Servicios sanitarios y servicios sociales
Una agenda a coordinar

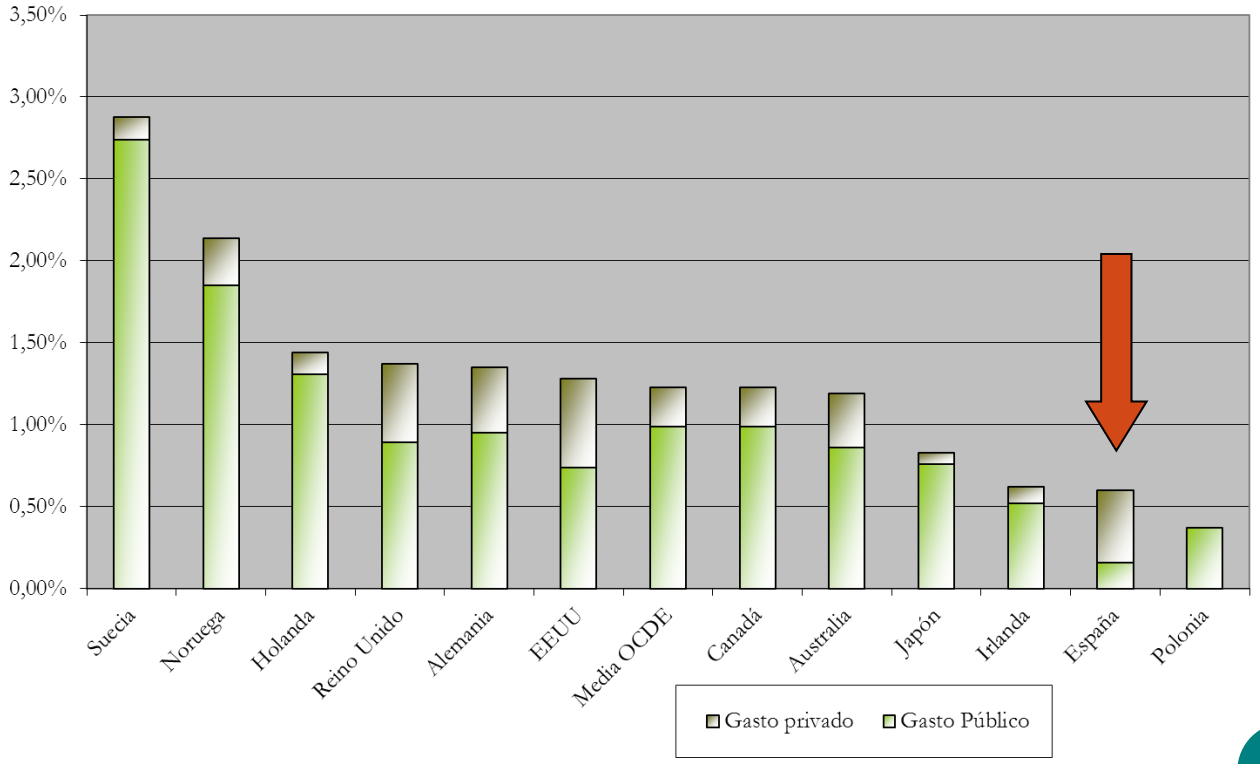
Juan Oliva

Asociación de Economía de la Salud

www.aes.es

Contexto

- 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.



Fuente: OCDE (2005)

	Modelo escandinavo	Modelo continental	Modelo liberal	Modelo mediterráneo
Tipo de cobertura	Universal	Universal	Asistencial	**Asistencial**
Financiación	Impuestos	Cotizaciones sociales	Impuestos	**Impuestos**
Nivel de copago del usuario	Bajo (según renta y tipo de servicio)	Medio (sobre costes)	Alto (según renta + patrimonio y coste)	**Alto**
Peso del cuidado informal sobre el total	Bajo	Medio	Medio	**Alto**
Remuneración del cuidador informal	Relativamente elevada	Variable entre países	Reducida	**Reducida o nula**
Protección social del cuidador informal	Alta (formación, apoyo, empleo, servicios de respiro)	Alta (excedencia laboral, servicios de respiro, vacaciones, formación)	Media (asesoramiento, formación, exenciones fiscales)	**Reducida**
Apoyo social a domicilio	Alto	Medio	Medio	**Bajo**
Peso de la provisión privada sobre el total	Bajo	Medio	Alto	**Alto**
Gasto en CLD sobre PIB	>2%	1-1,5%	≈1%	**<1%**
Porcentaje del gasto público sobre gasto en CLD	>80%	30-80%	60-70%	**<30%**

Fuente: Díaz E, Ladra S, Zozaya N (2009)

AES Asociación de Economía de la Salud

Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

BOLETÍN OFICIAL
DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

VIII LEGISLATURA

Serie A: PROYECTOS DE LEY	5 de mayo de 2006	Núm. 84-1

PROYECTO DE LEY

121/000084 Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

PROYECTO DE LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

AES
Asociación de Economía de la Salud

SAAD-introducción

- **Principios del SAAD**
  - Carácter universal y público de la prestación,
  - Acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad,
  - Participación de las AAPP Central, Autonómicas y Locales

Grandes logros…

…y mayores retos a abordar

Situación a 1 de Marzo de 2011

ÁMBITO TERRITORIAL	Solicitudes		Personas beneficiarias con derecho a prestación		Prestaciones	
	TOTAL	%	TOTAL	%	TOTAL	%
Andalucía	493.468	26,70	333.915	25,70	289.382	29,19
Aragón	61.952	3,35	43.330	3,34	32.801	3,31
Asturias (Principado de)	44.617	2,41	28.042	2,16	19.975	2,01
Balears (Illes)	31.211	1,69	22.263	1,71	13.614	1,37
Canarias	41.663	2,25	28.652	2,21	11.189	1,13
Cantabria	27.696	1,50	22.392	1,72	17.080	1,72
Castilla y León	104.828	5,67	78.456	6,04	68.420	6,90
Castilla-La Mancha	109.267	5,91	69.485	5,35	58.377	5,89
Catalunya	289.732	15,68	224.680	17,29	170.356	17,18
Comunitat Valenciana	127.687	6,91	93.686	7,21	52.783	5,32
Extremadura	52.002	2,81	33.964	2,61	22.182	2,24
Galicia	110.165	5,96	76.015	5,85	42.258	4,26
Madrid (Comunidad de)	140.077	7,58	97.323	7,49	72.108	7,27
Murcia (Región de)	61.437	3,32	46.806	3,60	37.544	3,79
Navarra (Comunidad Foral de)	26.138	1,41	17.053	1,31	13.623	1,37
País Vasco	104.248	5,64	68.102	5,24	54.323	5,48
Rioja (La)	17.515	0,95	12.266	0,94	13.020	1,31
Ceuta y Melilla	4.608	0,25	2.778	0,21	2.453	0,25
TOTAL	**1.848.311**	**100,00**	**1.299.208**	**100,00**	**991.488**	**100,00**

Prestaciones a beneficiarios

- Personas beneficiarias con prestaciones: 696.366 (ratio prestaciones/beneficiarios: 1,20)
  - Prevención Dependencia y Promoción A.Personal: 1,57%
  - Teleasistencia: 11,00%
  - Ayuda a domicilio: 12,28%
  - Centros de Día/Noche: 5,90%
  - Asistencia residencial: 15,03%
  - P.E Vinculada Servicio: 5,46%
  - P.E Cuidados Familiares: 47,67%
  - P.E Asist. Personal: 0,09%

Financiación

- 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.

- Evitar la indefinición: Los **servicios sociales podrían formar parte de los servicios esenciales** financiados públicamente junto a los servicios sanitarios y a los servicios educativos (L.O. de Financiación de las Comunidades Autónomas).

Tabla 2.10. Comparación entre la financiación de la Administración General del Estado y de las comunidades autónomas al SAAD y los costes estimados (coste mínimo y coste de prestaciones económicas y en especie) (millones de euros)

	Administración General del Estado			Comunidades autónomas		
	2008	2009	2010	2008	2009	2010
1.º) Mínimo garantizado de dependencia	502,35	764,98	1.164,98	502,35	764,98	1.164,98
2.º) Nivel acordado de dependencia	241,62	283,20	283,20	241,62	283,20	283,20
3.º) Cobertura de cuotas sociales de cuidadores no profesionales	9,86	33,50	33,50			
4.º) Otros gastos de dependencia	117,16	77,01	99,39			
5.º) Fondo de apoyo para la promoción y el desarrollo de infraestructuras	–	17	17			
6.º) Real Decreto Ley 9/2008, de 28 de diciembre		400				
7.º) Real Decreto Ley 8/2009, de 12 de junio		400				
Total	**870,99**	**1.975,69**	**1.598,07**	**743,97**	**1.048,18**	**1.448,18**
Ejercicios 2008 y 2009						
Total de recursos			**4.638,83**			
Administración General del Estado			2.846,68			
Comunidades autónomas*			1.792,15			
Total de costes			**6.335,97**			
Coste estimado nivel mínimo (2008 y 2009)			1.979,67			
Coste en prestaciones económicas y en especie			4.356,30			
Total de recursos-total de costes*			**–1.697,14**			

Fuente: Jiménez y Vilaplana (2009).
* Falta incorporar las aportaciones de Navarra (convenio económico) y País Vasco (concierto económico).

- Dada la clara situación de **insuficiencia financiera del sistema**, se deberían **estudiar nuevas herramientas fiscales y de aseguramiento** con objeto de aumentar los fondos disponibles

AES
Asociación de Economía de la Salud

Provisión de servicios

- A consecuencia de la insuficiencia financiera que está sufriendo el SAAD en sus primeros años de vida, **cobra sentido el concentrar la atención en grandes dependientes.**

- Los recursos destinados a **dependientes moderados** deberían enfocarse en **programas de prevención o retraso de la dependencia** hacia grados superiores

Tabla 3.60. Gasto público por 1.000 habitantes para la cohorte de 65-74 años. Tasas de crecimiento del gasto social y sanitario entre grados de dependencia

	Sanitario público	Social público	Total público
No dependiente	2.387.156	108.053	2.495.209
De ND a M	***329,58%***	***2.021,44%***	***402,85%***
Moderado	10.254.852	2.292.275	12.547.127
De M a S	***–22,16%***	***52,28%***	***–8,56%***
Severo	7.982.162	3.490.575	11.472.737
De S a G	***39,29%***	***46,50%***	***41,48%***
Grande	11.118.029	5.113.777	16.231.806

Fuente: elaboración propia a partir de la ENS 2006 y la EDAD 2008.
En cursiva se muestra la tasa de crecimiento en el gasto (social o sanitario) por 1.000 habitantes al pasar de una categoría de dependencia inferior a otra superior.

Fuente: Jiménez-Martín, Oliva, Vilaplana (coord.) (2011)

Provisión de servicios

- A consecuencia de la insuficiencia financiera que está sufriendo el SAAD en sus primeros años de vida, **cobra sentido el concentrar la atención en grandes dependientes.**

- Los recursos destinados a **dependientes moderados** deberían enfocarse en **programas de prevención o retraso de la dependencia** hacia grados superiores

- **La concesión de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar a cuidadores no profesionales debe hacerse**, de acuerdo con el espíritu de la Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia (Art. 18). Es decir, **con carácter excepcional.**

Provisión de servicios

- **La coordinación o integración** debe contemplar los **servicios sanitarios, sociales y familiares**.

- El abordaje integral de los cuidados de las personas dependientes, exige incluir el papel y la atención a la **persona cuidadora principal de la persona dependiente.**

- Los sistemas de provisión de servicios deben estar orientados 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 (sistemas de información).

- **Papel de los programas de Salud Pública** en la promoción de un envejecimiento saludable y en como guía de conexión entre los servicios sociales y los servicios sanitarios.

Coordinación/integración

- La **coordinación de los sistemas de información y los servicios sociales y la atención sanitaria** no es una opción de los planificadores públicos, es una **necesidad.**

- La **integración de los sistemas** en cambio es una **opción** de los planificadores.

- En una integración se podría hablar de varias etapas a cubrir:
  - **Integración de la planificación (información)**
  - **Integración de la gestión**
  - **Integración en la prestación efectiva de servicios**

Coordinación/integración

- En el contexto actual, **la integración de servicios está lejos de poder realizarse**, pero…
- **Existen posibilidades intermedias**:
  - Por ejemplo, **integrar sistemas de planificación e información** pero mantener una **gestión de servicios coordinada pero separada.**
  - Otra posibilidad es considerar la coordinación o integración no a un nivel sistémico, sino en función del **tipo de paciente** que requiere la atención.

Coordinación/integración

- La adopción de un **nuevo modelo de atención crónica** es uno de los pilares fundamentales de la construcción del espacio socio-sanitario.

- En el momento de evaluar y actualizar el diseño de las **Estrategias del SNS** en las luchas contra las enfermedades se debería incrementar la **participación de profesionales del ámbito de la asistencia social**.

- Otros elementos a destacar:
  - **Colaboración público-privada**
  - Reforzar el papel del **ámbito local** en la toma de decisiones y gestión de servicios

Investigación y evaluación

- Se debería **propiciar la investigación de las políticas y medidas de salud** que permitan un **envejecimiento más saludable.**

- Se debería comenzar a **identificar aquellos programas y políticas nacionales o internacionales** sobre los que existen pruebas científicas de su efectividad a un coste soportable por el sistema (**eficiencia**) y que no discriminen entre individuos que tengan el mismo grado de necesidad (**equidad**).

- Al hilo de la recomendación anterior, **se debería incrementar la investigación de los efectos de políticas o programas de carácter transversal** en ámbitos ajenos a la sanidad y los servicios sociales.

Investigación y evaluación

- **Evaluación continua** de las experiencias de provisión de servicios y de coordinación entre servicios sanitarios y sociales, en términos de recursos empleados y resultados en salud conseguidos.

- La **evaluación** no debe ser interpretada como una opción más o menos útil, sino como un **elemento cultural** inequívocamente unido a los propios procesos de atención socio-sanitaria, como elemento de **búsqueda de la excelencia en la calidad** de los servicios prestados y como garante de la **rendición de cuentas ante el ciudadano.**

Gracias por su atención

(comentarios, sugerencias, críticas,...)

juan.olivamoreno@uclm.es