

Bases conceptuales y estrategias para humanizar la atención a las personas dependientes

Abel Jaime Novoa Jurado*

Área de Salud VI Vega Media del Segura. Servicio de Urgencias. Hospital General Universitario J.M. Morales Meseguer. Servicio Murciano de Salud. Grupo de Investigación en Atención Primaria. Instituto Murciano de Investigación Biosanitaria. Murcia. España

*Correo electrónico: abelnovojurado@gmail.com

Puntos para una lectura rápida

- El enfoque médico-rehabilitador en la atención a la dependencia debe ser sustituido por el enfoque social.
- La democracia de los cuidados asume que la organización social debe priorizar los cuidados y que su provisión debe garantizar la equidad en las cargas y avanzar hacia organizaciones sin ánimo de lucro.
- La pérdida de funcionalidad no implica necesariamente la de autonomía.
- Es posible la complementariedad de los cuidados domiciliarios y los institucionalizados.
- La financiación de los cuidados de larga duración es muy insuficiente en España.

Palabras clave: Dependencia • Cuidados a largo plazo • Discapacidad • Cuidados domiciliarios • Cuidados institucionalizados.

El modelo médico-rehabilitador vs. el modelo social

La medicina nunca ha sabido cómo enfrentarse a la dependencia. Por varios motivos. El primero es la desvalorización de los cuidados que se hace en la disciplina. La medicina como campo de conocimiento no considera que los cuidados sean de su incumbencia; son cosa de otros estamentos profesionales, de otras disciplinas como enfermería, técnicos en cuidados auxiliares de enfermería, fisioterapia, terapia ocupacional, etc. Con una persona dependiente, especialmente cuando hay implicadas enfermedades crónicas, los cuidados adquieren casi todo el protagonismo, por lo que la actuación médica tiene menos interés. Hay poco que curar y mucho que cuidar.

El segundo motivo es su concepción de salud: tanto la definición de salud como normalidad estadística como la de adecuado funcionamiento consideran patológico la pérdida de capacidad física o intelectual. En discapacidad, enfoque

del que debemos aprender mucho, esta visión se denomina médico-rehabilitadora!: hay un disvalor que es la pérdida de función y por eso hay que intervenir para que la persona dependiente vuelva a la normalidad en su funcionamiento o a la media estadística. Este enfoque limita enormemente la mirada, como veremos, cuando la disfunción, la dependencia, se establece (tabla 1).

El diagnóstico, científicamente informado –un hecho incontrovertible, por tanto– es la puerta para la desvalorización de la persona porque ya “no es normal” sino dependiente, disfuncional, discapacitada. La medicina no puede hacer más que objetivar la disfunción y ponerle un nombre para clasificarla. Las consecuencias de ese etiquetado pasan a no ser un problema médico; la medicina se desentiende, solo tiene que actuar ante las complicaciones biológicas porque las implicaciones sociales y de cuidados ya no están en su ámbito de actuación. Este modelo médico-rehabilitador se fundamenta en la idea de recuperación y, por tanto, desvaloriza implícitamente al sujeto con dependencia no recuperable.

TABLA 1. Modelo médico-rehabilitador vs. modelo social en el abordaje de la dependencia

Modelo médico-rehabilitador	Modelo social
La dependencia, entendida como pérdida de autonomía, es un problema fundamentalmente generado por las condiciones biológicas de las personas	La dependencia, como pérdida de autonomía, es un problema fundamentalmente generado por las condiciones sociales y asistenciales
La dependencia requiere atención médica y cuidados vinculados a unos diagnósticos específicos	La dependencia necesita atención médica y cuidados vinculados a unos valores, a unos deseos y a unas necesidades de cada persona de manera que las acciones profesionales sean compatibles con que las personas con dependencia puedan seguir desarrollando un proyecto de vida pleno
La dependencia requiere un abordaje fundamentalmente individual	La dependencia requiere un abordaje fundamentalmente social y de cambio en las organizaciones sanitaria, de cuidados y de atención social
La dependencia requiere ajustes de la persona dependiente y, por tanto, limitaciones de su autonomía	La dependencia requiere ajustes del entorno social para garantizar al máximo poder continuar con una vida autónoma
La dependencia tiene que ver con procesos de asistencia	La dependencia tiene que ver con derechos humanos y libertades individuales
La dependencia requiere ayuda profesional	La dependencia requiere acompañamiento profesional y responsabilidad individual y colectiva
La dependencia requiere un cambio personal	La dependencia requiere un cambio social

Fuente: elaboración propia.

Pues bien. Hay que impugnar la mayor. La dependencia no puede seguir considerándose un disvalor, una contingencia sino una característica intrínseca del ser humano. Si todos somos, en mayor o menor medida, dependientes, entonces las consecuencias de esa dependencia no son un problema de los individuos sino de la sociedad. En el llamado modelo social, la dependencia surgiría del fracaso de un entorno social incapaz de adaptarse a las necesidades de las personas con limitaciones funcionales. Cuando la persona ocupa el centro, con todas sus características biológicas y de funcionamiento, entonces lo que impide seguir desarrollando su vida plena es la sociedad, no las condiciones del individuo. Las consecuencias negativas de la dependencia tienen causas fundamentalmente sociales y no tanto individuales. La dependencia sería, desde este punto de vista, una construcción social cuyo abordaje hegemónico médico-rehabilitador, implícitamente, estaría desvalorizando a la persona dependiente, haciéndola susceptible de marginación, opresión, vulnerabilidad y abusos, y por incurable, receptora de cuidados entendidos estos como pura asistencia para garantizar la consecución de actividades básicas o de supervivencia. Esto es lo que hay que impugnar radicalmente si queremos “humanizar” la atención a las personas dependientes.

El modelo social de la dependencia, como decimos, nos colocaría en una perspectiva completamente distinta al modelo médico-rehabilitador. La dependencia estaría provocada por la incapacidad de la sociedad para adaptarse a las necesidades específicas de las personas con limitaciones funcionales. Como la persona dependiente no tiene ya la ciudadanía completa debe asumir las consecuencias: ya no encaja. Como dice Victoria Camps², hace falta un cambio de paradigma: la conciencia de vulnerabilidad y fragilidad que todos hemos sentido durante la pandemia de COVID-19 de-

bería conducir a un marco mental distinto en el que *“en lugar de concebimos como sujetos autónomos, racionales y capaces de dominar cualquier fenómeno adverso nos viéramos también como seres interdependientes y relacionales”*².

Ha sido una filosofía profundamente racionalista e individualista, desde Adam Smith a Kant pasando por Rawls o Habermas, la que ha aupado al sujeto autónomo e independiente como receptor de todos los derechos y deberes olvidando nuestra vulnerabilidad y dependencia intrínsecas². Es MacIntyre quien, nos recuerda Camps, constata que somos animales dependientes³ y que es un error pensar que el interés por las personas dependientes debe ser particular y no un interés colectivo². Hay que revisar los tópicos que subyacen a la concepción del sujeto moderno y superar su reduccionismo: todos somos personas dependientes, en mayor o menor medida, por tanto, hemos de diseñar una sociedad en la que la dependencia no impida la ciudadanía de pleno derecho con capacidad para seguir desarrollando autónomamente, cuando la dolencia establece limitaciones funcionales, cada particular proyecto de vida y seguir participando en la sociedad. Las dificultades funcionales y su repercusión en la vida de las personas dependientes no pueden seguir siendo explicadas por las características individuales de la persona sino por el conjunto de barreras arquitectónicas, sociales, organizativas, mentales o culturales que hemos establecido como normativas.

El modelo social no niega que existan condiciones biológicas o intelectuales que generen dependencia, sino que sus consecuencias no vienen determinadas por las características de la persona sino por las condiciones sociales que impiden el desarrollo del individuo a partir de un cierto nivel de limitaciones. Por eso, si hemos de introducir significado a la expresión “humanizar la dependencia” debe ser este: conside-

rar en primera instancia la calidad de vida, los derechos individuales, la participación social, política y comunitaria para que la persona pueda seguir desarrollando una vida personal plena a pesar de las limitaciones. Este cambio de mirada es fundamental ya que establece claramente que autonomía y dependencia no son conceptos antagónicos sino perfectamente compatibles⁴. De hecho, el objetivo es que una sociedad que se denomine justa y cuidadora⁵ consiga que las personas dependientes puedan ser todo lo autónomas posible, es decir, dueñas de su destino y con capacidad para participar en la comunidad y seguir desarrollándose en la vida a pesar de las limitaciones. Si eso no se consigue no es por culpa de la persona dependiente sino de una sociedad injusta y no cuidadora que no es capaz de atender a las personas según sus necesidades.

Una democracia de los cuidados ante el fracaso del neoliberalismo y la familia heteropatriarcal

El cambio de marco mental tiene consecuencias fundamentales. Primero: si todas somos constitutivamente dependientes todas somos susceptibles de requerir cuidados, permanentes o transitorios. Por tanto, el cuidado ya no es algo que nos llega cuando somos muy mayores y/o tenemos enfermedades, sino que debe formar parte de una nueva forma de relacionarnos. En una democracia de los cuidados⁶, donde estos sean el esencial principio organizador de la sociedad, la obligación de cuidar se extiende más allá de la dimensión privada y adquiere definitivamente una dimensión pública, lo que implica que la sociedad a través de sus instrumentos políticos debe garantizar los cuidados necesarios y fomentar la actitud cuidadora, solícita, atenta, para ir más allá de lo estrictamente necesario, más allá de lo justo². Los cuidados no pueden desaparecer del ámbito privado que constituye la familia, aunque con una idea de familia más amplia o “promiscuo”⁵: solo multiplicando nuestros círculos de cuidados, ampliando, por ejemplo, nuestra noción de parentesco, una idea defendida por la comunidad LGTBI, lograremos las “*infraestructuras emocionales necesarias para constituir una sociedad que cuide*”⁵.

Pero, además, estos cuidados informales ampliados deben integrarse en la organización social para que sus cargas sean distribuidas equitativamente, evitando el sesgo de que sean fundamentalmente las mujeres quienes se ocupen de los cuidados informales y profesionales. Los cuidados desde este punto de vista estarían constituidos por la capacidad individual y colectiva para proporcionar las condiciones políticas, sociales, materiales y emocionales que permitan que las personas con dependencia prosperen, puedan desarrollar su proyecto de vida y participar en la sociedad⁵. Las prácticas que

de forma convencional entendemos como cuidados no pueden llevarse a cabo correctamente a menos que se apoye tanto a quienes cuidan como a quienes necesitan ser cuidados⁵. Esto solo puede suceder si los cuidados como capacidad y como práctica se cultivan, se comparten y se dotan de recursos sobre una base igualitaria. No es solo un trabajo de mujeres ni puede ser un trabajo donde sea común la devaluación y, fruto de ella, la explotación⁵.

Esto nos lleva a tener que denunciar la actual deriva mercantilizadora de los cuidados: dejar en manos del mercado su provisión normaliza la carencia endémica de los mismos y las terribles inequidades (género, sociales, laborales, etc.) que genera, muchas veces planteadas como daños colaterales de las reformas políticas orientadas a permitir la pura extracción de beneficios económicos⁵. La pandemia de la COVID-19 ha demostrado que los mercados no son capaces de garantizar unos cuidados adecuados de personas que son constitutivamente muy vulnerables. El neoliberalismo entendido como una forma de vida, más allá de que sea también una ideología y una doctrina económica⁷, asume que la persona es un sujeto independiente, emprendedor e infinitamente resiliente, una figura autosuficiente para su cuidado. Esta visión crea un clima de insensibilidad e indiferencia social ante las crecientes necesidades de cuidados de las personas dependientes; también una idea de que nuestras obligaciones de cuidados son solo con “*los nuestros*”, descomponiendo cualquier vínculo comunitario y las redes de solidaridad.

Cuidar a medida: la asistencia personal

La segunda consecuencia del cambio de paradigma en la atención a la dependencia, del modelo médico-rehabilitador al social, es que los cuidados solo estarán humanizados cuando sean a medida. Por eso, para muchos autores hay que superar el enfoque asistencialista –que pretende procurar apoyo, servicios y atención estandarizada a los sujetos dependientes para la consecución de una serie de actividades básicas de la vida diaria– y pasar a una atención que se encuentre más cerca de la idea de acompañamiento¹. En este sentido, en nuestra opinión, es necesario desarrollar la figura de la asistencia personal (AP).

La figura de la AP, que está explícitamente formulada en la Ley 39/2006⁸, denominada comúnmente de la dependencia, en su artículo 19, no ha tenido un adecuado desarrollo hasta el momento. Se entiende AP como aquel soporte entre personas, regulado por un contrato de trabajo, en el que se distinguen claramente el rol de la persona con dependencia, que es quien recibe el soporte y tiene el control de su servicio (la toma de decisiones) y el rol de la persona que ejerce la AP⁹. Esta figura reconoce el derecho a la autodeterminación, la responsabilidad sobre la propia vida de la persona

TABLA 2. Diferencias entre la asistencia personal y la ayuda a domicilio

Ayuda a domicilio	Asistencia personal
Enfoque de asistencia	Enfoque de acompañamiento
La atención se lleva a cabo dentro del domicilio	La atención puede ser dentro y/o fuera del domicilio
Se prestan unos servicios estandarizados, decididos por el financiador, para garantizar las actividades de la vida diaria y/o el mantenimiento del hogar de la persona dependiente	Se prestan unos servicios, decididos por la persona dependiente, tras elaborar un plan de vida independiente, para garantizar el desarrollo del proyecto vital y la participación comunitaria de la persona dependiente
El proveedor de los servicios decide quién y cómo, dentro de los requisitos contratados, presta la ayuda a domicilio. La persona usuaria no tiene capacidad de elección	La persona dependiente decide quién y cómo se le prestan los servicios. La persona usuaria tiene toda la capacidad de elección
Función sustitutiva de la persona o de otros soportes familiares	Función de apoyo y acompañamiento para las actividades que puede realizar la persona o las personas cuidadoras informales. Para aquellas funciones sustitutivas, se requerirá siempre el previo consentimiento y se negociará tanto el alcance como el formato
La actitud del profesional ante los cuidados contratados no es determinante	La actitud del profesional es fundamental: flexibilidad, saberse colocar en un segundo plano evitando un rol directivo en la intervención, máximo respeto a las dinámicas familiares y sociales de la persona usuaria, empatía e implicación
Elaboración propia a partir de Moya Olea ⁹ .	

dependiente, incluyendo la posibilidad de asumir riesgos y equivocarse, y el derecho a no vivir institucionalizado. Como expresa Moya⁹ *“este paradigma supera el planteamiento médico-rehabilitador y apuesta por un sistema holístico biopsicosocial en el que los servicios y prestaciones sociales evolucionan hacia modelos de soporte que enfatizan la promoción de las potencialidades personales y la disminución de las limitaciones funcionales en base a soportes centrados en la persona, primando el entorno comunitario y la participación de las personas en la definición de sus necesidades y en la evaluación de los servicios”*. En la tabla 2 podemos ver las diferencias entre la ayuda a domicilio y la AP.

La complementariedad de la atención domiciliaria con un nuevo modelo de cuidados en entornos institucionalizados

Tercera consecuencia. Lo importante no es el dónde sino el cómo. Sin duda las personas dependientes desean poder vivir en sus domicilios el mayor tiempo posible¹⁰. Las evidencias de que el modelo actual de atención institucionalizada, desarrollado en los últimos 30 años, no contemplaba suficientemente la calidad de vida de las personas ni potenciaba la posibilidad de seguir desarrollando un proyecto de vida personal o su participación comunitaria, ha generado una progresiva desinstitucionalización en las estrategias políticas para los cuidados de larga duración en Europa, reforzada tras la pandemia de la COVID-19¹⁰.

Esta desinstitucionalización, positiva en nuestra opinión, consiste en dejar de ver los cuidados institucionalizados (residencias, centros sociosanitarios de media y larga estancia,

viviendas tuteladas, etc.), por norma, como superiores a los que puedan desarrollarse en el domicilio. Sin embargo, tampoco podemos demonizar la institucionalización. Es importante empezar a pensar en términos de complementariedad entre ambos tipos de soporte y no verlos como dos alternativas dicotómicas: la pertinencia de uno u otro modelo dependerá de las necesidades y las condiciones específicas de cada situación concreta y de cada persona que, además, serán cambiantes y variables en el tiempo¹⁰. Esta nueva visión requerirá una oferta flexible de servicios adaptados a las específicas necesidades de cada persona en cada momento.

Desde luego, es muy importante cómo acompañamos a las personas institucionalizadas. La denominada Atención Integral Centrada en la Persona (AICP), que está definiendo los nuevos modelos de atención institucionalizada para los cuidados de larga duración¹¹ debería comenzar en el domicilio¹². El modelo tradicional ofrece a las personas elegir entre una oferta muy reducida y compartimentada de servicios (ayuda a domicilio, teleasistencia, centro de día, residencia), algunos de los cuales son compatibles, pero otros no, o su compatibilidad es muy limitada: *“La AICP requiere que, en lugar de optar por uno y otro servicio, se establezca, siempre de acuerdo con la propia persona, aquellas atenciones que necesite en un determinado momento, utilizando recursos de los diferentes servicios; un plan auténticamente personalizado. Y que este plan tenga capacidad de adaptarse, con la suficiente agilidad, al ritmo cambiante de las necesidades de la persona. Solo así la alternativa de permanecer en su propia casa será una realidad.”*¹²

Para que esto sea posible son necesarios importantes cambios en la actual normativa para conseguir que las prestaciones de la dependencia no se conciban como opciones dicotómicas o excluyentes sino complementarias de manera que se

puedan adaptar sin necesidad de procedimientos complejos a las situaciones cambiantes. Esta complejidad en el abordaje requiere de profesionales del trabajo social con funciones de gestores de casos y capacidad de dar soporte técnico a los profesionales de atención directa, realizar la coordinación con el sistema público de servicios sociales y del sistema sanitario, así como la gestión de oportunidades en la comunidad¹².

El nuevo modelo de residencias además de activarse y desactivarse estratégicamente dependiendo de las necesidades que tengan las personas en cada momento —es decir, existe un flujo domicilio-residencia pero también residencia-domicilio—, debe ser considerado un servicio de proximidad¹². Las personas dependientes tienen derecho a seguir disfrutando de la vecindad, del entorno donde tienen sus referencias. Es cruel que tengan que desarraigarse y perder sus referencias. Hay que evitar, por tanto, el aislamiento, facilitando la integración de la residencia en la vida vecinal y comunitaria, de ahí la importancia de su ubicación en el centro de los entornos urbanos¹².

Se trataría de que las residencias como servicios de proximidad, pudieran interactuar con su entorno ampliando sus actuaciones para complementar los servicios domiciliarios. De este modo, podrían ofrecer servicios logísticos domiciliarios (lavandería, alimentación...) así como la atención de otras profesionales (fisioterapeutas, terapeutas ocupacionales, psicólogos, trabajadores sociales, etc.) que pudieran desplazarse a los hogares de las personas dependientes que viven en los domicilios cercanos, en el barrio, pueblo o comarca. Se trataría, de igual modo, de ofrecer todas las modalidades de estancias temporales para convalecencia o rehabilitación, por respiro familiar o por evitar la soledad de las personas mayores en determinados momentos o circunstancias. Aspectos como las visitas libres, no programadas o limitadas a tramos horarios, la posibilidad de que las personas residentes puedan invitar a comer a quien deseen o que algún familiar pueda quedarse a dormir en la residencia en determinadas circunstancias, parecen aspectos esenciales para que la persona dependiente mantenga sus redes sociales y la autonomía de un hogar. Centros multiservicios, abiertos y flexibles, de manera que los apoyos puedan extenderse a las personas del entorno que lo necesiten para que puedan continuar con su vida en su domicilio, *“romperían la radical separación entre servicios domiciliarios y servicios residenciales, pudiendo ser unos complemento o continuación de los otros”*¹².

Aunque las recientes propuestas políticas¹¹ nos parecen insuficientes en algunos de estos aspectos sí que apuestan claramente por residencias de menor tamaño y con una configuración más parecida a hogares: espacios comunes para unidades de convivencia limitados en número de personas (idealmente no más de 15 residentes), habitaciones individuales personalizables, profesionales de atención directa formadas y estables, existencia de un profesional de referencia, posibilidad de convivencia familiar no restringida, etc.

Toma de decisiones compartidas

Cuarta consecuencia. Las decisiones siempre compartidas. En los modelos de apoyo y acompañamiento que estamos proponiendo es fundamental la participación de las personas dependientes. Cada vez más se enfatiza la necesidad de la elaboración de planes individualizados de cuidados que reflejen las necesidades, deseos y valores de las personas dependientes que deben ser considerados en las decisiones que se tomen en los diversos contextos: la ayuda a domicilio, la asistencia personal, la atención institucionalizada en residencias o la atención sanitaria. Enfoques como la planificación compartida de la atención¹³ deben generalizarse en todos los ámbitos, sectores y niveles a través de formación y sensibilización dirigida a las profesionales pero también a la ciudadanía. Es fundamental, en este sentido, la importancia del desarrollo de formatos documentales flexibles que permitan su actualización y, especialmente, el conocimiento de estos planes individualizados en cada uno de los dispositivos de atención social o sanitaria. Por ello, la existencia de unos mínimos datos comunes —historia clínica sociosanitaria— en todos los niveles de atención o ámbitos de apoyo social es una condición necesaria para poder garantizar los procesos de toma de decisiones compartidos. La figura de la profesional del trabajo social gestor de casos, conocedor y garante de que los planes individualizados de cuidados sean respetados, con capacidad para coordinarse con los equipos de atención primaria, las profesionales de referencia de las personas institucionalizadas o los profesionales de ayuda a domicilio o asistencia personal nos parece esencial.

De la coordinación sociosanitaria a la integración de sistemas

Por último, es inevitable mencionar la coordinación sociosanitaria. Lo primero es señalar una obviedad: las personas dependientes tienen derecho a la sanidad pública, estén viviendo en sus hogares o en un centro residencial. En este momento, sin embargo, las personas que viven en residencias están siendo discriminadas ya que tienen una asistencia sanitaria de menor calidad que la de las personas que viven en sus domicilios. Esto ha quedado suficientemente claro durante la pandemia de la COVID-19 y hemos esbozado propuestas muy concretas para superar esta situación¹⁴. De coordinación sociosanitaria llevamos muchos años hablando. En el año 2011, el entonces Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, elaboró el Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España¹⁵ con una extensa revisión teórica y de las mejores prácticas nacionales e internacionales.

les. Se propusieron 73 medidas para impulsar la atención sociosanitaria en España. Poco hemos avanzado desde entonces. A raíz de la pandemia de la COVID-19, la constitución de sistemas integrados para los cuidados de larga duración más solventes ha vuelto a ser objeto de estudios y propuestas por parte de organismos internacionales¹⁶. La integración, que superaría el concepto de coordinación, tendría tres ejes: el eje entre el sector salud, el de los cuidados de larga duración y la protección social; el eje entre niveles de gobernanza local, regional y nacional, y el eje entre la prestación de cuidados formales e informales.

Los niveles de reflexión en los cuidados de larga duración

Para terminar y a modo de síntesis nos parece interesante responder al esquema de reflexión que plantea Fernando Fantova¹⁷. Para el autor existirían cuatro niveles de reflexión y toma de decisiones en relación con los cuidados de larga duración a las personas dependientes. En un primer nivel, el reto de la organización social de los cuidados se plantearía como un problema fundamentalmente de asignación de recursos y se arreglaría con una decisión legislativa (ley de presupuestos). Sin duda hacen falta más recursos. España, con una inversión que supone el 0,7% del PIB, a pesar de ser una de las sociedades más longevas del mundo, está lejos de la media europea que es del 1,7%. Sin embargo, aunque sin financiación no hay humanización, el dinero no es suficiente. En todo caso existe un importante desafío político para que sea factible destinar más recursos económicos a la dependencia.

El siguiente nivel de reflexión tendría que ver con qué agentes o instituciones se han de encargar de los cuidados. Nuestra posición es clara ante las evidencias tras más de 30 años de privatización en la provisión de cuidados: el ánimo de lucro ni es compatible con una prestación humana de cuidados ni con un trato adecuado a los profesionales de atención directa implicados en la dependencia. Hay que revertir la inercia privatizadora de los cuidados formales de manera decidida a la vez que se fomentan, mediante políticas de apoyo y acompañamiento, los cuidados informales por parte de redes de convivencia comunitarias que superen el marco de la familia heteropatriarcal. El desafío es también político, y, además, organizativo para decidir la articulación o el reparto de papeles.

Si seguimos profundizando, el tercer nivel de reflexión que debemos dilucidar según Fontova es el del conocimiento, el de las metodologías, el de la tecnología, en definitiva, el de los medios. En este sentido nos parece fundamental un cambio en los presupuestos públicos de investigación que deben dejar de primar la atención médica como garante de bienestar. Los resultados de la llamada burbuja biotecnoló-

gica¹⁸ muestran que hoy en día la innovación biomédica fundamentalmente alimenta un inmenso mercado con cada vez más beneficios marginales sobre el bienestar de las sociedades. Es necesario que el sistema de investigación aumente la inversión en salud pública y la atención social¹⁶. Aspectos como la planificación compartida de la atención, la asistencia personal o intervenciones preventivas como la teleasistencia o la ayuda domiciliaria necesitan investigación para iluminar procesos y prácticas. La enorme potencialidad de las nuevas tecnologías en la provisión de cuidados, monitorización o asistencia, debe focalizar sus desarrollos en el mantenimiento de la autonomía de las personas, en el mantenimiento de su capacidad de participación y de seguir llevando a cabo un proyecto personal y no tanto en recopilar datos o simplemente facilitar el trabajo estandarizado de los profesionales.

Por último, el nivel de reflexión más profundo tiene que ver con la filosofía. También hemos sido claros. Sin un cambio de marco mental que pase del médico-rehabilitador al social seguiremos perpetuando la discriminación implícita que supone desvalorizar una de las características más relevantes de nuestra humanidad: somos seres intrínsecamente vulnerables y dependientes. En la búsqueda de una sociedad democrática e igualitaria de los cuidados, en nuestra opinión, la medicina debe asumir humildemente su papel secundario y contribuir al cambio social y cultural a través de una labor de divulgación, abogacía y activismo para que desde instancias públicas y de sociedad civil se contemplen y prioricen acciones de mejora de los determinantes sociales de la salud, lo que implica, de alguna manera y en algunos aspectos, la desactivación de cierta mitología construida alrededor de la medicina como productora de salud. Nosotros, en otro momento llamamos a esta necesaria deconstrucción posmedicina¹⁹: menos medicina (y más cuidados) para tener más salud.

Bibliografía

1. Planella J. Subjetividad, disidencia y discapacidad: Prácticas de acompañamiento social. Madrid: Fundación ONCE; 2006.
2. Camps V. Tiempos de cuidados. Otra forma de estar en el mundo. Barcelona: Arpa; 2021.
3. MacIntyre A. Animales racionales dependientes. Barcelona: Paidós; 2001.
4. Puijalon B. Autonomía y vejez: un contexto cultural, un enfoque político, una propuesta filosófica. En VV.AA. "Autonomía y dependencia en la vejez" Barcelona: Fundacio Victor Grifols i Lucas; 2009.
5. The Care Collective. El manifiesto de los cuidados. La política de la interdependencia. Barcelona: Ediciones Bellaterra; 2021.
6. Tronto J. Caring Democracy: Markets, Equality and Justice. Nueva York: New York University Press; 2013.
7. Laval C, Dardot P. La nueva razón del mundo: Ensayo sobre la sociedad neoliberal. Barcelona: Gedisa; 2013.
8. Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia. [consultado 10 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.boe.es/eli/es/l/2006/12/14/39/con>
9. Moya Olea MJ. La Asistencia Personal: Figura clave para la vida independiente. La experiencia de la Federación de Personas con Discapaci-

- dad Física u Orgánica (ECOM). Papeles de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, N°7, 2022. [consultado 10 Sep 2022]. Disponible en: https://www.ecom.cat/sites/default/files/images/asistencia-personal_fundacionpilares.pdf
10. Pinazo S, Costas C, Costas E. Sociedades longevas ante los retos de los cuidados de larga duración. Revisión de la literatura científica y especializada. El Observatorio Social de la Fundación "la Caixa", abril, 2021. [consultado 10 Sep 2022]. Disponible en <https://centredocumentacioap.diba.cat/cgi-bin/koha/opac-retrieve-file.pl?id=09b4c5892cf1c27451647b6985af19a7>
 11. Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) Secretaría de Estado de Derechos Sociales. Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. [consultado 10 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.mdsocialesa2030.gob.es/derechos-sociales/servicios-sociales/docs/AcuerdoSAAD.pdf>
 12. García G, Ramírez JM, Aranda AM, Rueda A. Ideas y propuestas para un nuevo modelo residencial para las personas en situación de dependencia. Asociación estatal de directores y gerentes en servicios sociales, 2021. [consultado 10 Sep 2022]. Disponible en: <https://directores-sociales.com/wp-content/uploads/2021/06/Modelo-residencias2021.pdf>
 13. Saralegui I, Lasmarías C, Júdez J, Pérez de Lucas N, Fernández J, Velasco T, et al. Claves en la planificación compartida de la atención. Del diálogo al documento. En: Monografías SECPAL sobre Cronicidad Avanzada. Madrid: Inspira Network; 2018. p.87-9. [consultado 10 Sep 2022]. Disponible en: <http://www.cuidarypaliar.es/wp-content/uploads/2018/11/Monografia-Cronicidad-Avanzada.pdf>
 14. Novoa AJ, Martínez G, Molina E, Júdez FJ, López FJ, Luzón L, et al. Covid-19: cómo debería cambiar la atención sanitaria en las residencias de mayores para evitar otra crisis. The Conversation, 13 de marzo de 2022. [consultado 10 Sep 2022]. Disponible en: <https://theconversation.com/covid-19-como-deberia-cambiar-la-atencion-sanitaria-en-las-residencias-de-mayores-para-evitar-otra-crisis-177928>
 15. Libro Blanco de la Coordinación Sociosanitaria en España. Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad, 2011. [consultado 10 Sep 2022]. Disponible en: <https://www.imserso.es/InterPresent2/groups/imserso/documents/binario/asociosanitaria2011.pdf>
 16. Rebuilding for sustainability and resilience: strengthening the integrated delivery of long-term care in the European Region. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe; 2022.
 17. Fantova F. ¿Hacia otro modelo de cuidados prolongados? Blog personal. [consultado 10 Sep 2022]. Disponible en: <http://fantova.net/?p=3854>
 18. Jones R, Wilsdon J. The Biomedical Bubble: Why UK research and innovation needs a greater diversity of priorities, politics, places and people Nesta Foundation, 2018. [consultado 11 Sep 2022]. Disponible en: <https://media.nesta.org.uk/documents/The-Biomedical-Bubble.pdf>
 19. Novoa A. Post-medicina: una alternativa ecopolítica al paradigma biomédico Anduli, n° 14 – 2015. [consultado 12 Sep 2022]. Disponible en: http://institucional.us.es/revistas/anduli/14/6_art_novoa.pdf