

DIÁLOGOS PARA LA DEPENDENCIA 2010

SIMÓN SOSVILLA RIVERO

Catedrático de la Universidad
Complutense de Madrid

Palabras clave: dependencia, catálogo de servicios, prestaciones de dependencia, cuidados de larga duración, envejecimiento, coordinación sociosanitaria, sostenibilidad económica, prestaciones económicas.

Sumario

1. Situación actual
2. Gestión de la demanda
3. Gestión de la oferta
4. Coordinación socio - sanitaria
5. Consideraciones finales

Este documento presenta un resumen de las reflexiones realizadas en la jornada “Diálogos para la Dependencia”, organizada por la Fundación Caser para la Dependencia el pasado 26 de mayo de 2010.

En España, desde 2007, se viene implantando y desarrollando progresivamente un nuevo sistema formal de protección denominado Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que representa un paso importante en la consolidación del Estado del Bienestar y en la mejora de la calidad de vida de los ciudadanos.

Tres años después de su aplicación efectiva, es necesaria la búsqueda de nuevos consensos para poner en valor la Ley de Dependencia, lo que implica identificar puntos de encuentro en este proyecto de Estado.

En este contexto, surge la iniciativa de los “Diálogos para la Dependencia” de la Fundación Caser, cuyo objetivo es establecer un foro de diálogo multidisciplinar entre los agentes involucrados en el SAAD, tanto públicos como privados, que facilite la búsqueda de acuerdos, tras una reflexión pausada y abierta sobre la dependencia. Se trata, en definitiva, de propiciar un intercambio sosegado de experiencias e iniciativas, valorar las alternativas disponibles y ofrecer puntos de encuentro y consenso.

Es una iniciativa que nace con vocación de continuidad y se enmarca dentro de las acciones programadas por la Fundación para constituirse en plataforma de apoyo, de gestión del conocimiento y de divulgación sobre la dependencia.

En la edición 2010 del Diálogo para la Dependencia han participado representantes de

las Comunidades Autónomas y la Administración General del Estado y de los partidos políticos y agentes sociales, así como expertos académicos y del ámbito empresarial. Los temas tratados fueron: la situación actual, la gestión de la demanda y de la oferta y la coordinación socio-sanitaria. La jornada ha sido coordinada y moderada por el catedrático de Análisis Económico de la Universidad Complutense de Madrid, Simón Sosvilla Rivero.

A continuación se presenta un resumen de las aportaciones de los participantes, recogiendo únicamente las opiniones, consideraciones y propuestas, sin identificar en ningún caso quién las defendía.

1. SITUACIÓN ACTUAL

El SAAD se encuentra actualmente en un proceso de transición marcado por los cambios demográficos y sociales que implican que las Administraciones Públicas sean cada vez más protagonistas de la atención al dependiente. Desde la perspectiva demográfica, coinciden en el tiempo dos procesos paralelos: el envejecimiento (mayor peso relativo de los mayores sobre el resto de la población) y la longevidad (envejecimiento del envejecimiento). Asimismo, los cambios en la estructura familiar y el nuevo papel de la mujer en el mercado de trabajo, reducen las posibilidades de las familias para prestar cuidados a sus miembros dependientes.

Para afrontar este reto, el SAAD nació como una apuesta común, con un amplio respaldo político y social, en un entorno público-privado de colaboración para la creación de una red de servicios de atención a la dependencia. Sin embargo, el SAAD no parece haber colmado las expectativas de todos los agentes, de-

bido a su complejidad tanto en el plano competencial como en el institucional y operativo. En el plano competencial, conjuga la competencia del Estado, para garantizar las condiciones básicas de igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio de este nuevo derecho con la competencia exclusiva que en materia de servicios sociales tienen las Comunidades Autónomas. En el plano institucional, el SAAD se incardina en los sistemas de servicios sociales existentes con nuevas prestaciones, lo que conlleva la necesidad de coordinación con el sistema sanitario y exige la cooperación entre todas las administraciones implicadas (estatal, autonómica y territorial) así como con los prestadores privados (sociedades mercantiles y organizaciones del tercer sector).

Empieza a formarse un cierto consenso en torno a la idea de que la Ley de Dependencia se concibió a destiempo tanto desde el punto de vista social (basada en parámetros culturales distintos a los actuales) como económico (diseñada desde el optimismo de una fase álgida del ciclo extraordinaria e irrepetible).

El SAAD presenta claros problemas de sostenibilidad, lo que implica la necesidad de replantear su financiación y/o de reprogramar la Ley de Dependencia. Sin embargo, contar con más recursos financieros no es la solución definitiva. Es necesario mejorar la gestión del SAAD así como la coordinación interna (dentro de los servicios sociales y entre servicios sanitarios y servicios sociales) y externa (entre las distintas Administraciones Públicas).

Asimismo, no tiene sentido extender la cobertura a niveles más bajos de dependencia si no está resuelta la adecuada atención de las personas que presentan los niveles más altos.

Se impone una vuelta al realismo que implica evaluar objetivamente lo que se tiene e intentar hacer lo mejor posible reformando lo que sea necesario.

2. GESTIÓN DE LA DEMANDA

Existen ya tres grandes acuerdos del Consejo Territorial del SAAD en esta materia:

- Baremo para la valoración de grados y niveles de dependencia (2007)
- Manuales de uso para el baremo de valoración de la dependencia (2007)
- Mejoras en procedimiento, calidad y plazos de tramitación del proceso de valoración (2010)

Aún así es necesario mejorar la gestión del día a día para una mayor eficacia. El proceso de gestión de los expedientes sigue siendo excesivamente largo (no se cumple de hecho la autoexigencia de los seis meses). Es importante la reducción de la complejidad de trámites y procesos, agilizando los procedimientos administrativos de valoración para reducir los tiempos de tramitación. Hay que avanzar hacia una gestión sin papeles mediante el uso de las nuevas tecnologías.

Asimismo, se plantea la necesidad de establecer protocolos comunes de actuación en todas las Comunidades Autónomas, que les permitan tener procesos compartidos. Para facilitar la homogeneización entre Comunidades Autónomas, la Comisión Delegada del Consejo Territorial del SAAD está trabajando en la creación de un observatorio de la práctica de la dependencia desde la iniciativa pública. Entre sus funciones es crucial la difusión y adop-

ción de las mejores prácticas en la resolución de la valoración y asignación de prestaciones.

Otra posible mejora es el establecimiento efectivo de una oficina única de entrada, fomentando la existencia de servicios eficientes de información, valoración y orientación de los servicios sociales locales que faciliten el acceso de los ciudadanos a los recursos existentes, orientando y analizando las demandas planteadas con el fin de garantizar sus derechos.

De acuerdo con las opiniones manifestadas en estos Diálogos, el Consejo Territorial ha aprobado un nuevo Acuerdo en materia de valoración, mediante el cual se revisa el baremo vigente para alcanzar una mayor calidad de la valoración y dar una mejor respuesta a las peculiaridades de algunos colectivos: discapacidades cognitivas, enfermedad mental y enfermedades orgánicas que generan episodios de gran dependencia.

Paralelamente, se ha revisado la composición de los equipos de valoración, destacando el carácter multidisciplinar y su dimensión sociosanitaria.

Asimismo, se consideró la conveniencia de diferenciar claramente entre los equipos de valoración y los equipos de asignación de prestaciones para establecer una vía adicional de control y de eficiencia del propio sistema.

Por último, y en relación a la valoración de la situación de la dependencia, aunque la ley señala que se debe efectuarse directamente por las Administraciones Públicas, en algunos casos se ha realizado la contratación de organizaciones privadas (empresas mercantiles y sector no lucrativo) para el trabajo de campo

que requiere la valoración (visitas y exámenes para la baremación de la dependencia). Esta situación debería tenerse en cuenta, quizás revisando los términos que recoge la Ley para adecuarlos a la realidad, si se demuestra que estas prácticas son eficaces en la gestión del acceso al sistema.

3. GESTIÓN DE LA OFERTA

Las Comunidades Autónomas, que tienen la competencia exclusiva en esta materia, deben llegar a un acuerdo respecto al alcance de la cobertura. Para ello, sería necesario establecer un catálogo de servicios de la dependencia más o menos unificado para todo el Estado que permita extraer indicadores que hagan posible la gestión del conocimiento de la dependencia. En este sentido, cada mes se reúnen todos los Directores Generales de las Comunidades Autónomas en el IMSERSO, llegando a acuerdos que están creando una cultura de consenso que puede redundar en el establecimiento de facto de este catálogo unificado. Asimismo, existe un acuerdo del Consejo Territorial del SAAD sobre criterios comunes de acreditación para garantizar la calidad de los centros y servicios, que data de 2008. Otros acuerdos alcanzados sobre la formación de cuidadores, la calidad de los centros, los criterios de autorización de centros, la capacidad económica y participación del usuario son ejemplos de esta búsqueda de respuestas comunes.

En el desarrollo de la Ley ha habido un predominio de la prestación económica frente a los servicios, si bien se planteaba que esta prestación económica debería ser excepcional. Una razón que justifique este predominio puede ser el hecho de que la Ley establezca que la atención se preste lo más cerca

posible del entorno del dependiente, que se mantenga a la persona en su domicilio y que el usuario sea partícipe en su Plan Individual de Atención. Por otra parte, en los momentos iniciales de desarrollo del SAAD, existen carencias en los recursos disponibles para ofrecer los servicios que la población dependiente reclama. Además, la crisis económica agrava el problema al reducir los ingresos de las familias. Por último, dejar al dependiente en una residencia, se percibe socialmente como un abandono. Todos estos componentes influyen significativamente en el predominio de la prestación económica. Se espera que con el transcurso del tiempo se normalice el uso de las prestaciones económicas y se utilicen cada vez más los servicios acordes con las necesidades de cada dependiente.

La cartera de servicios se encuentra en general poco desarrollada, y es necesario avanzar de forma homogénea en las Comunidades Autónomas. En concreto, se han realizado las siguientes propuestas:

- Fomentar la figura del cuidador profesional basada en unos estándares preestablecidos.
- Definir operativamente qué son los servicios de promoción de la autonomía personal y de previsión de las situaciones de dependencia, para no cometer los mismos errores que en sanidad (énfasis en cuidar y no en prevenir).
- Promover la atención domiciliaria, que al estar a camino entre la prestación económica y la residencia, puede ser una opción a promocionar para la profesionalización de la atención a la dependencia. Asimismo, en estos servicios es posible una mayor flexibilización del copago.

- Buscar un mayor posicionamiento a la empresa privada dentro del SAAD, ofreciéndole una perspectiva adecuada para que pueda realizar sus planes mediante el establecimiento de un marco claro y estable de colaboración público-privada en la provisión y desarrollo de servicios.

- Ordenar la presencia del tercer sector, la economía social o las organizaciones sin ánimo de lucro en la atención a la dependencia.

- Combinar y compatibilizar servicios de forma personalizada en función de situaciones, circunstancias y voluntades personales.

- Avanzar en el establecimiento de mecanismos de control e inspección internos y realización de evaluaciones periódicas externas sobre su funcionamiento, con estándares comunes en todos los procesos de evaluación y en la prestación de los servicios.

Cabe destacar la creación en ciertas Comunidades Autónomas de una Red Pública de Atención a la Dependencia, que incorpora la totalidad de plazas disponibles, independientemente de su titularidad. En una segunda etapa, se pretende abrir dicha red al sector privado, no mediante convenio ni mediante concierto, sino mediante un registro de proveedores oficiales que reúnan los requisitos y calidades que son exigibles. De esta forma, cuando no haya plaza pública disponible, el usuario podría solicitar la plaza en uno de esos proveedores reconocidos.

Respecto al desarrollo de los servicios de promoción de la autonomía personal, en algunas Comunidades Autónomas se está trabajando, en colaboración con el IMSERSO, para que estos servicios sean distintos al típico centro de

día (que es más atencional) y a la residencia. Se busca que la persona aprenda a tener más autonomía propia.

En cuanto a los servicios de prevención de la dependencia, hay iniciativas en las que se han dado un papel relevante a los servicios sociales de base y a los servicios de atención primaria de salud. La experiencia demuestra que es mucho más sencillo en las Comunidades Autónomas donde ya existe una coordinación socio-sanitaria y una experiencia previa de trabajo en común.

En lo referente a las posibilidades de modernizar las infraestructuras de la dependencia, existe un proyecto en Suecia de residencias pequeñas y urbanas (no periféricas), cuya asistencia sanitaria la cubre el centro médico más cercano. Se trata de un sistema de vida cotidiano casi familiar, hasta el punto que los usuarios se trasladan con sus propios muebles y enseres, y en el que el dependiente no pierde la proximidad con su entorno familiar o profesional.

En lo relativo a la libre elección de los ciudadanos, este derecho es muy difícil de compatibilizar con la planificación, especialmente en el momento inicial del sistema, cuando se requiere que inversores públicos, privados o de iniciativa conjunta se involucren. Vistos los déficits de infraestructuras existentes, a lo mejor habría que sacrificar libre elección por planificación hasta que se configure una red lo suficientemente extensa que dé autonomía al usuario. En cualquier caso, los ciudadanos deben contar con servicios que le expliquen e informen adecuadamente de las opciones que tienen. Asimismo, se requiere la distribución de buena información sobre la calidad de los servicios, lo que a su vez, depende de un siste-

ma de evaluación de la calidad de los servicios. En algunos países (Suecia, Alemania, Reino Unido, etc.) se publican en las páginas web la información de la evaluación de cada uno de los proveedores.

Por último, se espera que las nuevas tecnologías faciliten la eficiencia del uso de los recursos disponibles. Así, por ejemplo, las nuevas herramientas permitirían conocer a distancia el estado de salud de una persona, saber si se ha tomado la medicación e incluso, mediante una videocámara, ver el aspecto físico. Si se produce una urgencia, se podría enviar un equipo rápidamente. La generalización de estos sistemas podría evitar costes mayores en el futuro.

4. COORDINACIÓN SOCIOSANITARIA

La atención a la dependencia supone a veces la utilización conjunta de servicios sociales y sanitarios que deberían coordinarse para atender adecuadamente al dependiente y mejorar su calidad de vida mediante la creación de sinergias entre ambos sistemas.

Esta coordinación se traduciría, además, en mayores ahorros y eficacia y en eficiencia en la atención a las personas en situación de dependencia.

En mayor o menor medida todas las Comunidades Autónomas expresan la necesidad de coordinación efectiva entre ambos sistemas.

En algunas Comunidades Autónomas existe una única Consejería de Sanidad y Dependencia que da cabida, bajo una misma estructura organizativa, a dos organismos autónomos que permiten la atención continuada a los ciudadanos. Esta coordinación socio-sanitaria

es un elemento fundamental de eficiencia y ahorro en la gestión, definiendo claramente qué corresponde a cada parte en esos procesos de atención.

En otras Comunidades Autónomas se ha apostado por la coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios, no por la creación de un espacio socio-sanitario integrado. Sin embargo, no se ha regulado normativamente cómo llevar a cabo esta coordinación. Aún así se cosechan resultados tales como que el informe de salud lo emite de oficio el sistema sanitario automáticamente cuando la persona inicia el trámite de valoración para la dependencia.

En cualquier caso, la atención integral del ciudadano requiere una coordinación más estrecha. Entre las áreas donde actualmente se identifican estas necesidades de colaboración destacan las siguientes:

- Enfermos crónicos, que reciben cuidados de la atención primaria y especializada de la sanidad (muchas veces en el domicilio) y del SAAD.
- Integración de la información: incorporar parte de la historia clínica del dependiente y que ésta sea accesible a los dos sistemas.
- Mayor protagonismo de la tele-asistencia y de los servicios de dependencia en la monitorización de los crónicos.
- Atención médico-farmacéutica que se prestan desde los servicios sociales en las residencias de mayores o de discapacitados, que implica el pase del sistema sanitario al social.
- El alta médica cuando el domicilio del ciudadano no reúne las condiciones necesarias para que siga viviendo con normalidad. Se tra-

ta de un área en la que hay que trabajar y clarificar, para una mejor atención al ciudadano.

- Las medias y largas estancias en hospitales: se trata de personas que no tienen el alta médica, pero que requieren pocos cuidados. Estos cuidados son muy caros desde la gestión del sistema de salud en comparación con los de los servicios sociales.

- La atención temprana, donde se establece un espacio común entre salud, educación y servicios sociales.

- La salud mental: Se trata de dependientes que tienen unas necesidades específicas y precisan una respuesta integral.

- La promoción de la autonomía personal y de la previsión de la dependencia: convendría avanzar hacia planes territoriales de actuación conjunta socio-sanitaria de promoción de la autonomía, definiendo la población objetivo sobre la que se quiere actuar.

- Los productos de apoyo y las ayudas técnicas, en los que suele haber catálogos distintos generándose duplicidades.

- Compra de suministros y servicios comunes (medicamentos, gasas, médico de primaria, etc.).

Se impone alcanzar cuotas crecientes y realistas de coordinación en estas áreas, teniendo en cuenta los antecedentes de la comunidad diseñando programas pilotos y compartiendo experiencias entre Comunidades Autónomas.

Una forma de avanzar en la coordinación socio-sanitaria sería el establecer normativamente la obligación de realizar al menos una

reunión anual conjunta del Consejo Interterritorial de Salud y del Consejo Territorial del SAAD, en el que se acordasen criterios comunes que sirvan de base para regulaciones posteriores. La constitución del equipo de trabajo conjunto entre el CT del SAAD y el CIT del Sanidad entre altos cargos de ambos organismos puede ser el primer paso en este sentido.

Por último, es prioritario optimizar recursos, especialmente en áreas rurales. En muchas de ellas existe un centro médico (que muchas veces funciona veinticuatro horas al día, con horas punta, pero también con muchas horas valle) y una residencia con atención médica permanente. Mediante la coordinación se podría dar un mejor servicio tanto a la población enferma como a la dependiente.

5. CONSIDERACIONES FINALES

El constante incremento de personas dependientes, hace cada vez más necesario desarrollar un sector de cuidado formal de las mismas. Las estructuras familiares tradicionales, donde varias generaciones conviven, son cada vez menos frecuentes. La necesidad de conciliar la vida laboral y de cuidado familiar se está convirtiendo en una cuestión clave para los trabajadores. Los responsables públicos europeos están buscando estrategias sostenibles para enfrentarse al reto de ofrecer una respuesta institucional al cuidado y la atención a los dependientes. En el caso de España mediante el establecimiento de un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) que constituye una de las iniciativas de política social más importante de los últimos años.

Como toda novedad, la puesta en marcha del SAAD plantea oportunidades y amenazas.

Hasta la fecha, se ha realizado un importante esfuerzo por parte de los distintos actores involucrados en el SAAD para avanzar en su desarrollo normativo y para mejorar su implantación, lo cual es un logro colectivo que es justo reconocer.

Sin embargo, es necesario analizar abiertamente la situación de la dependencia en España, compartir experiencias exitosas y detectar buenas prácticas que nos permitan ofrecer directrices y recomendaciones que puedan ser útiles para mejorar la atención a la dependencia.