavía borroso.

La nueva Ciudad que Cuida, como creación política de primer orden que es, tiene necesidad de que quien está involucrado en ella –esto es, la comunidad

ciudadana– sepa producir lo que necesita para que la situación le obligue a pensar, a sentir, sabiendo de antemano, que en una ciudad aquello de lo que tenemos necesidad como individuos nadie lo puede producir solo, ni puede esperar que otro lo haga por él. De ahí la importancia de empezar a hablar de un «nosotros», de hablar de COMUNIDAD.

El camino es difícil y costoso, pero imprescindible.

Bibliografía

Han B-Ch. No-cosas: quiebras del mundo de hoy. 1ª ed. Barcelona: Taurus; 2022.

Han B-Ch. El espíritu de la esperanza. 1ª ed. Barcelona: Herder; 2024.

Haraway DJ. Seguir con el problema: generar parentesco en el Chthuluceno. 3ª ed. Bilbao: Consonni; 2020.

Latour B. ¿Dónde estoy?: una guía para habitar el planeta. 1ª ed. Barcelona: Taurus; 2023.

Latour B. La esperanza de Pandora: ensayos sobre la realidad de los estudios de la ciencia. 2ª ed. Barcelona: Gedisa; 2021.

Rancière J. El odio a la democracia. 1ª ed. Buenos Aires: Amorrortu ediciones; 2006.

Stengers I. En tiempos de catástrofes: cómo resistir a la barbarie que viene. 2ª ed. Barcelona: Ned ediciones; 2024.

Stengers I, Pignarre Ph. Brujería capitalista: prácticas de deshechizo. 1ª ed. Barcelona: Fricciones; 2021.

Cuidados paliativos, la experiencia de La Rioja

Mónica Ochagavía

Coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos de La Rioja

El concepto de «Cuidados Paliativos» ha ido cambiando y evolucionando a lo largo de estos años. Antes, si preguntábamos qué palabra se venía a la cabeza para definirlo nos encontrábamos con «muerte», «sufrimiento», «dolor», «eutanasia», «nada que hacer»... mientras que ahora ya nos topamos con palabras como «cuidar», «aliviar», «acompañar»... y nosotros añadimos ¡«intervención precoz»!

En realidad, la definición de «paliar» lo deja más claro: «disminuir o hacer más soportable algo negativo, en especial un daño físico o moral». Y en eso consiste precisamente nuestro trabajo; de ahí que, aunque en muchas ocasiones se nos proponga cambiar el nombre de paliativos, creemos que es el correcto, ya que define el tipo de atención que queremos dar a nuestros pacientes.

El concepto moderno de «Cuidados Paliativos» habla de una atención global y activa del paciente y la familia, que acusan un sufrimiento intenso por una enfermedad avanzada, a través de un equipo multidisciplinar dirigido a mantener una buena calidad de vida.

Se ha retirado de la definición el pronóstico vital (antes se consideraba inferior a seis meses), ya que muchas de las enfermedades, tanto oncológicas como no oncológicas, han mejorado considerablemente su pronóstico. De ahí que apostemos por una intervención más precoz en nuestras unidades, ya que está demostrado que mejora la calidad de vida y supervivencia del paciente.

Antes, la atención en las Unidades de Cuidados Paliativos se centraba en los pacientes oncológicos, pero en la actualidad nos encontramos que una parte de nuestro trabajo se centra en pacientes no oncológicos con distintas patologías (enfermedades pulmonares, cardíacas, renales, hepáticas, neuromusculares como la esclerosis lateral amiotrófica, esclerosis múltiple, demencias,

ictus, parkinson...), todas ellas enfermedades crónicas avanzadas sin tratamiento curativo y con criterios de complejidad que precisan de nuestro seguimiento.

La persona es un ser complejo que presenta varias esferas: física, emocional, cognitiva, social y espiritual, y todas ellas van a verse influenciadas tanto por las necesidades como por el sufrimiento que presenten los cuidadores y/o los familiares. Si queremos ayudar a nuestros pacientes debemos ofrecerles una atención global.

No atendemos a enfermedades sino a personas, con unos valores, unas creencias y experiencias que marcarán sus opiniones y sus decisiones.

Todos nuestros pacientes van a tener unos recursos y necesidades que debemos explorar, realizando una exhaustiva escucha activa. Para ello es indispensable tener una buena comunicación, y de ahí la importancia de conocer «precozmente» al paciente y ofrecerle la opción de realizar una planificación compartida de la atención.

Debemos informar detenidamente sobre la posibilidad de cumplimentar un documento de instrucciones previas. Se trata de una declaración en la que la persona decide sobre los cuidados sanitarios y los tratamientos médicos de un futuro, por si llega a encontrarse en una situación en la que no pueda decidir por sí mismo.

Asimismo, es importante disponer de una historia clínica para el paciente, apuntar en ella sus deseos (adecuación de esfuerzo terapéutico, lugar de fallecimiento...) e informar a cualquier compañero que deba atenderlo de que tiene dicho documento cumplimentado. Se escribe con dos testigos y es modificable siempre que el paciente lo desee.

Otro aspecto importante que destacar en la atención a un paciente con necesidades paliativas es que esta debe ser siempre multidisciplinar (medicina, enfermería, trabajo social y psicología). Hay múltiples factores que influyen en la situación basal y de evolución de la enfermedad. Debemos controlar los síntomas que provocan malestar y sufrimiento, tanto físico como emocional, pero sin descuidar el apoyo a la familia y los cuidadores (también hay que cuidar al que cuida para que la atención sea correcta).

La información que dejemos en los domicilios debe ser clara y sencilla de comprender, con tratamientos expuestos con palabras que todo el mundo pueda entender. Potenciar con visitas de educación sanitaria, de paciente encamado, de uso de determinados fármacos, de confort en situación de últimos días...

Básica en nuestra labor es la valoración social precoz por parte de Trabajo Social, tanto en el lugar de residencia como en el hospital. Esto nos dará información de la situación actual de los pacientes, sobre todo de los que viven solos o presentan una alta complejidad social. Así podremos adelantarnos a problemas sociales graves en situaciones de final de vida. Todo ello coordinado con apoyo psicológico, en visitas coordinadas para abordar tanto al paciente como a cuidadores.

Nos ha parecido de gran ayuda la posibilidad de complementar la atención con actividades como la musicoterapia, que contribuye a mejorar síntomas como el dolor o la ansiedad tras las sesiones. La arteterapia, sesiones de fisioterapia o el apoyo de un agente espiritual también han demostrado su eficacia en ciertos pacientes.

La Unidad de Cuidados Paliativos de La Rioja

La Unidad de Cuidados Paliativos de La Rioja fue creada hace más de veinte años. Comenzó dentro de la AECC con una unidad compuesta de un médico, una enfermera, una trabajadora social y una psicóloga, y estaba coordinada por el doctor Francisco Javier Cevas. Posteriormente, y a través de la Fundación Rioja Salud, la Unidad de Cuidados Paliativos ha ido creciendo en el interior del Servicio Riojano de Salud hasta tener la estructura actual.

Está localizada en el Hospital Provincial y está formada por nueve médicos, veinte enfermeras, ocho TCAEs, tres trabajadoras sociales, cinco psicólogas y dos administrativas.

A nivel organizativo disponemos de una planta de hospitalización con diez habitaciones individuales, una consulta externa, cinco unidades de domicilio y un equipo de soporte que realiza interconsultas.

Consulta externa

Se encuentra ubicada en el Hospital Provincial, formada por un médico y una TCAE, con apoyo de una psicóloga y una trabajadora social.

A ella acuden pacientes cuya atención compartimos con otras especialidades y que mantienen cierta autonomía que les permite desplazarse sin dificultad.

Cuando la enfermedad avanza o cambian las características físicas del paciente, este se traslada a nuestras unidades de domicilio para continuar con los cuidados.

Consulta externa de Psicología

Nuestras psicólogas trabajan tanto con el paciente como con la familia, en ocasiones en consultas conjuntas.

Posteriormente se continúa el seguimiento de las familias durante el duelo, y si no pueden acudir se realiza en los domicilios.

Consulta externa de Trabajo Social

Nuestras trabajadoras sociales se reúnen con las familias para orientar y ayudar, tanto en las gestiones burocráticas para solicitar determinadas ayudas, ley de dependencia, información sobre dónde realizar el documento de instrucciones previas..., así como organizar el préstamo de materiales que puedan ayudar a los pacientes y de los que disponemos en la unidad: sillas, camas articuladas, andadores...

Unidades domiciliarias

Están compuestas por un equipo multidisciplinar: médico/a, enfermera, psicóloga y trabajadora social. Con reuniones semanales y contacto diario para comentar cada paciente.

Se da cobertura a toda La Rioja y parte de la Rioja Alavesa, y están divididas en cinco unidades: Rioja Alta, Rioja Baja y tres unidades para Logroño, con

los pueblos de alrededor. La atención es compartida con Atención Primaria; de hecho, intentamos coordinarnos con ellos para que la primera valoración sea conjunta.

Se realizan visitas programadas según la situación y demandas del paciente y la familia, con contacto telefónico según sus necesidades. Tienen un teléfono en el que poder localizarnos y preguntarnos sus dudas o preocupaciones.

Por la tarde se realizan visitas por parte de enfermería para educación del paciente encamado, o para reforzar cambios de tratamiento, o para manejar situaciones de últimos días...

Planta hospitalaria

Ocupamos diez habitaciones individuales en el Hospital Provincial. En ellas se instalan pacientes que no pueden ser atendidos o controlados en domicilio, y también pacientes que trasladamos de otras unidades hospitalarias.

Aquí también, la atención es multidisciplinar: médico/a, enfermera, TCAEs, psicóloga y trabajadora social. Si se trata de un paciente que llevamos en su propio domicilio, al ingresar es atendido por el mismo equipo psicosocial.

Equipo de Soporte Hospitalario

Acude a valorar a pacientes de los que nos realizan interconsultas de otros servicios, centros de convalecencia o residencias de personas mayores. Se encarga de identificar pacientes que puedan precisar de nuestro seguimiento.

Asesora a los profesionales que soliciten nuestra colaboración.

Se realiza un plan de cuidados individualizado para cada paciente, facilitando la conexión entre diferentes niveles asistenciales.

Todos los niveles de atención de la unidad están intercomunicados; de hecho, cada seis meses rotamos entre los distintos puestos, tanto médicos y enfermeras como psicólogas o trabajadoras sociales.

Ideas para recordar...

Siempre tener presente que no tratamos enfermedades, sino personas.

Nuestro objetivo debe ser iniciar de una forma precoz los cuidados en pacientes con necesidades paliativas, acompañando con respeto y dignidad e intentando mejorar la calidad de vida, ya que puede influir positivamente en el curso de la enfermedad.

Debemos tratar al paciente de forma integral, incluyendo un soporte psicológico y de atención social con medios específicos, tanto para la familia como para el paciente, prestando especial atención a las personas que viven solas o disponen de pocos recursos, para poder adelantarnos y organizar con ellas situaciones de enfermedad avanzada y final de vida.

El paciente elegirá dónde desea recibir atención, y se respetarán sus deseos y valores, para lo cual debemos potenciar una planificación compartida de la atención.

Nuestra atención no termina cuando fallece el paciente, sino que continuará durante el proceso del duelo.

Relación de autores

- Joan Berenguer, presidente del Consejo Asesor de la Fundación Mémora.
- Lluís Berenguer, arquitecto.
- Victòria Camps, presidenta de la Fundació Víctor Grifols i Lucas.
- Javier de Frutos, subdirector de Familia, Educación, Cultura y Deporte de la FEMP.
- Francesc de Rillo, coordinador de proyectos de la Fundación Mémora.
- Albert Ledesma, médico de familia y comisionado por la Junta del Colegio de Médicos de Barcelona en temas de formación médica.
- Ana Isabel Lima, docente e investigadora UCM y UNED, exsecretaria de Estado de Servicios Sociales, concejala del Ayuntamiento de Madrid, directora de Servicios Sociales.
- Mónica Ochagavía, coordinadora de la Unidad de Cuidados Paliativos de La Rioja.

Títulos publicados

Cuadernos de Bioética

70. *Las enfermedades minoritarias, un reto para la bioética*
69. *Inteligencia artificial, ética y salud pública*
68. *La necesidad de cuidado: un reto político, social e institucional*
67. *Donación de plasma y altruismo: revisando conceptos*
66. *Eutanasia: los retos jurídicos y administrativos de la LORE*
65. *Vejez, sociedad y salud pública*
64. *Bioética y derecho de la salud pública*
63. *Inteligencia artificial en salud. Retos éticos y científicos*
62. *Soledad no deseada en la era digital*
61. *Discapacidad y equiparación de derechos*
60. *Cuidarse en la sociedad entre pandemias*
59. *La atención a las necesidades sociales y sanitarias, ¿sumamos o dividimos?*
58. *Salud pública y COVID*
57. *Ciudades que cuidan, también al final de la vida*
56. *La salud pública, el género y la ética*
55. *Soledad, envejecimiento y final de la vida*
54. *Sexualidad y diversidad funcional*
53. *Nuevos escenarios en salud e investigación clínica*
52. *Ética y promoción de la salud. Libertad-paternalismo*
51. *Una mirada ética en la gestión de conflictos*
50. *Pensar la maternidad*
49. *Publicidad y salud*
48. *Prioridades y políticas sanitarias*
47. *Ética y donación de plasma: una mirada global*
46. *Comités de Ética y consultores clínicos: ¿complemento o alternativa en la ética asistencial?*
45. *CRISPR... ¿debemos poner límites a la edición genética?*
44. *Crisis y salud mental en niños y jóvenes: ¿causa o consecuencia?*
43. *¿Debemos revisar el concepto de muerte?*
42. *Iatrogenia y medicina defensiva*
41. *Eutanasia y suicidio asistido*
40. *Ethical aspects of research with children*
39. *Discapacidad, nuevos enfoques y retos éticos a la luz de la Convención de la ONU*
38. *Ética, salud y dispendio del conocimiento*
37. *Determinantes personales y colectivos de los problemas de la salud*
36. *Ética y altruismo*
35. *Treinta años de técnicas de reproducción asistida*
34. *Ética de la comunicación corporativa e institucional en el sector de la salud*
33. *Alcance y límites de la solidaridad en tiempos de crisis*
32. *Ética y salud pública en tiempos de crisis*
31. *Transparencia en el sistema sanitario público*
30. *La ética del cuidado*
29. *Casos prácticos de ética y salud pública*
28. *La ética en las instituciones sanitarias: entre la lógica asistencial y la lógica gerencial*
27. *Ética y salud pública*
26. *Las tres edades de la medicina y la relación médico-paciente*
25. *La ética, esencia de la comunicación científica y médica*
24. *Maleficencia en los programas de prevención*
23. *Ética e investigación clínica*
22. *Consentimiento por representación*

21. *La ética en los servicios de atención a las personas con discapacidad intelectual severa*
20. *Retos éticos de la e-salud*
19. *La persona como sujeto de la medicina*
18. *Listas de espera: ¿lo podemos hacer mejor?*
17. *El bien individual y el bien común en bioética*
16. *Autonomía y dependencia en la vejez*
15. *Consentimiento informado y diversidad cultural*
14. *Aproximación al problema de la competencia del enfermo*
13. *La información sanitaria y la participación activa de los usuarios*
12. *La gestión del cuidado en enfermería*
11. *Los fines de la medicina*
10. *Corresponsabilidad empresarial en el desarrollo sostenible*
9. *Ética y sedación al final de la vida*
8. *Uso racional de los medicamentos. Aspectos éticos*
7. *La gestión de los errores médicos*
6. *Ética de la comunicación médica*
5. *Problemas prácticos del consentimiento informado*
4. *Medicina predictiva y discriminación*
3. *Industria farmacéutica y progreso médico*
2. *Estándares éticos y científicos en la investigación*
1. *Libertad y salud*

Informes de la Fundació

6. *La interacción público-privado en sanidad*
5. *Ética y biología sintética: cuatro corrientes, tres informes*
4. *Las prestaciones privadas en las organizaciones sanitarias públicas*
3. *Clonación terapéutica: perspectivas científicas, legales y éticas*

2. *Un marco de referencia ético entre empresa y centro de investigación*
1. *Percepción social de la biotecnología*

Interrogantes éticos

5. *Pedagogía de la Bioética*
4. *Repensar el cuerpo*
3. *La subrogación uterina: análisis de la situación actual*
2. *Afectividad y sexualidad. ¿Son educables?*
1. *¿Qué hacer con los agresores sexuales reincidentes?*

Para más información: www.fundaciongrifols.org

FUNDACIÓ
VÍCTOR
GRÍFOLS
i LUCAS