

EnR?

Informes

Envejecimiento en red

Número 28, Abril 2021



envejecimientoenred.es

**Situación en España de la
evaluación de sistemas de
atención a personas mayores
en situación de dependencia**

ISSN:
2340-566X

Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia.

Vanessa Davey

vanessa.davey@vhir.org

Investigadora social. Doctora en Políticas Sociales (London School of Economics, 2018). Miembro de Re-FIT Grupo de Investigación, Parc Sanitari Pere Virgili & Vall d'Hebrón Institute of Research (VHIR), Barcelona, Spain.

Resumen

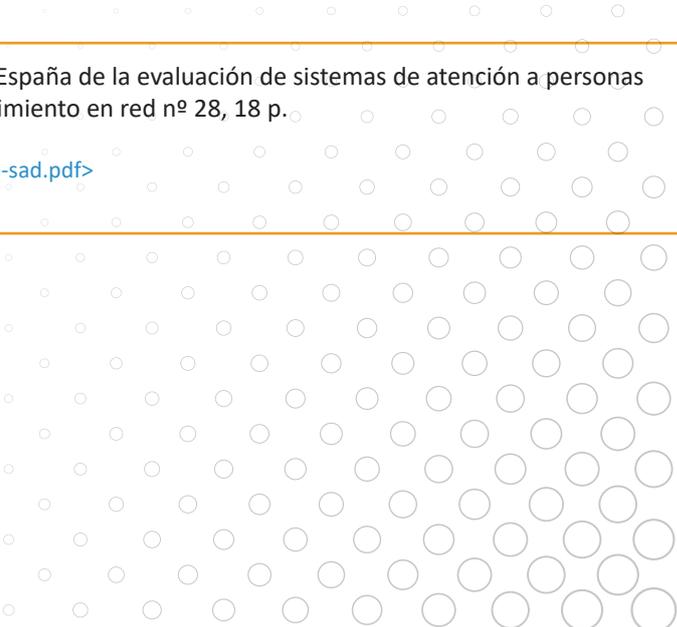
¿Son adecuados los indicadores disponibles en España para evaluar el sistema de atención a personas mayores en situación de dependencia? Los indicadores de valoración tienen dos funciones: transmitir información sobre el estado del sistema e incentivar la ejecución de la política social. El informe ilustra, con ejemplos, qué cambios en los indicadores e información recogida para valorar el desarrollo de los servicios sociales en las CC.AA. podrían ser útiles para apoyar el objetivo de incrementar la atención en la comunidad y promover la permanencia en la comunidad de las personas con dependencia.

Palabras clave

Personas mayores, atención a la dependencia, indicadores de evaluación, cuidados de larga duración.

Para citar este documento: DAVEY, Vanessa; (2021). "Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia". Madrid, Informes Envejecimiento en red nº 28, 18 p.
[Fecha de publicación: 23/04/2021].

<http://envejecimiento.csic.es/documentos/documentos/enred-situacion-sad.pdf>



INTRODUCCIÓN	4
INDICADORES DISPONIBLES EN ESPAÑA	5
1) La ratio de beneficiarios efectivos de prestación sobre personas con derecho a recibirla.....	5
2) La cobertura de los servicios sociales en España.....	6
3) La intensidad de los servicios	7
UNA PROPUESTA: EL ÍNDICE DE INTENSIDAD SAD OBSERVADA.....	8
INDICADORES ¿EN QUÉ SITUACIÓN ESTAMOS?	12
¿PARA QUÉ NECESITAMOS INDICADORES?	13
1) El desarrollo de los ‘servicios de atención a domicilio’ (SAD)	13
2) El papel de las prestaciones económicas.....	14
3) El impacto de los copagos	15
CONCLUSIONES	16

INTRODUCCIÓN

La trágica situación sufrida en las residencias españolas durante la pandemia del COVID-19 ha convertido en urgente y prioritario el problema de la atención a las personas dependientes.

Una declaración en favor de un cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país, firmada ya por [más de mil](#) profesionales y expertos, presenta diez prioridades, que incluyen “la disponibilidad de una atención integral e integrada en el domicilio” y “la transformación del modelo de atención residencial”. Hay pocas dudas de que esta visión es ampliamente compartida, tanto por profesionales y [expertos de los servicios sociales](#) como por los profesionales de la salud y [geriatras](#). Sin embargo, para lanzar nuevos modelos es necesario entender los entresijos del modelo actual, pues cualquier reforma del cuidado social deberá tener en cuenta los recursos y estructuras existentes, aunque sea para cambiarlas. Así se hace en el llamado “[Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia](#)”, publicado por el Ministerio de Derechos Sociales en Septiembre de 2020 que incluye un diagnóstico inicial del status quo, dónde da la cifra aproximada de 390.000 personas en lista de espera, incluyendo también “aquellas personas cuya solicitud está pendiente y que previsiblemente obtendrán una resolución de algún grado de dependencia”.

El “Plan de Choque” propone una serie de medidas tales como incrementar las horas de atención en el Servicio de Ayuda a Domicilio; incrementar el nivel mínimo de financiación y recuperar el nivel acordado de financiación, entre otras. Tales medidas están, sobre todo, orientadas a paliar la conocida infrafinanciación por parte de la Administración General del Estado. De acuerdo con la ley, el coste de la atención debe repartirse entre el Estado y las Comunidades Autónomas (CC.AA.), corriendo a cargo del primero al menos el 50%. Sin embargo, el estado continúa pagando solo entre el 10% y el 25% del total, según [datos de la Asociación Estatal de Gerentes y Directores de Servicios Sociales](#) (ADYGSS). El “Plan de Choque” también lo reconoce así, indicando que los CC.AA pagan actualmente unos 80% de los recursos (en vez de la mitad).

Ante esta situación, es razonable pensar que, debido a la infrafinanciación del gobierno central, las CC.AA. han estado yendo más allá de sus obligaciones y que su mayor prioridad debe ser aumentar la contribución del gobierno central para facilitar la expansión de servicios. Aunque esta perspectiva es razonable, tiene también sus limitaciones. En particular, es posible que no se preste suficiente atención a las desigualdades e ineficiencias patentes en la práctica de los servicios sociales.

INDICADORES DISPONIBLES EN ESPAÑA

Como en otros países, también en España han creado instrumentos para evaluar el grado en que los servicios de cada CC.AA. satisfacen las necesidades de la población en este ámbito. Sin embargo, la insuficiente contribución del Estado y las notables desigualdades en el porcentaje financiado a las distintas CC.AA. en los últimos años han socavado la utilidad de tales instrumentos. Los ejercicios de evaluación que han tenido lugar se han convertido en un medio para dar pie a las -justificadas- quejas de las CC.AA., en lugar de ser un estímulo hacia un mejor cumplimiento de la ley de Dependencia y un modo de identificar tanto buenas prácticas como prácticas mejorables.

Con la promesa de medidas correctivas en relación con la infrafinanciación por parte del gobierno central cabe reflexionar si los indicadores existentes para evaluar el desarrollo de los servicios sociales en España son adecuados para su propósito, ya que -cabe suponer- serán los empleados para juzgar el éxito o fracaso de cualquier cambio en la financiación del sistema o en los derechos para personas en situación de dependencia.

Desde su inicio, el principal foco de atención ha sido la **oferta de servicios**. Notablemente y a diferencia de otros países, no ha habido avances hasta ahora en España para desarrollar indicadores del “impacto” de los servicios en los usuarios (p.e. calidad de vida, necesidades satisfechas) que acompañen a la simple constatación de actividad.

Veamos en más detalle cuál es la situación al respecto. A continuación, describiré algunas de los indicadores clave en este ámbito, comenzando con los de difusión más amplia y medida más frecuente. Tras comentar sus limitaciones, propondré una alternativa. Dada la amplia naturaleza de los servicios sociales y la diversa base de usuarios, me centraré en las principales formas de atención a las personas mayores en situación de dependencia.

1) La ratio de beneficiarios efectivos de prestación sobre personas con derecho a recibirla

Cada mes sin falta, IMSERSO presenta un [análisis por CC.AA. de las personas beneficiarias y pendientes de concesión por grado de dependencia](#). Este incluye el porcentaje de personas que, habiéndose presentado para evaluación, han sido asignadas en alguna de las tres categorías de dependencia que dan derecho a asistencia y están recibiendo algún tipo de servicio. Este indicador se conoce como la *ratio de beneficiarios efectivos de prestación sobre personas con derecho a recibirla*.

Esta cifra global oculta grandes discrepancias en la provisión de los diferentes tipos de servicio incluidos en el “menú de servicios” cubierto por la ley, así como su distinto coste relativo. Me refiero, en particular, a la consideración conjunta tanto de servicios en especie como de “prestaciones económicas”, **sean estas del tipo que sean**. Como es sabido hay tres tipos de prestaciones económicas: la prestación vinculada al servicio (PEVS), la prestación económica para asistente personal (PEAP) y la prestación económica para cuidado en entorno familiar (PECEF). De estas tres, la PEVS y la PEAP en principio aportan a sus usuarios prestaciones de valor igual a las cuantías designadas para atender un cierto grado de dependencia utilizando un servicio en especie. Sin embargo, la PECEF suele ofrecer cuantías muy inferiores, entre un 50% -66% del valor de los anteriores (variando por grado y por CC.AA.).

Aparte de su menor coste, es importante recordar que la PECEF no es propiamente hablando un servicio, sino **una remuneración parcial** al cuidador(a) principal (y normalmente familiar). En otros países esto no sería considerado un servicio para la persona con dependencia, sino como un beneficio compensatorio para las/los cuidadores no-renumerados o 'subsidio de cuidado', no sustitutivo de otros servicios al dependiente, sean en especie o en forma de prestación económica (como la PEVS y la PEAP). La PECEF tiene sus pros y sus contras, merecedores de discusión, pero en el contexto de la valoración de los beneficiarios de servicios creo que es vital distinguir entre la aportación de [servicios de reemplazo](#) (parcial) del cuidado familiar, como puede ser el SAD, los centros del día y los servicios de respiro y **el apoyo financiero a las/los cuidadores** como lo es la PECEF.

En el 31 de enero de 2021, [las cinco "mejores" CC.AA. en términos de ratio de beneficiarios efectivos de prestación sobre personas con derecho a recibirla](#) son Castilla y León (99%); Ceuta (98%); La Comunidad Foral de Navarra (95%); Melilla (93%); y Castilla-La Mancha (93%). Dentro de estas cinco "mejores", la aplicación de la PECEF varía entre el 18% (Castilla-La Mancha) y 52% (Navarra). Debería ser el momento de abandonar el uso de una medida que por un lado camufla diferencias tan importantes en la respuesta a las necesidades de los usuarios, y por el otro lado incentiva a las CC.AA. a ofrecer "un servicio" sin más, **independientemente de si el servicio prestado es el más apropiado o adecuado**.

2) La cobertura de los servicios sociales en España

La ADYGSS profundiza más sobre la variación por CC.AA. en la oferta de servicios sociales. Específicamente, proporciona un informe anual (con la excepción de los dos últimos años) titulado "[Valoración del desarrollo de los servicios sociales por comunidades autónomas](#)" que contiene calificaciones en tres ámbitos: esfuerzo económico, derechos reconocidos y cobertura.

La 'cobertura' se define como el número de usuarios de servicios en relación con la población de más de 65 años y se subdivide en categorías, que incluyen atención residencial (C.4) y servicios de atención a domicilio (SAD) (C.5a) entre otras. Se calcula a partir de datos facilitados por IMSERSO y / o directamente por las propias Comunidades Autónomas.

Este indicador se complementa con informaciones más detalladas. Por ejemplo, junto con la ratio básica de cobertura residencial, se usa una ratio adicional -y más importante- que considera la cobertura residencial de la población mayor de 65 años en relación con el número de personas con discapacidad reconocida igual o superior al 33% (todas las edades) (C.10a). Este indicador está diseñado para orientar sobre el equilibrio entre la demanda potencial de plazas residenciales y su disponibilidad, algo importante para la planificación del sistema y su financiación.

Lamentablemente, tal como se calcula ahora, este indicador tiene una utilidad limitada, pues el umbral de discapacidad utilizado para cuantificar la necesidad es demasiado bajo. Restringir la base a la población de personas con discapacidad a mayores de 65 años con los niveles más altos de discapacidad (65% y más) podría proporcionar una medida mucho más adecuada. La crisis del COVID19 muestra que necesitamos ir más allá, y **subdividir la cobertura residencial atendiendo a ciertas características de la oferta** para poder ver (e incentivar) el cambio hacia nuevos modelos residenciales, *mejor adaptados a las distintas necesidades de la tercera y cuarta edad*, como pueden ser los modelos de "[extra care housing](#)" o "[green care farms](#)" para personas con demencia. Así, por ejemplo, parece necesario tener en cuenta la distribución de plazas residenciales ofertadas por [tamaño de residencia](#), sabiendo en primer lugar que las residencias de mayor

tamaño han sido consistentemente asociadas con un mayor riesgo de infecciones y mortalidad de COVID-19 tanto en [España](#) como [en otros países](#), y en segundo lugar, [la relación entre sus estructuras y la estandarización de rutinas y otros factores que impactan en la atención centrada en el paciente](#); las interacciones sociales, la inclusión de los residentes en acciones relacionadas con la vida diaria y la toma de decisiones. También serían útiles indicadores sobre los ratios de personal, en general ([viendo este estudio de España](#)), además de ratios particulares como los de enfermeras por residente (veáanse estudios de Estados Unidos como [este](#) y [este](#)) o auxiliares con título de gerocultura por residente.

3) La intensidad de los servicios

Otro indicador importante suministrado anualmente por la ADYGSS es el de “intensidad”. Este se define como el promedio de horas mensuales del Servicio de Ayuda a Domicilio (tareas + cuidados) para personas mayores de 65 años. Se obtiene utilizando datos de IMSERSO (registrados anualmente hasta 2016). A primera vista, este indicador parece ser una base razonable para comparar la cobertura SAD en diferentes CC.AA. Sin embargo, no ayuda a responder a una pregunta clave en este contexto: ¿cuán cerca está cada CC.AA. de cumplir con la prestación de dependencia que prescribe la ley?

Para cada grado de dependencia, la ley establece un mínimo y máximo de prestación esperada, expresados en horas por mes por usuario. Por lo tanto, para saber dónde se encuentra respecto a esta referencia cada CC.AA., no basta con saber el promedio en horas por mes por usuario para todos los grados de dependencia, sino que es necesario saber también el tamaño relativo de cada grupo (Grado I, Grado II, Grado III) por CC.AA., pues la distribución entre grupos varía significativamente en las CC.AA. Para poner un ejemplo, [al 31 de marzo de 2021, el porcentaje de recipientes de una prestación con el grado de dependencia más alta \(Grado III\) variaba entre 15% \(Cataluña\) y 31% \(Galicia\)](#)ⁱ.

Vemos así como sería necesario elaborar un indicador distinto, que tenga en cuenta estos aspectos (el promedio en horas por mes por usuario para todos los grados de dependencia y el tamaño relativo de cada grupo). A continuación se presenta una propuesta en este sentido.

ⁱ Curiosamente, a pesar de esta diferencia en el porcentaje de beneficiarias del LAPAD con dependencia severa, Cataluña tenía más del doble de porcentaje de plazas residenciales financiadas con fondos públicos por personas con 65 años y más (3,15%) que Galicia (1,08%) según los últimos datos disponibles.

UNA PROPUESTA: EL ÍNDICE DE INTENSIDAD SAD OBSERVADA

El índice de intensidad observada SAD (ISADOb) que se propone a continuación, utiliza cuatro piezas de información: 1) el porcentaje de la usuarios en cada grado de dependencia, por CC.AA.; 2) la intensidad promedio de atención social del SAD, en horas por mes por usuario por todo los usuarios; por CC.AA., obtenido del IMSERSO; 3) la intensidad SAD mínima esperada por usuario para cada categoría de dependencia, expresada en horas por mes, y prescrito en el Boletín Oficial Estado Núm. 185 del 2012 (Sec. III. Pág. 55661), y 4) la intensidad SAD máxima esperada por usuario por cada categoría de dependencia, expresada en horas por mes, especificada en la misma fuente. Evaluamos a continuación este índice usando cifras del 31 de Diciembre 2019, pues el IMSERSO no ha publicado datos sobre la intensidad promedio de atención social del SAD desde esa fecha.

Los detalles de la elaboración del índice se describen en el recuadro. Su resultado es un índice que valora el SAD de cada CC.AA. entre 0 (donde en promedio, el SAD está atendiendo a sus usuarios al nivel mínimo prescrito) y 1 (donde en promedio, el SAD está atendiendo a sus usuarios al nivel máximo prescrito). Sin embargo, pueden darse valores negativos, allí donde el SAD no cumple con los mínimos esperados.

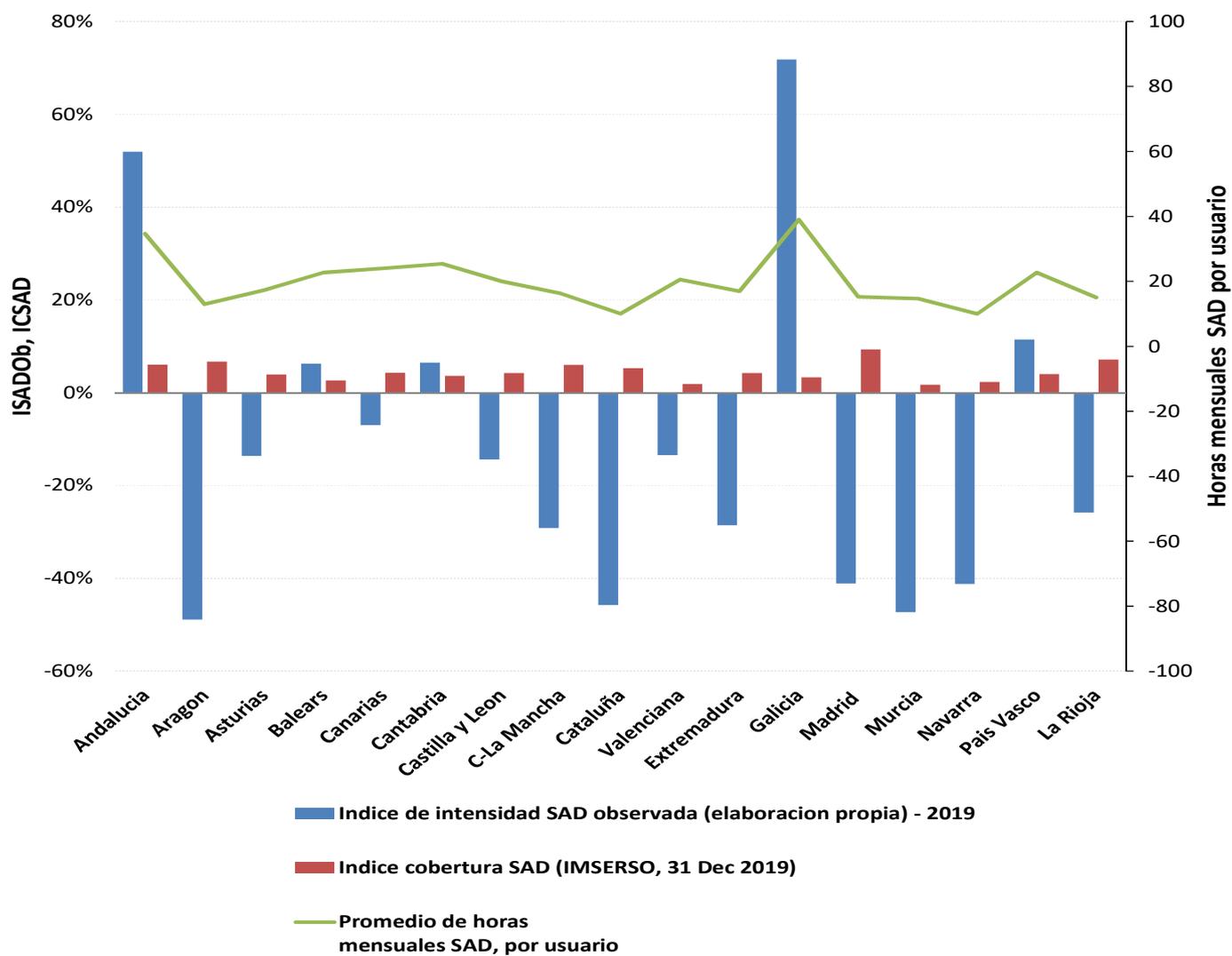
En la figura 1 se representa, para cada CC.AA., los indicadores de ADYGSS, (cobertura SAD e intensidad SAD) así como el nuevo índice de intensidad observada SAD (ISADOb). La primera observación es que la relación entre la intensidad de la atención y el servicio prestado se vuelve mucho más clara utilizando el ISADOb. De inmediato se ve que **la gran mayoría de las CC.AA. estaban al final de 2019 lejos de proporcionar la atención mínima de SAD por usuario, prescrita por grado de dependencia.**

EnR? |

Envejecimiento en red

Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia

Figura 1.- Índice de intensidad SAD observada, versus índice de cobertura SAD y promedio de horas mensuales de SAD por usuario por CCAA (2019)



Fuente: Elaboración propia

EnR?

Envejecimiento en red

Situación en España de la evaluación de sistemas de atención a personas mayores en situación de dependencia

GRÁFICO

El índice de intensidad de SAD observada (ISADOb) se obtiene como

$$\text{ISADOb} = (i_o - i_{\min}) / (i_{\max} - i_{\min})$$

Dónde

i_o es la intensidad observada, esto es la intensidad de atención social del SAD, en horas por mes por usuario (Fuente: IMSERSO, Servicios Sociales Para Personas Mayores en España, Datos a 31.12.2019)

i_{\min} es la intensidad SAD mínima esperada, expresada en horas por mes por usuario. Se obtiene a partir de los mínimos por categoría de usuario prescritos en el Boletín Oficial Estado Núm. 185 Viernes 3 de agosto de 2012 Sec. III. Pág. 55661 (en adelante BOE 2012) y la información sobre la proporción de usuarios en cada categoría en la autonomía (Fuente: IMSERSO - Información Estadística del Sistema Para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31.12.19)

i_{\max} es la intensidad máxima esperada, expresada en horas por mes por usuario. Se obtiene a partir de los máximos por categoría de usuario prescritos en el BOE 2012 y la información sobre la proporción de usuarios en cada categoría en la autonomía (Fuente: IMSERSO - Información Estadística del Sistema Para la Autonomía y Atención a la Dependencia. Situación a 31.12.19)

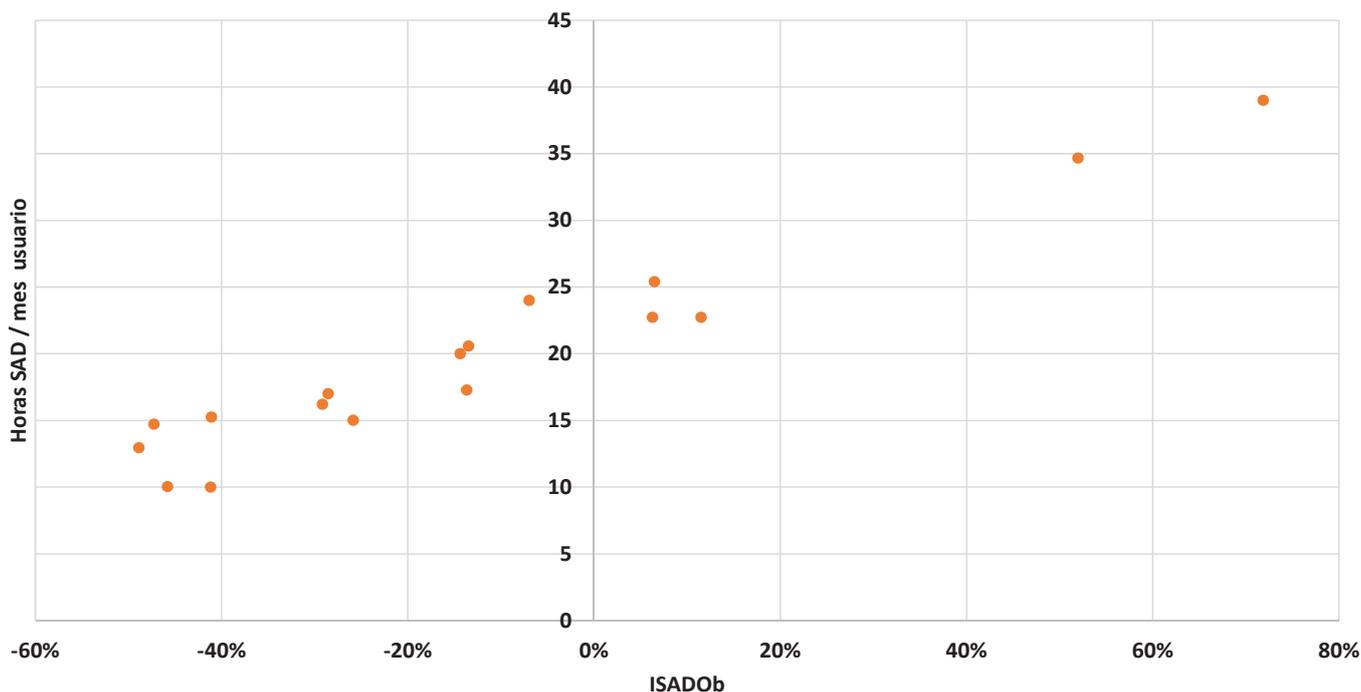
Un ISADOb de 0 significa que, en promedio, el SAD está atendiendo a sus usuarios al nivel mínimo prescrito por el BOE 2012

Un ISADOb de 1 significa que, en promedio, el SAD está atendiendo a sus usuarios al nivel máximo prescrito por el BOE 2012

Un ISADOb negativo significa que, en promedio, el SAD no cumple los mínimos esperados a partir de las prescripciones BOE 2012

El ISADOb tiende a crecer con el promedio mensual de horas de SAD por usuario en cada comunidad como puede verse en la siguiente figura (Figura 2). De esta figura puede deducirse que, para cubrir los **mínimos prescritos** a los usuarios de SAD, las CC.AA. necesitarían proporcionar un número promedio de horas de TAE por usuario de alrededor de 24 horas por mes, bastante superior a las 20 h que se aplicaban en promedio en 2019.

Figura 2: Promedio horas vs ISADOb



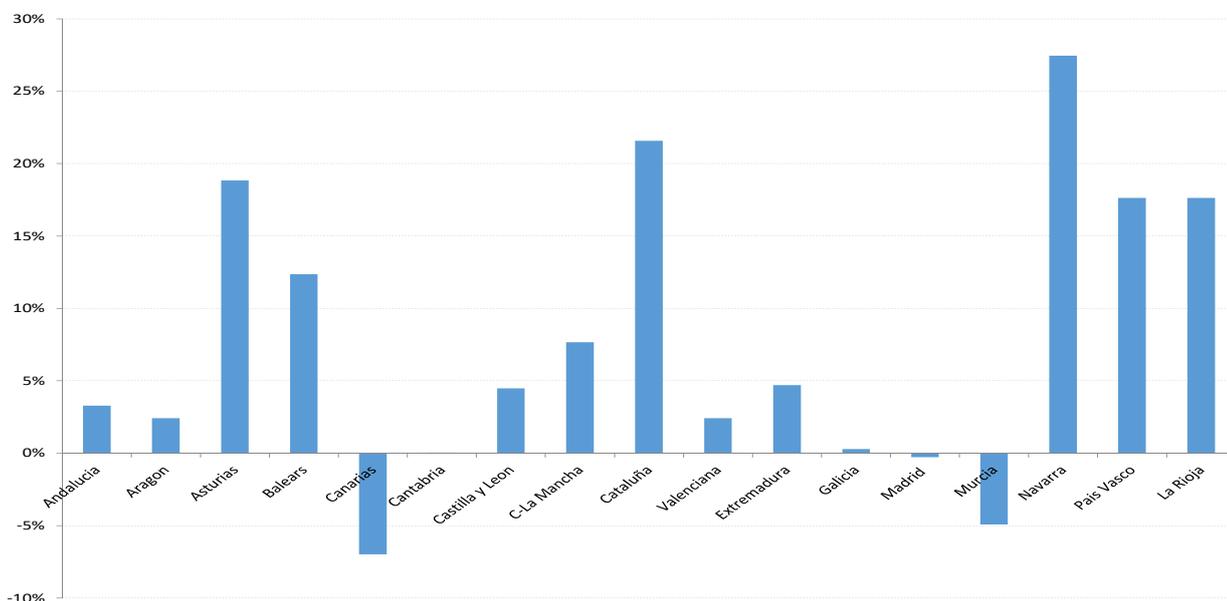
Fuente: Elaboración propia

El ISADOb nos indica también que en 2019 sólo cinco regiones en España estaban por encima del mínimo: entre ellas destacan Galicia, que proporcionaba en promedio el 72% del máximo prescrito y Andalucía, con el 52% indicando una apuesta por los SAD más firme que en otros territorios. Estas comunidades autónomas dieron promedios de 39 y 35 horas mensuales de SAD por usuario, respetivamente, frente a un promedio global en España de 20 horas. El País Vasco, Cantabria y Baleares también excedían la prescripción mínima, pero de forma menos notable, proporcionando, respectivamente, un 11%, un 6% y 6% en promedio del máximo prescrito.

Un beneficio adicional del índice de intensidad observada SAD es su naturaleza relativa a la necesidad local. Esto evita comparaciones erróneas basadas en cifras absolutas. Por ejemplo, considérese el caso de Cantabria. Con 25 horas de SAD promedio observado estaba justo por encima del punto de equilibrio que sugieren los datos del conjunto (Figura 2), pero sin embargo no cumple con el mínimo previsto (Figura 1). Esto se debe a que la base de usuarios en Cantabria (según las valoraciones asignadas) era más dependiente que la de otras regiones. Por tanto, en Cantabria se requeriría un mayor gasto en SAD por persona que en otras CC.AA. para proporcionar el mismo nivel de servicio. Las diferencias entre CC.AA. son aún más claras si recalculamos el ISADOb suponiendo que todas ellas se sitúan en el punto de equilibrio mínimo sugerido. Como se muestra en la Figura 3, mientras esto sería bastante para la mayoría de las regiones, en 3 regiones llegar a dicho promedio aún las dejaría un poco por debajo del umbral mínimo (entre 1% por debajo en el caso Madrid, y 7% por debajo en el caso las Canarias). El mismo grafico demuestra con claridad las distintas posiciones que ocuparían las CC.AA. si prestaran un promedio hipotético de 24 horas por mes por usuario. Aun por encima del umbral mínimo prescrito, las diferencias en el perfil de los dependientes resultan en que la “generosidad” en intensidades de SAD variaría significativamente.

Esto es un pequeño paso para hacer visible las variaciones en la necesidad (potencial) de servicios en cada CC.AA., variedad que resulta de sus diferentes perfiles demográficos y socioeconómicos y que la medida de intensidad de SAD adoptado por ADYGSS oculta. Las discrepancias entre las regiones evidentes en la Figura 3 son probablemente la punta del iceberg, ya que todo lo que se ha tenido en cuenta al elaborarla son personas que han sido evaluadas y están recibiendo un servicio.

Figura 3: ISADOb en cada CCAA si el promedio de horas mensuales SAD fuera de 24 hrs (elaboracion propia)



Fuente: Elaboración propia

INDICADORES ¿EN QUÉ SITUACIÓN ESTAMOS?

La idea de que las regiones varían en su necesidad potencial de servicios debido a diferentes perfiles demográficos y socioeconómicos no es nueva. Hasta su eliminación en el 2012 la Administración General del Estado aportó financiación adicional a las CC.AA. según un criterio, conocido como “el nivel acordado de financiación”, en el que (entre otros factores) se consideraba la población dependiente y la dispersión geográfica. Desde entonces, el complejo tema de cómo desarrollar medidas para ajustar la contribución estatal en relación con los diferentes perfiles demográficos y socioeconómicos no ha recibido la atención que merece, habiendo sido excluido del discurso general por la abrumadora crisis de financiación.

El reciente “Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia”, ha prometido recuperar el nivel históricamente acordado (una dotación de 283,2 millones de euros anuales). Es poco probable, sin embargo, que basar las asignaciones en precedentes históricos sea la base más eficaz para promover la equidad regional, particularmente dadas las amplias diferencias entre las CC.AA. en aspectos clave de la provisión, como el predominio de PECEF. Existe una necesidad urgente de desarrollar “indicadores de necesidad potencial” o “perfiles de vulnerabilidad” para guiar la distribución de apoyo financiero. En este sentido, análisis de datos de la encuesta SHARE (Survey of Health, Ageing and Retirement) de personas mayores en Europa ha demostrado [la sobrerrepresentación de los perfiles de mayor vulnerabilidad en España](#). Lamentablemente, la no renovación de La Encuesta de Discapacidad, Autonomía personal y situaciones de Dependencia, que se llevó a cabo por última vez en el 2008 ha impedido el análisis en profundidad a nivel regional a nivel subregional. [El Plan Estadístico Nacional del 2017-2020 contempla llevar a cabo esta investigación](#) muy necesaria para entender las variaciones entre comunidades autónomas. Es de desear que así se haga.

En conclusión, ¿son adecuados los indicadores disponibles en España para evaluar el sistema de atención a personas mayores en situación de dependencia? Claramente no, y sin un mayor compromiso para recopilar mejores datos, este problema no tiene remedio. El papel de las cifras y evaluaciones debería ser iluminar y no camuflar. Debería ser estimular a las CC.AA. a mejorar su gestión y no incentivar la inercia y el formalismo. Cualquier intento de mejorar la financiación del sistema de atención a personas mayores en situación de dependencia debe acompañarse también de mejoras en la forma de evaluar su efectividad. Para percibir esto es necesario considerar cómo encajan entre sí las distintas piezas del rompecabezas de la atención.

¿PARA QUÉ NECESITAMOS INDICADORES?

En la sección anterior se presentaban y discutían varios indicadores de uso habitual en la evaluación de los servicios sociales en España, en particular los que describen la cobertura e intensidad de los servicios de atención a domicilio (SAD). Estos indicadores aparecen regularmente en la “Valoración del desarrollo de los servicios sociales por comunidades autónomas” que publica la Asociación de Gerentes y Directores de Servicios Sociales (ADYGSS). Estos indicadores se agregan a otros para calificar las CCAA en su desarrollo de servicios sociales según tres ejes: derechos reconocidos, cobertura y esfuerzo económico.

También se ilustró como pueden diseñarse mejores indicadores. Por ejemplo, se propuso uno respecto al SAD que podría reflejar de forma más precisa como se sitúan las distintas CC.AA. en el espectro entre los mínimos y máximos de prestación por usuario que marca la ley.

Los indicadores de política social pueden tener dos funciones. La primera es clara: transmitir información sobre el estado del sistema. La segunda, a veces no percibida tan claramente, es [servir como incentivos en la ejecución de la política social](#). Esta segunda función es más exigente y difícil, pero tiene mayor importancia estratégica. Por ejemplo, si el objetivo es maximizar la atención al dependiente en la comunidad, los indicadores escogidos para valorar el sistema deben también contribuir a tal fin.

La situación actual en España está bastante alejada de este ideal. El objetivo de incrementar la atención en la comunidad no siempre informa la selección de instrumentos y políticas sociales y es sistemáticamente ignorado a la hora de seleccionar indicadores de valoración. Para probar esto doy a continuación algunos ejemplos importantes.

1) El desarrollo de los ‘servicios de atención a domicilio’ (SAD)

El seguimiento continuado de ADYGSS de los SAD desde la ley de 2006 muestra como su desarrollo se ha visto obstaculizado, tanto en términos de su difusión (cobertura) como en términos de la intensidad de los servicios prestados. En cambio, la atención residencial se ha desarrollado con mayor rapidez.

Hay muchas posibles explicaciones para esta diferencia entre el desarrollo de los SAD y la atención residencial. Aquí me gustaría centrarme en la naturaleza de ambos.

La atención residencial (sea del tipo que sea) tiene una característica fundamental y fácil de entender: atención garantizada 24 horas, 365 días al año. Así pues, y aunque los familiares puedan seguir teniendo un papel, la atención residencial ofrece una sustitución completa del cuidado familiar. Esta nitidez conceptual no se traslada también a los SAD. Su idoneidad en cualquier situación, la calidad (percibida o real) del servicio, depende de varios factores: de la **intensidad** del servicio, ciertamente, pero también de su **flexibilidad** y de su **complementariedad** con otros servicios.

Para promocionar la permanencia en la comunidad de personas con grados altos de dependencia hay que tener presente la - casi - imprescindible coexistencia del cuidado formal con el cuidado no remunerado. La utilidad de los servicios formales en tal situación depende de hasta qué punto estos satisfacen las necesidades de la persona dependiente y del cuidador principal. **Ambos lados de la ecuación son relevantes.**

Según los informes, [los cuidadores profesionales no ven a los SAD como una alternativa viable a la atención residencial para personas con necesidades de alto nivel](#), pero su visión se deriva de experiencias que brindan apoyo con niveles de intensidad por debajo del umbral mínimo y de manera no estructurada.

Esto ha resultado en un círculo vicioso donde la extensión de SAD se ha visto obstaculizada por su lamentable status quo en el que **la intensidad de la atención es solo un factor**.

A medida que aumenta el nivel de dependencia de las personas, la sostenibilidad de la atención en el hogar depende en encontrar “paquetes” de atención ajustados a las características de la persona con dependencia, a la situación familiar, sus recursos y capacidades. Una verdadera promoción de la permanencia en el hogar pondría a disposición de los asistidos la posibilidad de combinar las siguientes opciones:

- * servicios de cuidado en el domicilio para substituir en parte al cuidador/a principal;
- * servicios fuera del domicilio (centros diurnos o nocturnos, servicios de respiro);
- * ayudas técnicas y/o tele-asistencia (para promover la autonomía de la persona y/o facilitar el cuidado realizado por sus cuidadores).

En la actualidad, la aplicación de paquetes mixtos de cuidado es muy limitada. La ley sufre una miríada de interpretaciones por parte de ayuntamientos, diputaciones y comunidades forales, llena de idiosincrasias en la aplicación de servicios, con criterios generalmente establecidos con poca o ninguna base de evidencia. Las preocupaciones sobre restricciones de acceso predominan en la asignación de servicios. En particular, la idea de evitar “duplicación de servicios” (prevenir el uso de servicios no concebidos como complementarios, o limitar el uso de servicios percibidos por el mismo concepto), es especialmente perjudicial para los usuarios del sistema más dependientes y afianza el subdesarrollo de los SAD.

Esta situación se justifica como consecuencia inevitable de las limitaciones financieras y de la ‘necesidad’ de racionar servicios frente al alta demanda. Sin embargo, esta postura es incoherente y miope en lo que se refiere al apoyo a personas con altos niveles de dependencia. [La experiencia internacional demuestra que un paquete combinado de atención en el hogar es típicamente más barato que la atención residencial y, además, puede obtener mejores resultados.](#)

Aunque parezca algo independiente, el sistema de valoración de los servicios sociales contribuye a mantener esta indeseable situación. La valoración de los SAD no incluye ningún modo de contabilizar y/o valorar el suministro de servicios complementarios. Este vacío resulta en expectativas inadecuadas respecto a lo que las CC.AA. deberían proporcionar, reforzando patrones ya establecidos. En definitiva, la evaluación de los SAD **separando cada servicio**, desincentiva el desarrollo de “paquetes mixtos de cuidado” y oculta la característica más fundamental que se requiere para su desarrollo -el empleo flexible de la totalidad de recursos y mecanismos disponibles para asistir a cada persona con dependencia.

2) El papel de las prestaciones económicas

Otros elementos no incluidos en las evaluaciones de ADYGSS son, precisamente, las prestaciones económicas alternativas a los SAD. Como es sabida estas incluyen tres tipos 1) la prestación económica para cuidado en entorno familiar (PECEF) 2) la prestación económica para asistencia personal (PEAP) y 3) la prestación vinculada al servicio (PEVS). Las dos últimas se emplean para contratar servicios de cuidado a domicilio, mientras que la primera no.

Excluir las prestaciones económicas al valorar los servicios sociales tiene consecuencias: al hacerlo se da crédito a la noción de que estas prestaciones no son (ni deben percibirse) como una alternativa al SAD y sus servicios auxiliares (como los centros de día). Y se subraya su papel ambiguo.

Esta ambigüedad parece ser el resultado de una incapacidad de traducir lo que se concibe dentro de la ley en una visión estratégica al nivel nacional para la atención a largo plazo y sobre todo una **falta de coherencia con los objetivos de promover la permanencia en el hogar y apoyar a las/los cuidadores familiares**.

La PECEF ha sido [interpretado como](#), “la alternativa a la profesionalización, al combinar la permanencia en el hogar con la dispensa de cuidados por miembros de familias” mientras que “las prestaciones económicas” han sido definidas -en general- como, “una prolongación del catálogo, ante el déficit de recursos públicos”. Esto ha dado lugar a restringir la elegibilidad para la prestación económica vinculada al servicio (PEVS), restricciones que, sin embargo, no se aplican a la PECEF.

Por su parte, la prestación para un asistente personal (PEAP) está concebida, “para contribuir a la contratación de una asistencia personal, durante un número de horas que facilite al beneficiario al acceso a la educación y al trabajo, así como una vida más autónoma en el ejercicio de las actividades básicas de la vida diaria”. Esta definición ha llevado a muchas CC.AA. (con la notable excepción de partes del [País Vasco](#) y [Navarra](#)) a restringir la elegibilidad del PEAP a personas dependientes empleadas o en formación, excluyendo así a las personas mayores.

La exclusión de las prestaciones de la valoración del servicio refuerza estas interpretaciones que limitan la implementación de PEAP y PEVS y desincentiva así a las CC.AA. de explorar los beneficios potenciales de estas alternativas a los SAD.

3) El impacto de los copagos

Según algunos informes, una de las principales razones para el subdesarrollo de los SAD es que [las familias continúan optando por la PECEF en lugar de los SAD](#). En relación con este fenómeno hay que recordar el importante **impacto de los copagos** -otro detalle que escapa las valoraciones de los servicios sociales. El copago para la prestación económica para cuidado en entorno familiar (PECEF) suele ser menor en cuantía y/o impacto (p.e. aplicado sobre la renta, pero no el patrimonio) que el requerido para los SAD. En ocasiones el copago para PECEF llega incluso a no aplicarse. Mientras, [los copagos para los SAD pueden superar el coste de la contratación externa del cuidado domiciliario](#). Este desincentivo para “elegir” otros servicios puede relacionarse con la [captación concentrada de la PECEF entre las personas con mayores ingresos](#) -y acceso a cuidadores familiares.

La cuantía de la PECEF por grado de dependencia no es uniforme. Hay partes de España donde las cuantías para personas de grado I y II son relativamente generosas. Dada la libertad ofrecida en el uso de la PECEF, y la escasez e inflexibilidad de los SAD, no es difícil entender por qué la PECEF puede resultar más deseable, especialmente [donde su importe pueda pagar una cantidad igual o mayor de cuidado doméstico que el ofrecido por los SAD](#).

El sistema actual está sesgado contra la atención profesional en el hogar y no ofrece verdaderas opciones, ni a las personas en situación de dependencia ni a sus cuidadores. Es un sistema rígido y frágil ante los importantes cambios sociodemográficos que afectan la capacidad, disponibilidad y ubicación de los cuidadores familiares.

Publicar información sobre las cuantías desembolsadas y sobre los ingresos recibidos por copagos, servicio por servicio, debería ser prioritario. No para poner en cuestión el cuidado familiar o su apoyo mediante la PECEF, sino para obtener una visión más objetiva del coste de las distintas opciones disponibles.

ⁱ Por ejemplo, actualmente en Madrid, la cuantía mínima de la PECEF para personas dependientes de Grado II es €201.59 que equivale a alrededor de 14 horas de SAD, al coste promedio por hora. La cuantía mínima de Grado I es €153.00 sería aproximadamente equivalente a 10 horas de SAD pero podrá ser convertido en más horas a través de un contrato de cuidado doméstico.

CONCLUSIONES

Los tres ejemplos previos ilustran casos donde cambios en los indicadores e información recogida para valorar el desarrollo de los servicios sociales en las CC.AA. podría ayudar en la organización de los servicios sociales -aclarando las expectativas estratégicas sobre los mismos e impulsando así a las CC.AA. a demostrar su capacidad de ampliar opciones que promuevan la permanencia en la comunidad de las personas con dependencia.

Para que tales cambios sean realmente útiles, se ha de reconocer -y encontrar una solución- para la barrera más importante en la valoración de los servicios sociales: [la falta de coherencia entre las unidades de valoración \(las CC.AA.\) y las unidades de gestión, prestación y financiación de servicios dentro de cada CC.AA.](#) Es sabido que [las disfunciones y complejidad administrativa española suponen un problema estructural para el desarrollo de los servicios sociales](#). Diez CC.AA. están divididas en provincias, con diferencias significativas tanto en el desarrollo de los servicios sociales (tales como la inversión en atención comunitaria versus atención residencial; el equilibrio entre la gestión directa y la gestión indirecta) como en sus características socio-demográficas, (densidad de población, pirámides de población, etc.); y en su asignación de responsabilidades. La combinación de datos de unidades administrativas tan distintas conduce a datos agregados muy alejados de las realidades locales. Esto promueve el escepticismo y la desconfianza en las evaluaciones de las personas a quien más debían interesar -los administradores locales de servicios. Así el impacto que pueden tener los indicadores en el desarrollo de los servicios acaba siendo nulo.

Afortunadamente, la solución de este problema parece relativamente sencilla: recopilar y mantener datos a nivel provincial. Lo importante es tener presente que la primera regla de cualquier sistema de valoración es que debe generar confianza tanto en quienes proporcionan los datos como en quienes examinan sus resultados.

También es importante reconocer los límites inherentes a las medidas cuantitativas de valoración. **Un sistema de valoración efectivo necesita incorporar un diálogo abierto sobre tales límites.** La interpretación de los resultados siempre requiere comprender su contexto (a través de un proceso de evaluación cualitativo). No se trata de buscar excusas para las CC.AA. (o las provincias) que no cumplan con los objetivos acordados sino de **comprender mejor los desafíos enfrentados en la práctica y brindar la oportunidad de aprender de las experiencias de otros.**

Cuando se trata específicamente de la atención en la comunidad, esto es mucho más fácil si se parte de un consenso en torno a objetivos y expectativas generales, en lugar de fijarse sólo en objetivos específicos (como la cobertura e intensidad de SAD). Muchas áreas en España sufren de baja densidad de población y despoblación que crean desafíos particulares para desarrollar SAD y para garantizar un servicio flexible y receptivo. Otras se ven obstaculizadas por inercias que hacen difícil alejarse de las tendencias históricas; mientras que otras están atrapadas por las grandes disparidades entre la financiación y el coste de vida en las principales ciudades. Cada uno de estos distintos desafíos requiere su propio conjunto de soluciones. Nada en el sistema actual favorece este tipo de diálogo.

En conclusión: Diseñar un modelo de valoración que respalde cambios estratégicos en la organización de los servicios sociales en España no es una tarea fácil, pero tampoco es imposible y debería, tal vez, incluirse entre las prioridades indicadas en Plan de Choque para el impulso del Sistema para la Autonomía y la Atención a la Dependencia.

Los Informes *en red* son publicados por el portal web **Envejecimiento en red** [www.envejecimientoenred.es] del Laboratorio PM - Departamento de Población, Instituto de Economía, Geografía y Demografía del Centro de Ciencias Humanas y Sociales, del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC).

Son documentos elaborados con un objetivo de divulgación, abordándose **cuestiones estadísticas, demográficas, legales, psicológicas, sanitarias, sociales**, entre otras, sobre el envejecimiento. Son elaborados por el propio equipo del Portal y por profesionales especialistas de distintos campos de la **Gerontología y la Geriatria**.

La serie se inicia en 2013 sin periodicidad fija, inspirada en los Informes Portal Mayores (2003-2012). Son gratuitos y se presentan en formato digital (pdf).

Envejecimiento en red no se responsabiliza de las opiniones vertidas por los autores de estos informes. Es obligatorio citar la procedencia en cualquier reproducción total o parcial que se haga de los mismos.

Informes *en red*

Director: Antonio Abellán García

Redacción técnica y maquetación: Isabel Fernández Morales y Pilar Aceituno Nieto.

Dirección postal: CSIC / CCHS. Laboratorio PM. Envejecimiento en red. c/Albasanz 26, 28037 Madrid, España

Correo electrónico: enred@cchs.csic.es

Web: www.envejecimientoenred.es





EnR?

