

La Institución del Defensor del Pueblo Andaluz se ha visto llamada a canalizar todas estas necesidades, peticiones e inquietudes, **en un ejercicio sin precedentes de atestiguamiento real de una situación que sigue dejando al descubierto el desbordamiento de los recursos sanitarios**, de su personal no sanitario y sanitario, para asumir una competencia propia, tanto de información como de respuesta.

La falta, por decirlo de alguna manera, se ha manifestado de forma más incisiva en el ámbito de la **atención primaria**, siquiera sea porque sus profesionales se encuentran al principio de un recorrido sanitario que ha de dar una u otra respuesta a todos los problemas de salud planteados, bien para tratarlos, bien para facilitar su valoración en el ámbito de la atención especializada.

La **atención especializada**, por su parte, ha ido afrontando a duras penas las listas para primeras consultas y el acceso a las de revisión, solventando en cambio la lista de espera quirúrgica con el recurso a un remedio efectivo, pero de sostenibilidad limitada, el de buscar el apoyo a través de las derivaciones a centros sanitarios privados.

Además de las personas interesadas, los damnificados de este embudo parecen haber sido los servicios de urgencias hospitalarios y extrahospitalarios, urgidos a digerir, dentro de sus posibilidades y recursos funcionales, una demanda en muchas ocasiones impropia.

“Hay que dotar a los servicios sanitarios de personal con vocación de permanencia”

Debemos insistir por ello, como aspectos básicos, en **la necesidad de mejorar la intensidad y calidad de los instrumentos y canales de información del sistema sanitario**, especialmente los presenciales; en **introducir mejoras de gestión** que desvinculen a los profesionales sanitarios del nivel primario de obligaciones ajenas a la atención sanitaria en sentido estricto; y, desde luego, resulta imprescindible dotar a los centros y servicios sanitarios de un **refuerzo de personal con vocación de permanencia** y compatible con las garantías en el tiempo de acceso a la atención sanitaria.

2.2. Crear un sistema de atención integral a las personas mayores

La atención integral a las personas mayores que venimos propugnando como reto, tiene muchas vertientes de actuación pero, desde luego, las inexcusables se desenvuelven en torno a necesidades vitales referidas a su salud y dificultades de autovalimiento, es decir, aquellas que claramente las colocan en situación de vulnerabilidad, aceleran su deterioro y atentan contra su dignidad, precisando de respuesta social organizada y a tiempo. De ahí que dentro de la visión limitada de este propósito nos centremos en la **atención residencial y sanitaria de nuestras personas mayores**.

Sobre la primera, son muchos los planos generales desde los que podríamos adentrarnos en la realidad de los Centros residenciales para personas mayores, desde el propio concepto de lo que entendemos qué es o debería ser una Residencia, pasando por otros más formalistas, como la suficiencia y utilidad de los instrumentos para su supervisión e inspección, los requisitos de toda índole que han de cumplir, los de su acreditación o sus reglamentos internos, hasta incluso **el modelo de organización más adecuado** para la dispensación de este servicio como público y para la atención sanitaria de los residentes.

Un debate que calificábamos de calado, cuya deliberación intensificada a colación de la crisis de salud pública, no ha permitido llegar a un puerto concluyente ni apreciable, a pesar de la vehemencia de las posturas expresadas en sedes y niveles institucionales de rango y orígenes diversos.

En primer lugar, no obstante el Plan de Choque iniciado en coordinación nacional, **sigue estando en precario el acceso a los Centros residenciales sufragado con fondos públicos del Sistema de la Dependencia**, tanto por el incumplimiento de los plazos legales para ello, como en virtud de limitaciones tan esenciales

como la imposibilidad de optar por la Residencia llamada a servir de nuevo hogar. Como a menudo recordamos, el residencial ha de ser un servicio de proximidad.

Por otra parte, **dentro del Sistema de la Dependencia no parece existir una alternativa viable a la residencial**, para dar respuesta con la intensidad suficiente, a situaciones vitales de las personas que, si la tuvieran, no se verían resignadas o incluso forzadas a una ruptura tan drástica como la de abandonar su domicilio y entorno.

Ello nos lleva a preguntarnos hasta qué punto la decisión de mudarse a una Residencia es una decisión libremente consentida y aceptada por la persona afectada, o está más o menos severamente condicionada por la carencia de opciones del sistema de protección social y por las limitaciones del posible entorno familiar o por carecer del mismo.

“La catástrofe social de muertes en residencias hace necesarios cambios sustantivos”

El modelo de cuidados de larga duración requiere el más escrupuloso respeto de las preferencias individuales, que es tanto como el respeto a la dignidad. Ello exige idear alternativas viables y ofrecer opciones de igual calidad e intensidad en los servicios de acompañamiento vital a los mayores, permitiendo elegir las previsiones de vida tanto a aquellos que conservan sus capacidades cognitivas para decidir con autonomía, como a quienes hayan

proyectado sus deseos de futuro a través de las correspondientes instrucciones previas.

El sistema de atención integral a las personas mayores debe incluir, como mínimo, las determinaciones que den respuesta a los requerimientos expresados. **Una catástrofe social** como la que representan alrededor de 35.000 personas mayores fallecidas en Centros residenciales desde el inicio de la pandemia necesita cambios verdaderamente sustantivos.

2.3. Reforzar los servicios sociales como pilar fundamental del Estado del bienestar

Un verdadero sistema de protección social no puede integrarse por un elenco deslavazado de normas y actuaciones de origen diverso, sin ordenación sistemática, coherencia y coordinación.

La protección social, en un sentido amplio e integral, entendida como conjunto de normas y actuaciones que consagran derechos (subjetivos o no) cuya finalidad es garantizar niveles mínimos de vida y dignidad para todas las personas y, por ende, dirigidas a cimentar sociedades más justas e inclusivas, no pasa de ser entre nosotros un elenco inarmónico de disposiciones y actuaciones y, por tanto, no alcanza la categoría de sistema.

Funcionalmente, **los servicios sociales comunitarios vienen aglutinando un elenco de cometidos dispares** que, a la postre, les relega a actuar como meros gestores de prestaciones y ayudas, reduciendo las posibilidades de intervención propias de su capacitación profesional.

La carencia de una plantilla bien dimensionada y estable, que guarde proporción con el volumen y con la naturaleza del objeto de su función, siempre referida a demandas de carácter perentorio y a un ámbito multidisciplinar, arrojan la visión de **tratarse de un colectivo en permanente posición de desequilibrio**, lo que repercute en las expectativas de desempeño profesional, mengua la calidad de los servicios que prestan, dilata el tiempo de acceso a los mismos y genera insatisfacción en las personas peticionarias.

En lo que atañe a las prestaciones económicas propias del ámbito de los servicios sociales, la tramitación que da acceso a las mismas adolece en muchos casos de la agilidad y simplicidad precisa, con una **burocratización desmesurada para acceder a ayudas de emergencia social** tan básicas como la alimenticia.