

DIÁLOGOS PARA LA DEPENDENCIA 2011

SIMÓN SOSVILLA RIVERO
Catedrático de la Universidad
Complutense de Madrid

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.

2. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

2.1. Modelo de atención.

2.2. Estructuras administrativas.

ALGUNOS CASOS DE BUENA COORDINACIÓN.

2.3. Informática y compras.

CAMPOS DE POSIBLE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA.

3. COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA.

3.1 Coordinación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas..

3.2 Coordinación entre las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales.

CASOS PRÁCTICOS DE COORDINACIÓN CON LAS CORPORACIONES LOCALES.

1. INTRODUCCIÓN

La Fundación Caser para la Dependencia celebró el día 4 de octubre de 2011 una jornada de reflexión que, bajo el título "II Diálogos para la Dependencia", trató de promover un intercambio provechoso entre representantes de la administración, de la sociedad civil y expertos en la materia. Este documento recoge de forma resumida algunas de las aportaciones realizadas sin pretender una exhaustividad que sería imposible.

2. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

La financiación, la gestión, los protocolos de actuación y la organización administrativa del sistema sanitario y del sistema de servicios sociales son muy distintos. Es necesaria la coordinación entre ambos, siempre y cuando no se entienda en términos jurídicos. Los ciudadanos, en demasiadas ocasiones, sufren unos servicios sociales y sanitarios que no cooperan entre ellos, lo que les exige un sobreesfuerzo. El reto de proporcionar una atención integral a las personas y a las familias supone una obligación para las administraciones que deben superar malas prácticas. No está nada claro que en un futuro lo más conveniente sea la integración de los sistemas. Desde luego, no es objetivo a corto plazo. Y es necesario un debate sereno sobre su conveniencia más adelante.

La coordinación es difícil por el origen de los sistemas. Los servicios sanitarios tienen una larga tradición, se han consolidado. Su modelo organizativo está claro y desarrollado en todo el Estado. Por el contrario, el modelo organizativo de los servicios sociales es mucho más débil. En este momento no es extraño que los servicios sociales realicen prestaciones sanita-

rias. Los servicios sanitarios, que están diseñados para diagnosticar y curar y no para cuidar, destinan cerca del 85 por ciento de su presupuesto a la atención de enfermos crónicos. En esta área se abre un ámbito interesante para coordinar los dos sistemas: los servicios sanitarios podrían asumir el coste de las prestaciones sanitarias realizadas en las residencias (pagadas hoy por hoy por los servicios sociales y, en parte, por los usuarios), mientras que los servicios sociales podrían realizar la labor de acompañamiento.

2.1. Modelo de atención

Sea cual sea la estructura administrativa elegida (que debe adaptarse lógicamente a la necesidad y posibilidad de cada Comunidad Autónoma), para avanzar en la coordinación sociosanitaria es imprescindible tener un modelo de referencia sobre el cual trabajar. El modelo ideal es el que proporciona una atención integral a la persona.

El enfoque de la libertad de elección con los recursos (públicos y privados) efectivamente disponibles es el dominante, aunque con los debidos controles. Algunos países han impuesto un control profesional de la libertad de elección (Francia) o han regulado la adquisición de servicios de atención en el sector privado, público o no lucrativo (Austria). Asimismo, los cheques de servicios asociados a estos presupuestos familiares deben de ser utilizados en entidades acreditadas. En el caso español se ha hecho patente, con el paso del tiempo, la necesidad de introducir mecanismos de control en la prestación al cuidador. Mecanismos que van desde la formación adecuada de la persona hasta inspecciones para asegurar que la prestación vaya dirigida a la mejora de la calidad de

vida de la persona beneficiaria y de su entorno familiar.

2.2 Estructuras administrativas

No hay estructuras administrativas que garanticen per se la coordinación. Para facilitar esta coordinación sociosanitaria, algunas Comunidades Autónomas han optado por la unificación de consejerías. De este modo la planificación es mucho más fácil de realizar con una visión global, facilitando así, tanto la aplicación de criterios de caja única, como la adopción de decisiones acertadas en este ámbito. Pero no se considera que ésta sea la mejor fórmula para todos los casos. De hecho, otras comunidades han considerado que la cuestión principal no es tanto si se deben reformar las estructuras administrativas existentes (el sólo cambio en el nombre de la consejería y en la cabeza de la organización no asegura por sí mismo una mejor coordinación), sino identificar qué tiene que hacer el ámbito sanitario y qué el ámbito social, avanzando progresivamente en la delimitación clara de sus respectivas responsabilidades en la atención a la dependencia y en la promoción de la autonomía personal. En este sentido, no está resuelta la cuestión de cuándo una persona deja de ser paciente (servicios sanitarios) y pasa a ser usuario (servicios sociales), sobre todo por la complicación que impone el hecho de que cuando es paciente no paga por el servicio recibido y cuando es usuario sí, ya que existe la posibilidad de copago.

Lo importante son las estructuras de coordinación que se establezcan desde las direcciones generales para abajo. No obstante a veces es necesaria la dirección política única para que estas estructuras de coordinación se establezcan y funcionen, sobre todo en épocas de

problemas financieros como los actuales.

Para dotarse de unas buenas estructuras administrativas alguno de los intervinientes aseguró que puede resultar útil una regulación previa en el conjunto del Estado de unas reglas mínimas de juego.

En el ámbito sociosanitario deben existir tres estructuras de coordinación claramente determinadas:

- Una en el nivel primario y local, que es básica, pues sin ella no funciona ni siquiera la gestión del caso, lo que requeriría establecer que obligatoriamente, cada cierto tiempo, se reúnan los responsables.
- Una segunda estructura zonal, de una mayor responsabilidad, en la que de forma coordinada se dé respuestas a decisiones de cobertura, de número de plazas que se ponen a disposición del servicio sanitario para convalecencia, de dotación de medios y personal para atender esos servicios sanitarios que se prestan en centros de servicios sociales, la gestión de la farmacia en estos centros sociales, la ocupación y oferta de plazas, etc. Eso no significa que se considere necesaria la unificación de zonas que podría mermar la libertad de elección.
- Una tercera, relativa al más alto nivel. Si no existe una única dirección política, debe haber una coordinación de los responsables del servicio sanitario y de los servicios sociales.

ALGUNOS CASOS DE BUENA COORDINACIÓN

Personas que necesitan asistencia sanitaria ocasional están siendo atendidas por los equipamientos de servicios sociales que son menos costosos. Cuando es necesario los profesionales sanitarios se desplazan a esos establecimientos. Se fomenta así una verdadera coordinación y una optimización en el uso de los recursos.

Se ha ampliado la valoración de personas que estaban en **programas de inmobilizados** de los servicios sanitarios a valoraciones por parte de los servicios sociales. Ahora se valoran también las condiciones de cuidado de la persona dependiente en su domicilio y las condiciones de salud del cuidador. Se obtiene así una información sustancial y muy importante para la toma de decisiones en el ámbito de los servicios sociales.

Se han creado **equipos mixtos** para tratar la enfermedad mental que combinan personal, tanto de servicios sociales como de servicios sanitarios. Las corporaciones locales se integran en los servicios de las Comunidades Autónomas. Cada uno de los sistemas y administraciones públicas involucradas, sin alterar sus marcos jurídicos y competenciales, puede desempeñar bien sus funciones y de una manera coordinada.

2.3. Informática y compras

Es sorprendente la incomunicación informática que todavía hay en los diferentes niveles de la Administración que trabajan en este ámbito. Esta simple unificación permitiría superar que los expedientes abiertos en diferentes instancias no puedan utilizarse de forma conjunta. Una forma de promover la coordinación entre los equipos sanitarios y sociales es el desarrollo de una aplicación informática común. Un sistema informático unificado es una herramienta esencial para la gestión del volumen de expedientes que requiere la LAPAD. En la actualidad existen duplicidad de ficheros en el ámbito del SISAAD e incluso, en alguna Comunidad Autónoma, existen archivos paralelos dentro de distintas direcciones generales. Además, sería conveniente una adecuada interpretación de la Ley de Protección de Datos, que requiere

profundos cambios normativos para adaptarlos a los tan deseados criterios de flexibilidad, capacidad de gestión y eficiencia.

Otra forma de favorecer la coordinación sería la compra conjunta de suministros y servicios comunes (medicamentos, gasas, ayudas técnicas, etc.). La normativa administrativa provoca un encarecimiento muy importante de recursos y de prestaciones tanto en gestión directa como indirecta.

CAMPOS DE POSIBLE COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

Plazas de convalecencia en los servicios sociales con doble financiación.

Implicación progresiva de la atención sanitaria en las residencias de mayores.

Depósitos farmacéuticos en las residencias para ahorrar costes.

Formación del personal en los servicios que no les son propios.

Conexión de la historia social y la historia sanitaria. Posible historia única.

Reforma administrativa para validar las visitas de valoración.

Desarrollo de los gestores del caso.

Coordinación en la atención domiciliaria, que suele ser la preferida.

Desarrollo de prevención comunitaria en el ámbito social.

Definición del espacio socio-sanitario.

Protocolos de ingreso en los centros con colaboración de los dos servicios.

3. COORDINACIÓN ADMINISTRATIVA

3.1. Coordinación entre la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas

Se han articulado una serie de mecanismos para asegurar una cierta igualdad al acceso al sistema de dependencia en todas las Comunidades Autónomas. Por ejemplo, el baremo de valoración, la determinación de la capacidad económica y la participación financiera del beneficiario en el coste de los servicios o la compatibilidad entre prestaciones y servicios. Pero han sido acuerdos sólo de mínimos que han sido aplicados de diferente forma.

En la actualidad, la oportunidad de acceder a un servicio o prestación también es muy diferente entre las distintas Comunidades Autónomas: en unas prevalecen las prestaciones económicas o de servicio, mientras que en otras la

cartera es un poco más amplia.

A la Administración General del Estado le ha faltado liderazgo a la hora de desarrollar la Ley. El mínimo, que al final es lo que se garantiza como derecho subjetivo, es tan mínimo que hace imposible que la Administración General del Estado (o, en su caso, el IMSERSO) pueda instar a las Comunidades Autónomas a que actúen de modo que esté garantizada la igualdad de trato en todo el Estado.

3.2. Coordinación entre las Comunidades Autónomas y las Corporaciones Locales

Habría que repensar, sin apriorismos, cuál es el papel de los servicios sociales y de dependencia de las Comunidades Autónomas y cuál el de las Corporaciones Locales (ayuntamientos, diputaciones provinciales y forales y cabildos y consejos insulares). Existen discrepancias sobre si la proximidad es buena para la prestación

de servicios públicos. Varias administraciones públicas son competentes a la luz de la Ley de Bases, de la LAPAD o de las propias leyes autonómicas de servicios sociales, lo que da lugar a duplicidades claras entre las actuaciones de unas y otras y hacen evidente la necesidad de una coordinación vertical.

En todas las experiencias internacionales de atención a las personas dependientes se da una enorme importancia a la proximidad, haciéndose especial énfasis en mejorar la atención domiciliaria y los apoyos a las familias como elementos clave para hacer sostenible los sistemas de dependencia, así como en el establecimiento de una red de residencias de proximidad. Si las Corporaciones Locales no desempeñan un papel activo se dificultaría este nuevo enfoque, por lo que habrá que poner en valor la capacidad de las Comunidades Autónomas para la planificación y la normativa y darle a las Corporaciones Locales su protagonismo en la atención sociosanitaria de proximidad a las personas dependientes y en la promoción de su autonomía personal.

De momento, el nivel de desarrollo de la participación de las Corporaciones Locales en el sistema de atención a la dependencia y promoción de la autonomía personal es muy distinto en las diferentes Comunidades Autónomas. Falta regulación, tanto en lo que se refiere a lo que deben hacer como en cuanto a su financiación, dos aspectos cruciales a la hora de determinar cuál es su papel en el SAAD. Sería deseable que las CCAA establecieran normativamente unos criterios comunes de actuación y financiación dentro de su territorio, emulando lo que se ha hecho en el ámbito de la colaboración entre la Administración General del Estado y las CCAA.

En todas las Comunidades Autónomas, las Corporaciones Locales son la puerta de entrada al SAAD. Desempeñan un trabajo crucial de asesoramiento, lo cual sirve de filtro y lleva a que únicamente se tramiten expedientes para aquellas personas que pueden ser potenciales beneficiarias. En cualquier caso, una mayor participación de las Corporaciones Locales en la atención a la dependencia requiere que se les dote de mayores medios y de más financiación.

CASOS PRÁCTICOS DE COORDINACIÓN CON LAS CORPORACIONES LOCALES

Una Comunidad Autónoma ha puesto en marcha un avanzado e innovador **sistema telemático de gestión de los servicios sociales** con el objetivo de integrar la información generada desde los servicios de carácter municipal y del segundo nivel, gestionado por la administración autonómica. Ambos disponen de los mismos datos de cada persona usuaria en tiempo real y en toda su trayectoria. Esta herramienta informática ofrece información suficiente sobre las demandas y nuevos perfiles de los usuarios de los servicios sociales. Se planifican medidas y programas con mayor rapidez y más adaptadas a las necesidades ciudadanas. Mejora el tiempo de respuesta a las necesidades de los ciudadanos, se agilizan los tiempos de tramitación, mejora la calidad del trabajo de los profesionales, se avanza hacia el expediente único y se modernizan los servicios sociales.

Hay Comunidades Autónomas que optaron desde el principio por la **integración de la atención a la dependencia dentro de los servicios sociales existentes**, sin alterar las competencias ni el funcionamiento habitual del sistema. Fue esencial mantener el protagonismo de las Corporaciones Locales, respetando sus competencias en materia, tanto de prestaciones (teleasistencia y ayuda a domicilio) y de centros asistenciales (residenciales y de día), evitando crear una red paralela de prestaciones y de valoración. Para ello se pactó, antes de la entrada en vigor de la Ley, la incorporación y participación de las Corporaciones Locales en el sistema de dependencia, reconociéndose sus competencias en esta materia y dotándolas de recursos (transfiriéndoles la financiación mínima y acordada que se recibía de la Administración General del Estado para las personas que ellas atendían) y medios para que pudieran afrontar el mayor volumen de demandas surgido tras la ley. Esta participación de las Corporaciones Locales ha permitido que la valoración, la orientación y los Programas Individuales de Atención se realicen simultáneamente en un solo acto.

En otras Comunidades Autónomas hay experiencias positivas en servicios tan fundamentales como la **ayuda a domicilio**. Se ha logrado homogeneizar el copago, cuya competencia es de las Corporaciones Locales, de tal forma que es el mismo en la actualidad para todas (adoptándose un acuerdo mucho más estricto que el establecido en el marco del Consejo Territorial del SAAD, que da lugar a un amplio abanico de posibilidades). La Comunidad Autónoma realiza el cálculo de capacidad económica. Hay Comunidades Autónomas que han desarrollado sistemas comunes de **acceso a centros**, por el que se comparten listas de acceso único, con independencia del titular (sin menoscabo de las competencias ni de la capacidad de resolución tanto de la Comunidad Autónoma como de las Corporaciones Locales).