
Los intereses ciudadanos en el sistema público de atención a la dependencia

Héctor Maravall Gómez-Allende

Adjunto Secretaría Confederal de Política Institucional de CC00

Como reflexión inicial me gustaría destacar que la configuración y desarrollo de un sistema público de atención a la dependencia, aun siendo mucho menor su coste y ámbito de protección que el Sistema Nacional de Salud o el Sistema de prestaciones económicas de la Seguridad Social, su implantación en estos momentos, sin embargo, tiene una evidente complejidad política y técnica.

La complejidad política se deriva de su enclave normativo dentro del marco del actual modelo de Estado Autonómico, con todas las competencias sociales transferidas y con fuertes presiones o tendencias hacia el federalismo, por lo que la mejor formulación legal de la atención a la dependencia podría ser la de una nueva prestación de la Seguridad Social.

La complejidad técnica surge porque en la atención a la dependencia no partimos de cero, sino de una heterogénea realidad de 17 Comunidades Autónomas, con sus propias redes de servicios

sociales y con sus Servicios Autonómicos de Salud, que en mayor o menor medida tienen programas y actuaciones de atención a personas con dependencia, con su normativa específica, una cultura y práctica de gestores y profesionales que se ha ido generando paulatinamente; a lo que hay que añadir la realidad de varios miles de corporaciones locales que, aunque con menor implantación, disponen de recursos asistenciales, muy en especial ayuda a domicilio, pero también centros de día y residencias.

En esta realidad no tendría ningún sentido superponer una red específica de atención a la dependencia y menos aún abrir un ámbito de gestión de la Administración General del Estado. Ni el proceso de transferencias, ni el diseño constitucional, ni la doctrina del Tribunal Constitucional, ni desde luego la correlación de fuerzas políticas en los ámbitos parlamentarios estatal y autonómicos, lo permitiría.

Por tanto, la aceptación pacífica del nuevo Sistema de atención a la dependencia, que es una necesidad que nadie cuestiona y todos están reclamando, requiere alcanzar un elevadísimo nivel de acuerdo político y también un profundísimo consenso técnico, tanto en la configuración de las líneas básicas del Sistema como en las características más concretas de su aplicación y gestión.

Disponemos ya de un diagnóstico adecuado (en gran medida a través del Libro Blanco). Entre expertos ya hay también una cierta aproximación sobre cuáles deberían ser los principios inspiradores del sistema de atención a la dependencia, pero aún falta mucho por clarificar sobre lo que yo llamaría “la letra pequeña” del modelo, que en definitiva es la que garantizará su viabilidad y efectividad, o por el contrario, de no lograr un consenso, podría llevarnos a un callejón sin salida, por no ser capaces de superar esa complejidad política y técnica.

Todo hace pensar que, hoy por hoy, en el propio ámbito del Gobierno estatal todavía no hay consenso sobre los aspectos fundamentales del modelo. Sin embargo, cada semana que pasa resulta mas urgente abrir por parte de la Administración General del Estado un amplio proceso de consulta, negociación y

acuerdo en diversos planos: con las Comunidades Autónomas (tanto con la administración de servicios sociales como con el servicio autonómico de salud), con las corporaciones locales, con sindicatos y empresarios (donde aun no se ha ido mas allá de meras aproximaciones muy genéricas), con organizaciones y entidades de profesionales, especialistas y expertos, con el sector privado (tanto lucrativo como no lucrativo), con las ONG del sector, etc.

A partir de estas cuestiones de carácter más general, y centrándome en la materia de mi ponencia, a la hora de referirme a cuáles son los intereses ciudadanos que deben ser considerados en el diseño del sistema público de atención a la dependencia, señalaría 4 retos fundamentales: la igualdad, la calidad, la flexibilidad y la diversidad, que además están estrechamente relacionados.

En cuanto a la igualdad en el acceso al Sistema de todas las personas que viven en España, hay que tener muy presente lo ya indicado anteriormente de que partimos de 17 redes funcionando, y aunque no hay diferencias territoriales acentuadísimas, sí hay distintos niveles de cobertura, de implantación y diseño de programas y recursos, de derechos y obligaciones de los usuarios, de presencia de lo público y lo privado, etc., entre

unas Comunidades Autónomas y otras. Teniendo claro que no hay ninguna que pueda ser considerada un modelo de referencia o con unos ratios adecuados de atención (véase al respecto el Informe 2004 elaborado por el IMSERSO y el CSIC sobre la situación de las personas mayores en España).

Por tanto, es preciso que la futura Ley del Sistema de Atención a la Dependencia reconozca de forma igual para todas las personas, vivan donde vivan, el derecho al acceso a las prestaciones básicas. Esto no es incompatible con mantener las facultades de las Comunidades Autónomas de mejorar y ampliar la atención, en la medida de sus posibilidades presupuestarias o de su sensibilidad política y social, siempre a cargo de su financiación propia y exclusiva.

La igualdad requiere no sólo las mismas prestaciones básicas, sino también el mismo sistema y procedimiento de reconocimiento y valoración y los mismos criterios de derivación en toda España.

En mi opinión el éxito del nuevo Sistema va a estar muy condicionado por el acierto en el diseño del procedimiento de valoración. Disponer de una **nueva y suficientemente dotada red de valoración** es imprescindible para que el Sistema funcione con agilidad, rapidez e inmediatez, tanto en la valoración inicial,

como eventualmente en la revisión o revisiones sucesivas.

Todavía tienen que ponerse de acuerdo la Administración General del Estado y las Comunidades Autónomas sobre los baremos, el procedimiento y el perfil de los profesionales o en su caso equipos de valoración. En mi opinión, la valoración de las solicitudes de atención por dependencia no pueden hacerla los actuales Equipos de Valoración y Orientación (EVOS) o sus equivalentes en cada Comunidad Autónoma, ni aunque se reforzaran con más dotación de personal, ya que su finalidad, funciones y criterios son diferentes (aunque no absolutamente dispares) a lo que debe ser la valoración de la dependencia.

Ligado al modelo de procedimiento de valoración está la cuestión de la “ventanilla única”, que facilitaría la relación con los usuarios y la racionalización y simplificación del acceso a los servicios, pero la ventanilla única requiere unos protocolos de derivación acordados entre los servicios sociales y los sanitarios.

Un tercer factor de igualdad sería los deberes de los usuarios, especialmente en el plano económico: copago, corresponsabilidad familiar, actuaciones sobre el patrimonio, etc., ya que en la actualidad hay una clara diversidad de tratamiento entre las diferentes Comunidades Autónomas.

Un último elemento de igualdad es la garantía de acceso a la información, lo que es especialmente importante en los cientos de pequeños núcleos rurales con población muy envejecida, a la que la información y el asesoramiento sobre sus derechos puede llegar con mayor dificultad, por las limitaciones de las redes de servicios sociales de Atención Primaria.

En lo que se refiere a la **calidad de la atención**, ésta viene condicionada por la financiación disponible. Aunque no siempre una mayor dotación presupuestaria es garantía de mayor calidad, sí parece evidente que sin una adecuada financiación unos niveles de calidad adecuados no son posibles.

No es este el momento de profundizar en la financiación del sistema público de atención a la dependencia, pero sin minimizar ni infravalorar su coste de funcionamiento anual, que podría superar los 6.000 millones de euros, una vez consolidado el sistema, este esfuerzo presupuestario no llegaría al 1 % del actual PIB. Por otra parte, es un gasto que debería ser compartido entre las tres Administraciones Públicas, que tendría unos notables efectos en la generación de empleo, que conllevaría evidentes retornos en materia de IRPF, IVA, cuotas a la Seguridad Social, etc., y en todo caso reduciría solo un poco el diferencial de gasto pú-

blico en protección social con la media de los Estados de la Unión Europea (antes de la ampliación a 25), que hoy se sitúa en torno a 7 puntos del PIB.

Es cierto que la calidad de los servicios, equipamientos y programas públicos ha venido siendo tradicionalmente de un nivel razonable. Sin embargo, esta realidad no es homogénea en el conjunto de las 17 Comunidades Autónomas, donde se pueden percibir diferencias entre aquellas que recibieron el traspaso de competencias del IMSERSO en los años ochenta con un ínfimo desarrollo de los servicios, equipamientos y programas y las que lo hicieron en la segunda mitad de los años noventa, en los que se había producido un sensible crecimiento cuantitativo y cualitativo, aunque todavía muy alejado de las necesidades reales.

Tampoco podemos obviar que las fuertes restricciones en la política de personal que han caracterizado a las Administraciones Públicas en los últimos años, sumado al paulatino envejecimiento de unas plantillas sometidas a una dura presión asistencial, junto con el desgaste inevitable de equipamientos de 15, 20 o más años o su inadecuación al perfil de los actuales usuarios, están deteriorando la calidad de la atención.

En lo que respecta al ámbito privado, aunque no se puede generalizar un sec-

tor tan diverso: empresas mercantiles, ordenes religiosas, ONG, Fundaciones, Cooperativas, etc., y valorando el esfuerzo de profesionalidad y modernización que han hecho una parte de los mismos, sin embargo la oferta de precio accesible para la mayoría de los ciudadanos suele dejar mucho que desear.

Estas carencias inciden igualmente en la acción concertada, que hoy día se sustenta en 4 elementos, a mi juicio, inaceptables: precios de concierto por debajo de lo debido, limitada calidad de los equipamientos y de las actividades, y en definitiva de la atención a los usuarios, precariedad laboral y tolerancia de los servicios de inspección públicos.

Si se quiere afrontar con rigor la cuestión de la calidad en el sector concertado hay que modificar las reglas de juego: que las administraciones públicas paguen precios más razonables, que se garantice la calidad en la atención, que se establezcan mejores condiciones laborales de los trabajadores y que haya una firme actuación de los poderes públicos en materia de inspección y evaluación.

Por último, la garantía de calidad requiere instrumentos idóneos de evaluación. La mayor parte de las administraciones públicas todavía se mueven más por criterios de inspección, en su sentido más reduccionista, que de evaluación de

la calidad. Sin duda en los últimos años se ha avanzado en este cambio cultural, pero aún estamos lejos de una sistemática implantación de criterios de evaluación de los servicios en función de parámetros de calidad, eficacia, eficiencia, etc.

En cuanto a la **diversidad de recursos de atención** hay que partir de una idea básica: cada persona en situación de dependencia requiere una respuesta lo más personalizada posible. Esto exige una adecuada diversidad de la cartera de servicios.

La realidad actual de las carteras de servicios de las Comunidades Autónomas, salvo excepciones, es que a pesar de una cierta diversificación en los últimos años, sigue estando muy polarizada en torno a dos programas: la ayuda a domicilio (básicamente de cuidados de hogar) y la atención residencial. Las ratios de estancias diurnas, viviendas tuteladas, viviendas temporales, comidas y lavandería a domicilio, atención nocturna o de fin de semana, ayuda a domicilio especializada, centros de día hospitalarios, atención domiciliaria hospitalaria, etc. son bajísimos.

Los dos objetivos centrales de la atención a la dependencia deberían ser: fomentar al máximo la autonomía de las personas con dependencia y posibilitar al máximo el envejecimiento en el entorno habitual. La cartera de servicios y los

programas, tanto sociales como sanitarios, deberían enfocarse en esa dirección.

Las situaciones de dependencia pueden detectarse con cierta precocidad, prevenirse en algunos casos, retrasar la evolución, frenar el deterioro, incluso en determinados casos lograr una rehabilitación.

En España las prácticas de la detección precoz, la prevención, la rehabilitación, los autocuidados, los hábitos de vida saludables, aunque paulatinamente se van extendiendo y consolidando, aún están lejos de tener una cultura suficientemente asentada en los profesionales y en los usuarios.

Los recursos de atención a la dependencia deben iniciarse desde la detección, la prevención, la rehabilitación, los autocuidados y los hábitos de vida saludables, en los que el Sistema Nacional de Salud debe desempeñar un claro papel protagonista, mejorando y ampliando los programas y actividades, que en mayor o menor medida ya se vienen realizando, aunque con desigual implantación en el conjunto del Estado.

Tampoco en los servicios sociales está arraigada la cultura de la “gestión del caso”, del seguimiento y evaluación de la situación del usuario.

Es evidente que una adecuada diversidad de la cartera de servicios es inicial-

mente un reto gestor para cualquier administración pública, más acostumbrada a gestionar pocos y bien delimitados programas o equipamientos. Pero la mayor complejidad inicial en el diseño y puesta en marcha de una amplia cartera de servicios se vería rápidamente compensada por una mayor idoneidad y calidad de la atención, y también por una mayor racionalidad del gasto y una mejor optimización de los recursos.

La diversidad de la cartera de servicios permite al usuario tener una cierta capacidad de decisión, que debe hacerse compatible con el diagnóstico de valoración y los criterios de derivación de los profesionales. Sin duda, no es fácil encontrar el equilibrio entre los deseos del usuario y el criterio técnico de los profesionales, pero la diversidad favorece más ese encuentro que una cartera de servicios restrictiva.

En relación con la diversidad resulta significativa las muy limitadas propuestas contenidas en el Libro Blanco de la Dependencia en todo lo que se refiere a las personas con discapacidad menores de 65 años y que reflejan claramente las insuficiencias que hay en España en relación a este colectivo y la mucha menor presencia de las Administraciones Públicas, en comparación con lo que sucede en el ámbito de las personas mayores de 65 años.

La extendida y a menudo irresponsable delegación de la atención por parte de las Administraciones Públicas hacia el movimiento asociativo de personas con discapacidad o de familiares, se traduce en una escasísima disponibilidad de recursos y programas públicos, que se han venido limitando a la protección económica y a la atención, con muchas carencias, de las personas gravemente afectadas.

La cartera de servicios para las personas dependientes menores de 65 años requieren mucha más diversidad aún, priorizando al máximo todos los recursos que favorezcan la normalización y la autonomía de vida, limitando la institucionalización para situaciones de severidad extrema.

La cartera de servicios del Sistema de Atención a la Dependencia debe contemplar los recursos sociales, pero también los sanitarios, tanto en lo que se refiere a la atención geriátrica como a la discapacidad de las personas menores de 65 años.

En posteriores intervenciones se va a profundizar en la vertiente sanitaria y en la coordinación sociosanitaria, por lo que sólo reiteraré la importancia de recursos tales como los equipos o unidades de atención geriátrica, los centros de día hospitalarios, la ayuda a domicilio hospitalaria, la utilización de las nuevas tecnológi-

as en el seguimiento y atención en el domicilio, etc., programas todos ellos, hoy por hoy, con muy limitada implantación y que, sin embargo, donde existen han dado resultados claramente positivos.

En lo que se refiere a **la flexibilidad en la aplicación de los recursos de la atención** ésta es una metodología íntimamente relacionada y condicionada por la existencia de una cartera de servicios diversificada.

La flexibilidad se sustenta en la realidad dinámica de la dependencia. No hay una foto fija de la dependencia, ni colectiva ni individualmente.

Aunque haya un perfil muy consolidado de los colectivos mayoritarios de personas con dependencia, también es cierto que aparecen nuevas discapacidades, otras se reducen, cambian la prevalencia de unas en relación con otras. Los avances en la investigación sanitaria, la aplicación de nuevas tecnologías, la mejor implantación de políticas preventivas o rehabilitadoras, la mayor difusión y aceptación de hábitos saludables de vida, tienen efectos en los riesgos o en las situaciones de dependencia, impensables hace dos o tres décadas.

Pero donde los cambios son más frecuentes, rápidos e intensos es en los propios usuarios. Una dependencia leve puede transformarse en 24 horas en una

gran dependencia o incluso total, y dentro de ellas experimentar altibajos.

Estos cambios en los perfiles de los usuarios exige disponer de una capacidad de respuesta asistencial ágil, flexible, polivalente, para conseguir la calidad e idoneidad de la atención y la optimización de los recursos.

Es cierto que la adaptabilidad de la cartera asistencial no suele ser fácil, ni en España ni en otros países con sistemas asistenciales potentes y más consolidados, unas veces por la insuficiencia de recursos, otras por la limitada diversidad de los mismos, ya indicada, pero también por una concepción excesivamente rígida y burocratizada de los procedimientos administrativos de derivación de los usuarios.

Esto requiere unos protocolos de derivación muy claros y sencillos.

Como reflexión final debo indicar que la adecuada protección de los intereses ciudadanos en el Sistema Público de atención a la dependencia exige disponer de instrumentos de **participación en el control de la gestión del nuevo sistema**.

Tenemos que admitir que los indudables avances en la participación institucional que se dieron en las entidades gestoras de la Seguridad Social (INSS, INSALUD, INSERSO e ISM) en los años

ochenta, no sin dificultades y tensiones, lograron unas cotas de información, control y corresponsabilidad para los sindicatos y organizaciones empresariales bastante positivas, que se han ido deteriorando e incluso perdiendo en los procesos de transferencias a las Comunidades Autónomas.

Hoy hay un serio déficit de participación institucional en la mayor parte de los organismos de gestión autonómica de las políticas sanitarias y de servicios sociales. La configuración de un nuevo sistema de protección social como es la atención a la dependencia, debe ir acompañada de la creación de un ámbito específico de participación institucional, tanto en el ámbito estatal como en el de cada una de las Comunidades Autónomas.

La complejidad política y técnica a la que aludía al principio, y las evidentes dificultades que van a producirse en la implantación y desarrollo de la atención a la dependencia, deberían ser un aliciente para las Administraciones Públicas en el reconocimiento del papel que pueden desempeñar los agentes sociales, sindicatos y patronal, máxime cuando desde hace varios años, al menos CCOO, están siendo muy activos en el impulso político y social del establecimiento del Sistema Público de atención a la dependencia.