

Resumen

En este trabajo se realizan una serie de consideraciones estratégicas sobre la atención a la dependencia en España para incrementar su eficiencia mediante una renovada gobernanza y la detección y extensión de experiencias exitosas y buenas prácticas. En particular, se ofrecen reflexiones, consideraciones y propuestas sobre la gestión de la demanda, la gestión de la oferta y la coordinación socio-sanitaria, desgranando un conjunto de iniciativas encaminadas al mejor desempeño de la protección formal a la dependencia.

Palabras clave: programas de bienestar, dependencia, envejecimiento, eficiencia.

Abstract

This article reviews a series of strategy considerations regarding dependency care in Spain in order to increase its efficiency by means of renewed governance and detection and dissemination of successful experiences and good practice. In particular, we offer reflections, considerations and proposals with regard to demand management, supply management, and socio-health coordination, itemizing a set of initiatives aimed at the improved provision of formal dependency protection.

Key words: welfare programmes, dependency, ageing, efficiency.

JEL classification: H75, I38, J14.

LA EFICIENCIA EN LA DEPENDENCIA: MEJORES PRÁCTICAS Y GOBERNANZA

Simón SOSVILLA RIVERO

Universidad Complutense de Madrid

I. INTRODUCCIÓN (*)

LA atención y protección a las personas en situación de dependencia (aquellas que no se pueden valer por sí mismas para realizar las actividades básicas de la vida diaria) suponen un reto importante para Europa, dado el creciente envejecimiento de su población (European Commission, 2009).

En España, tras la aprobación en noviembre de 2006 por el Congreso de los Diputados de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a Personas en Situación de Dependencia (LAPAD), se viene implantando y desarrollando progresivamente, desde enero de 2007, un nuevo sistema formal de protección denominado Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que persigue el doble objetivo de mejorar la calidad de vida de los ciudadanos y profundiza en el Estado del bienestar (Sosvilla Rivero, 2007).

Si bien el SAAD se creó con un amplio respaldo político y social, no parece haber colmado las expectativas de todos los agentes, al ser un sistema complejo tanto en el plano competencial como en el institucional y operativo. En el plano competencial, ha de compaginar la competencia de la Administración central del Estado para la regulación de las condiciones básicas que garanticen la igualdad de todos los ciudadanos en el ejercicio del nuevo derecho subjetivo (estableciendo unas bases comunes y fomentando la coordinación interadministrativa) con la compe-

tencia exclusiva que, en materia de asistencia social, tienen las comunidades autónomas (encargadas de su desarrollo legislativo y de su ejecución). Cabe recordar en este sentido que el SAAD nació ya descentralizado, al contrario que los sistemas educativo o sanitario, que nacieron centralizados y posteriormente se descentralizaron. En el plano institucional, el SAAD ha de conjugar los sistemas de servicios sociales previamente existentes con nuevas prestaciones y ha de reunir sus medios y esfuerzos con los del sistema sanitario para una adecuada acción común. En el plano institucional, el SAAD requiere la leal cooperación entre todas las administraciones implicadas (estatal, autonómica y territorial), así como con los prestadores privados (empresas y organizaciones sin fines de lucro). (Véase Cervera *et al.*, 2009).

El SAAD se encuentra actualmente en un proceso de transición desde unas políticas basadas en la buena voluntad de las administraciones públicas a unas políticas que han de implementarse en el marco de un sistema formal, al constituir parte de los derechos de los ciudadanos. Este proceso no tiene retorno, debido a los cambios demográficos y sociales que se vienen registrando en España. Desde la perspectiva demográfica, la situación futura es compleja, al coincidir en el tiempo dos procesos paralelos: el envejecimiento (mayor peso relativo de la población de más de 65 años sobre el resto de la población) y la longevidad (incremento de la proporción de los mayores de 80 años respecto a la

población total). (Véase Fernández Pérez y Herce San Miguel, 2009). Dicha situación es irreversible, al no tener ya solución demográfica ni a través de un aumento en la natalidad (para reducir mínimamente este proceso, se requeriría un número de hijos por mujer tan elevado que es impensable, dado el entorno socio-económico actual) ni con más inmigración (la entrada de unos seis millones de inmigrantes únicamente ha reducido el envejecimiento de la población española en un punto porcentual). La complejidad demográfica será especialmente notable en la década de los veinte del presente siglo, porque ése será el momento en que entren en las edades iniciales de jubilación y de mayores posibilidades de dependencia las generaciones más numerosas de la historia demográfica española (las generaciones del *baby boom* nacidas entre 1957 y 1977). Así pues, lo que hoy es un problema grave dentro de unos años será un problema muy grave desde el punto de vista de los usuarios potenciales del SAAD. Pero, simultáneamente, se registran cambios sociales de gran relevancia como la aparición de nuevos hogares monopaternales y de parejas de hecho, la pérdida en la definición de los contornos de la institución familiar, el retraso en la edad de matrimonio, la creciente movilidad geográfica derivada de causas laborales, la disminución en el tamaño medio de las viviendas, etcétera, y sobre todo la transformación del papel de la mujer y su progresiva integración en el mercado laboral (la diferencia en tasa de actividad con los hombres es de unos dieciséis puntos porcentuales, siendo preciso su concurso para aumentar la población activa en el futuro), lo que implicará necesariamente una menor atención familiar para sus mayores (vivan o no vivan en el núcleo familiar), de modo que

una parte muy importante de los cuidados que hoy prestan las familias deberán ser prestados por las administraciones públicas.

Para dar cumplida respuesta a este reto, el SAAD fue concebido como un mecanismo de colaboración pública-privada para la creación de la red de servicios de atención a la dependencia. Pero el sector privado no ha visto satisfechas sus expectativas, por lo que ha sido desde las comunidades autónomas, y en un entorno público, donde se ha venido desarrollando fundamentalmente la materialización del nuevo derecho de ciudadanía, asumiendo estas entidades territoriales un esfuerzo extraordinario y afrontando una gran presión social, dado que no estaban acostumbradas a recibir una demanda tan elevada en los servicios sociales.

El SAAD presenta en la actualidad evidentes problemas de sostenibilidad (véase, por ejemplo, Jiménez Martín y Vilaplana Prieto, 2009), lo que implica la necesidad de replantear su financiación de manera que se garantice ésta en grado suficiente a todas las comunidades autónomas para que puedan ofrecer las prestaciones y servicios contemplados en la LAPAD en condiciones similares. Se hace necesaria una decidida acción política, que defina hasta dónde estamos dispuestos a avanzar en la promoción de la autonomía personal y en la atención a las personas en situación de dependencia, y dotar adecuadamente el Fondo de Garantía de Servicios Públicos Fundamentales introducido en la nueva Ley Orgánica de Financiación de las comunidades autónomas, aprobada en 2009, para asegurar que el SAAD recibe los recursos financieros necesarios.

Sin embargo, allegar más recursos financieros para la depen-

dencia, siendo muy importante, no es la solución definitiva. Existen claras oportunidades de contribuir a la necesaria sostenibilidad mediante una mejor gobernanza del SAAD y la incorporación de mejores prácticas.

El análisis de la gobernanza se centra en los actores, formales e informales, que están involucrados en el proceso de toma de decisiones y en su implementación, así como en las estructuras, formales e informales, que se han preparado para poder implementar las decisiones (véase por ejemplo, Comisión de las Comunidades Europeas, 2001). En este sentido, las personas y los equipos importan mucho en el desarrollo efectivo y eficiente del SAAD, por lo que sería necesario elegir a los más cualificados para dirigir su gestión. La voluntad política no debe limitarse a poner únicamente los recursos económicos para la atención a la dependencia, debe también seleccionar a los mejores gestores tanto desde el punto de vista técnico (con conocimiento y experiencia) como por su habilidad de negociación para afrontar la necesaria coordinación mediante acuerdos. Así pues, sería necesario eliminar las rigideces existentes en las administraciones públicas que implican trabajar con los equipos que se tienen, lo que es especialmente relevante en el ámbito de la dependencia por la imposibilidad de externalizar algunos de los servicios para introducir dosis crecientes de eficiencia. Por ejemplo, la LAPAD establece que los equipos de evaluación deben de estar formados por empleados públicos, por lo que no se pueden crear convenios con colegios profesionales, que tendrían más experiencia y estarían adecuadamente cualificados, para realizar la evaluación. Esta limitación puede ser susceptible de revisión, al existir un órgano público (la comisión

técnica de valoración) que da el visto bueno a la totalidad de las evaluaciones.

Asimismo, en el ámbito de la gestión del SAAD es necesario aprender de otras experiencias previas. Se trata de identificar aquellas prácticas innovadoras y creativas que, de alguna manera, pueden constituir un referente e iluminar a los que se plantean intervenir en la atención a las personas dependientes (Subirats, 2006). En general, se emula poco y, cuando se hace, se hace tardíamente. Sería interesante la constitución de un observatorio público de la dependencia en el que participasen personas capaces de analizar las experiencias de otros países y de las distintas comunidades autónomas y, una vez hecho esto, pudieran recomendar buenas prácticas. Se trataría de realizar una gestión adecuada del conocimiento que permitiera sacar provecho de las ventajas de los seguidores, aprendiendo de los errores y de los aciertos de los que nos han precedido en la implantación de servicios de atención a la dependencia. Para ello, es necesario un análisis riguroso de otras experiencias, con el fin de realizar propuestas serias y viables de mejora, adaptadas a nuestra realidad.

En este trabajo, ofreceremos una serie de consideraciones estratégicas sobre la atención a la dependencia en España encaminadas a incrementar su eficiencia mediante la reforma de su gobernanza y la adopción de las mejores prácticas. Dichas consideraciones, basadas en las reflexiones realizadas en la jornada *Diálogos para la dependencia*, organizada por la Fundación Caser para la Dependencia el día 26 de mayo de 2010, se han articulado en torno a tres ejes: la gestión de la demanda, la gestión de la oferta y la coordinación socio-sanitaria. En los apartados II, III y IV se aborda-

rán sucesivamente estos ejes, realizándose en el apartado V algunas consideraciones finales.

II. GESTIÓN DE LA DEMANDA

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

— Baremo para la evaluación de grados y niveles de dependencia (2007).

— Manuales de uso para el baremo de evaluación de la dependencia (2007).

— Mejoras en procedimiento, calidad y plazos de tramitación del proceso de valoración (2010).

— Revisión del baremo para la evaluación de grados y niveles de dependencia (2011).

Todos estos acuerdos han supuesto avances importantes para garantizar la equidad en el acceso al SAAD en todo el territorio, dotándolo de cierta cohesión y homogeneización. Sin embargo, existen todavía áreas en las que se puede actuar de cara a mejorar la gestión para alcanzar una mayor eficacia. El proceso de gestión del expediente de un ciudadano sigue siendo excesivamente largo (no se cumple, de hecho, la autoexigencia de los seis meses) y la propia Administración no está muchas veces preparada para asumir el nuevo derecho. Se impone la reducción de la complejidad de trámites y procesos, agilizando y simplificando los procedimientos administrativos de valoración para reducir los tiempos de gestión de expedientes.

Una posible mejora sería el establecimiento efectivo de una oficina única de entrada. En este sentido, la lógica señala que la Administración

más cercana debería actuar como registro, aplicándose el principio de la subsidiariedad. De hecho, la Ley 30/1992 (de Régimen Jurídico de las Administraciones Públicas y del Procedimiento Administrativo Común) dota al ciudadano de la posibilidad de presentar sus solicitudes en los registros de cualquier órgano administrativo. Habría que fomentar la existencia de buenos servicios de información, evaluación y orientación de los servicios sociales locales que fuesen capaces de proporcionar a los ciudadanos la información y el asesoramiento técnico necesarios para posibilitar su acceso a los recursos sociales existentes, orientando y analizando las demandas sociales planteadas al objeto de garantizar sus derechos sociales. Pero, desde la perspectiva de las comunidades autónomas, la existencia de una única puerta de entrada al SAAD a escala local implicaría la necesidad de pactar con las corporaciones locales protocolos de actuación comunes que fuesen capaces de asegurar un proceso homogéneo en todo el territorio.

Otra propuesta interesante consistiría en la generalización de la figura del gestor de caso. De esta forma, el trabajador social de primaria sería el único responsable ante el ciudadano de todo el proceso (manteniéndole informado, gestionando su expediente, movilizándolo los recursos necesarios, etcétera). El gestor de caso se constituiría en el interlocutor válido del ciudadano y en la cara visible del SAAD. En este sentido, cabe recordar que las funciones del trabajador social en la dependencia son:

— Canalizar la gestión de la solicitud de situación de dependencia.

— Evaluar condiciones de habitabilidad, relaciones conflictivas o desestructuradas de la persona.

— Elaborar el informe de entorno (único profesional autorizado).

— Evaluar recursos (servicios y prestaciones) más idóneos para cada caso según el grado y nivel de dependencia alcanzado.

— Crear el programa individual de atención, que es el equivalente al diseño de intervención social (único profesional autorizado).

— Seguimiento y revisión de los casos.

Asimismo, sería necesario avanzar hacia una gestión sin papeles, mediante el uso de las nuevas técnicas que ofrece la sociedad de la información. La utilización de elementos telemáticos permitiría enriquecer mucho más los procesos, la comunicación con el área de salud (historia clínica), el acceso directo a toda la información del ciudadano en las administraciones públicas (documento nacional de identidad, certificado de empadronamiento histórico, etcétera), el uso de la firma digital y la transmisión de la información en tiempo real al potencial beneficiario.

Además, se plantea la necesidad de avanzar hacia un procedimiento administrativo único y sencillo en toda España, lo que conllevaría necesariamente la profesionalización de los agentes del SAAD y la existencia de protocolos comunes de actuación en todas las comunidades autónomas, que permitirían a éstas tener procesos compartidos. En este sentido, destaca la experiencia de algunas comunidades autónomas en las que se está llegando a acuerdos con otras comunidades vecinas para gestionar de forma más sencilla los casos de atención trasfronterizos.

Dado que la competencia en servicios sociales es autonómica, se corre el riesgo de que cada comunidad autónoma tenga su propio

sistema, lo que dificulta cualquier estudio riguroso sobre costes, sobre usuarios, etc. Este riesgo se podría minimizar con diálogos, acuerdos y reales decretos que ayuden a enderezar el rumbo, lo que requeriría un compromiso político firme por parte de todos los agentes involucrados para que la LAPAD se aplicase de igual forma en todos los territorios. Para facilitar la homogeneización entre comunidades autónomas, sería interesante la creación de un observatorio de la práctica de la dependencia desde la iniciativa pública, y en ello se está trabajando también en la Comisión Delegada del Consejo Territorial del SAAD. Entre sus funciones, sería crucial la difusión y la adopción de las mejores prácticas en la resolución de la valoración y asignación de prestaciones. Este observatorio sería complementario del ofrecido por los servicios sociales, que cuenta con una gran incidencia mediática.

Por último, y en relación con la evaluación de la situación de la dependencia, aunque la LAPAD señala que se debe efectuarse directamente por las administraciones públicas, en algunos casos se han habilitado diferentes fórmulas e iniciativas para que las organizaciones privadas (sociedades mercantiles y tercer sector) colaborasen en el trabajo de campo que requiere la evaluación (visitas y exámenes para la baremación de la dependencia). Esta situación debería tenerse en cuenta quizá revisando los términos que recoge la legislación vigente para adecuarlos a la realidad, siempre y cuando se demuestre que estas prácticas generan eficiencias significativas en la gestión del acceso al sistema. La iniciativa privada está llamada a desempeñar un importante papel en el SAAD, por lo que se deben de introducir herramientas de evaluación sistemáticas que permitan analizar su impacto sobre la efi-

ciencia y la equidad en las comunidades autónomas donde su concurso ya es realidad.

III. GESTIÓN DE LA OFERTA

La atención a la dependencia, como cualquier servicio público, se articula en torno a cuatro ejes básicos:

— El alcance de la cobertura que se quiere dar (catálogo de servicios).

— La titularidad de los servicios que se dan.

— La provisión del servicio (que no tiene porque coincidir con el titular).

— La prestación del servicio (que no tiene porque coincidir con el titular ni con el proveedor).

Si se sigue avanzando sin tener claro a escala estatal una mínima coordinación sobre estos cuatro ejes, se corre el riesgo de crear múltiples sistemas de dependencia.

En este sentido, es prioritario que las comunidades autónomas, que tienen la competencia exclusiva en esta materia, acordaran la cobertura efectiva del SAAD, estableciendo claramente los mínimos y los máximos mediante la definición de un catálogo de servicios de la dependencia unificado para todo el Estado, que permitiese extraer indicadores que hagan posible la gestión del conocimiento de la dependencia y ofrezcan una imagen detallada del funcionamiento del sistema. De hecho, los directores generales de las comunidades autónomas se reúnen mensualmente en el Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO), adoptando decisiones de común acuerdo que podrían derivar en un catá-

logo 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 la participación del usuario son ejemplos de esta búsqueda de respuestas comunes que puede servir de mecanismo para reforzar los aspectos de eficiencia y equidad del SAAD. Sería deseable comunicar adecuadamente estos acuerdos para que la opinión pública los valore en su justa medida y sirvan de base para promocionar consensos en otras áreas de las políticas públicas. Cabe recordar que una de las características del buen gobierno es la transparencia, que no sólo requiere que las decisiones se realicen siguiendo las leyes y normas establecidas, sino que además implica que se facilite la suficiente información y que ésta sea fácilmente comprensible.

El titular del servicio de dependencia es la comunidad autónoma y, como tal, debería clarificar quién provee ese servicio (que puede ser la propia comunidad autónoma o las corporaciones locales), haciendo explícito este acuerdo organizativo.

Existe la posibilidad de externalización en la prestación del servicio, creando patneriados público-privados que se encarguen de dicha prestación (OCDE, 2008), ya que tanto en la sanidad pública como en la privada y en el sector socio-sanitario hay profesionales muy solventes que podrían prestar el servicio y ofrecer una garantía de calidad de cara al ciudadano.

En el momento de su redacción, la LAPAD tenía que ser todo lo ambiciosa posible, pero otra cosa

diferente es el catálogo de servicios que efectivamente se presta. En este sentido, se puede y debe graduar la provisión de los servicios que contempla la LAPAD en relación con las posibilidades reales de las comunidades autónomas. Al existir varios puntos de partida, se podrían dar respuestas de diferente intensidad para la misma necesidad, no satisfaciéndose la deseable equidad en los servicios prestados.

En la gestión de la oferta sería necesario tener claro, en primer lugar, qué tipo de SAAD se quiere obtener cuando madure: uno de prestación de servicios o uno de prestaciones económicas. Si, en consonancia con la filosofía del legislador, se apuesta por la prestación de servicios, sería conveniente establecer claramente lo que se tiene en este momento y hacia dónde se quiere ir, identificando las necesidades y compartiendo las responsabilidades en el desarrollo de la LAPAD entre el sector público y el privado. En este sentido, resulta llamativo que del total de prestaciones otorgadas, la mitad corresponde a la prestación económica por cuidados familiares; una figura que la Ley preveía como excepcional y condicionada a que se dieran una serie de requerimientos en la vivienda, previendo que aquellas zonas, sobre todo rurales, donde no llegan los servicios, tuvieran una contrapartida económica. Como respuesta a esta situación, en algunas comunidades autónomas se han puesto en marcha planes estratégicos para dar prioridad a los servicios sobre las prestaciones económicas para el cuidado en el entorno familiar, de tal forma que únicamente en aquellos casos en los que está muy justificada se otorgan prestaciones.

En determinadas comunidades autónomas ha sido necesario regular unos mínimos comunes para adecuar los servicios dentro de su territorio, ya que las competencias

las tenían las corporaciones locales. Una experiencia interesante en este sentido es la ofrecida por una comunidad autónoma que no entró en definir la tipología de servicios ni una cartera de éstos, limitándose únicamente a determinar qué estructuras eran más adecuadas para dar respuestas a las necesidades planteadas, dejando libertad para que cada corporación local permitiera la adaptación específica a su territorio o su desarrollo relativo. En definitiva, en lugar de entrar en el detalle de centros se distinguieron tres grandes áreas de necesidades:

— Aquellas que se desarrollan en el ámbito del domicilio y que requieren apoyo a las unidades de convivencia, como ayuda a domicilio, teleasistencia, comida a domicilio, etcétera.

— Aquellas que se cubren con servicios relacionales y que requieren entre seis y ocho horas al día de atención (centros de día, centros de noche, centros ocupacionales o los que puedan surgir).

— Aquellas que requieren un alojamiento alternativo, porque el domicilio no reúne las condiciones o la familia no puede dedicar a la persona dependiente las horas que requiere: con diversidad de gamas desde residencias tradicionales a viviendas con supervisión (más o menos intensa según el grado de dependencia).

Esta gama ha permitido a esta comunidad autónoma adaptar la oferta a una realidad variada en cuanto a densidad de población, concentración de la población, etcétera. Asimismo, la solución adoptada hace posible la adaptación de nuevas experiencias que pueden ir surgiendo a lo largo del tiempo.

De cara al desarrollo futuro de la cartera de servicios del SAAD,

cabría la posibilidad de explorar los siguientes elementos:

— Sería necesario avanzar hacia la protocolización y estandarización de los servicios ofrecidos por el SAAD, de manera que sus prestaciones se realizaran en condiciones de igualdad en todo el territorio.

— La atención a la dependencia debería ser llevada a cabo por personal debidamente cualificado, por lo que sería conveniente el fomento del cuidador profesional, limitándose la figura del cuidador informal en el ámbito familiar, que debería en todo caso, acreditar unos mínimos de profesionalidad basados en unos estándares preestablecidos, exigiéndose una formación específica.

— Dado que la LAPAD se limita a enunciar los servicios de promoción de la autonomía personal, sería necesario definir, describir y conceptualizar éstos. La ausencia de un mínimo contenido legal de estos servicios hace aconsejable formular propuestas de modelo que ayuden a las administraciones a consolidar, ampliar y extender esta modalidad de servicio en todos los territorios, ayudando a las personas dependientes a potenciar sus capacidades de movilidad, percepción y memoria para contribuir a mantener su autonomía personal y su vida social.

— Sería imprescindible impulsar los servicios de previsión de las situaciones de dependencia, de manera que el énfasis pasase paulatinamente desde la atención a la previsión. En particular, habría que fomentar, mediante el desarrollo coordinado, entre los servicios sociales y de salud la incorporación de hábitos saludables a la vida diaria, la reducción del deterioro de las personas mayores frágiles y de las afectadas por un proceso de dependencia leve, y el incremento

del bienestar de la persona, mejorando su sensación de seguridad.

— Sería deseable un desarrollo reglamentario adecuado de la prestación económica de la asistencia personal, ya que no se ha ajustado a las expectativas que despertó, y quizá debería reconducirse hacia un servicio.

— Habría que promover la atención domiciliaria, que ha tenido bastante interés entre la población y que, al situarse a medio camino entre la prestación económica y la residencia, podría constituir una opción atractiva para la profesionalización de la atención a la dependencia, tanto de los cuidadores como de los gestores. Asimismo, en estos servicios es posible una mayor flexibilización del co-pago.

— Sería crucial comunicar adecuadamente los procesos a los distintos interlocutores para su adecuada aplicación.

— Habría que fomentar una mayor presencia de la iniciativa privada en el SAAD mediante el establecimiento de un marco claro y estable de colaboración público-privada en la provisión y desarrollo de servicios, que ofreciera una perspectiva adecuada para la realización de sus planes de inversión.

— Sería oportuno regular adecuadamente la presencia en el SAAD del tercer sector, la economía social o las organizaciones sin ánimo de lucro.

— Sería conveniente ofrecer la posibilidad de combinar y compatibilizar servicios de forma personalizada en función de situaciones, circunstancias y voluntades de cada dependiente.

Asimismo, habría que avanzar en el establecimiento de me-

canismos de control e inspección internos y en la realización de evaluaciones periódicas externas sobre el funcionamiento de los servicios ofrecidos por el SAAD, ya que no existe, hoy por hoy, un sistema real de control de la prestación, al haber puesto el énfasis en la evaluación previa. Para ello, sería necesario contar con estándares comunes en todos los procesos de evaluación y en la prestación de los servicios que permitieran un mejor conocimiento de las carencias y necesidades, una análisis veraz de las actuaciones y los resultados, y una mejor planificación de recursos, al tiempo que incrementaría la información y contribuiría a la cohesión necesaria para un óptimo funcionamiento del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

En el área de los cuidadores, existen experiencias interesantes en algunas comunidades autónomas, que han diseñado planes conjuntos de formación y apoyo a los cuidadores entre las áreas de salud, servicios sociales y trabajo, cuyas actividades se desarrollan en los centros de salud.

Asimismo, 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 el futuro, 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 que quiera en uno de esos proveedores reconocidos. Este sistema evitaría la realización de desembolsos de reserva, al tiempo que posibilita el que el proveedor privado pueda vender todas sus plazas. Siempre y

cuando tenga un excedente y exista demanda, el proveedor privado estaría obligado a ofrecer su plaza con las mismas calidades y garantías. Este sistema se gestionaría mediante un programa informático, vía web, que actuaría como una central de reservas similar a la existente en las cadenas hoteleras. Asimismo, en este sistema el centro (residencia, centro de día, etc.) tendría la obligación de mantener actualizada la lista de ocupación, de manera que se conocieran en tiempo real las disponibilidades para incorporarlas a los planes individuales de atención. Esta información sería accesible al proveedor del servicio, a quien tramita (la comunidad autónoma) y a los trabajadores sociales de primaria. De esta forma, cualquier trabajador social de primaria podría saber, desde la casa de un usuario, qué plazas están vacantes, pudiendo bloquear la que interese al usuario y, a los pocos días, tener respuesta de si el recurso y el perfil son los adecuados, tramitándose en su caso una comunicación al centro sobre su admisión e iniciándose el plan de acogida. Al conseguir que el sistema trabaje sin papeles, la complejidad derivada de la cooperación interadministrativa quedaría limitada al sistema informático, por lo que se requeriría un esfuerzo importante a la hora de diseñar adecuadamente ese sistema informático que actúa como soporte.

En otras comunidades autónomas se ha optado por construir un instrumento consistente en un mapa actualizado en el cual se vuelcan todos los servicios autorizados (residencia, centro de día, servicios de ayuda a domicilio, etcétera), públicos y privados, disponibles para la atención a las personas en situación de dependencia, de modo que cualquier trabajador social puede conocerlos y ofrecerlos al usuario.

En algunas comunidades autónomas en las que el medio rural es muy importante, se ha procedido a transformar la dispersa red de residencias transferidas en su momento por el IMSERSO (denominadas en su día hoteles de mayores), y los centros de distintas dimensiones creados por las corporaciones locales, para adecuarlos a las necesidades de las personas dependientes que los ocupan. Este enfoque lleva al concepto de la gestión de recursos en red: si bien gestionar un pequeño centro no es rentable, sí lo es gestionar un número superior (se rentabilizaría el personal, el abastecimiento, etcétera), lo que haría atractiva la gestión conjunta de estos centros rurales dispersos en el territorio, pudiendo cumplir de esta forma con el principio de equidad consagrado en la LAPAD. Vivir en el medio rural no tiene por qué implicar un menor acceso a los recursos del SAAD, por lo que se impone racionalizar y planificar los recursos disponibles. Además, los centros rurales tienen el valor añadido de generación de empleo y actividad, y por tanto de asentamiento y fijación de la población en dichos entornos, por lo que su racionalización conllevaría muchas ventajas más allá de la atención a la dependencia.

En otras comunidades autónomas, eminentemente urbanas, se ha hecho énfasis en las plazas residenciales y los centros de día, tanto públicos como concertados con el sector privado y de exclusiva iniciativa privada. En este sentido, se potencia, mediante el denominado «cheque servicio», la prestación vinculada a servicio cuando no sea posible el acceso a un servicio público, contratado o concertado, de cualquier administración pública, adecuado a sus necesidades y dentro del ámbito territorial. En este caso, se daría una tarjeta electrónica personalizada por la cuantía de

la prestación, con la cual el ciudadano podría pagar los servicios que quisiera en los centros autorizados que la aceptasen como medio de pago. Se espera que se beneficien residencias construidas mediante la colaboración público-privada, en la que la iniciativa pública cede el suelo en el que se edifican las residencias (básicamente, los ayuntamientos) y la iniciativa privada, mediante concurso, se ocupa de la construcción, equipamiento y gestión de los centros a cambio de que la comunidad autónoma garantice la ocupación del 25 por 100 de las plazas, si bien se obliga al establecimiento a unos precios tasados. Con esta iniciativa, se pretende aumentar la red sin un enorme esfuerzo financiero por parte del sector público. Al tener precio tasado, ser nuevas y tener vacantes, se espera que estas residencias se beneficien especialmente del cheque servicio.

Respecto al desarrollo de los servicios de promoción de la autonomía personal, en algunas comunidades autónomas se está trabajando intentando, en colaboración con el IMSERSO, que estos servicios sean distintos al típico centro de día (que es más atencional) y a la residencia. Se persigue que la persona aprenda a tener más autonomía propia y, por ejemplo, utilizar el transporte público, la educación de adultos, etcétera.

En cuanto a los servicios de prevención de la dependencia, se registran iniciativas en las que se ha dado un papel relevante a los servicios sociales de base y a los servicios de atención primaria de salud. La experiencia acumulada 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 que hace posible llevar a cabo actuaciones de promoción de

condiciones de vida saludables, programas específicos de carácter preventivo y de rehabilitación dirigidos a las personas mayores y con discapacidad, y a quienes se ven afectados por procesos de hospitalización complejos.

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. Dados los déficits de infraestructuras existentes en la actualidad, quizás habría que sacrificar la libre elección por la planificación hasta que se configure una red lo suficientemente extensa y variada como para dar la posibilidad de elección genuina al usuario. En cualquier caso, el SAAD debería explicar e informar adecuadamente a los ciudadanos de las opciones que tienen, lo que, a su vez, requiere la existencia y distribución de buena información sobre la calidad de los servicios, que depende de un sistema de evaluación de la calidad de éstos. A este respecto, es necesario acordar qué se quiere medir. Lo más sencillo es medir el proceso de la ayuda (la puntualidad del cuidador, su formación, el tener o no una habitación propia en la residencia, etc.). Esta información es importante, pero se ha demostrado en algunos estudios que no siempre explica la calidad de vida de los usuarios de los servicios. Por ello, en algunos países se están diseñando sistemas de evaluación de la calidad de los servicios que intentan medir directamente su contribución a la calidad de vida de las personas, algo que es más complicado y que requiere más recursos.

Por último, se espera que las nuevas tecnologías faciliten mucho la eficiencia del uso de los recursos disponibles. Así, por ejemplo, las

nuevas herramientas que van más allá de la teleasistencia permitirían, mediante un sistema de banda ancha, conocer a distancia todos los días y en tiempo real el estado de salud de una persona (presión arterial, niveles de glucosa, etc.), saber si se ha tomado la medicación e incluso, mediante una videocámara, examinar su aspecto físico. Este tipo de monitorización permitiría una respuesta inmediata ante cualquier tipo de emergencias, y su generalización podría evitar costes mayores en el futuro.

IV. COORDINACIÓN SOCIO-SANITARIA

En algunas ocasiones, la atención a la dependencia supone la utilización conjunta de servicios sociales y sanitarios que deberían avanzar coordinadamente hacia una atención más integral al dependiente y mejorar su calidad de vida mediante la creación de sinergias entre ambos sistemas.

Esta coordinación entre los servicios sociales y los sanitarios se traduciría además en mayores ahorros. En ciertas comunidades autónomas se está dando el caso en la actualidad de que, tanto desde los servicios sanitarios como desde los servicios sociales, se están llevando a cabo actividades formativas con los cuidadores informales, lo cual supone un despilfarro de recursos públicos. Con la coordinación, se ganarían eficacia y eficiencia en la atención a las personas en situación de dependencia, por lo que sería necesaria la regulación normativa de esta coordinación.

Aunque, en mayor o menor medida, todas las comunidades autónomas expresan la necesidad de coordinación efectiva entre dos sistemas que son claramente interdependientes, no existe una receta mágica válida para todo momento y todo lugar.

Siguiendo el ejemplo del Gobierno de España, algunas comunidades autónomas han establecido una única Consejería de Sanidad y Dependencia que da cabida, bajo una misma estructura organizativa, a dos organismos autónomos que permiten atender al proceso de atención continuada a los ciudadanos. Dichas comunidades entienden esta coordinación socio-sanitaria como un elemento fundamental de ese proceso, así como 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. Aun así, se cosechan resultados tales como que el informe de salud lo emita de oficio el sistema sanitario automáticamente cuando la persona inicia el trámite de valoración para la dependencia.

La experiencia internacional sugiere otras formas de coordinación basadas en el uso de incentivos financieros (empleados, por ejemplo, en Suecia), donde el servicio de dependencia cubre el coste de las camas en un hospital de personas que están en condición de ser dadas de alta, pero para las cuales no hay plaza. Este mecanismo ha reducido el número de personas mayores en hospitales. Asimismo, en ciertos países se recurre al uso de fondos comunes con fines específicos, asignándose conjuntamente dinero para la consecución de objetivos concretos. Por último, en otros países se incentiva la coordinación a través de la obligación de compartir eficientemente la información entre los dos sistemas, lo que puede ser especialmente útil

en la identificación de la población objetivo sobre la que actuar para la prevención de la dependencia.

En cualquier caso, la adecuada atención del ciudadano requiere necesariamente una más estrecha coordinación, para lo cual sería oportuno el establecimiento de unos procedimientos de actuación para facilitar el seguimiento y la continuidad en todo el proceso, destacando las siguientes actuaciones:

— Creación y mantenimiento de un sistema de registro común.

— Articulación de sistemas y protocolos de comunicación y derivación entre servicios.

— Instauración de procesos de formación y de investigación conjunta.

— Diseño conjunto del mapa de creación de servicios.

— Actualización permanente de acuerdos, protocolos, coordinaciones, colaboraciones, programas de detección, etc., generar una auténtica cultura organizativa sociosanitaria que ayude a resolver tanto los problemas de adaptación interna como los de integración (Schein, 1996).

— Integración de los sistemas de información.

— Implantación del registro común a través de historia de salud.

— Organización conjunta de la atención médico-farmacéutica que se presta desde los servicios sociales en las residencias de mayores o de discapacitados, que implica el pase del sistema sanitario al social.

— Oferta de información, orientación y asesoramiento a los profesio-

sionales y a las familias acerca de los recursos disponibles y necesarios.

— Desarrollo de formación para los profesionales e impulso de la investigación.

— Promoción y mejora de las estrategias de prevención, detección precoz e intervención temprana.

— Fortalecimiento de la coordinación entre los diferentes ámbitos, primeramente entre atención primaria y atención hospitalaria por parte del ámbito sanitario y, a su vez, con los ámbitos educativo y social.

— Fomento de la atención temprana, en la cual se establece un espacio común entre salud, educación y servicios sociales.

— Impulso a la compra de suministros y servicios comunes (medicamentos, gasas, médico de primaria, etc.), así como de los productos de apoyo y las ayudas técnicas.

— Instauración de una red de salud mental integrada en la que personas con un problema agudo estarían bajo la tutela del sistema sanitario, mientras que de las personas con un problema crónico se encargaría el Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia.

— Creación de una agencia de bienestar inter-generacional que diseñe la política social en un sentido amplio, incluidos sus aspectos sanitarios.

Una forma de avanzar en la coordinación socio-sanitaria sería establecer normativamente la obligación de realizar al menos una reunión anual conjunta del Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud y del Consejo Territorial del SAAD, en el que se acordasen criterios comunes de coordinador que sirvan de

base para regulaciones posteriores. La constitución de un equipo de trabajo formado por altos cargos de ambos organismos puede ser el primer paso en este sentido, encauzando la cooperación horizontal y vertical.

Cabría, por último, la posibilidad del uso de incentivos financieros o de fondos comunes para promover la coordinación efectiva entre los dos sistemas, que son claramente interdependientes.

V. CONSIDERACIONES FINALES

A medida que el número de personas dependientes aumenta, se hace cada vez más necesario desarrollar paralelamente un sector de cuidado formal de estas personas. Las estructuras familiares tradicionales, en las cuales varias generaciones conviven juntas o en las cercanías, son cada vez menos frecuentes. Mientras que la mayoría del cuidado y la atención a la dependencia se proporciona todavía en el seno familiar, el papel y la contribución de los trabajadores remunerados del cuidado formal viene siendo cada vez más necesario e importante. Los objetivos establecidos por la Comisión Europea en la denominada Agenda de Lisboa, en términos de las tasas de participación crecientes para las mujeres, tendrán un impacto significativo en este proceso, al ser principalmente mujeres las encargadas de llevar a cabo la mayoría de las responsabilidades derivadas del cuidado y la atención a miembros de la familia. Así pues, la necesidad de reconciliar la vida laboral y el cuidado familiar (ascendentes dependientes e hijos) se está convirtiendo en una cuestión clave para los trabajadores. Los responsables públicos europeos están buscando estrategias sostenibles para enfrentarse con este reto, ya que

una demanda creciente de trabajadores en el sector del cuidado y la atención a la dependencia también genera preocupación sobre dónde se encontrarán los trabajadores necesarios, así como sobre la cualificación que deben tener y sus condiciones de trabajo (European Commission, 2010).

En el caso de España, se ha establecido el SAAD, que constituye, por varios motivos, una de las iniciativas de política social más importantes de los últimos años. En este sentido, la LAPAD reconoce un nuevo derecho de ciudadanía y garantiza una serie de prestaciones y servicios, ofreciendo un marco potencialmente estable de recursos y servicios para la atención a la dependencia.

El SAAD constituye un conjunto de elementos, ordenadamente relacionadas entre sí, que contribuyen a la promoción de la autonomía personal y a la atención a las personas en situación de dependencia. Como cualquier sistema, la organización es la de una red en la que todos los agentes tienen la misma importancia y deben colaborar lealmente en la consecución de sus objetivos.

Como ocurre con cualquier nueva institución, la puesta en marcha del SAAD plantea oportunidades y amenazas (Sosvilla Rivero, 2009). Por una parte, se ha realizado un importante esfuerzo por parte de las distintas administraciones implicadas en el SAAD para avanzar en su desarrollo normativo y para mejorar su implantación, lo cual es un logro

colectivo que es justo reconocer. Por otra parte, se impone acrecentar su eficiencia mediante una renovada gobernanza, así como mediante la detección y la extensión de experiencias exitosas y buenas prácticas que nos permitan ofrecer directrices y recomendaciones que puedan ser útiles para mejorar la atención a la dependencia.

En este trabajo, se han ofrecido algunas reflexiones, consideraciones y propuestas sobre la gestión de la demanda, la gestión de la oferta y la coordinación socio-sanitaria. En cada una de estas áreas se ha desgranado un conjunto de iniciativas encaminadas al mejor desempeño del SAAD, en un intento de reforzar el Estado del bienestar y poner en valor en España el modelo europeo (caracterizado por la política social de mercado), al tiempo que se revaloriza el papel del sistema autonómico para promover un desarrollo individual y colectivo más humano y solidario. El SAAD está llamado a constituirse en un motor de las políticas sociales, y su dotación no debería descuidarse en períodos bajistas del ciclo.

NOTA

(*) El autor agradece la financiación recibida de la Fundación Caser para la Dependencia, si bien las opiniones expresadas son únicamente suyas.

BIBLIOGRAFÍA

CERVERA MACIÀ, Montserrat; HERCE SAN MIGUEL, José Antonio; LÓPEZ CASANOVAS, Guillem; RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio, y SOSVILLA RIVERO, Simón (2009), *Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarro-*

llo y efectiva aplicación de la Ley 39/2006 14 de diciembre de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en situación de Dependencia, IMSERSO, Madrid.

COMISIÓN DE LAS COMUNIDADES EUROPEAS (2001), *La gobernanza europea: Un libro blanco*, Comisión de las Comunidades Europeas, Bruselas.

EUROPEAN COMMISSION (2009), *2009 Ageing report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States (2008-2060)*, Directorate-General for Economic and Financial Affairs, Bruselas.

— (2010), *Joint Report on Social Protection and Social Inclusion 2010*, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities, Bruselas.

FERNÁNDEZ PÉREZ, José Luis, y HERCE SAN MIGUEL, José Antonio, dirs. (2009), *Los retos socio-económicos del envejecimiento en España*, Consultores de las Administraciones Públicas, Madrid.

JIMÉNEZ MARTIN, Sergi, y VILAPLANA PRIETO, Cristina (2009), *La financiación del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia*, Fundación de Estudios de Economía Aplicada, Madrid.

OCDE (2008), *Public-Private Partnerships: In Pursuit of Risk Sharing and Value for Money*, Organización para la Cooperación y el Desarrollo Económico, París.

PRICEWATERHOUSECOOPERS (2010), *Situación del Servicio de Atención Residencial en España*, PricewaterHouseCoopers, Madrid.

SCHEIN, Edgar (1996), *Organizational Culture and Leadership*, Londres: Jossey-Bass.

SOSVILLA RIVERO, Simón (2007), «Políticas de atención de larga duración: Tercera edad y dependencia», en *El Estado de bienestar ante los nuevos riesgos sociales*. Federación de Cajas de Ahorros Vasco-Navarra, Bilbao: 169-178.

— (2009), «Un análisis estratégico del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia», *Presupuesto y Gasto Público*, volumen 54: 7-29.

SUBIRATS, Joan, dir. (2006), *Guía metodológica para la elaboración de un banco de «buenas prácticas»*, Universitat Autònoma de Barcelona e Institut de Govern i Polítiques Públiques, Barcelona.