

DIÁLOGOS
PARA LA
DEPENDENCIA

2012

Documento
de reflexión

Diálogos para la Dependencia III

Financiación de la Dependencia

La Fundación Caser para la Dependencia celebró el día 29 de octubre de 2012 una jornada de reflexión que, bajo el título “III 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 un relato de los principales puntos de coincidencia surgidos durante el transcurso de la sesión.

En primer lugar discutimos brevemente las principales aportaciones de las presentaciones de Sergi Jiménez, Adelina Comas y Juan Oliva.

En la presentación inicial Sergi Jiménez destacó que la demografía y la familia condicionan la sostenibilidad futura de un sistema fundamentado en el apoyo familiar. Por otra parte, la reducción presupuestaria prevista para 2013 (-13%) augura fuertes tensiones en el SAAD. Asimismo, los cambios normativos han introducido tiempos de espera inaceptablemente largos. A largo plazo el sistema es insostenible en su diseño actual debido a la escasez de cuidadores informales potenciales. Estos factores generan gran incertidumbre sobre la evolución y la viabilidad futura del sistema. La solución a medio plazo pasa por el rediseño del sistema sobre bases más sólidas. Por el lado de los servicios, eliminando las prestaciones a los cuidadores en el ámbito familiar, que pasarían a ser complementarios. Por el lado de la financiación, diversificando las fuentes de financiación planteando un cóctel entre financiación pública vía impuestos y contribuciones (aseguramiento público) que garanticen un mínimo de atención para todos los ciudadanos y aseguramiento privado complementario.

En su presentación, Adelina Comas nos ilustró sobre la evidencia internacional sobre financiación de la dependencia en base a seguros privados. Entre sus conclusiones destaca que el seguro privado por sí solo es difícil que contribuya de forma significativa en el financiamiento de la

dependencia. Aún así, en países con cobertura universal parcial, el seguro privado tiene un papel cada vez más importante como complemento al esfuerzo público y familiar en la financiación de la dependencia. Por otra parte señala que el seguro privado sólo podría ser la forma principal de financiar la dependencia si fuera obligatorio y hubiera subsidios para asegurar que toda la población puede pagar las primas. Finalmente, en los temas de aseguramiento se detecta un gran potencial para colaboración público/privada.

Finalmente, Juan Oliva centró su presentación sobre la coordinación sociosanitaria. En su discurso destacó la necesidad de un Pacto por la Salud (sanidad-promoción de la salud-atención a la dependencia). También señala que la coordinación/integración entre los servicios sanitarios y los sociales se debe de armar, ya que la cooperación y coordinación (o su ausencia) entre los distintos agentes marcarán el futuro del SAAD. Por otra parte, es importante reseñar que, incluso en el contexto de la actual crisis económica, necesitamos inversiones a largo plazo: políticas de salud pública de largo alcance-envejecimiento saludable. Para conjugar todo lo anterior, además de la voluntad política, necesitamos interiorizar la necesidad de evaluar las experiencias de provisión de servicios y de coordinación entre servicios sanitarios y sociales, en términos de recursos empleados y resultados en salud conseguidos.

Tras las intervenciones de Sergi Jiménez Martín (UPF) y Adelina Comas (LSE), centradas en el tema de financiación, y de Juan Oliva (UCLM), centrada en coordinación entre los sistemas sanitarios y servicios sociales, el debate se inició con una reflexión sobre el alcance de las reformas previstas en el RDL 20/2012. En el debate se señaló que el Real Decreto sería neutral (o casi) respecto a la financiación aportada por la Administración General del Estado, sin embargo, por otra parte se discrepó abiertamente señalando que la norma reduciría la financiación para el SAAD. Asimismo se debatió sobre los cauces de participación y consulta en el RDL de los agentes implicados. Como es natural en una reunión de este tipo, existieron disparidad de opiniones al respecto.

Una cuestión que despertó el interés de los asistentes fue si es posible realizar cambios relevantes en ambos sistemas sin contar con partidas presupuestarias adicionales. En este momento apareció en el debate el concepto de desinversión. Tras varios turnos de palabra se coincidió en que

las desinversiones son complejas de implementar en el corto plazo, pero disponemos de sistemas de información adecuados para identificar bolsas de ineficiencia en el sistema sanitario y en el de la atención a la dependencia que harían posible el desarrollo de estrategias de desinversión y reinversión en el medio y largo plazo.

Parece que hay acuerdo en que las personas cuidadoras no profesionales (cuidadores informales, las familias) son una pieza imprescindible dentro del sistema de atención a la dependencia. También parece claro que, conforme al espíritu de la Ley, se deberían ir sustituyendo en el medio plazo las prestaciones económicas al cuidado en el entorno familiar (en principio la Ley de Dependencia consideraba estas ayudas como excepcionales, pero han pasado a representar el 45% del total de prestaciones concedidas) por otro tipo de prestaciones no monetarias: prestaciones en servicios profesionales para personas dependientes y servicios de formación y apoyo para las propias personas cuidadoras.

A continuación se abordaron temas relacionados con la coordinación entre ambos sistemas-sanitario y de ayuda a la dependencia. Por una parte, para avanzar en la coordinación entre sistemas se consideró como elemento imprescindible de coordinación sociosanitaria el tender hacia un sistema de información único. Asimismo, se indicaron como principales barreras a esta coordinación la existencia de diferentes puertas de entrada a ambos sistemas, copagos diferentes en atención sanitaria y atención a la dependencia, sistemas de información distintos entre CCAA e incluso barreras normativas (se hizo mención expresa a la Ley de Protección de Datos como impedimento para cruzar información sanitaria y de atención a la dependencia, lo cual resulta extraño si pensamos que el actual copago farmacéutico combina información sanitaria-la prestación farmacéutica-y fiscal-la renta de los individuos).

Por otra parte, se sugirió la utilización en todas las Comunidades Autónomas, así como la mejora, ampliación y explotación del Sistema de Información del SAAD, como herramienta básica para asegurar la transparencia, rendición de cuentas y evaluación de resultados.

Si bien se mencionaron como elementos de identidad la universalidad y la gratuidad del SNS, también se matizó que la normativa española defiende la universalidad del SNS, pero no su gratuidad, por lo que existe un margen para adecuar copagos entre ambos sistemas y que las fuertes diferencias entre ambos no distorsione en un futuro el recurso elegido por el ciudadano.

La sesión de la mañana se cerró con varias reflexiones sobre el momento de planificación del SAAD (época de bonanza económica) y su implementación (en época de crisis). Además de este mal momento, se aludió a defectos de la Ley de Dependencia como su poca claridad en cuanto a su ámbito de protección o sobre la intensidad de la protección concedida. Por ejemplo, se comparó la ambigüedad de las prestaciones en servicios de ayuda a la dependencia con la mayor claridad de las prestaciones de las pensiones de jubilación. No obstante, otro participante apuntó que ello puede ocurrir con las prestaciones monetarias, pero que la prestación sanitaria tampoco escapa de cierto margen de ambigüedad (calidad de la prestación, listas de espera,...). Se abogó por una definición de cartera de servicios esenciales y no esenciales y por el desarrollo de mecanismos de financiación capitativa, ajustada por riesgo. Otros elementos en los cuales se insistió fueron el escaso desarrollo de los programas de promoción de la autonomía frente a los de atención a la dependencia, la excesiva burocratización del sistema, la potencialidad del SAAD para generar empleo y la frustración creada por el incumplimiento de expectativas de la LD.

La sesión de la tarde se centró mucho más en aspectos concretos de la financiación de los servicios dedicados a la atención a la dependencia. Uno de los aspectos tratados fue la propuesta de incluir estas partidas en el sistema de financiación de las Comunidades Autónomas en igualdad de condiciones que la financiación de otros servicios básicos como la educación o la atención sanitaria.

Asimismo, como fuentes adicionales de financiación, se debatió con intensidad sobre un sistema de aseguramiento obligatorio de la dependencia a partir de un cierto nivel de renta. Si bien el contexto económico actual desaconsejaría cargar con cotizaciones sociales adicionales a empleadores o trabajadores, esta medida debería implementarse cuando se active la recuperación económica y no postergarse indefinidamente.

Un importante matiz que surgió fue que la participación del usuario en la financiación de los servicios sociales (copago) puede tener sentido como elemento de financiación (la memoria económica de la Ley de Dependencia asumía que un tercio de la financiación procedería de los usuarios), mientras que la participación del usuario en la financiación sanitaria debe funcionar más como elemento de racionalización en la utilización de los servicios que como elemento recaudatorio (en sanidad el mejor copago sería el que recaudara poco pero evitara utilizar innecesariamente los servicios)

Tres reflexiones finales con las que se cerró el debate fue:

(1) La importancia de avanzar hacia sistemas de financiación basada no en procesos, sino resultados en salud.

(2) Dotar de previsibilidad al sistema: saber lo que da el sistema (y saber lo que cuesta).

(3) Dotar al SAAD y al SNS de normas de buen gobierno: transparencia, cultura evaluativa, eficiencia, equidad, rendición de resultados a la ciudadanía.

=====