



ENTREVISTA

GONZALO BERZOSA

Posee una amplia formación en psicología, filosofía y gerontología. Diplomado en Psicopedagogía, Máster en Recursos Humanos y experto en Formación de Adultos. Profesor en másteres universitarios en temas de gerontología y discapacidad intelectual. Actualmente es presidente de CEATE (Confederación Española de Aulas de Tercera Edad), patrono de la Fundación Pilares para la Autonomía Personal, coordinador de NAGUSILAN Madrid voluntariado social de personas mayores, miembro del Comité Científico de FIADOWN y colaborador habitual de DOWN España. Recientemente ha recibido en representación de CEATE la Placa

al Mérito Civil por la labor de Voluntariado Cultural en la Real Basílica de San Francisco el Grande, promocionando la cultura y la formación permanente. Entre sus últimas publicaciones se destacan temas de envejecimiento activo y retos de la nueva longevidad; vida adulta e inclusión social de las personas con discapacidad intelectual y el voluntariado, manifestación de ciudadanía activa.

Pregunta: Desde Fundación Caser y la Revista Actas promovemos la coordinación de los sistemas sanitario y social para una mejor atención a las personas con discapacidad, personas mayores y en general en situación de dependencia. ¿Cree que es un logro posible?

La coordinación sociosanitaria lleva un tiempo atascada en nuestra sociedad, porque ha sido tratada principalmente en ámbitos académicos, en revistas especializadas, en entidades de colegios profesionales, pero no ha entrado de lleno en la agenda política y social. Bien es verdad que ahora el análisis de la necesaria coordinación sociosanitaria está circulando en áreas de gestión administrativa, generando un clima de reflexión política que esperamos se concrete en las carteras de servicios sanitarios y de recursos sociales de las comunidades autónomas en nuestro país.

A nivel teórico muchos estudios valoran que la coordinación entre servicios sanitarios y sociales es una de las demandas de la sociedad del bienestar que vivimos, con cambios sociales, culturales, tecnológicos, demográficos y epidemiológicos. Estos estudios también definen que las sociedades siempre han cambiado, pero desde finales del siglo pasado

los cambios tienen la característica de ser rápidos, diversos, inesperados y globales.

También en estos estudios se destaca que muchos cambios que vivimos hoy en la sociedad, en ámbitos políticos, culturales, demográficos, laborales, son una conquista social, que tenemos que estar orgullosos de haberlos conseguido. Pero también añaden que estas conquistas sociales no serán beneficiosas para la vida comunitaria si no llevan asociados otros cambios en ámbitos de derechos sociales y sanitarios que posibiliten su coordinación en la intervención social. No olvidemos que los cambios no serán posibles si seguimos haciendo las cosas como siempre las hemos hecho.

Señalo algunos cambios significativos que tienen una notable vinculación con el tema de la coordinación socio sanitaria. La conquista de la longevidad, porque vamos a vivir muchos años; la inclusión social de las personas con discapacidad intelectual en la vida comunitaria; la integración laboral y cultural de colectivos migrantes; la presencia activa de la juventud en las redes sociales y la incidencia en la salud mental; la investigación en enfermedades graves y agudas, consiguiendo que se conviertan en crónicas.

Ante estos logros sociopolíticos y económicos hay que incluir el cuidado como una nueva demanda de la sociedad del bienestar. Todos podemos ser cuidadores y sujetos del cuidado por otras personas. Por eso, hoy más que nunca la coordinación social y sanitaria es una necesidad emergente en el tipo de sociedad que vivimos. Según el diccionario de la lengua española, coordinación es “unir dos o más cosas de manera que formen una unidad o un conjunto armonioso”.

Con estos planteamientos en relación a la primera pregunta, mi respuesta es que creo y tengo la esperanza que la coordinación socio sanitaria será un nuevo logro que incidirá en la sociedad del bienestar y en la calidad de vida que proclamamos.

Pregunta: Ha trabajado usted durante años en la atención socio sanitaria y la atención integral desde diferentes y variados ámbitos. Desde esa experiencia, ¿En qué situación estamos hoy en día en España? ¿Qué avances considera que se deberían realizar?

La gestión del conocimiento es la gestión del saber compartido. El objeto de conocimiento en la coordinación socio sanitaria es un tema de actualidad para profesionales, entidades sociales y sanitarias, ya que los cambios en la gestión de la salud integral, bio, psico y social, demandan nuevos conocimientos y nuevas interacciones profesionales y administrativas.

Los estudios en torno a la coordinación socio sanitaria tienen como objetivo dar respuesta a las nuevas realidades sociales y sanitarias que personas, familias y entidades de atención

a personas en situación de dependencia o vulnerabilidad, demandan para desempeñarse con autonomía personal en su vida cotidiana y disponer de recursos para su inclusión social. Es decir, se trata de incluir el aprendizaje a lo largo de toda la vida profesional. Aprender para cambiar, porque el conocimiento conlleva la modificación de la realidad. Pero para aprender hay que cuestionarse, porque todo aprendizaje suele ser respuesta a alguna pregunta. Para el tema de la coordinación sociosanitaria, podemos hacernos estas dos preguntas:

- ¿Qué rol pueden cumplir hoy los equipos profesionales ante los cambios que están viviendo las personas mayores que se incorporan a una nueva etapa vital, la longevidad, y ante las demandas de vida autónoma que están presentes en las personas con discapacidad intelectual? ¿El rol de espectadores o el rol de protagonistas fomentando el cambio?
- ¿Cuáles deben ser las prioridades de las entidades públicas y privadas para dar respuesta a las necesidades sociales y sanitarias de las personas en situación de vulnerabilidad que son tratadas en departamentos separados pero que en la vida comunitaria caminan juntas?

Para dar respuesta a estas preguntas, la coordinación sociosanitaria debe incorporar en su valoración los principios de la atención centrada en la persona, con objetivos no solo de recuperación y cuidados en el ámbito de la salud física y mental, sino también de la salud social, promoviendo la incorporación e inclusión en la vida comunitaria. Desde esta perspectiva, los avances en el diseño de políticas comunitarias que respondan a la demanda del cuidado y de la atención centrada en la persona deberían tener en cuenta tres principios en la gestión sociosanitaria:

- Las personas somos bio-psico-sociales, por lo tanto, hay que incorporar en la mirada del profesional la dimensión biológica, psicológica y social. Si la salud es bio, psico y social como dice la OMS, la atención sociosanitaria también debe ser biológica, psicológica y social.
- Todas las personas tenemos pasado, presente y futuro. No sólo es importante valorar el pasado y analizar el presente, sino que también debemos incorporar en el diagnóstico y en la valoración la dimensión del futuro de la persona que atendemos, porque tener propósitos puede ser un factor de bienestar psicosocial.
- Las personas no son todas iguales, los equipos de profesionales sanitarios o sociales no atienden enfermedades o problemas sociales, sino personas distintas con enfermedades y personas distintas en situación de vulnerabilidad.

Pregunta: Ha desarrollado usted una larga trayectoria promoviendo la formación permanente, el envejecimiento activo y la participación de personas con discapacidad intelectual, ¿cuál es la clave de su éxito?

La formación a lo largo de toda la vida es un requisito indispensable para estar al día, para responder a los cambios sociales, para adaptarse a la diversidad laboral, para acceder a los recursos culturales o comunitarios. En esta dinámica de formación permanente se encuentran las personas mayores, las personas con discapacidad intelectual y sus familias y las entidades públicas y privadas de atención a personas. Por eso la formación permanente es un recurso del que todos nos podemos beneficiar.

Las neurociencias han comprobado que el deterioro cognitivo no se debe sólo a la edad o a que las neuronas se mueran, sino a la reducción del número de conexiones entre sí de las neuronas o dendritas. En el cerebro, la conectividad entre las neuronas se produce por la interacción con el entorno y con otras personas. Con esta evidencia científica, la neurociencia nos ha enviado dos noticias, una buena y otra mala que debemos tener en cuenta quienes trabajamos en atención a las personas. La buena es que el cerebro se desarrolla durante toda la vida por su uso, por su plasticidad y flexibilidad. La mala es que se deteriora por desuso, que genera rigidez y pasividad.

Estas reflexiones nos ayudan a destacar la importancia de la formación durante toda la vida para mantener la capacidad de adaptación a los cambios sociales, sanitarios y culturales, que van a ser compañeros en los distintos roles que desempeñamos en la vida profesional, familiar y comunitaria. Pero no creo que haya una clave única de éxito en los programas de atención a personas, porque las demandas sociales y sanitarias no suelen ser lineales y tienen casi siempre interacciones multifocales. Sin embargo, puedo señalar algunas pautas que orientan la eficacia y eficiencia en la atención a personas desde la órbita sociosanitaria. La coordinación sociosanitaria responde a cuatro vectores en los que se enmarca la definición que hace la Organización Mundial de la Salud en el preámbulo de la Constitución de la OMS, que define el concepto de salud: «La salud es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades». Los cuatro vectores son los siguientes:

- Un vector sociológico, que se refiere al entorno social donde se desarrolla la vida de las personas. No es lo mismo vivir en un pueblo con pocos recursos educativos, culturales y de ocio que en núcleos urbanos con servicios y programas comunitarios a disposición de la ciudadanía.

- Un vector educativo, que hace referencia a la biografía que tienen las personas que asisten a los servicios sanitarios y sociales. Algunas habrán vivido situaciones complejas con procesos de migración, otras con pocas oportunidades educativas y laborales, sin redes sociales o en situaciones de vulnerabilidad.
- Un vector comunitario, que tiene que ver con el contexto relacional, es decir, familiar y social. Los contextos son determinantes en el desarrollo personal, no es lo mismo vivir en un entorno estimulante que en barrios marginales, acompañado de vecinos o con predominio de soledades. Igual que no es lo mismo ser hombre o mujer.
- Un vector teleológico, que determina los objetivos y propósitos que tienen las personas que demandan atención sanitaria y social, la disponibilidad de tiempo para participar en actividades convivenciales y comunitarias.

Estos cuatro vectores enmarcan la intervención profesional y favorecen la aceptación de los recursos que se ofrecen para promover la vida autónoma y allanar el camino para la inclusión social. No es tarea fácil, pero es posible si cambiamos algunas formas de comunicación con estas personas en la consulta o en la entrevista. Entre otras, señalo tres:

1. Preguntar qué desean hacer. Ante la necesidad social o sanitaria, cuando vivimos la vulnerabilidad, la persona que es escuchada siente que es importante, que es valorada, en definitiva, experimenta que es tenida en cuenta.
2. Sugerir qué hacer sin obligar. Dejar hacer, aun a riesgo de que se equivoquen, porque es la oportunidad de que se sientan útiles y poder corregir si algo sale mal.
3. Apoyar y reconocer lo que hacen. Nada motiva más en la vida que las cosas bien hechas por uno y valoradas por otros. Por eso la conducta valorada tiende a repetirse.

El gran enemigo de este estilo de comunicación para los equipos profesionales se llama sobreprotección, un exceso de celo en el cuidado y en la atención que lleva a hacer o decir lo que ni solicitan ni necesitan. Son muchos los beneficios que aporta este modelo de relación sociosanitaria, pero resalto tres que están relacionados con la autonomía personal y la inclusión social:

1. Afecta a la propia estima, al experimentar que soy capaz de hacer las cosas que me interesan por mí mismo. Que valgo, que puedo, que sirvo.
2. Alimenta la estimulación cognitiva, al tener que escoger entre situaciones diferentes, entre diversas opciones, con lo que se consigue superar la desidia de que las cosas sucedan por rutina.
3. Aumenta el sentimiento de pertenencia al grupo, la inclusión, sea familiar o asociativa, al constatar que actúo como los demás, que participo, que estoy conectado y vinculado a la actividad social.

Pregunta: ¿En qué está trabajando ahora? ¿Cuál o cuáles de sus próximos proyectos le ilusiona especialmente?

Estoy trabajando con ilusión renovada en una de las conquistas del siglo XXI, la longevidad. Todos vamos a vivir muchos años, pero el reto es vivirlo bien, con bienestar y calidad de vida, porque un envejecimiento sin objetivos es un envejecimiento sin sentido.

En relación con la longevidad debemos partir de la OMS, que en el año 2002 definió el envejecimiento activo como “el proceso de optimización de las oportunidades de salud, participación y seguridad, con el fin de mejorar la calidad de vida a medida que las personas envejecen”. Con esta definición postulaba retrasar las apariciones de la dependencia y la soledad a través de estilos de vida saludables, del aprendizaje a lo largo de toda la vida y de la participación social.

A finales del año 2019 la OMS ha propuesto la década 2020-2030 como la Década del Envejecimiento Saludable, que se centra, entre otros objetivos, en cambiar nuestra forma de pensar, sentir y actuar con respecto a la edad y el envejecimiento y en asegurar que las comunidades fomenten las capacidades de las personas mayores.

Con estas definiciones la OMS señala que una de las conquistas del siglo XX es el aumento de la expectativa de vida para la mayoría de personas de todas las sociedades, que determina que vamos a vivir muchos años y que envejecemos con más salud, con mayor autonomía, con mejores recursos personales y sociales. Pero también con algunas dificultades y problemas derivados del propio proceso de envejecer que, entre otros, podemos señalar la disminución de relaciones interpersonales que se mantenían en el entorno comunitario, la pérdida del sentimiento de utilidad y el cambio en la vivencia del tiempo, que ya no está condicionado por lo que tenemos que hacer, sino que se convierte en tiempo para mí, una vez superada la etapa laboral.

Del siglo XX al XXI ha cambiado el modelo de envejecer, porque la edad, que era un parámetro fundamental en nuestros antepasados, ya no significa lo mismo en la sociedad actual. Todos conocemos personas que tienen una edad cronológica que responde a los años que dice su documento de identidad y, sin embargo, manifiestan otra edad social a través de una actitud mental abierta, positiva, dinámica y comprometida con la vida. Esta segunda edad no se mide por años sino por la vivencia de emociones, sentimientos, deseos y proyectos.

Por eso podemos decir que hoy las edades de una persona no coinciden y que no tienen una relación directa los años con los proyectos que se desean realizar. Muchas veces **“sentirse” o “verse viejo”** puede ser el resultado de tres situaciones personales:

la inactividad, el aburrimiento y el aislamiento, que se manifiestan en expresiones tan claras como “ya no me interesa”; “no merece la pena apuntarse a esa actividad”; “yo ya para qué”.

Esta situación puede darse cuando mantenemos la mentalidad social que hemos vivido hasta final del siglo XX, que consideraba, de manera generalizada, el envejecimiento como un fenómeno social negativo. Se orientaba la mirada hacia el envejecimiento patológico, obviando que es un proceso natural en el desarrollo vital de las personas con aspectos positivos y negativos. Por eso predominaban los aspectos clínicos que hacían referencia a enfermedades, deterioros, pérdidas, sufrimientos. La imagen social de la vejez se asociaba a pasividad, demanda de recursos, marginación con el consiguiente coste económico. En lo personal, los medios de comunicación resaltaban bolsas de pobreza, soledad, aislamiento y dependencia.

Este modelo, que todavía predomina en nuestra sociedad, convive con otro modelo emergente que se fundamenta en un nuevo enfoque gerontológico que está incorporando aspectos más positivos de la vejez, donde se resalta la autonomía personal y el compromiso social, es decir, la vejez activa, relacionada y comprometida.

Pregunta: Recomiéndonos algo que leer o alguien a quién seguir, para entender mejor la atención a la dependencia y la inclusión social en el futuro.

Termino recordando lo que Vicente Aleixandre escribió cuando ya tenía más de 80 años.

“Vivir es conservar la capacidad de entusiasmo. Seguir vibrando por la vida que sientes a tu alrededor y participar en ella. Vivir es saberse vivo hasta el instante final. Los años solo enriquecen. Yo veo la vejez como un enriquecimiento, como un acumular de saberes y de experiencias. Pero también es una conservación de la vida. Y mientras se vive se mantiene la capacidad de vivir, la capacidad de entusiasmo. Esos viejos que se sientan a esperar la muerte ya no viven. Mientras se vive hay que esperar la vida”.

Muchas gracias.

