

SISTEMA DE AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA: ANÁLISIS Y LÍNEAS DE AVANCE EN TRES DIMENSIONES

JUAN OLIVA MORENO

Universidad de Castilla La Mancha. Departamento de Análisis Económico

Sumario

1. INTRODUCCIÓN.
2. PREVISIÓN Y FINANCIACIÓN.
3. PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN.
4. BUEN GOBIERNO.
5. CONCLUSIONES.
6. BIBLIOGRAFÍA.

PALABRAS CLAVE

Dependencia, financiación, planificación, coordinación, gobernanza.

RESUMEN

El Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia vive momentos de fuerte tensión presupuestaria ocasionada por la situación de crisis económica. Sin embargo, más allá de la crisis, desde su nacimiento ya se apuntaban elementos de disensión que requerían una profunda reflexión sobre su planificación y desarrollo. Este escrito trata de tomar perspectiva de la evolución del sistema en tres dimensiones concretas: (i) previsión y financiación; (ii) planificación y organización; (iii) normas de buen gobierno. Sobre cada dimensión se articula una descripción sobre la situación del sistema (lo realizado y lo dejado de realizar) y se trata de identificar campos de actuación donde enfocar nuestros esfuerzos en aras de avanzar hacia la solvencia de nuestros sistemas de promoción y cuidado de la salud y autonomía personal.

KEYWORDS

Dependency, funding, planning, coordination, governance.

ABSTRACT

The System of Personal Autonomy and Care for Dependency is experiencing moments of strong budgetary pressures caused by the economic crisis. However, beyond the crisis, from its very beginning dissenting elements were already apparent that required deep reflection on planning and development. This paper tries to view the evolution of the system in three specific dimensions: (i) estimating and funding; (ii) planning and organization; (iii) good governance standards. In each dimension, a description is given about the situation of the system (what has been done and what is no longer done) and involves identifying fields of action where we should focus our efforts in order to move towards the capacity of our systems for the promotion and care of health and personal autonomy.

1. INTRODUCCIÓN.

En el inicio del nuevo siglo, España partía de bajos niveles de gasto en protección social asociados a cuidados de larga duración en comparación con otros países europeos. La familia seguía jugando un papel predominante como principal red de protección para satisfacer las necesidades de las personas en situación de dependencia, mientras que la actuación del sector público era de carácter subsidiario. Las proyecciones demográficas (envejecimiento poblacional), unidas a cambios sociales acaecidos en las últimas décadas (reducción del tamaño familiar, incorporación femenina creciente al mercado laboral,...) amenazaban seriamente la sostenibilidad futura de este sistema. Sin embargo, la primera parte de la década se caracterizó por un crecimiento económico sostenido que permitía disponer de recursos para afrontar un cambio de sistema de atención a la dependencia e ir planificando con calma la respuesta a los retos sociales presentes y venideros.

Sin embargo, como señalamos en un anterior número de Actas de la Dependencia (Jiménez y Oliva, 2012), el Sistema de Autonomía Personal y Atención a la Dependencia (SAAD) nació con mala estrella. Ciertamente se diseñó en una etapa de bonanza económica, pero vio la luz apenas meses antes del estallido de la crisis financiera y ha sufrido, quizás como pocos otros servicios públicos, severos recortes presupuestarios, así como la parálisis de su despliegue. Seríamos, sin embargo, muy miopes si pensáramos que todos los males del SAAD proceden de la crisis económica y que una vez superada la misma recuperaremos las esencias del sistema. Nada más alejado de la realidad: los problemas de los últimos años no deben enmascarar otras

debilidades presentes desde su inicio y sobre las que hay que trabajar ahora, no cuando la crisis escampe, si deseamos cimentar las bases de un sistema sostenible en lo financiero y con capacidad de atender a las necesidades de la ciudadanía.

El sistema desde sus inicios ha padecido un profundo problema de indefinición y, en consecuencia, incertidumbre en varias dimensiones. Empezando por la política, donde mientras algunos gobiernos regionales contemplaban la ley como posibilidad de acceder a nuevas fuentes de financiación, de ampliar su red de atención a la dependencia, de trazar rutas de coordinación de servicios o, por qué negarlo, de obtener réditos electorales en su aplicación, otros, en cambio, lo percibían como una prioridad menor, cuando no de obtención de los réditos electorales mencionados a través de la vía contraria: usando la ley como terreno de disputa política, a imagen y semejanza de lo ya ocurrido en el campo sanitario. Incertidumbre también en lo que respecta a qué servicios se debían proveer y a qué beneficiarios, toda vez que la cartera de servicios está descrita en la ley con gran generalidad pero los mecanismos de control de la calidad no se han desarrollado y se ha producido desde su inicio una marcada deriva en conceder ayudas económicas asociadas al cuidador familiar (contradiendo el espíritu de la ley). A la par, las previsiones iniciales sobre los beneficiarios por grado de dependencia se vieron fuertemente superadas desde el inicio y se generaron, ya desde etapas tempranas, unas demoras excesivas en la valoración de los demandantes, así como una numerosa bolsa de personas que habiendo recibido comunicación favorable de su derecho a recibir una prestación no la estaban recibiendo de facto. Incertidumbre normativa debida a

la profusa normativa existente. Incertidumbre en la financiación. ¿Por qué no incluir la financiación del llamado cuarto pilar del Estado de Bienestar (junto a sanidad, educación y pensiones) en la financiación básica de las CCAA? ¿Cómo cumplir con la previsión inicial de que la tercera parte de la financiación del sistema se obtendría a través de la contribución directa de los usuarios (copagos)? Incertidumbre en la organización. ¿Podemos hablar de un modelo único de cuidados de larga duración en España? ¿Se está intensificando la coordinación entre los servicios sanitarios y los servicios sociales? ¿A igual escala entre regiones? ¿Cómo está afectando a la esfera de los servicios sociales las propuestas de cambio de modelo sanitario centradas en la gestión de la cronicidad? ¿Qué papel juegan los recursos familiares y con qué apoyo cuentan las personas cuidadoras? Incertidumbre institucional. ¿Somos conscientes de que hacerlo igual con menos recursos nos llevará a hacerlo peor? ¿Cuáles son las normas de funcionamiento de nuestros sistemas -SNS y SAAD- que han de cambiar para avanzar en la solvencia conjunta de ambos? Ante estos elementos de incertidumbre, tan presentes desde su inicio, los agentes involucrados (usuarios y familias, gestores, proveedores de servicios, potenciales aseguradores) difícilmente pueden tomar decisiones correctas y el sistema corre el riesgo de caer en un continuo proceso de indefinición, lo cual conllevaría un más que probable fracaso.

En una entrevista publicada en Diario Médico el 11 de noviembre de 2011, quien escribe estas líneas afirmaba que la cooperación y la coordinación serían los dos conceptos clave de los próximos años al referirse al Sistema Nacional de Salud (SNS) y al SAAD. Uno podría pensar que los economistas como pitonisos no va-

len gran cosa. No seré yo quien lo desmienta. Sin embargo, también hay que ser conscientes de que, pese a las dificultades señaladas, la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia de España (Ley de Dependencia o LD, a partir de ahora), es un avance normativo comparable a la promulgación de la Ley General de Sanidad de 1986 y marca un cambio fundamental en la ordenación de la promoción de la autonomía y la atención de la dependencia instaurando el principio de universalidad en su cobertura.

Por tanto, más allá del ejercicio de optimismo del autor, vale la pena preguntarse si hay otro modo de avanzar para los dos sistemas que unidos en una estrategia común. Dado que el sistema sanitario es responsable de proteger la salud de la población y los servicios sociales de promover la autonomía personal, la verdadera solución integral a los problemas crónicos de salud de las personas sólo podrá alcanzarse incluyendo en el diseño de sus programas asistenciales la experiencia y el conocimiento de ambos sistemas bajo una visión y acción coordinadas.

A extender estas ideas se dedica el resto del artículo. Para ello, la información se organiza de la siguiente manera. En el siguiente epígrafe nos referiremos a aspectos centrales de previsión y financiación. Entre los mismos se encuentra la superación de las cifras inicialmente previstas de personas cubiertas (por grado de dependencia), la profusa normativa existente y los (insuficientes) recursos invertidos hasta el momento en el sistema. A continuación dirigiremos la atención a aspectos de planificación y organización del sistema. En este sentido, más que realizar una descripción de la heterogeneidad de

modelos de aplicación de los servicios sociales y sanitarios existente en nuestro país, el epígrafe transita por una propuesta de integración/coordinación de servicios, desgranando algunos de los requerimientos mínimos que han de cumplirse para avanzar en la misma. El siguiente apartado se dedica a las normas del buen gobierno, aplicado en este caso a la prestación de servicios públicos básicos. Necesitamos cambiar las formas de hacer en el campo sanitario y en el campo de la atención a la dependencia. No solo en estos sistemas, pero también en ellos. El epígrafe se dedica a desgranar algunos de los campos de actuación donde enfocar nuestros esfuerzos. El artículo se cierra con unas breves conclusiones.

Antes de continuar, se debe advertir al lector que el desarrollo del artículo se basa en trabajos recientes en los que ha colaborado el autor. Por ello, el lector encontrará ideas ya expuestas principalmente en dos obras previas (Jiménez et al., 2011; Asociación de Economía de la Salud, 2013), así como en el monográfico “Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor” publicado por la revista Gaceta Sanitaria en el año 2011.

2. PREVISIÓN Y FINANCIACIÓN.

Transcurridos ya casi 8 años desde su creación, los recursos destinados a la financiación del SAAD dibujan un claro panorama de insuficiencia presupuestaria. Y ello, tanto por la superación de las cifras inicialmente previstas de usuarios del sistema (no tanto en números absolutos como en su composición), como por la mengua de los recursos públicos experimentada a raíz de la crisis económica (los ingresos tributarios cayeron en torno al 30% entre 2007 y 2009), siendo la atención a la dependencia

uno de los sectores donde los recortes han sido más intensos.

En relación con la primera cuestión, las previsiones iniciales del Libro Blanco de la Dependencia (2005) cifraban en 1,25 millones los usuarios del sistema en el año 2010, siendo un 18% de los usuarios grandes dependientes, un 34% dependientes severos y un 48% las personas con dependencia moderada. Con la Ley totalmente desplegada, el número de usuarios previsto para el año 2015 sería de 1,37 millones, siendo la distribución entre grandes dependientes, dependientes severos y moderados la anteriormente referida.

Sin embargo, la evaluación anual correspondiente al ejercicio 2013 de los resultados de aplicación de la LD (BOE, julio 2014) indica que, en ese año, 1,24 millones de personas serían beneficiarias del sistema. La gran diferencia respecto a las previsiones iniciales reside en que un 30% de los usuarios serían grandes dependientes, un 36% dependientes severos y el 34% restantes dependientes moderados. Sin duda, una desviación considerable.

Se ha de señalar asimismo, que aunque dicho informe describe a estos 1,24 millones de personas como beneficiarios reales, según el último dato publicado por el IMSERSO (agosto de 2014), las personas beneficiarias del sistema con derecho a recibir una prestación ascendían a 898.179, de las cuales, recibían efectivamente la prestación 721.512 personas. Para interpretar esta diferencia entre beneficiarios “reales” y beneficiarios con derecho a recibir una prestación se debe acudir a los calendarios inicialmente previstos de aplicación de la LD y a la posterior promulgación del Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, mediante la cual

se modificaba dicho calendario, retrasando la efectividad del derecho a las prestaciones de las personas valoradas en el Grado I, nivel 2, que no la tuvieran reconocida antes del 1 de enero de 2012, a partir del 1 de julio de 2015, así como la efectividad de las prestaciones de las nuevas personas valoradas en el Grado I, las cuales se realizarán a partir del 1 de julio de 2015. En segundo lugar, desde los primeros momentos del despliegue de la LD, un importante número de personas, entre 170.000 y 250.000 dependiendo del momento considerado, aun habiendo recibido comunicación favorable de su derecho a recibir una prestación no la recibían efectivamente. La existencia de este "limbo de la dependencia" tan acentuado ha sido uno de los puntos negros del sistema más evidentes desde la promulgación de la Ley hasta el momento presente.

Yendo ya a la parte de financiación, los artículos 32 y 33 de la Ley de Dependencia determinaban que la financiación del SAAD constaría de tres partes diferenciadas. En primer lugar, la Administración General del Estado asumiría íntegramente la financiación del nivel mínimo de protección, que se encuentra definido en el artículo 7. Para tal fin, los Presupuestos Generales del Estado fijarían anualmente la cantidad de recursos destinados a financiar dicho nivel mínimo. En segundo lugar, las Comunidades Autónomas aportarían al menos una cantidad igual a la prevista por la Administración General del Estado en nivel de protección mínimo y acordado. Además, las Comunidades Autónomas tendrían capacidad para, en función de sus recursos, poder definir niveles de protección adicionales para sus residentes (artículo 10.4). En tercer lugar, los beneficiarios de las prestaciones de dependencia participarían en el coste de las mismas en función de sus re-

ursos económicos, aunque ningún ciudadano quedará desprotegido por no disponer de capacidad económica suficiente (artículo 33.4).

Según se estipulaba en la Memoria Económica que acompañaba a la LD, la previsión era que en el año 2015, cuando el SAAD estuviera totalmente implantado, la contribución a la financiación del mismo -9.352 millones de euros- fuera la siguiente: un 42,6% a cargo de las CCAA, un 23,7% de la Administración Central del Estado, y un 33,7% de aportaciones realizadas por los usuarios en concepto de copagos. En el caso de la Administración Central y de los usuarios estas cifras se refieren a nuevos recursos para el sistema. No obstante, con respecto al gasto financiado por las CCAA, en su cómputo estaban incluidos los cerca de 1.800 millones de euros destinados a servicios de atención a la dependencia antes de la creación del SAAD. En cualquier caso, durante el primer año de funcionamiento del SAAD, el Estado incrementó su aportación en más del 50% respecto a lo presupuestado en la Memoria Económica que acompaña a la ley. Por otra parte, aun con acuerdos de mínimos en el seno del Consejo Territorial del SAAD sobre la participación económica del beneficiario en las prestaciones del Sistema (el primero de ellos posteriormente anulado en 2011 por la Audiencia Nacional), el sistema de copagos se fue concretando, más rápidamente en algunas CCAA que en otras. Para determinar los intervalos de copago a aplicar (y a partir de qué valores comenzaba a aplicar o suponía la exclusión del copago del usuario), la capacidad económica del beneficiario se determinó en algunas de ellas en función de la renta, mientras que en otras se optó por combinar información sobre renta y patrimonio (para una explicación más detallada véase "Características del copago en las prestaciones

económicas por Comunidades Autónomas”, en Jiménez y Vilaplana, 2009). De entre las Comunidades que optaron por el nivel de renta, los intervalos de copago se establecieron generalmente en función del Indicador Público de Renta de Efectos Múltiples-IPREM, del Salario Mínimo Interprofesional-SMI o del Índice de Rentas de Suficiencia. En el caso de las que consideraron renta y del patrimonio se tomó como referencia al individuo solicitante o a la unidad familiar (en términos per cápita y comparando con el valor del SMI). Si bien en julio de 2012, el Consejo Territorial para la mejora del SAAD aprobó “criterios y contenidos sobre capacidad económica y participación del beneficiario en el coste de las prestaciones para la Autonomía y Atención a la dependencia”, al tratarse de un acuerdo de mínimos, las CCAA pueden establecer una mayor participación del beneficiario en el coste de los servicios y prestaciones.

Otra cuestión relevante que debe ser señalada es la enorme profusión de normativa creada al albur de la Ley de Dependencia. Una parte de la misma, generada a través de la figura del Real Decreto Ley, para desarrollar, concretar y actualizar aspectos generales de la propia Ley, cuando no para modificarlos sustancialmente, en especial, en los últimos años de crisis económica. Otra parte, una profusa normativa autonómica. Tanto es así, que el Tribunal de Cuentas, en su informe número 1035 dedicado a la fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas en las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, califica la situación de “maraña normativa difícil de aplicar e interpretar”. Como botón de muestra. En el citado informe se refiere al repertorio nor-

mativo que mantiene el IMSERSO en su página web: 671 normas de carácter autonómico y 134 estatales; muchas derogadas pero otras plena o parcialmente vigentes. Sin duda, un marco normativo de extrema dificultad y complicado manejo para el común de los ciudadanos.

Otro aspecto a destacar es que, conjuntamente con la atención prestada a las personas en situación de dependencia, la creación del SAAD suponía otros efectos positivos derivados. De los modelos de simulación macroeconómica (Herce et al., 2006), se obtenía como resultado principal que el estímulo a la demanda agregada que supondría la creación del SAAD provocaría efectos sobre el PIB de nuestra economía, que podría llegar a ser un 1,56% mayor en 2010 que en ausencia del programa de gasto implicado (un diferencial en tasa de crecimiento acumulativo anual real de +0,28 puntos porcentuales). Asimismo, el retorno fiscal global, por impuestos generales y cotizaciones generadas por la creación de nuevos puestos de trabajo, podría llegar a cubrir hasta casi dos terceras partes del gasto asociado al despliegue del SAAD.

En la misma línea, las estimaciones iniciales del Libro Blanco de la Dependencia (IMSERSO, 2005) cifraban la creación de unos 263.000 empleos directos netos ligados a la creación del SAAD entre los años 2007 y 2010. No obstante, las simulaciones macroeconómicas reducían estas cifras a entre 190.000-200.000 empleos y un análisis microeconómico más detallado arroja cifras aún más reducidas (unos 100.000 empleos). El motivo de esta discrepancia entre el análisis micro y las cifras del Libro Blanco se debía a que mientras en este último se asociaba la creación del SAAD con una incorporación de cuidadores informales al mercado laboral, el

análisis microeconómico basado en la Encuesta de Población Activa y en la Encuesta de Apoyo Informal a Personas Mayores mostraría un potencial mucho más limitado. Pese a ello, las cifras estimadas se referían al medio plazo y escenarios de más largo plazo podrían confirmar esta incorporación de potenciales cuidadores. En todo caso, estas estimaciones no contemplaban en sus horizontes la crisis económica que estaba por llegar y que alteraría el funcionamiento del mercado de trabajo.

Hasta el presente momento, las previsiones optimistas sobre creación de empleo no se han visto completamente satisfechas. Las altas en la seguridad social de profesionales de la rama de los servicios sociales han pasado de 229.050 personas a inicios de 2007 a 345.557 a finales de 2013. Esto es, una ganancia neta de empleo de 116.507 empleos (BOE, 2014). Sin embargo, merece la pena señalar tres aspectos: (i) los servicios sociales es una de las escasas ramas de actividad donde se ha creado empleo neto durante estos años de crisis económica; (ii) los fuertes recortes presupuestarios son, sin duda, un factor a tener en cuenta en la generación de empleo dentro del sector; (y iii) la fuerte concesión de prestaciones económicas de ayuda al cuidado en el entorno familiar (una figura que en principio iba a tener una presencia menor) frente a las prestaciones de servicios en especie no ha jugado en favor de la creación de empleo directo.

En cuanto a los recursos totales movilizados en el ámbito del SAAD, Jiménez y Vilaplana (2009) estiman el coste derivado de las prestaciones económicas y en especie concedidas por el SAAD desde 31 de julio de 2008 hasta 1 de enero de 2010 y comparan los costes totales estimados con los recursos financieros

presupuestados por la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas. Los autores estiman en 6.336 millones de euros el coste de funcionamiento del SAAD en el periodo estudiado. En ese mismo periodo, los presupuestos inicialmente contemplados eran de 4.639 millones de euros. Por tanto, la principal conclusión que señalan los autores es la constatación de la insuficiencia en los recursos financieros planificados inicialmente para la puesta en marcha del SAAD. Situación que se ha tratado de solventar, casi de manera periódica con dotaciones de créditos adicionales. Aunque a primera vista, estos créditos puedan dar la impresión de una mayor generosidad en las prestaciones económicas y en especie, en realidad, sólo suponen un pequeño influjo de aire para un sistema de dependencia que se encuentra desbordado para poder cumplir con las prestaciones reconocidas y que en un futuro cercano puede encontrarse “ahogado” para poder cumplir con su completo desarrollo.

Estas cifras son actualizadas por Barriga y colegas (2011), quienes estiman que durante el año 2010 el coste del SAAD ascendió a un mínimo de 5.549 millones de euros. Por su parte, el Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad (2011), estima el gasto corriente total derivado de la atención a la dependencia (SAAD + prestaciones de análoga naturaleza) en 6.767,2 millones de euros en el año 2010, señalando que la Ley de Dependencia ha impulsado el crecimiento del gasto en atención a la dependencia que las Comunidades Autónomas y corporaciones locales ya venían destinando antes de la Ley, desde un 0,32% del PIB, en el 2003, hasta el 0,64% en el año 2010. El volumen estimado de gasto “nuevo” es de 3.623,9 millones de euros en el año 2010, siendo el volumen estimado de las aportaciones de los usuarios de

590,5 millones de euros. Asimismo, según los autores del informe, un 19,7% de los gastos ocasionados en el ámbito del SAAD se habrían recuperado por medio de retornos fiscales de diversa naturaleza. Un análisis posterior realizado por Vilaplana (2013), estima que la rebaja de recursos para el sistema derivada de la aplicación del Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, ascendería a 1.593 millones de euros anuales. Desafortunadamente, las últimas evaluaciones del SAAD realizadas por el Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (correspondientes a los años 2012 y 2013) no ofrecen cifras globales sobre la suma de los recursos totales financiados por la Administración General del Estado, las CCAA y los usuarios.

Otro aspecto importante a considerar es que en el momento de promulgarse la Ley de Dependencia, existía una elevada heterogeneidad de partida en relación a la oferta de servicios públicos de atención a la dependencia (IMSERSO, 2009). Varios años después de aprobarse la Ley, recurriendo a indicadores básicos del tipo tasas de solicitudes, dictámenes, personas beneficiarias con derecho a prestación y prestaciones efectivamente recibidas en el SAAD (situación en agosto de 2014) aún se observan grandes discrepancias entre regiones. Una parte puede ser explicable por factores de necesidad y salud. Sin embargo, la heterogeneidad es demasiado acentuada como para suponer que toda ella procede del lado de la demanda y necesidad de servicios.

Ahondando en estas diferencias, el ya mencionado trabajo de Jiménez y Vilaplana (2009) señala que el margen concedido a las Comunidades Autónomas para articular el copago ha dado lugar a la aparición de sistemas de contribución diferentes que no favorecen la equidad

interterritorial, de manera que dos individuos con el mismo nivel de renta y de dependencia, pero residentes en CCAA distintas pueden enfrentarse a copagos muy desiguales. Si a esto se suma la variabilidad regional de los precios públicos (tarifas de concierto) de los servicios prestados en especie (centros de día, servicios de ayuda a domicilio, residencias, etc.) se constata que en muchos casos la prestación recibida una vez deducido el copago está lejos de resultar suficiente para costear dicho servicio, lo cual supone que el usuario debe aportar recursos personales o familiares, y que las diferencias existentes entre residir en una u otra región son relevantes. Asimismo, Montserrat y Montejo (2012) en su análisis sobre el Real Decreto 20/2012, de 13 de julio, concluyen que esta reforma es claramente regresiva, toda vez que las rentas medias-bajas soportan, proporcionalmente, cuotas más importantes que las de las rentas medias-altas, hecho que se ve agravado al incluir el patrimonio en la valoración de la capacidad económica. Si bien no se dispone de información oficial más allá del año 2010, el Observatorio del sector de atención a la dependencia en España, en su informe de junio de 2014 apunta un crecimiento del copago medio por usuario del SAAD desde los 961 euros del año 2009 a los 1.614 euros del año 2013. Es decir, un crecimiento relativo del copago por usuario de un 68%. En caso de confirmarse dichas cifras, unido a las conclusiones de los trabajos de Montserrat y Montejo (2012) y Jiménez y Vilaplana (2009), configurarían una situación más que preocupante, dado que a la infradotación de recursos públicos y a la caída en la rentas familiares sufrida durante la crisis, se vendría a unir una situación de mayor presión financiera y regresividad en las contribuciones directas de los usuarios.

En cuanto a las previsiones futuras, Sosvilla-Rivero y Moral Arceb (2011) estiman que en el año 2045 habrá cerca de 1,6 millones de personas beneficiarias del SAAD (0,6 millones de varones y 1 millón de mujeres), ascendiendo el coste del SAAD a 41.926 millones de euros. Los autores concluyen proponiendo, dado el importante reto que supone y supondrá para la sociedad española la atención formal a las personas en situación de dependencia, abrir el debate sobre la manera más adecuada de financiar los servicios y prestaciones del SAAD con el fin de asegurar su sostenibilidad.

En suma, las desviaciones de las previsiones realizadas inicialmente, la complejidad y copiosidad de la normativa y la insuficiencia de los recursos financieros planificados inicialmente marcan fuertemente la puesta en marcha del SAAD y sus primeros años de desarrollo. En este sentido, resulta prioritario reducir ese gran agujero negro del sistema que se ha denominado "limbo de la dependencia". Sin duda, la falta de medios explica en gran medida la existencia de ese número de ciudadanos con un derecho reconocido a recibir una prestación y no cumplido, pero ello no es óbice para reconocer que un sistema de protección público que se precie de ser tal no puede consentir la cronificación de tal situación.

Asimismo, resultaría muy conveniente uniformizar la normativa existente buscando marcos de acuerdo interregionales para evitar situaciones de diferencias de trato a igualdad de necesidad y renta-patrimonio (inequidad horizontal y vertical). En principio, el Consejo Territorial de Servicios Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia debería ser el lugar apropiado para alcanzar este tipo de acuerdos, si bien la premisa

fundamental es la predisposición de las partes para unificar criterios.

También parece imperioso reclamar que los servicios sociales se integren en igualdad de condiciones con otros servicios esenciales como los servicios sanitarios y los educativos en el paquete contemplado por la Ley Orgánica de Financiación de las Comunidades Autónomas y que la financiación pública de sus recursos se realice con criterios generales de base capitativa y ajuste por el riesgo de la población cubierta. Al tiempo, dada la clara situación de insuficiencia financiera del sistema y los recursos adicionales que se precisarían en el futuro, se deberían propiciar nuevas herramientas fiscales y de aseguramiento con objeto de aumentar la recaudación de manera directa o bien la recaudación para el fondo común de servicios esenciales. Las fórmulas pueden ser variadas: desde la implementación de un aseguramiento obligatorio de la condición de dependencia, favoreciendo la opción entre distintos paquetes de cobertura, con posibilidad de ajuste según la renta e incluso de exclusión para las rentas más bajas, y con posibilidad de rescate parcial de la cuantía aportada, hasta la restauración del impuesto sobre el patrimonio o el desarrollo de instrumentos de cobertura como las hipotecas inversas o los seguros privados con beneficios fiscales. Las herramientas pueden ser variadas y estas y otras fórmulas han sido ya expuestas en otros trabajos (Cervera Macià et al., *Informe del Comité de Expertos*, 2009).

3. PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN.

El sistema sanitario es responsable de proteger la salud de la población (no sólo la atención de la enfermedad) y los servicios sociales, de promover la autonomía personal (no solo la atención de la dependencia). Ambos sistemas comparten objetivos que se beneficiarían de una visión y acción coordinada (Oliva et al., 2011). El aspecto esencial sobre el que avanzar es tender puentes que permitan ir construyendo una cultura de la cooperación entre ambos sistemas. Para ello se ha de ser consciente de que la verdadera solución integral a los problemas crónicos de salud de las personas sólo podrá alcanzarse incluyendo en el diseño de sus programas asistenciales la experiencia y conocimiento de ambos sistemas. Sin embargo, esta coordinación se debe armar o propiciar. No surgirá de manera espontánea.

Sin embargo, para propiciar dicho proceso, se ha de ser consciente de que los servicios sociales y los servicios sanitarios poseen una distinta historia y provienen de diferentes culturas. Un eventual sistema coordinado o integrado debe partir de las tres décadas de experiencia del Sistema Nacional de Salud como sistema prestador de servicios. Sin embargo, la parte sanitaria no puede ni debe absorber sin más al sistema de servicios sociales. Será necesaria la creación de estructuras intermedias y de protocolos de actuación conjunta como paso previo necesario a la creación y gestión de equipos de atención multidisciplinares que presten dichos servicios de atención integral. Por tanto, una mayor coordinación-integración deberá fijarse como objetivo alcanzar una verdadera gestión multidisciplinar de una necesidad conformada a partir de distintos elementos y con varios retos simultáneos a abordar: distintas culturas

de ambos sectores, marcadas diferencias organizativas territoriales, niveles competenciales muy dispares, sistemas de financiación alejados entre sí, estructuras y procesos asistenciales separados y a veces incluso paralelos, y sistemas de información que hoy no permiten compartir análisis intersectoriales (Ministerio de Sanidad y Política Social, 2011; Herrera, 2012).

La ocasión de aproximar ambos sistemas es evidente. La adopción de un nuevo modelo de atención a pacientes crónicos podría ser pilar fundamental en la construcción de un espacio socio-sanitario. El llamado "Chronic Care Model" (Wagner et al, 2001) -basado en la promoción de los autocuidados, el rediseño de la organización, los sistemas de información clínicos y los recursos comunitarios, especialmente de atención primaria- es la aproximación más visible en nuestro entorno. No obstante, pese a la formulación de propuestas atractivas en tiempos recientes que marcarían el camino a seguir (Ollero Baturone y Orozco Beltrán, 2011; Departamento de Sanidad y Consumo-Gobierno Vasco, 2010; Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad, 2012; Consejería de Sanidad-Comunidad de Madrid, 2013; Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris-Generalitat de Catalunya, 2012; Consejería de Salud-Junta de Andalucía, 2012; Departamento de Salud-Gobierno de Navarra, 2013; Consejería de Sanidad-Junta de Castilla y León, 2013), hasta el momento la atención a las enfermedades crónicas permanece centrada en torno al manejo de sus exacerbaciones agudas. Todos los sistemas sanitarios de los países desarrollados, incluyendo el SNS, buscan fórmulas para mejorar la atención a los pacientes crónicos y controlar, al tiempo, el gasto derivado de sus frecuentes exacerbaciones y descompensaciones. No obstante, las

potenciales ventajas no reducen la incertidumbre sobre su implementación y desarrollo en sistemas extremadamente jerarquizados y con fuertes barreras entre niveles asistenciales y dentro de los propios niveles. Se trata de un aspecto esencial de cuya resolución depende buena parte de la estabilidad financiera del SNS y del SAAD pero también la efectividad y calidad de los cuidados que presta, un aspecto esencial de su solvencia.

La identificación de experiencias de éxito y fracasos de otros países y del nuestro propio sería una información de gran utilidad en el diseño de programas y políticas centrados en la coordinación intersistemas. En este sentido, se debe reseñar que en España es difícil saber en qué medida se han llevado a cabo los planes y programas de diferentes organismos (planes de atención sociosanitaria promovidos a nivel ministerial y por consejerías de bienestar social, o asuntos sociales, en sus diferentes terminologías) y, menos aún, sus resultados (Jiménez, Oliva, Vilaplana, 2011). En el contexto internacional, el aspecto clave que destaca en las experiencias de integración de servicios sociales y sanitarios de mayor éxito es el énfasis expresado sobre el valor de la coordinación de servicios de naturaleza muy distinta y la necesidad de promover la cooperación entre proveedores para alcanzar la prestación de una asistencia continuada de calidad (Beland y Hollander, 2011). Por otra parte, una reciente revisión de trabajos sobre el impacto económico de programas de cuidado integrado, Nolte y Pitchforth (2014) concluyen que, primero, no está claro en la literatura el propio concepto de "cuidado integrado"; por tanto, bajo ese paraguas podemos encontrar todo tipo de intervenciones de muy diferente naturaleza; segundo, la evaluación económica de los programas se-

leccionados ofrecen un grado de prueba aún demasiado débil como para llegar a ninguna conclusión sólida sobre la eficiencia (balance coste-resultado en salud) de dichas intervenciones de cuidado integral; y tercero, generalmente los análisis se realizan desde la perspectiva del financiador, no considerándose costes que son relevantes desde la perspectiva de la sociedad. En el mismo sentido, Álvarez (2014) en su revisión sobre las experiencias de los programas piloto en el Reino Unido de las organizaciones sanitarias integradas (integrated care organisations, ICOs) señala que el interés de su trabajo fue "dejar constancia de la variada riqueza de estas experiencias, tanto respecto a los campos sobre los que se interviene (EPOC, diabetes, salud mental, demencia, juventud, final de la vida, etc.), en la perspectiva adoptada (intervención temprana, servicios en la comunidad, atención primaria como concentrador, integración de la función de comisión de servicios y puesta en común de presupuestos), o en los objetivos que se persiguen (acceso rápido, crear punto único de entrada, prevenir admisiones hospitalarias evitables, mejora de procesos de gestión)". La creación de infraestructuras que permitan la difusión de este tipo de información y su análisis crítico son, sin duda, necesarios y pueden generar una ayuda muy valiosa para los decisores, los profesionales y la ciudadanía. Un buen ejemplo del potencial de este tipo de plataformas es el recién creado Observatorio de Modelos Integrados en Salud-OMIS (<http://www.omis-nh.org/>).

En todo caso, es importante subrayar que la integración de los sistemas no es sino una opción de los planificadores. No obstante, si esta fuera la vía elegida, se ha de ser consciente de que la integración de los servicios sociales y sanitarios exige una integración previa o cuando

menos en paralelo de los sistemas de información y de un proceso de aprendizaje mutuo entre los profesionales de ambos sistemas. Por tanto, en una integración se podría hablar de tres etapas a cubrir: integración de la planificación; integración de la gestión; integración en la prestación efectiva de servicios. Estas 3 etapas se podrían dar de manera simultánea pero parece más prudente el formularlas de manera consecutiva, dada la complejidad del empeño.

Por otra parte, entre ambas posibilidades -coordinación e integración- existe multiplicidad de posibilidades intermedias, entendiendo que las propias experiencias de cuidado integrado tampoco son fines en sí mismos, sino instrumentos para favorecer una atención de calidad a un coste razonable. Por ejemplo, una posibilidad sería integrar los sistemas de información y la planificación y mantener una gestión de servicios coordinada (no integrada). Otra posibilidad es considerar la coordinación o integración no a un nivel sistémico, sino en función del tipo de paciente que requiere la atención. Así, podríamos definir un perfil de pacientes que requieren cuidados sanitarios intensos continuados, no curativos, (revisión diaria de médicos, y atención continuada de enfermeras y auxiliares), y/o en situación de alto nivel de sufrimiento que requieren cuidados complejos para el alivio sintomático destinado a mejorar la calidad de vida. En este caso los pacientes requerirían de un entorno predominantemente sanitario. En otras situaciones, el paciente requerirá de atención sanitaria continuada estando en una situación de dependencia, esto es, cuidados sanitarios continuados, no curativos ni intensos, en personas altamente dependientes, que poseen un bajo nivel de autonomía y requieren cuidados o supervisión prolongados dentro de un entorno sanitario

(revisión médica periódica no diaria, puntual o a demanda, revisión diaria de enfermería, y cuidados continuados de auxiliares). En otras situaciones la persona requerirá fundamentalmente atención a la dependencia, es decir, recursos de carácter residencial o domiciliario de atención y rehabilitación de la dependencia y a la enfermedad. En función del perfil analizado, el control y el seguimiento pueden partir de los profesionales de los sistemas de atención social o de los profesionales del medio sanitario. Si se propicia o no el que en ambos medios funcionen equipos multidisciplinares orientará la integración de los servicios o la simple coordinación entre medios y profesionales de la atención. Asimismo, existen áreas donde, si bien no sencillo, sí es claramente abordable la integración del servicio prestado, como por ejemplo, en la prestación farmacéutica en residencias o en la puesta en marcha de programas de enfermería comunitaria.

Aunque, como se ha señalado, en algunas CCAA se están propiciando programas interesantes, en términos generales, en el contexto español los programas de atención integrada no son el caso predominante a nivel práctico. Una integración de servicios (o una coordinación fuerte) está muy lejos de poder realizarse toda vez que sólo en algunos lugares se han definido (hablar de desarrollos prácticos es ir un paso más allá) aquellos marcos organizativos capaces de abordar los problemas de la enfermedad crónica mediante la implicación de todos los agentes en su resultado final, alineando la misión de los ámbitos sanitario y social, público y privado, especializado y comunitario. Ello debería suponer la creación de soportes de información, registro y procedimientos de trabajo comunes que facilitarían la comunicación y coordinación entre la asistencia

sanitaria y la social. Entre otros elementos, se debería trabajar en la generación de documentos técnicos de consenso, en la creación de normas reguladoras y estructuras de gobierno y gestión que favorezcan la coordinación, en el desarrollo de políticas de recursos humanos coordinadas (incluyendo la formación conjunta de los decisores del ámbito sanitario y de la atención social en programas de conocimiento y diseño de objetivos comunes, así como el fomento de equipos multidisciplinares), y en la implementación de programas asistenciales concretos que ofrezcan la provisión de servicios que los ciudadanos demandan a ambos sectores, sin agotar la lista. En último término, los sistemas de provisión de servicios deben orientarse al resultado global de la intervención, es decir, enfocados a la salud y a la promoción de la autonomía personal, y no exclusivamente a procesos. Ello supone el desarrollo de sistemas de información que no recojan únicamente procesos, sino resultados finales sobre la supervivencia, calidad de vida relacionada con la salud y problemas en la autonomía personal.

Asimismo, la atención, coordinada o integrada, debe contemplar los servicios sanitarios, sociales y familiares. Cualquier programa que pase por alto la importancia que tiene la red de apoyo afectivo (fundamentalmente familiar, pero no exclusivamente) en España no puede sino tropezar constantemente con ineficiencias e inequidades que erosionan el bienestar de los ciudadanos. Por tanto, si nos referimos a casos de personas frágiles, pluripatológicos, cuya autonomía personal se ve limitada o comprometida, el abordaje integral de los cuidados en salud, exige incluir el papel y la atención al cuidador principal de estas personas. En nuestras grandes estrategias de salud deberían estar presentes de manera expresa los recursos que

se van a destinar a la formación y apoyo (psicológico, orientador, respiro,...) de cuidadores no profesionales, debiendo ser estos recursos específicos en función del grado de dependencia de la persona atendida y del tipo de enfermedad o problema de salud padecido. Asimismo, se debería impulsar el establecimiento de sistemas para dar respuesta a situaciones urgentes de necesidad de atención social ante situaciones de claudicación y desarrollar la legislación y los mecanismos de protección más adecuados para compatibilizar la prestación de cuidados con el desarrollo de la vida personal y profesional de la persona cuidadora. Finalmente, aunque esta lista es extensible, debería ser mucho más accesible a la población la información sobre los recursos del sistema, los criterios de acceso a los servicios y se deberían arbitrar fórmulas que facilitaran a las personas cuidadoras la realización de trámites administrativos relacionados con la atención social y sanitaria de la persona cuidada e incluso del cuidado de su propia salud.

Se debe reconocer que una perversión de los primeros años del SAAD ha sido centrar casi la mitad de las prestaciones concedidas en ayudas económicas para cuidados en el entorno familiar. La distribución de la financiación (monetaria y en especie) depende y a su vez condiciona la cartera presente y futura de servicios. El objetivo buscado es el cuidado de la persona en su hogar, salvo en casos de gran dependencia y falta de apoyo familiar. En este sentido, es lógico promover la libertad de elección de las familias, siempre que con ello se respete el espíritu de la Ley. El artículo 18 de la Ley de Dependencia, establece que "excepcionalmente, cuando el beneficiario esté siendo atendido por su entorno familiar, y se reúnan las condiciones establecidas en el artículo 14.4,

se reconocerá una prestación económica para cuidados familiares”. Sin embargo, estas prestaciones económicas se han convertido en una práctica no excepcional, sino habitual. En este sentido, merece la pena recordar que, primero, la Ley no se diseñó como medio de subvención de las familias donde se produce el cuidado informal sino como marco jurídico de reconocimiento del derecho de las personas con limitaciones en su autonomía a recibir un servicio adecuado. Por tanto, parece existir una incompatibilidad evidente entre la existencia de prestaciones económicas para cuidados familiares de manera generalizada y la propia filosofía de la norma. En segundo lugar, como ya se señaló, la sostenibilidad financiera del sistema pasaba por la creación de un importante número de puestos de trabajo ligado a la atención formal de las personas con limitaciones en su autonomía y a los retornos fiscales (impuestos directos, indirectos y cotizaciones sociales) generados de dicha situación. Sin embargo, una vez que la decisión ya ha sido tomada, y en un contexto de brutal caída de rentas familiares (según Eurostat, la oficina estadística europea, España se encuentra a la cabeza de Europa en tasa de pobreza y en desigualdades de renta), no es socialmente deseable una revocación de estas ayudas económicas. Así, se recomienda prudencia y no tomar decisiones radicales en este sentido pero a medio plazo se debería consensuar la reducción progresiva de la prestación económica a casos excepcionales e irla sustituyendo por la prestación en especie o por prestaciones monetarias para la contratación de cuidados profesionales.

Por último, el papel de la Salud Pública, tanto como elemento cohesionador de la coordinación entre servicios sanitarios, servicios sociales y familiares, como en el diseño y análisis de

políticas de salud, es clave. Si el objetivo de la Salud Pública es garantizar que las personas vivan en condiciones saludables, entonces su ámbito de actuación, debe trascender el ámbito sanitario e identificar y actuar sobre los determinantes de la salud presentes en ámbitos no sanitarios como la atención social, la educación, el mercado laboral, el urbanismo o las políticas de fiscales, por citar algunas, en los que se generan o transmiten desigualdades sociales y de salud (Artacoz et al, 2010; González López-Valcárcel y Ortún, 2011). Mirando a dos o tres décadas vista, un elemento clave para la sostenibilidad del Estado de Bienestar será el estado de salud de las personas de 65 y más años. Pero dicho estado no dependerá de las inversiones sanitarias o en servicios sociales realizadas en ese momento, sino de las realizadas a lo largo de la vida, desde la infancia (o incluso antes, con el cuidado prenatal), la juventud y la madurez, siendo en gran medida de carácter no sanitario. Muchas de estas inversiones transitan por acuerdos entre agentes sociales, contenidos curriculares a incorporar en los planes educativos de población en edad infantil y joven o del desarrollo de investigación aplicada que identifique políticas de éxito en otros países (fiscales, cambios en comportamientos, de coordinación entre sistemas,...) y, por tanto, no requieren de grandes dotaciones presupuestarias iniciales para su implementación. Se ha de ser consciente de que las inversiones que tratan de modificar hábitos individuales, comportamientos sociales o de crear entornos favorables para la salud sólo tienen retornos en el largo plazo. Sin embargo, no por ello son menos necesarias de acometer.

4. BUEN GOBIERNO.

Los cambios estructurales que precisan SNS y SAAD han de encontrar un contexto organizativo apropiado sólidamente fundado en valores. El deterioro institucional que ha emergido de la crisis (económica, pero no exclusivamente), así como los continuos y sonados casos de corrupción, hace necesario partir de los elementos más básicos de organización que configuran a una sociedad: cumplir las leyes. Punto de origen y principio básico a partir del cual avanzar en el resto de campos. Cumplirlas y mostrar desprecio social a los que las incumplen y se precian de ello. Sin embargo, dicho esto, el concepto de "buen gobierno" va mucho más allá del cumplimiento de las leyes, obtener buenos resultados, ausencia de corrupción, mala gestión, nepotismo, etc. También exige que el proceso de toma de decisiones responda a un conjunto de reglas consensuadas de participación democrática, transparencia, responsabilidad, rendición de cuentas y obediencia a códigos de conducta. (World Health Organization 1998a y 1998b). Estas reglas, a su vez, están basadas en valores éticos y en virtudes cívicas y no están restringidas al ámbito de las administraciones públicas, sino que también deben recoger la relación entre accionistas y ejecutivos en las empresas privadas y entre estos y la ciudadanía (Salas, 2002).

Para avanzar en el concepto, debemos tomar clara conciencia de que el propietario del SAAD y de cualquier otro servicio público, el que asume las consecuencias finales de las malas y buenas decisiones, y el que debe valorarlas en último término es el ciudadano. No lo son aisladamente ni las personas dependientes, ni un ministerio o una consejería determinados, ni la administración en cualquiera de sus formas, ni

las empresas proveedoras, ni los profesionales del medio. Los decisores, en sus diferentes niveles de responsabilidad (electos por los ciudadanos o profesionales), están al servicio de la ciudadanía.

Un aspecto clave de buen gobierno es que debemos adoptar, primero, y mantener, después, procedimientos para que la toma de decisiones en todos los niveles de la promoción de la autonomía y la atención a la dependencia esté bien informada y sea transparente y abierta a la consulta y la participación cívica, política y de expertos. En suma, el proceso es clave como elemento de mejora de la calidad de las normas y actuaciones. Para ello, entre otras medidas, las decisiones de importancia deben estar basadas en libros blancos o informes, abiertos a consulta y participación pública, en los cuales se analicen los problemas, alternativas y políticas propuestas, de forma que éstas puedan recibir críticas y aportaciones de todos los ámbitos de la sociedad. Así, se debe mejorar la comunicación de políticas y líneas estratégicas en el marco nacional y regional del SNS y del SAAD. ¿Por qué no conocer la opinión de sociedades científicas y profesionales, de agentes sociales, de otras entidades públicas o privadas, incluso contando con sus conflictos de interés, o de la de ciudadanos de a pie? Así, las grandes estrategias y políticas en salud y atención sociosanitaria deberían ser comunicadas a la ciudadanía cuando son puestas en marcha, se abandonan o se modifican y deberían ser evaluadas periódicamente, siendo del dominio público sus resultados.

Asimismo, cualquier persona debería tener acceso libre a cualquier base de datos pública, con la única limitación que la impuesta por las Leyes de Protección de Datos. Ello implica que

se deberían publicar los datos de actividad e indicadores de calidad de centros sanitarios y de los servicios sociales, incluyendo tanto resultados de indicadores objetivos como otros de satisfacción de los usuarios. Con nombres y apellidos (de los centros, se entiende). La experiencia de la Central de Resultados del Observatori del Sistema de Salut de Catalunya (2012), iniciada en el ámbito hospitalario, ampliada al campo de la atención primaria y trasladada al ámbito de los centros sociosanitarios es una excelente iniciativa en este sentido.

El paso lógico siguiente sería promover políticas que favorezcan la libertad de elección del ciudadano de centro y profesionales e incluso regular las situaciones y crear los mecanismos de compensación financiera adecuados para los casos en los que un usuario quiera elegir un centro de una región diferente a la de residencia. Sin duda, lo anterior requiere del desarrollo de sistemas de información al público y a los usuarios del SNS y del SAAD, invertir en mejorar las competencias de los ciudadanos para adquirir información, valorarla, comprenderla y utilizarla de manera responsable y documentada en el cuidado y promoción de su salud y su autonomía personal. Y ello supone el desarrollo de las herramientas apropiadas, sin duda, pero en primer lugar, y fundamentalmente, requiere un cambio en la mentalidad de los participantes del sistema (de los sistemas) para promover una cultura de respeto entre ciudadanos y profesionales que avance en la idea de toma de decisiones compartidas. A la par que se avanza en este cometido, como efecto pero también como causa, será esencial el desarrollo de órganos y cauces adecuados de participación ciudadana en la toma de decisiones individuales y colectivas. Esto implica, por una parte, retos importantes para la cultura

organizativa y profesional. Por otra, aumentan las obligaciones y responsabilidades de los ciudadanos, toda vez que se subrayan los valores de participación y responsabilidad dentro de un marco responsable de uso de los servicios sociales y sanitarios y de la promoción y cuidado de la propia salud y autonomía personal (Cullen, 2004).

Por la parte de los profesionales, además de hacia los ciudadanos, hay un largo camino de mejora en la comprensión por parte del medio sanitario de la labor de los profesionales de los servicios sociales. Y viceversa. El compartir espacios de trabajos comunes (virtuales, pero también físicos), el acudir a cursos de formación conjunta para desarrollar habilidades y adquirir conocimientos necesarios para el desempeño profesional en ambos medios, el trabajar áreas de colaboración dedicadas a la atención integral y continuadas de personas frágiles, probablemente polimedizadas, y que requieren cuidados sociosanitarios son puntos de encuentro profesional cuyo potencial deben ser explorados y aprovechados. Decíamos que los puentes entre ambos sistemas, SNS y SAAD, deben ser propiciados. No surgirán de manera espontánea. La planificación conjunta de políticas de salud desde una única autoridad (ministerio, consejería) o desde dos autoridades coordinadas y afines es clave en el proceso, pero no puede ser más que una condición necesaria, nunca una condición suficiente.

Asimismo, los puestos directivos de centros y servicios en el ámbito del SAAD (y, por ende, en el SNS) deberían ocuparse no por cargos de confianza del gobierno regional o nacional de turno, sino en base a los méritos profesionales mediante un sistema de convocatoria pública y abierta de dichos puestos y donde un comité

imparcial valorara el curriculum profesional de los candidatos y la decisión final estuviera debidamente justificada. Asimismo, se debería exigir declaración pública de conflictos de intereses de todos los cargos públicos. Una vez marcado el camino para aquellas personas que deben servir de ejemplo positivo para el resto de profesionales, será factible desarrollar un esquema de incentivos aplicado al desarrollo de la carrera profesional basado en la meritocracia y la excelencia y que favorezca el desarrollo de la autonomía profesional (obviamente exigiendo a cambio rendición de cuentas). Difícilmente será posible hacer lo anterior sin que sea primeramente aplicado a los directivos del sistema o queriendo cambiar el orden de actuación (de abajo a arriba).

La transparencia no es una panacea universal que sanará nuestros endémicos males (Meneu, 2013), pero sí un requisito elemental para lograr avances en el campo del buen gobierno de las instituciones públicas. Lógicamente, transparencia y rendición de cuentas son conceptos que van de la mano. Para facilitar la rendición de cuentas y la participación social, política y cívica, los datos existentes deberían hacerse públicos “por defecto” y ser accesibles y utilizables desde Internet. El principio que ha de respetarse sería que toda información generada con dinero público debe ser de dominio público, salvo que afecte a la privacidad individual. Si hay excepciones a esta regla deben ser explícitas y estar justificadas.

Pero con mostrar la información no es suficiente. Toda política, programa, estrategia debe estar basada en criterios claros y explícitos de efectividad, eficiencia, calidad y equidad. Se debe entender que la evaluación de las estrategias, los programas y las políticas no es

una mera opción de los responsables del sistema sino una parte esencial de la rendición de cuentas que deben a la ciudadanía y un elemento fundamental de control democrático. Por ello, es imprescindible potenciar la evaluación de programas e intervenciones, abarcando tanto el nivel micro y meso como el macro. Las evaluaciones anuales del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia acordadas por el Consejo Territorial para la mejora del SAAD, en su reunión de 10 de julio de 2012, son un paso correcto en este sentido. Pero aún hay mucho camino por recorrer.

Las grandes estrategias de cambio organizativo deberían estar sujetas a evaluación ex ante, durante su implementación y ex post. Ello permitiría la confirmación y la matización (o el abandono) de los programas adecuados (o inadecuados). Dicha evaluación podría ser ejecutada por las propias entidades que gobiernan estas estrategias o grandes programas, pero idealmente debería existir una evaluación paralela externa llevada a cabo por sociedades científicas o por investigadores ajenos a dichas entidades, a la manera que se realiza en otros países con las evaluaciones de intervenciones sanitarias y evaluaciones de políticas públicas. Y, abundando en este sentido, deberíamos ser capaces de reconocer que en muchas ocasiones no sabemos exactamente cuál va a ser el resultado de dichas estrategias. Ni en términos de recursos empleados ni en la generación directa de bienestar para los ciudadanos. Por ello, sería sensato que antes de implementar ambiciosas políticas en grandes áreas, o incluso regiones, se realizaran evaluaciones basadas en programas piloto y con diseños cuasi experimentales que permitieran la identificación de elementos fuertes y débiles, retos y debilidades existentes en cada proceso. Ello favorecería la generalización

de los elementos de éxito pero prevendría de la extensión de programas donde se hayan identificado debilidades o problemas y redundaría en un uso más eficiente y equitativo de los recursos públicos y privados.

5. CONCLUSIONES.

Las elevadas expectativas depositadas en la LD y en la creación del SAAD hacía casi inevitable que todas ellas no pudieran verse cumplidas en toda su medida, con independencia de cuál hubiera sido la situación económica del país y el despliegue del sistema. Dicho esto, la grave situación de crisis económica e institucional ha puesto en estado crítico la confianza ciudadana en el sistema. Es urgente responder a esta situación sin perder un instante si se quiere recuperar la solvencia del SAAD y evitar que se convierta en un sistema fallido.

Seamos claros. Mientras el SAAD esté insuficientemente dotado, no será posible crear las infraestructuras físicas y la inversión en capital humano necesarias para cumplir con los objetivos perseguidos por la Ley de Dependencia. Asimismo, un sistema de financiación que contemple de manera estanca los servicios sanitarios y los servicios sociales difícilmente escapará al riesgo de asignar ineficientemente los recursos entre ambos sistemas y no podrá propiciar políticas de salud amplias de las cuales se beneficien los ciudadanos. Por tanto, los servicios sociales deberían formar parte de los servicios esenciales financiados públicamente junto a los servicios sanitarios y los educativos, conforme a bases capitativas y ajuste por el riesgo de la población cubierta. Asimismo, aunque cada región posee las competencias normativas necesarias para legislar en su ámbito de la manera que mejor considere que se defienden los

derechos de sus ciudadanos residentes, sería una señal positiva para la cohesión del sistema el alcanzar acuerdos mínimos que evitaran que la residencia efectiva pueda constituir una fuente de inequidades en plano horizontal y en el plano vertical. En este sentido sería muy importante reconsiderar las diferentes normativas regionales existentes sobre copagos, buscando un sistema que suavice los efectos regresivos que suponen los actuales sistemas de contribución directa del usuario en la financiación del servicio.

Por otra parte, en el plano de planificación y organización de los servicios, la solvencia a medio y largo plazo de los sistemas sanitario y de servicios sociales pasa por su rediseño sobre bases de planificación conjunta y coordinación entre servicios. Las fórmulas pueden ser muy variadas pero no se debe desaprovechar las experiencias de cambio en el modelo sanitario tradicional, y su intento de orientación hacia modelos de gestión de la cronicidad, para tratar de avanzar en la construcción de un espacio socio-sanitario colaborativo. Aunque sería imprescindible la formación de nuevas estructuras y una importante inversión en recursos humanos, lo más difícil de cambiar es la cultura de los sistemas. Por tanto, este es el punto clave donde debe iniciarse el trabajo.

Asimismo, una planificación de amplias miras debe contemplar conjuntamente los servicios sanitarios, sociales y familiares. Se precisa potenciar los servicios de formación y apoyo a las personas cuidadoras y desarrollar un marco legal de protección de sus derechos. Al tiempo, por el lado de los servicios, se debería ir reduciendo el peso de las prestaciones económicas para el cuidado familiar en el hogar e ir introduciendo de manera mucho más decidida que

hasta el momento prestaciones de servicio en especie.

Finalmente, la buena gobernanza de los sistemas de servicios públicos esenciales debe apoyarse en valores fundamentales como son los derechos humanos, el cumplimiento de las leyes y la democracia; y en principios rectores de nuestros sistemas sanitario y de servicios sociales como la universalidad, la equidad, y la solidaridad. Pero las anteriores normas deben ser complementadas por otros principios de buen gobierno como serían construir un sistema mucho más transparente en la información proporcionada a usuarios, profesionales y ciudadanos; buscar fórmulas de participación en la toma de decisiones con los profesionales sanitarios y con la ciudadanía; desarrollar normas y estructuras concretas para que las personas responsables de la toma de decisiones rindan cuentas de las mismas y justificar las anteriores basándose en criterios explícitos de efectividad, eficiencia y calidad en todos los niveles del SNS y del SAAD. Para poder involucrar a profesionales y ciudadanía debe existir un compromiso que se traduzca en la declaración de reglas claras por parte de los decisores de más alto nivel (representantes de la ciudadanía) y en un alto grado de exigencia ética (buen gobierno). Frente a la idea de que la política es el problema, otras personas pensamos que es la solución. No más política, sino mejor política. No mayor complejidad normativa sino mayor calidad institucional. En suma, más democracia efectiva en el seno de nuestros sistemas de servicios públicos.

6. BIBLIOGRAFÍA.

Álvarez A. Experiencias de atención integrada en el NHS Inglés. Case Study Paper 1/ 2014. Fundación NewHealth. Observatorio de Modelos Integrados en Salud.

Artacoz L., Oliva J., Escrivá V., Zurriaga G. La salud en todas las políticas, un reto para la salud pública en España. Informe SESPAS/Gaceta Sanitaria, 2010; 24 (Suppl 1):1–6.

Asociación de Economía de la Salud. Sistema nacional de Salud. Diagnóstico y propuestas de mejora. Barcelona, noviembre 2013. Accesible en: http://www.aes.es/documentos_aes/propuestas_sns

Barriga L.A., Brezmes M.J., García G.A., Ramírez J.M. Desarrollo e implantación territorial de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Informe de Evolución de la Ley cuatro años después. Observatorio para el desarrollo de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia de la Asociación estatal de directoras y gerentes de servicios sociales. Mimeo, enero 2011.

Beland F., Hollander M.J. Integrated Models of Care Delivery for the Frail Elderly: International Perspectives. Gaceta Sanitaria. 2011 Dec; 25 Suppl 2:138-46.

Boletín Oficial del Estado. Núm. 197 Jueves 14 de agosto de 2014. Resolución de 31 de julio de 2014, de la Secretaría de Estado de Servicios Sociales e Igualdad, por la que se publica el Acuerdo del Consejo Territorial de Servicios

Sociales y del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia, sobre los criterios para determinar el contenido del servicio de promoción de la autonomía personal para las personas reconocidas en situación de dependencia en grado II y III, y la evaluación anual correspondiente al ejercicio 2013 de los resultados de aplicación de la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y atención a las personas en situación de dependencia.

Cervera Macià M., Herce San Miguel J.A., López Casasnovas G., Rodríguez Cabrero G. y Sosvilla Rivero S. Informe final del grupo de expertos para la evaluación del desarrollo 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 (Mimeo, septiembre 2009).

Consejería de Salud. Plan Andaluz de Atención Integrada a pacientes con enfermedades crónicas. 2012-2016. Junta de Andalucía, 2012.

Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención al Paciente Crónico en Castilla y León. Junta de Castilla y León, 2013.

Consejería de Sanidad. Estrategia de Atención a Pacientes con Enfermedades Crónicas en la Comunidad de Madrid. Comunidad de Madrid, 2013.

Cullen R. Empowering patients through health information literacy training. World Library and Information Congress: 70 IFLA general Conference and Council 22-27 August 2004. Buenos Aires <http://www.archive.ifla.org>

Departamento de Salud. Estrategia Navarra de atención integrada a pacientes crónicos y pluripatológicos. Gobierno de Navarra, 2013.

Departamento de Sanidad y Consumo. Estrategia para afrontar el reto de la cronicidad en Euskadi. Gobierno Vasco, 2010.

Direcció General de Regulació, Planificació i Recursos Sanitaris. Programa de prevenció i atenció a la cronicitat. Document conceptual. Departament de Salut, Generalitat de Catalunya, 2012.

González López-Valcárcel B., Ortún V. Putting health in all welfare policies: is it warranted? A Southern European perspective. *J Epidemiol Community Health*, 2010; 64:497-9.

Herce J.A., Labeaga Azcona J.M., Sosvilla Rivero S., Ortega Masagué A.C. El Sistema Nacional de Dependencia: evaluación de sus efectos sobre el empleo. Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales. Madrid; 2006.

IMSERSO. Libro Blanco de la atención a las personas en situación de dependencia en España. Madrid: Instituto de Mayores y Servicios Sociales, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales; 2005.

IMSERSO. Las personas mayores en España. Informe 2008. Madrid: IMSERSO, Ministerio de Sanidad y Política Social, 2009.

Jiménez-Martín S., Vilaplana Prieto C. La financiación del sistema de autonomía y atención a la dependencia, Premios Cajamadrid de Investigación Social 2009, Mimeo, Madrid, mayo 2009.

Jiménez-Martín S., Oliva J., Vilaplana C. (coord.). Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio. (Atención sanitaria y servicios sociales: ¿una cuestión de integración o sólo de coordinación?) Madrid: Círculo de la Sanidad; 2011. Accesible en: <http://www.circulodelasanidad.com/documentos/sanidadydependencia.pdf>

Jiménez-Martín S., Oliva Moreno J. Introducción a la monografía sobre Reforma del Sistema de Dependencia, costes y financiación. Actas de la Dependencia, 2012; 6: 5-10.

Herrera-Molina E. Coordinación entre el Sistema Sanitario y los Servicios Sociales; una senda definida como parte de la solución. Actas de la Dependencia, 2012; 6: 51-63.

Meneu R. Transparencia en la gestión de los servicios sanitarios. Una magnífica idea que no parece estar nada clara. Gestión Clínica y Sanitaria, 2013; Volumen 15, número 3-4.

Ministerio de Sanidad, Política Social e Igualdad. Informe del Gobierno para la evaluación de la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. 4 de noviembre 2011.

Ministerio Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad (MSSSI). Estrategia para el abordaje de la cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid. 2012.

Monserrat Codorniu J., Montejo Sarrias I. El copago en la Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Acta para la Dependencia, 2012; 6: 75:98.

Nolte E., Pitchforth E. What is the evidence on the economic impacts of integrated care? WHO Regional Office for Europe and European Observatory on Health Systems and Policies. Policy Summary 11, 2014.

Observatori del Sistema de Salut de Catalunya. Central de Resultats. Quart informe. Àmbit hospitalari. Barcelona: Agència d'Informació, Avaluació i Qualitat en Salut. Servei Català de la Salut. Departament de Salut. Generalitat de Catalunya, 2012.

Observatorio del sector de atención a la dependencia en España. Informe Junio de 2014.

Oliva J., Zunzunegui M.V., García-Gómez P., Herrera P. (editores). Desafíos en la autonomía y la atención a la dependencia de la población mayor (número monográfico). Gaceta Sanitaria 2011 Dec;25 Suppl 2:1-4.

Oliva J., Peiró S., Puig-Junoy J. Horizontes de cambio en el Sistema nacional de Salud: agenda para una reforma sanitaria ordenada. Economistas, 2013; 136: 6-14.

Ollero Baturone M., Orozco Beltrán D., eds. Documento de consenso - Conferencia Nacional para la atención al paciente con enfermedades crónicas. Sevilla, 2011.

Salas V. El gobierno de la empresa. Colección estudios económicos, número 29. Servicio Estudios La Caixa. Barcelona, 2002.

Sosvilla S., Moral Arce I. Estimación de los beneficios de prestaciones de dependencia en España y del gasto asociado a su atención para 2007-2045. Gac Sanit, 2011; 25: 66-77.

Tribunal de Cuentas. N° 1035. Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas en las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Aprobado el 29 de Mayo de 2014.

Vilaplana Prieto C. Valoración económica de las medidas de mejora del sistema de autonomía y atención a la dependencia. Actas de la Dependencia, 2012; 6: 35-49.

Wagner E.H., Austin B.T., Davis C., et al. Improving chronic illness care: translating evidence into action. Health Aff (Millwood), 2001; 20: 64-78.

World Health Organization. Good governance for health. WHO/CHS/HSS/98.2. Geneva: WHO; 1998.

World Health Organization. HEALTH21: An introduction to the health for all policy framework for the WHO European Region (European Health for All Series; No. 5). Geneva, 1998.