

Health and social care: a question of integration or coordination alone?

Sergi Jiménez. Universitat Pompeu Fabra & FEDEA

AES, Bilbao 18/05/2012

Motivación

- **Bajo nivel de gasto en protección social** asociados a cuidados de larga duración en comparación con otros países europeos (0.5 PIB en 2004).
- La demografía y la familia condicionaban la **sostenibilidad futura** de un sistema fundamentado en el apoyo familiar:
 - ⇒ ¿SAAD como solución o SAAD como problema?
- Gasto sanitario desbocado hasta 2010 (crec. Doble PIB 2000-2010).
- La crisis ha acelerado las tensiones financieras aunque probablemente represente una oportunidad para la **coordinación sociosanitaria**:
 - Elevado grado de sustituibilidad en la atención a crónicos-dependientes
 - + menor coste de la atención a la dependencia
 - ⇒ Probable desvío de atención sanitaria a atención social

El estado del SAAD: Indicadores

- Aumento del gasto en cuidados del largo plazo
 - (Todavía lejos de Suecia: nº 1 de la UE-27)

Evolución del gasto en cuidados de largo plazo

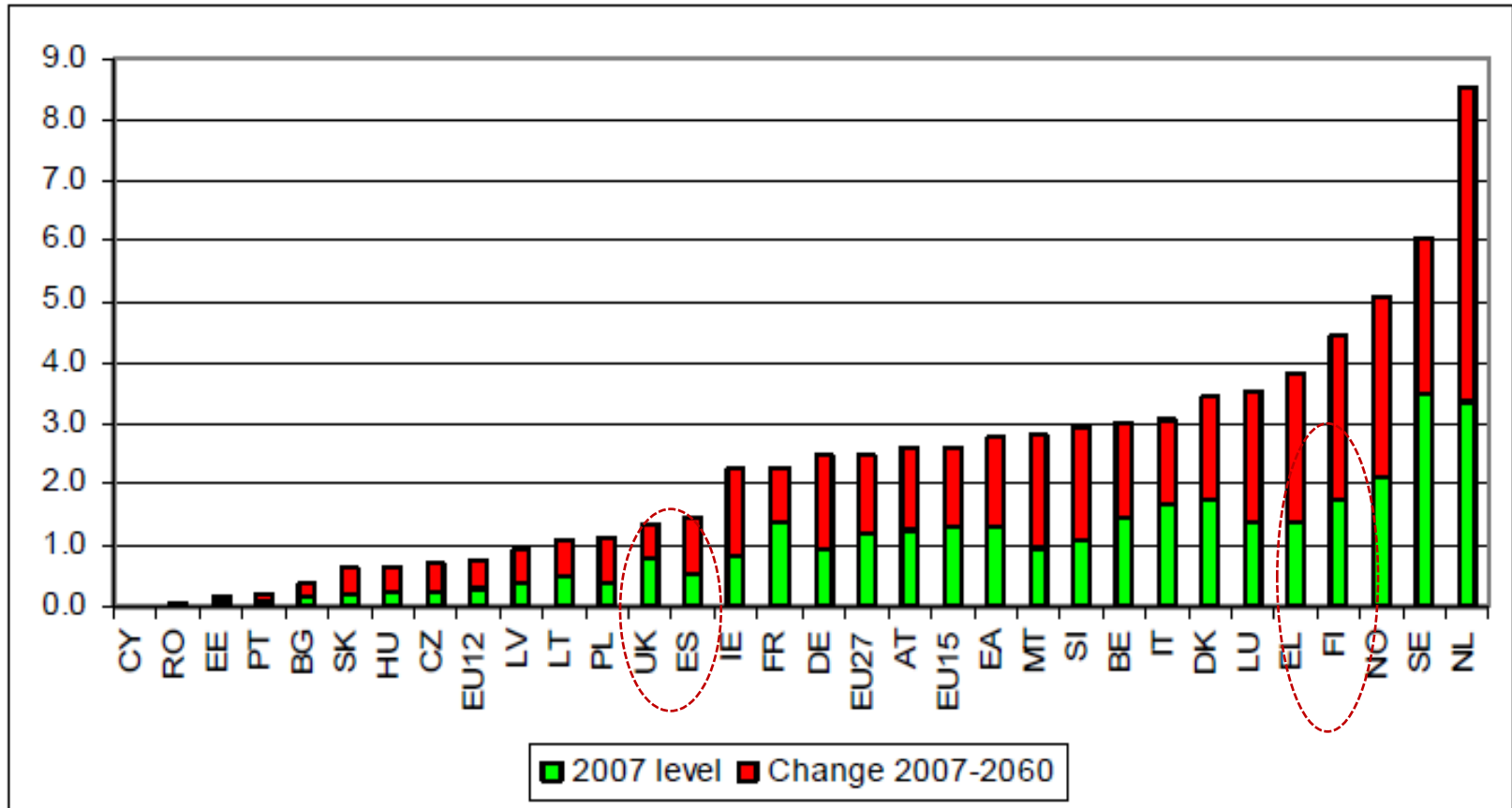
| | Gasto cuidados de largo plazo (% PIB) | | Gasto cuidados de largo plazo (% gasto sanitario) | | Gasto cuidados largo plazo (PPA por habitante) | |
|-------------|---------------------------------------|-------------|---|--------------|--|-----------------|
| | España | Suecia | España | Suecia | España | Suecia |
| 2003 | 0,74 | 3,82 | 9,35 | 42,88 | 154,75 | 982,82 |
| 2004 | 0,75 | 3,75 | 9,36 | 43,01 | 163,08 | 1.026,50 |
| 2005 | 0,78 | 3,68 | 9,72 | 42,33 | 178,81 | 1.008,37 |
| 2006 | 0,79 | 3,65 | 9,86 | 42,5 | 196,16 | 1.062,05 |
| 2007 | 0,83 | 3,6 | 10,18 | 42,18 | 217,65 | 1.125,03 |
| 2008 | 0,88 | 3,68 | 10,15 | 41,86 | 227,56 | 1.134,43 |
| 2009 | 0,92 | 3,89 | 9,9 | 40,54 | 222,51 | 1.087,82 |

Fuente: Eurostat. Health Statistics

- **¿Y el objetivo de alcanzar el 1,5% del PIB en 2015?**

El estado del SAAD: Indicadores

Graph 73 - Pure demographic scenario – public expenditure on long-term care as % of GDP



Source: Commission services, EPC.

Fuente: European Commission (2009). [The 2009 Ageing Report: Economic and budgetary projections for the EU-27 Member States \(2008-2060\)](#). European commission, Brussels

El estado del SAAD: Indicadores

► ¿Cuál ha sido el impacto del SAAD sobre la economía española?

Efecto del **gasto total** del SAAD sobre el empleo (mantenimiento y creación de empleos)

| | Empleos directos | Empleos indirectos | Total |
|--------------|------------------|--------------------|----------------|
| 2009 | 89.000 | 23.000 | 112.000 |
| 2010 | 96.000 | 40.000 | 136.000 |
| Total | 185.000 | 63.000 | 248.000 |

Efecto del **gasto nuevo** del SAAD sobre el empleo (creación de empleos)

| | Empleos directos | Empleos indirectos | Total |
|--------------|------------------|--------------------|----------------|
| 2009 | 57.000 | 15.000 | 72.000 |
| 2010 | 66.000 | 27.000 | 93.000 |
| Total | 123.000 | 52.000 | 165.000 |

Fuente: Informe del SAAD (2011). Simulaciones modelo HERMIN

Empleos directos: relacionados con servicios sociales

Empleos indirectos: relacionados con otros sectores productivos

El estado del SAAD: Indicadores

► ¿Cuál ha sido el impacto del SAAD sobre la economía española?

| Efecto del gasto total del SAAD sobre: | | |
|--|-------------------------|-------------------------|
| | 2009 | 2010 |
| PIB real | 1 900 millones € | 2 305 millones € |
| Tasa de paro | Reducción de 0,22 pp. | Reducción de 0,26 pp. |
| Tasa de inflación | Aumento 0,02 pp. | Aumento 0,03 pp. |
| Ingresos | | |
| Impuestos directos | 371 millones € | 451 millones € |
| Impuesto indirectos | 336 millones € | 408 millones € |
| Cotizaciones sociales | 515 millones € | 626 millones € |
| Total | 1 222 millones € | 1 485 millones € |
| Ratio Déficit/PIB | Aumento 0,25 pp. | Aumento 0,30 pp. |
| Ratio Deuda/PIB | Aumento 0,32 pp. | Aumento 0,51 pp. |

Fuente: Informe del SAAD (2011). Simulaciones modelo HERMIN

El estado del SAAD: Prestaciones

► Incremento del ratio prestaciones por beneficiario

Ratio prestaciones sobre personas beneficiarias

| | Nº personas beneficiarias | Nº prestaciones | Ratio |
|-------------------|---------------------------|-----------------|-------------|
| 31/12/2008 | 421.846 | 421.846 | 1 |
| 31/12/2009 | 485.526 | 560.350 | 1,15 |
| 31/12/2010 | 668.578 | 800.009 | 1,20 |
| 31/12/2011 | 741.713 | 917.604 | 1,24 |
| 01/04/2012 | 757.939 | 943.072 | 1,24 |

Fuente: SISAAD

Evolución número de prestaciones en servicios

| | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-----------------------------|--------|--------|---------|---------|---------|
| Telesistencia | 11.096 | 51.480 | 87.111 | 124.114 | 128.423 |
| Atención a Domicilio | 36.722 | 59.576 | 95.632 | 118.213 | 120.196 |
| Centros de Día | 13.932 | 28.479 | 45.969 | 58.030 | 61.645 |
| Residencias | 68.036 | 98.941 | 120.552 | 122.040 | 122.987 |

Fuente: Elaboración propia a partir de SISAAD

El estado del SAAD: Prestaciones

- Gran protagonismo de las prestaciones económicas

| | P. Vinculada Servicio | P. Cuidados Entorno | P. Asist. Personal | Total P. Económicas | Total Prestaciones | % |
|----------|--------------------------|------------------------|--------------------|------------------------|-----------------------|-------|
| Dic-2008 | 13,197 | 109,287 | 171 | 122,655 | 421,846 | 29.08 |
| Dic-2009 | 36,076 | 266,398 | 658 | 303,132 | 520,736 | 58.21 |
| Dic-2010 | 52,402 | 377,787 | 735 | 430,924 | 780,862 | 55.19 |
| Dic-2011 | 59,836 | 417,782 | 874 | 478,492 | 917,604 | 52.15 |
| Mar-12 | 61,215 | 421,783 | 873 | 483,871 | 932,490 | 51.89 |

Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD

- 51% de todas las prestaciones son económicas!!!
- Ley de Dependencia. Art. 14.4 :
 - “El beneficiario podrá, **excepcionalmente**, recibir una prestación económica para ser atendido por cuidadores no profesionales, siempre que se den condiciones adecuadas de convivencia y de habitabilidad de la vivienda y así lo establezca su Programa Individual de Atención”

El estado del SAAD: Prestaciones

➤ Gran protagonismo de las prestaciones económicas, siendo la más importante es la de **cuidados en el entorno familiar**:

| | Prestación para cuidados en el entorno familiar | | | | |
|---------------------------|---|----------------|----------------|----------------|----------------|
| | Dic-2008 | Dic-2009 | Dic-2010 | Dic-2011 | Mar-12 |
| Andalucía | 38,068 | 85,021 | 106,431 | 109,947 | 111,632 |
| Aragón | 4,482 | 12,067 | 15,791 | 13,949 | 13,601 |
| Asturias | 3,876 | 5,239 | 6,403 | 6,962 | 7,139 |
| Baleares | 1,446 | 3,411 | 6,597 | 7,686 | 7,510 |
| Canarias | 954 | 2,955 | 4,389 | 5,564 | 6,270 |
| Cantabria | 2,697 | 6,465 | 8,950 | 9,768 | 9,501 |
| C. León | 2,598 | 15,314 | 21,525 | 24,838 | 25,214 |
| C. Mancha | 6,672 | 16,122 | 25,183 | 27,059 | 26,754 |
| Cataluña | 17,115 | 45,408 | 77,221 | 87,357 | 87,054 |
| C. Valenciana | 3,489 | 11,838 | 18,372 | 24,293 | 24,311 |
| Extremadura | 1,086 | 5,460 | 8,012 | 8,686 | 8,900 |
| Galicia | 9,581 | 17,939 | 18,587 | 15,958 | 15,896 |
| Madrid | 0 | 3,347 | 10,810 | 18,110 | 20,032 |
| Murcia | 4,886 | 10,658 | 18,507 | 22,001 | 22,575 |
| Navarra | 3,385 | 5,735 | 5,834 | 5,436 | 5,491 |
| País Vasco | 7,392 | 15,239 | 18,742 | 24,237 | 24,014 |
| Rioja | 916 | 3,178 | 5,118 | 4,656 | 4,614 |
| Ceuta y Melilla | 644 | 1,002 | 1,315 | 1,275 | 1,275 |
| Total | 109,287 | 266,398 | 377,787 | 417,782 | 421,783 |
| Todas prestaciones | 421,846 | 520,736 | 780,862 | 917,604 | 932,490 |
| % | 25.91% | 51.16% | 48.38% | 45.53% | 45.23% |

Fuente: Elaboración propia a partir del SISAAD

El estado del SAAD: Prestaciones

➤ Si observamos la distribución porcentual de las prestaciones en servicios

| Situación | SIG | SIO | SII | SIII | |
|-----------|----------------------|-------|-------|-------|-------|
| 29,64 | Telesistencia | 8,55 | 21,59 | 24,94 | 29,38 |
| 27,74 | Atención a Domicilio | 28,29 | 24,98 | 27,38 | 27,99 |
| 4,23 | Centros de Día | 10,73 | 11,94 | 13,16 | 13,74 |
| 8,39 | Residencias | 52,42 | 41,49 | 34,52 | 28,89 |

Fuente: Elaboración propia a partir de SISAAD.

- Llama la atención el reducido peso de los centros de día
- Disminución del peso de la atención residencial:
 - Cuestión de escasez de plazas
 - También por la incorporación de grados de dependencia inferiores
- ¿Ha sido una sorpresa? **NO!!** (coste relativo)

El estado del SAAD: Prestaciones

- Elevada dispersión entre CCAA
 - Matizada por el problema de disponibilidad de información
 - Condiciones iniciales

| | Teleasistencia | SAD | C. Día /Noche | Residencias |
|-----------------|----------------|-------|---------------|-------------|
| Andalucía | 25.6% | 19.1% | 4.5% | 7.7% |
| Aragón | 0.0% | 0.0% | 4.5% | 14.2% |
| Asturias | 3.5% | 12.7% | 9.1% | 20.1% |
| Balears | 0.0% | 0.0% | 7.4% | 19.0% |
| Canarias | 0.0% | 0.0% | 20.9% | 21.8% |
| Cantabria | 7.3% | 5.2% | 8.6% | 19.3% |
| C. León | 5.5% | 12.2% | 9.0% | 11.6% |
| C. Mancha | 11.6% | 11.3% | 2.9% | 15.1% |
| Cataluña | 7.5% | 9.2% | 3.5% | 10.1% |
| C. Valenciana | 13.1% | 0.0% | 6.4% | 24.8% |
| Extremadura | 1.9% | 3.1% | 3.7% | 16.1% |
| Galicia | 2.0% | 16.0% | 11.3% | 18.0% |
| Madrid | 16.1% | 21.6% | 12.1% | 20.3% |
| Murcia | 15.3% | 0.0% | 6.0% | 6.5% |
| Navarra | 7.6% | 4.6% | 2.1% | 14.4% |
| Pais Vasco | 9.9% | 10.4% | 10.7% | 16.4% |
| Rioja | 11.8% | 19.0% | 7.2% | 11.3% |
| Ceuta y Melilla | 9.8% | 18.2% | 2.0% | 6.2% |
| Melilla | 13.6% | 12.7% | 6.5% | 13.0% |
| Fuente: SISAAD | | | | |

El estado del SAAD: Financiación

➤ ¿De dónde procede la financiación del SAAD?

➤ ❶ Administración General del Estado

- Coste derivado del nivel mínimo garantizado
- Parte correspondiente del nivel acordado (convenios) con las CCAA (así debía ser hasta 2012)
 - **PGE 2012:** supresión del Nivel Acordado para toda España por un valor de 283 millones de euros (255 aportaciones de la AGE)
- Pago de las cuotas a la SS de los cuidadores no profesionales (por ahora)

➤ ❷ Comunidades Autónomas

- Parte correspondiente del nivel acordado
- Nivel adicional voluntariamente establecido
- La aportación de cada CCAA será al menos igual a la de la AGE (coste mínimo acordado)

➤ ❸ Beneficiarios (copago)

El estado del SAAD: Financiación

- Aportación de las CCAA:
- Lo que es estrictamente Gasto Nuevo:
 - 55,35% en el 2009
 - 63,61% en el 2010

| | 2009 | | 2010 | |
|--------------------------------|----------------------|----------------------|----------------------|----------------------|
| | Gasto nuevo | Gasto consolidado | Gasto nuevo | Gasto consolidado |
| Servicios | 384.053.569 | 1.742.014.014 | 823.850.928 | 2.221.100.923 |
| Prest. Económicas | 1.796.076.294 | | 2.675.191.940 | |
| Total prestaciones | 2.180.129.863 | 1.742.014.014 | 3.499.042.868 | 2.221.100.923 |
| Gastos gestión | 82.712.760 | 82.712.760 | 124.886.680 | 124.886.680 |
| Gasto corriente | 2.262.842.623 | 1.824.729.774 | 3.623.929.548 | 2.345.987.603 |
| Total gasto dependencia | 4.087.572.397 | | 5.969.917.151 | |

Fuente: Informe del SAAD (2011)

El estado del SAAD: financiación.

- Propuesta de las CCAA: “Que el **nivel mínimo común** se fije no en relación al grado y nivel de dependencia, sino en relación al coste de las prestaciones (ya que las económicas tienen menor coste que los servicios)”.

Cuantías del nivel mínimo de protección garantizado por el Estado (€/mes)

| | 2007 | 2008 | 2009 | 2010 | 2011 | 2012 |
|-------------|------|--------|--------|--------|--------|--------|
| Grado III.2 | 250 | 258,75 | 263,93 | 266,57 | 266,57 | 266,57 |
| Grado III.1 | 170 | 175,95 | 179,47 | 181,26 | 181,26 | 181,26 |
| Grado II.2 | | 100,00 | 102,00 | 103,20 | 103,20 | 103,20 |
| Grado II.1 | | | 70,00 | 70,70 | 70,70 | 70,70 |
| Grado I.2 | | | | | 60 | 60 |

Fuente: Elaboración propia a partir de legislación estatal

| €/mes | Precio público plaza para no dependiente |
|------------|--|
| Residencia | 1.465 |
| Centro Día | 656 |

Fuente: Las personas mayores en España (2008)

- Por otra parte:
 - Se reclama una mayor transparencia a las CCAA en su aportación al SAAD (que efectivamente el mínimo aportado por cada una de ellas sea para la creación de nuevas prestaciones y no para financiar servicios ya existentes).

Estado del SAAD: Financiación

➤ Copago:

➤ **Art. 33 Ley de Dependencia** ⇒ participación del beneficiario según el tipo y el coste del servicio y su capacidad económica.

- Introducción lenta, desigual
- Excesiva discrecionalidad reguladora a las CCAA

| | |
|---|--|
| Diferente momento de aprobación | <ul style="list-style-type: none"> ➤ La 1ª CCAA: Canarias (2 de abril de 2007) ➤ Última: Vizcaya (29 de junio de 2010) |
| Medición de la capacidad económica | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Renta ➤ Renta y Patrimonio ➤ Diferencias: <ul style="list-style-type: none"> ➤ Inclusión vivienda habitual ➤ Mención del cónyuge ➤ Mención personas ec². Dependientes |
| Indicador de rentas para determinar el mínimo exento | <ul style="list-style-type: none"> ➤ IPREM ➤ SMI ➤ Índice de Rentas Suficiencia Cataluña |

...
tía de Ingresos

rvalos

ática

ada CCAA

, C. Valenciana, Navarra

las prestaciones económicas del SAAD”.
ser, nº 5 (2011).

| | |
|--|---|
| | ➤ Renta de Garan |
| Cómo se calcula el copago | <ul style="list-style-type: none"> ➤ Sistema por inte ➤ Fórmula matem |
| Existencia de un mínimo garantizado | ➤ Diferente para c |
| Tercer nivel de protección | ➤ Alava, Cataluña |

Fuente: Elaboración propia a partir de “El copago en
Documento de Trabajo Cas

La coordinación sociosanitaria

- Envejecimiento + aumento dependencia+ incremento cronicidad: problema para la sostenibilidad de la atención sanitaria.
 - Las enfermedades crónicas serán la principal causa de discapacidad y/o dependencia en 2020 y que hacia 2030 se doblará su incidencia en mayores de 65 años.
 - La ENS 2006 apuntaba a una media de 2,8 problemas o enfermedades crónicas en las personas entre 65 y 74 años de edad, alcanzando un promedio de 3,2 en los mayores de 75 años.
- Oportunidad a corto plazo:
 - Elevado grado de sustituibilidad en la atención a crónicos-dependientes + menor coste de la atención a la dependencia

Coordinación y enfermedades crónicas

- En nuestro país, las enfermedades crónicas son la primera causa de demanda asistencial en los centros sanitarios:
 - 80% de consultas de atención primaria y 60% de ingresos hospitalarios. Un 40% de las consultas las realiza la población mayor de edad, que además es la que necesita mayores cuidados continuados y más recursos sociales.
 - El 50% de las camas de nuestra red hospitalaria están ocupadas por mayores de 65 años.
 - el consumo farmacéutico supone casi el 50% del gasto total.
- [Referencia: Libro blanco de la coordinación sociosanitaria]

¿Qué pensamos que se puede hacer?*

- La propuesta general, que serviría de marco al resto, sería la puesta en marcha de un **Pacto por la Salud**.
- Ello supondría la existencia de un **Consejo Interterritorial de la Salud único** que englobara a los representantes de los responsables de sanidad y servicios sociales y que mantuviera fuera de luchas partidistas las estrategias (coordinadas) generales de salud (incluyendo política sanitaria y política de atención social, pero no únicamente).
- Aunque ello es difícil en un **océano de recortes**.

*[Referencia: Atención sanitaria y servicios sociales: ¿una cuestión de integración o sólo de coordinación?]

Recomendaciones: 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 deberían 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).
- Dada la clara situación de **insuficiencia financiera del sistema**, **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.**
- Ante las dificultades de las CCAA, una vía de actuación sería:
 - Abaratar costes sin perder calidad en residencias y CD, sectorializando el mercado en **servicios básicos, médicos y avanzados.**

Recomendaciones: 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 (y no implementar, por tanto, las últimas fases del SAD).**
- **La concesión de prestaciones económicas para cuidados en el entorno familiar y apoyo 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. Es decir, con **carácter excepcional.**
- Una estrategia de **prestaciones económicas** es además errónea porque **traslada costes del sistema de dependencia al sistema sanitario.**

Recomendaciones: 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**.
 - El desarrollo del proyecto de **Tarjeta Sanitaria Individual** podría ser una herramienta en torno a la cual se articulara un **sistema de información único e integrado**.
- La **integración de los sistemas** en cambio es una **opción** de los planificadores.
- En una integración se podría hablar de tres etapas a cubrir:
 - **integración de la 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 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. Por ejemplo, empezar por enfermos crónicos.
 - **La adopción de un nuevo modelo de atención crónica es uno de los pilares fundamentales de la construcción del espacio socio-sanitario.**
- Otros elementos a destacar:
 - **Colaboración público-privada**
 - Integración del **ámbito local** en la toma de decisiones y gestión de servicios
 - **participación de profesionales del ámbito de la asistencia social.**
- **Evaluación continua** de las experiencias de coordinación/integración socio-sanitaria implementadas, en términos de recursos empleados y resultados conseguidos

Conclusiones

- PRINCIPALES PROBLEMAS:
 - Las familias continúan siendo el pilar básico del cuidado prestado a personas con limitaciones en su autonomía. Ello se puede trasladar en un mayor gasto sanitario y por ende global.
 - La financiación del SAAD no esta bien resuelta
- La coordinación sociosanitaria como oportunidad ante la crisis
- La adecuada planificación y coordinación de recursos debe contemplar conjuntamente el sistema sanitario, el sistema de atención social y la red de cuidado familiar.
- Existe un amplio margen de avance en el diseño de políticas y programas que persigan la coordinación de dichos recursos
- El diseño de políticas eficientes requiere de generación de la información adecuada y su análisis