

Gestión de políticas para la dependencia funcional

Orientaciones para la gestión de la oferta de prestaciones y servicios en los sistemas de cuidados y atención a la dependencia funcional desde la experiencia española con la Ley 39/2006

contenido de referencia para una exposición en el Banco Interamericano de Desarrollo en Washington el 12/11/2019



Diálogo Regional de Política 2019

Pilares de Apoyo a la Dependencia

Cómo construir un sistema de cuidados

12 y 13 de noviembre de 2019
Banco Interamericano de Desarrollo
Washington, DC



Partiendo de la experiencia en el contexto vasco, español y europeo y tomando como referencia los productos de sus comunidades de conocimiento correspondientes, se intentará ofrecer información, argumentos, buenas prácticas y lecciones aprendidas según la siguiente secuencia (que se irá presentando en general y señalando y analizando, en cada punto, fundamentalmente, la opción adoptada en el caso del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia español):

0. **(Este punto habrá sido tratado antes y no se abordará en la exposición).** Una vez identificado el fenómeno (la dependencia funcional) y las personas destinatarias de los sistemas de cuidados de los que estamos hablando, es necesario, en primer lugar, caracterizar y ubicar adecuadamente estos sistemas en el marco de los sectores de la economía y las políticas públicas, entendiendo que hay varias aproximaciones diferentes, como, por ejemplo:

- Que el sistema se diseñe pensando sólo en las personas mayores en situación de dependencia, o en todas las personas con discapacidad en situación de dependencia o en todas las personas que necesitan cuidados (incluyendo también a la primera infancia), por poner algunos ejemplos.
- Que el sistema tome en consideración únicamente la dependencia funcional de la persona o que también considere (de una u otra manera) los cuidados y apoyos primarios (familiares y comunitarios) disponibles. A este respecto es fundamental analizar los patrones culturales y morales, los contratos sociales vigentes en la población. Por ejemplo, en la sociedad española, es muy diferente en la

consideración cultural, moral y legal la obligación de cuidar a descendientes o a progenitores.

1a. Punto de partida para la gestión y el gobierno: conocer la respuesta a dos preguntas:

- ¿El sistema es subsectorial, sectorial, intersectorial o transversal?
- ¿El sistema tiene una finalidad más o menos preventiva, habilitadora, asistencial o paliativa?

1b. En España el sistema de atención a la dependencia se encajó problemáticamente dentro del sistema de servicios sociales con una finalidad pretendidamente asistencial que, de facto, derivó a paliativa.

(España: opción subsectorial disfuncional (dentro de los servicios sociales/desconociendo: 1-encuadre poblacional de las personas en situación de dependencia como personas, con discapacidad y necesidad de cuidados y 2-potencialidades familiares y comunitarias) con algo de garantía de ingresos, desajustada (por desincentivos y desenfoque de género).

España: opción, en principio, asistencial limitada, realidad más bien paliativa, desde una mirada a la dependencia funcional como una realidad más bien individual, estática e irreversible.)

2a. A continuación se trata de saber qué harán las y los profesionales y qué profesionales lo harán. Desde la experiencia, entendemos que la oferta, al menos, debe contener las siguientes actividades o apoyos (con las correspondientes cualificaciones de referencia):

- Diagnóstico, valoración o evaluación. Grado universitario en intervención social y otros.
- Planificación del futuro personal. Grado universitario en intervención social.
- Asistencia personal. Formación profesional de auxiliar.
- Acompañamiento social. Grado medio en intervención social.
- Productos de apoyo para complementar funciones para actividades de la vida diaria.
- Habilitación o rehabilitación para actividades de la vida diaria. Grado medio en intervención social.
- Intervención familiar. Grado universitario en intervención social.
- Aplicaciones informáticas para la interacción.
- Dinamización comunitaria. Grado universitario en intervención social.
- Plataformas digitales para las relaciones comunitarias.
- Prestaciones económicas para incentivar la interacción.

2b. En España.

- No se identificaron las limitaciones del conocimiento y la tecnología disponibles en las organizaciones y profesionales realmente existentes, especialmente en lo referente a la atención virtual o digital.

- Se optó por una valoración individual sólo de algunos aspectos y excesivamente orientada a la baremación.
- Apenas se consideraron las actividades preventivas, especialmente las de carácter comunitario.
- Se estableció una prestación económica como apoyo, pretendidamente excepcional, para el cuidado familiar que se convirtió, imprevistamente, en la prestación estrella del sistema, generando desincentivos para la atención profesional, distorsiones del propio cuidado familiar y retrocesos en equidad de género.

3a. Una vez sabemos qué harán las y los profesionales, hemos de entender que esos apoyos o actividades que acabamos de identificar no son sino los ingredientes o componentes que se presentan o agrupan en forma de servicios o programas, reconocibles por parte de la población.

Dichos servicios que incluye el catálogo de nuestro sistema pueden adoptar una de las siguientes modalidades (mencionadas de la más a la menos deseable según los consensos de las comunidades de conocimiento de referencia):

- virtual
- de medio abierto
- domiciliaria
- ambulatoria
- diurna
- nocturna
- residencial

¿De dónde sale esa ordenación de las modalidades menos o más deseables? De la capacidad que cada uno de los formatos tiene en orden a cumplir los siguientes cuatro criterios o directrices:

- impacto preventivo
- posibilidad de personalizar la atención
- facilidad para la integración vertical y horizontal de los servicios
- potencialidad para incorporar un enfoque ecológico que permita incidir a la vez en los individuos y sus entornos.

3b. En España no se jerarquizaron o priorizaron modalidades en función de criterios ni se identificaron las actividades o apoyos (contenido prestacional) que contendrían los diferentes servicios (más bien modalidades) que contiene el catálogo (base de las carteras) establecido en la Ley.

4a. A continuación nos preguntamos: ¿cómo se proveerá?

Opciones:

1. Proveer las prestaciones y servicios mediante gestión directa de servicios públicos.
2. Proveer las prestaciones y servicios mediante gestión concertada o indirecta y, por tanto, con la colaboración de organizaciones solidarias o privadas.

3. Entregar dinero para que las personas los adquieran en mercados más o menos regulados.

En España, básicamente, se optó por el segundo de los caminos pero se emitieron señales débiles y contradictorias a las organizaciones solidarias y privadas, lo que dificultó su desarrollo, modernización y diferenciación.

4b. La opción por una de las tres vías (o una combinación entre ellas) en la provisión habrá de hacerse teniendo en cuenta diferentes factores:

- Inercia institucional (*path dependence*) en cuanto a los arreglos históricos en el país en cuanto al rol del Estado, el tercer sector, las empresas mercantiles y la comunidad en el ámbito.
- Grado de maduración en términos de conocimiento disponible y capacidades instaladas de los equipos profesionales y tecnologías de apoyo realmente existentes y del ecosistema de investigación, desarrollo, innovación, transferencia del conocimiento y formación correspondiente.
- Alcance (universal, contributivo o residual) y financiación (especialmente grado y tipo de copago) previstas para el sistema.

(Llegados a este punto hemos de revisar todo lo visto y por ver desde la perspectiva de la equidad y la atención a la diversidad de género, generacional, funcional y cultural.)

5a. Siguiendo pregunta a plantear: ¿cómo se gestionará el sistema?

Debe contemplarse, fundamentalmente:

- La planificación y evaluación.
- La gestión de la información.
- La gestión de los recursos humanos.
- La gestión de la calidad.
- La gestión del conocimiento y la innovación.

5b. En España se instaló un sistema centralizado de gestión operativa de información administrativa como herramienta para una programación reactiva y no la necesaria gestión estratégica inteligente, digital, distribuida, integrada, colaborativa, interoperable y proactiva de la información (grandes datos), el conocimiento y la innovación técnica, organizativa y política que requiere el sistema.

6. El modelo de referencia para la integración horizontal intersectorial (OCDE, UE, OMS) sería aquél que estratifica a las poblaciones y que va incorporando progresivamente las siguientes estrategias de facilitación de los itinerarios intersectoriales, con grupos progresivamente más reducidos:

1. Pilares sectoriales universales con objeto y perímetro claros e interfaces definidas entre ellos. La persona gestiona sus itinerarios intersectoriales.
2. Cribado proactivo, itinerarios protocolizados, interoperabilidad de la información. La persona gestiona sus itinerarios intersectoriales con esos apoyos o ayudas.
3. Gestión de caso (liderada desde cualquiera de los pilares). La persona es acompañada en sus itinerarios intersectoriales.

4. Servicios integrados (en todos los pilares). La persona recibe atención integral por parte de un servicio de uno de los pilares.

La integración vertical (dentro del sistema o ámbito) es la otra cara de la moneda, pues facilita la continuidad o longitudinalidad de la atención e intenta que ésta se realice en la proximidad, la comunidad y el territorio, lo cual, a su vez, favorece la integración horizontal.

6a. Y finalmente: ¿cómo se gobernará el sistema?

Desde el punto de vista de la gobernanza multinivel y arreglo institucional, el sistema puede implicar diversos niveles (municipal, regional y nacional, por ejemplo), siendo fundamental, especialmente en el caso de participación de diferentes niveles, estructurar la integración vertical del sistema y regular los compromisos de financiación.

El despliegue del sistema debe contemplar los sistemas y agentes preexistentes y si los reemplazará, los integrará o interactuará con ellos. Asimismo preverá los instrumentos jurídicos o normativos que necesitará y los planes de contingencia para eventos imprevistos o escenarios alternativos que aconsejen u obliguen a modificar los cursos previstos de acción.

6b. Es fundamental que la oferta (o la mayor parte de ella) esté en manos de un único nivel de la Administración en aras de la continuidad de la atención (integración vertical).

Es clave también la gobernanza de la integración horizontal intersectorial, especialmente entre servicios sociales, salud y vivienda, con una autoridad (vicepresidencia social) con control efectivo y una arquitectura similar en los diferentes niveles de gobierno y escalas territoriales.

6c. En España la Ley 39/2006 supuso agregar un nivel gubernamental más (el estatal), débil, a los tres que ya existían (regional, provincial y municipal), aumentando el desorden, las duplicidades, los agujeros negros, las ineficiencias y los incentivos perversos e incumplir la promesa de instalar un modelo de atención integrada intersectorial.

0. (Este punto será tratado posteriormente y no se abordará en la exposición)
¿Cuál será el alcance y cómo se financiará el sistema?

La capacidad para unir autoridad pública con prescripción facultativa (autoridad técnica) parece favorecer la universalidad (no contributividad) financiada por impuestos.

España: Universalidad declarada con copago disuasorio. Financiación compartida que dificulta la identificación política de responsables.