

Algunas pistas para la mejora del sistema de atención a la dependencia en España¹

**SIIS Centro de Documentación y Estudios,
Fundación Eguía-Careaga**

estudios@siis.net

Covid-19ak eragindako epidemiak Espainiako mendekotasun-artarako ereduak aspalditik dituen arazoak—orain artean ez bezala— agenda politikoaren lehen planoan jarri ditu, eta administrazioek sistemaren antolaketaren norabidearen aldaraztea planteatzea derrigortu. Artikulu honetan, Espainiako Estatu osoaren mendekotasun-artarako eredu berrantolatzeko zenbait zantzu azaltzen dira, azken batean, inguruko beste herrialde batzuen mendekotasun-artarako sistemen diseinuan oinarritzen direnak.

GAKO-HITZAK:

Mendekotasuna, adinekoak, ezgaitasuna duten pertsonak, arreta soziosanitarioa, iraupen luzeko zaintzak, ereduak, erreforma.

La epidemia causada por la covid-19 ha colocado en el primer plano de la agenda política —como no había ocurrido hasta ahora— los problemas que desde hace años arrastra el modelo de atención a la dependencia en España, y ha obligado a las administraciones a plantearse un cambio de rumbo en la organización del sistema. Este artículo plantea algunas pistas para reorganizar el modelo de atención a la dependencia en el conjunto del Estado español a partir, fundamentalmente, del diseño de los sistemas de atención a la dependencia de otros países de nuestro entorno.

PALABRAS CLAVE:

Dependencia, personas mayores, personas con discapacidad, atención socio sanitaria, cuidados de larga duración, modelos, reforma.

¹ Una primera versión resumida de este texto se publicó en el blog del SIIS Centro de Documentación y Estudios en septiembre de 2020 (<https://blog.siis.net/2020/09/pistas-para-la-mejora-del-sistema-de-atencion-a-la-dependencia/>).

1. Los cuidados de larga duración, (por fin) en el centro de la agenda política

La crisis provocada por el coronavirus ha tenido graves consecuencias en el ámbito de la atención a las personas con dependencia. Según los datos publicados por el Imserso (2020), entre marzo y junio de 2020 se observa un exceso de mortalidad de 33.057 personas solicitantes de prestaciones de dependencia en España, lo que supone un incremento del 50 % respecto a la mortalidad esperada. Estos fallecimientos representan el 1,74 % del total de solicitantes del Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD) y cerca del 75 % de todo el exceso de fallecimientos registrado hasta la fecha en el Estado español. La irrupción del coronavirus ha puesto además sobre la mesa —como no había ocurrido hasta ahora— los problemas que desde hace años arrastra el modelo de atención a la dependencia, y ha obligado a las administraciones a plantearse un cambio de rumbo en la organización del sistema. Este artículo plantea algunas pistas para la reorganización del modelo de atención a la dependencia en el conjunto del Estado español a partir, fundamentalmente, del diseño de los sistemas de atención a la dependencia de otros países de nuestro entorno.

En primer lugar, el estudio revisa las dificultades que atraviesa el sistema de atención a la dependencia en España, para luego detenerse en las principales áreas de mejora. La puesta en marcha de una nueva arquitectura de los cuidados que impulse fórmulas y dispositivos intermedios entre el hogar y la residencia convencional constituye uno de las reformas de mayor calado que han de emprenderse. Otros desafíos del sistema son aumentar la capacidad de elección de las personas que utilizan servicios residenciales y a la asistencia domiciliaria; repensar el papel de las entidades públicas y privadas en la prestación de cuidados de larga duración; mejorar los ratios, cualificaciones profesionales y condicionales laborales en el sector de los cuidados; y asegurar una adecuada atención médica en los centros residenciales. Resolver los problemas del sistema español de cuidados a la dependencia exige también un replanteamiento de su financiación, así como un impulso decidido de los sistemas de evaluación y gestión del conocimiento, que hoy por hoy resultan claramente insuficientes. El artículo termina señalando de forma concisa otros cambios que deberían introducirse en el sistema y que requerirían, en último término, avanzar hacia modelos atención más individualizados y centrados en las personas.

2. Debilidades del actual modelo de la atención a la dependencia en España

Como explican Zalakain y Davey (2020), con carácter previo a la epidemia se habían puesto de manifiesto problemas relativamente importantes en el modelo

español de cuidados de larga duración. Brevemente, pueden señalarse los siguientes:

- Escaso desarrollo de los servicios de carácter preventivo y de apoyo en el domicilio, debido en parte con la debilidad de los servicios sociales de atención primaria, de competencia municipal. El Servicio de Asistencia Domiciliaria no responde, en líneas generales, a las necesidades de las personas con necesidades de apoyo moderadas o severas que residen en sus domicilios.
- Escasa cobertura e intensidad de los servicios públicos que reciben la mayor parte de las personas con dependencia y persistencia de bolsas importantes de personas con dependencia reconocida que no acceden a ningún servicio (lo que se conoce como “limbo de la dependencia”). El elevado número de personas que se encuentran en lista de espera para recibir las prestaciones sigue siendo un tema de especial preocupación, ya que suponían antes del coronavirus cerca del 20 % de todas las personas con derecho a prestaciones.
- Debilidad de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras.
- Diferencias interterritoriales muy acusadas en lo que se refiere a la calidad, la cobertura o la financiación de los servicios, lo que supone la existencia de modelos de atención claramente dispares. No cabe duda de que la compleja y en cierta medida disfuncional estructura competencial y territorial del sistema de servicios sociales ha contribuido a un desarrollo insuficiente y desigual de los cuidados de larga duración.
- Peso excesivo de las prestaciones económicas sobre los servicios de atención directa, si bien en los últimos años su peso se ha ido reduciendo y representan en la actualidad en torno al 40 % de todas las prestaciones.
- El protagonismo de la prestación de cuidados en el entorno familiar ha reforzado la responsabilidad de las familias en la prestación de cuidados y, probablemente, el recurso a los cuidados privados a domicilio, a menudo prestados por mujeres inmigrantes contratadas de forma irregular. La cualificación de estas mujeres no siempre es suficiente y sus condiciones laborales son por lo general muy deficientes.
- Problemas de financiación: el gasto público global destinado a los servicios de larga duración es comparativamente bajo, la financiación del Gobierno central es más reducida de lo inicialmente previsto y los niveles de copago son elevados, especialmente para las personas de rentas medias y altas.
- Ese menor gasto público se relaciona con el escaso nivel retributivo que obtienen los trabajadores/as del sector. De hecho, las malas condiciones laborales caracterizan un sector en el que las mujeres son ampliamente mayoritarias.

Además, las ratios asistenciales varían claramente de unas comunidades a otras y son, en general, insuficientes.

- En un marco de restricciones al gasto público, una parte importante de los servicios públicos son prestados por entidades privadas, con y sin fin de lucro. De acuerdo a los datos del Imsero, solo el 60 % de las plazas residenciales o de centro de día tienen financiación pública. En esos casos, además, la financiación pública es insuficiente, lo que se refleja en niveles de calidad insuficientes.

A partir de ese diagnóstico, ¿qué podemos aprender de la experiencia de países como Suecia, Francia, Alemania, Reino Unido, Canadá o Estados Unidos? Podría pensarse, a primera vista, que poco: en la mayor parte de esos países el coronavirus ha tenido también un impacto extraordinario en el ámbito de la atención a la dependencia y en todos ellos el sector de los cuidados de larga duración se enfrenta a problemas similares a los de España: infrafinanciación, malas condiciones laborales, escaso prestigio social, problemas de coordinación sociosanitaria y dificultades para ofrecer unos servicios verdaderamente adaptados a las necesidades y a las preferencias de las personas que los reciben. La experiencia de esos países —con sus luces y sus sombras— permite sin embargo identificar planteamientos generales y medidas específicas que contribuirían a acometer en mejores condiciones la necesaria refundación del modelo español de atención a la dependencia.

3. Una nueva arquitectura de los cuidados

Uno de los principales cambios estratégicos que requiere el sistema de atención a la dependencia pasa por el desarrollo de un espacio intermedio entre el domicilio y el centro residencial convencional. Más allá de la necesaria potenciación y reorientación del servicio de atención a domicilio —cuestión que requeriría un análisis monográfico—, es imprescindible impulsar un continuo de opciones de alojamiento alternativo para las personas mayores que refuerce específicamente los apartamentos tutelados, las viviendas comunitarias y el resto de las opciones de vivienda asistida o con cuidados ya ampliamente desarrolladas en otros países.

En la línea del *extracare housing* británico², las viviendas seguras suecas³, las viviendas compartidas o de grupo alemanas⁴, o las *résidence autonomie* francesas⁵, estas opciones se caracterizan por

separar con claridad la provisión de la vivienda o el alojamiento —ya sea en compra o en alquiler— de la provisión de los cuidados; la prestación de los cuidados necesarios mediante equipos itinerantes de atención domiciliaria (sin presencia asistencial durante veinticuatro horas); y la organización en torno a estudios o apartamentos con servicios comunes, ya sea en edificios ordinarios o en complejos específicamente destinados a estos equipamientos⁶.

Junto al desarrollo de fórmulas alternativas de vivienda —vivienda colaborativa, *cohousing*, etc.— para personas mayores autónomas, esta nueva arquitectura de los cuidados implica la necesidad de seguir avanzando en la modificación del diseño arquitectónico y ambiental de los centros residenciales convencionales. España se caracteriza por un tamaño relativamente grande de los centros residenciales —el tamaño medio de los centros residenciales españoles es de 70 plazas, frente a 29 en Inglaterra, 45 en Suecia, 68 en Alemania, 70 en Francia y 110 en Estados Unidos—, por la relativa escasez de habitaciones individuales y, sobre todo, por diseños arquitectónicos en los que se combinan habitaciones de pequeño tamaño —diseñadas solo para dormir o estar encamado/a— y zonas comunes de grandes dimensiones, en las que tienen lugar las diferentes actividades de grupo. Frente a ese modelo institucional, es conveniente apostar por unidades más pequeñas, apartamentos o estudios individuales —decorados y amueblados por las personas usuarias— en lugar de habitaciones, y zonas comunes (comedor, sala de estar, etc.) de reducidas dimensiones enfocadas a grupos pequeños.

Junto a ello, es necesario también avanzar en otros elementos relacionados con el diseño arquitectónico de los centros residenciales, como su ubicación en el tejido urbano, el aprovechamiento de la luz y las zonas verdes, y la mezcla de usos, integrando los centros residenciales con (o en) otros equipamientos comunitarios y fomentando el uso intergeneracional de esos equipamientos. Las *green houses* norteamericanas⁷ podrían ser en ese sentido una inspiración de interés, tanto en lo que se refiere a los elementos ambientales y arquitectónicos como a la organización del servicio y la personalización de la atención.

² <<https://www.ageuk.org.uk/information-advice/care/housing-options/assisted-living-and-extra-care-housing/>>.

³ <<https://www.ivo.se/tillstand/sol-och-lss-tillstand/bistands-bedomt-trygghetsboende/>>.

⁴ <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/fileadmin/Dateien/5_Publikationen/Pflege/Berichte/Abschlussbericht_AGP_HWA_Wohngruppen-Studie.pdf>.

⁵ <<https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/changer-de-logement/vivre-dans-une-residence-avec-services-pour-seniors/les-residences-autonomie-pour-qui>>.

⁶ La necesidad de desarrollar un parque de viviendas asistidas o apartamentos tutelados para personas mayores frágiles o dependientes obliga, como se señala más adelante, a reflexionar sobre el papel de los servicios de vivienda en la provisión de servicios de alojamiento para las personas mayores, y a la inadaptación del actual parque residencial a las necesidades tanto de las personas mayores como de los jóvenes. En un contexto de escasa movilidad residencial entre las personas mayores, muchas de ellas viven hasta su fallecimiento en viviendas demasiado grandes, poco accesibles y poco adaptadas a sus necesidades —que en general transmiten además de forma casi gratuita tras su muerte a sus herederos/as—, mientras las personas jóvenes se emancipan tardíamente debido, entre otros factores, a las dificultades para acceder a viviendas asequibles.

⁷ <<https://www.thegreenhouseproject.org/>>.

4. El acceso a los servicios y la titularidad de los proveedores

En buena parte de los países de Europa, el acceso a los servicios residenciales o de asistencia domiciliaria se realiza mediante una prestación económica con la que la persona usuaria financia una parte del coste del servicio. Por citar dos ejemplos, Alemania abona mediante el seguro de dependencia entre 770 y 2.005 euros mensuales, dependiendo del nivel de dependencia, a las personas que quieren acceder a un centro residencial, independientemente de su renta; a través de la *allocation personnalisée d'autonomie* (APA), Francia abona hasta un máximo de 1.742 euros mensuales, dependiendo del grado de dependencia y de la renta de las personas usuarias.

Con estas prestaciones, las personas usuarias acceden al centro residencial de su elección, que puede ser de titularidad pública o privada. En estos países prima una lógica “consumista” en la concepción del servicio, basada en la competencia entre proveedores y la libertad de elección de la persona usuaria. La prestación que estas personas reciben, en todo caso, no cubre la totalidad del coste de la plaza y los niveles de copago son importantes. El otro extremo lo representa Suecia, donde —aunque se han abierto en los últimos años fórmulas para facilitar la libertad de elección de las personas usuarias— no existe una prestación económica, y lo que la Administración concede es una plaza en un centro residencial (también con copago, como se verá más adelante). Lo mismo ocurre con el servicio de asistencia domiciliaria.

España combina, con poco éxito, ambas fórmulas: aunque la prestación vinculada al servicio (PEVS) se ha ido abriendo camino y representa el 10 % de todas las prestaciones, la fórmula de acceso a los servicios residenciales y domiciliarios de financiación pública consiste en la asignación por parte de la Administración de una plaza residencial o una cantidad determinada de horas de atención domiciliaria, independientemente de que quien preste esos servicios sea una entidad pública o privada⁸. En ese contexto, la capacidad de elección de la persona usuaria es reducida. En el caso del SAD, esta capacidad de elección es nula: se accede al servicio que ha ganado la licitación para la prestación del servicio municipal, salvo que se acceda —como tan a menudo ocurre— al mercado privado de los cuidados a domicilio.

¿Puede España seguir el modelo sueco? ¿Debe reforzar la vía de las prestaciones, siguiendo el modelo francés o alemán? La cuestión tiene mucho que ver con las cuestiones que se abordan a continuación —la estructura de titularidad de los servicios, la determinación del copago y la

garantía de la calidad del servicio exigida por la administración— pero parece lógico impulsar un modelo en el que se potencie la capacidad de elección de las personas usuarias, ya sea mediante una prestación económica, como en Francia o Alemania, ya sea mediante una mayor posibilidad de elegir el centro o la empresa proveedora, como en Suecia. Aun sin confiar excesivamente en las posibles virtudes de la competencia entre proveedores, la reorientación del modelo de atención a la dependencia debería tender a maximizar las opciones de elección de las personas usuarias y a que sean ellas las que elijan, con opciones y garantías suficientes, en qué centro quieren vivir o qué entidad quieren que les atienda en su casa.

Este modelo de libre elección no es incompatible con la prestación de los servicios por parte de entidades públicas ni, menos aún, con el desarrollo de un sistema de responsabilidad pública. En ese sentido, puede decirse que el debate sobre la titularidad pública o privada de los servicios residenciales y sobre su pretendida privatización está en cierta forma distorsionado en España.

Por una parte, habría que recordar que la prestación de servicios residenciales por entidades públicas no es generalizada en Europa y que existen grandes diferencias al respecto entre los diversos países (el porcentaje de centros residenciales de titularidad privada en España es del 75 %, en Suecia es del 16 %, en Francia del 48 %, en Inglaterra del 91 % y en Alemania del 96 %). Es reseñable en cualquier caso a este respecto la experiencia francesa: el 52 % de las plazas son de titularidad pública, pero se accede a ellas de la misma forma que se accede a los centros privados —mediante la prestación económica que concede la Administración— y es la persona usuaria la que elige la titularidad del centro al que acude (sin obviar, en cualquier caso, las dificultades para una elección real que existen en determinadas zonas y/o para determinados perfiles de usuarios).

También habría que recordar que la irrupción de proveedores privados no necesariamente implica una peor calidad de la atención. La experiencia sueca es interesante en ese sentido. Aunque sigue siendo pequeño, el peso de las residencias de titularidad privada en Suecia ha ido creciendo a lo largo de los últimos años en un proceso políticamente impulsado de mercantilización de los servicios sociales. Desde ese punto de vista, Suecia constituye un laboratorio sobre los efectos de la intervención de las empresas privadas en la gestión de los servicios residenciales, y se han publicado un buen número de artículos de investigación analizando en qué medida la irrupción de gestores privados —en un marco de financiación y responsabilidad pública— implica o no un deterioro de la calidad de la atención. No puede decirse en cualquier caso que los datos al respecto sean concluyentes:

- Uno de los últimos trabajos en relación con esta cuestión (Broms, Dahlström y Nistotskaya, 2020)

⁸ También existe la vía, lógicamente, del acceso privado a los servicios, sin prestación económica ni asignación pública de plaza, para las personas que no tienen valoración de dependencia o para las que, teniéndola, no tienen un servicio o prestación asignada.

señala que la competencia entre proveedores no implica mejoras en los indicadores de resultado (satisfacción de las personas usuarias), ni en los de tipo estructural (ratios o cualificación del personal), pero sí en determinados indicadores de proceso, como la limpieza o la actualización de los planes de intervención.

- Otro de los trabajos más recientes realizados al respecto (Winblad, Blomqvist y Karlsson, 2017) señala que, si bien los centros públicos registran dotaciones de personal más elevadas, no se identifican diferencias sustanciales en la calidad de la atención ente centros públicos y privados, frente a lo que sí parece ocurrir en otros países, como Estados Unidos. De acuerdo con este análisis, los centros públicos obtienen mejores resultados en determinados indicadores estructurales (personal, disponibilidad de cocinas individuales, etc.), mientras que los centros privados obtienen mejores resultados en algunos indicadores de proceso, como la participación de las personas usuarias, la revisión de la medicación o la actualización regular de los planes de atención. No se observan, por otra parte, diferencias en los resultados entre entidades privadas con y sin fin de lucro.
- Un estudio similar (Bergman *et al.*, 2016) analizó la diferencia entre centros públicos y privados en lo que se refiere a las tasas de mortalidad, entendidas como un indicador de la calidad de la atención. Los datos del estudio señalan que la tasa de mortalidad, una vez controladas otras variables como la edad o el estado de salud, era casi un 2 % menor en los centros privados, lo que se acompaña de una reducción en el coste por plaza. El estudio concluye que la competencia entre operadores privados mejora la calidad de la atención mientras reduce el coste por plaza del servicio.

En todo caso, las experiencias sueca y alemana ponen claramente de manifiesto que la prestación de servicios de calidad suficiente por parte de empresas privadas con fin de lucro requiere de un marco de regulación, inspección, evaluación, acreditación, contratación y estandarización de la atención del que, como se explica más adelante, carece el Estado español y la mayor parte de sus comunidades.

Por otra parte, el debate sobre la titularidad de los servicios residenciales no puede obviar los procesos de concentración empresarial que se están produciendo tanto en España como en los demás países de Europa y que van en contra, precisamente, de la capacidad de elección de las personas usuarias. En Suecia, por ejemplo, cerca del 70 % de las plazas privadas —que representan en torno al 15 % de todas las plazas— están gestionadas por cinco grandes empresas. Se trata además en general de empresas multinacionales, como Attendo, que operan en toda Escandinavia y que ofrecen servicios de salud, de atención a personas con discapacidad, adicciones, etc. En Alemania, mientras las cuatro principales

empresas privadas apenas concentran el 10 % de todas las plazas, la red de entidades sociales protestantes (Diakonie) concentra el 17 % de las plazas y Cáritas el 8,9 %. Otra entidad sin fin de lucro —Arbeiterwohlfahrt (AWO)— gestiona un 8,2 % más de plazas. En Inglaterra, las cinco principales empresas privadas presentes en el sector gestionan un total de 879 centros y cerca de 53.000 plazas, lo que representa en torno al 15 % del total de las plazas disponibles.

5. Condiciones laborales, ratios de personal y cualificación

Aunque la situación no es al respecto la misma en los diversos países de Europa, puede decirse que la cuestión de las dotaciones y cualificaciones profesionales, así como las condiciones laborales, constituyen uno de los principales problemas de los servicios de atención residencial en todos los países de nuestro entorno. En ese sentido, el sector de los cuidados de larga duración se caracteriza por ser mayoritariamente femenino, con tasas elevadas de rotación y absentismo, bajos salarios y escaso prestigio social. Las cualificaciones necesarias para acceder al sector son además muy variables, y el peso del personal con formación básica en el sector es en general muy importante.

Si bien existen diferencias importantes entre las diversas comunidades y territorios históricos, la situación en el Estado español en relación con esta cuestión es particularmente deficitaria. En un país con tasas de cobertura residencial relativamente cercanas a las que se registran en otros países de Europa. Eurostat (2017) calcula para España 834 plazas por cada 100.000 habitantes, frente a 1.388 en Suecia, 1.152 en Alemania, 981 en Francia, 821 en Reino Unido o 415 en Italia), la tasa de personas ocupadas en los servicios sociales residenciales por cada persona mayor de 75 años es mucho más baja que la que se registra en cualquiera de los países analizados.

Como se observa en la Tabla 1, España cuenta con 7,2 personas ocupadas en el sector de los servicios sociales residenciales por cada 100 personas mayores de 75 años, frente a 30 en Holanda, 17 en Reino Unido, 13 en Alemania y 11 en Francia⁹.

⁹ Esta estadística tiene en cuenta el conjunto del personal en los centros residenciales de servicios sociales, e incluye también por tanto las residencias para personas con discapacidad, con enfermedades mentales, en situación de exclusión, etc. En la medida en que en todos los países la mayor parte de los servicios residenciales se dirigen a personas mayores, la Tabla 1 permite en todo caso una comparación de las dimensiones de los servicios sociales residenciales, desde el punto de vista del personal, en cada país de la UE.

Tabla 1. Personal en servicios residenciales para personas mayores en Europa

| | Personal en residencias | Personal en residencias por cada 100 personas mayores de 75 años |
|-----------------|-------------------------|--|
| Países Bajos | 425.800 | 30,3 |
| Dinamarca | 128.600 | 26,4 |
| Suecia | 214.000 | 23,2 |
| Malta | 7.500 | 21,2 |
| Finlandia | 99.400 | 19,4 |
| Reino Unido | 980.100 | 17,5 |
| Bélgica | 174.700 | 17,2 |
| Luxemburgo | 6.300 | 15,5 |
| Irlanda | 41.200 | 14,2 |
| Alemania | 1.287.800 | 13,6 |
| Portugal | 128.500 | 11,8 |
| Francia | 728.600 | 11,6 |
| Eslovaquia | 38.700 | 11,6 |
| UE-27 | 4.384.100 | 10,1 |
| Austria | 77.800 | 9,3 |
| República Checa | 72.900 | 8,9 |
| Eslovenia | 15.500 | 8,1 |
| Hungría | 61.800 | 7,7 |
| España | 322.800 | 7,2 |
| Lituania | 15.700 | 5,7 |
| Estonia | 7.000 | 5,5 |
| Polonia | 126.300 | 4,7 |
| Croacia | 17.400 | 4,5 |
| Italia | 312.000 | 4,4 |
| Letonia | 7.100 | 3,7 |
| Chipre | 1.600 | 2,7 |
| Rumanía | 41.600 | 2,7 |
| Bulgaria | 15.000 | 2,4 |
| Grecia | 8.600 | 0,7 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Población Activa de Eurostat.

Lamentablemente, no existen datos fiables sobre las ratios de atención directa que existen en las comunidades autónomas españolas, aunque cabe pensar, a partir de los datos que se acaban de señalar, que son comparativamente bajas y, además, muy diferentes en las diversas comunidades autónomas. Según la revisión recientemente elaborada por la Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (2020), las ratios de personal exigidas por las respectivas normativas autonómicas oscilan en las diferentes comunidades autónomas entre 32 y 54 trabajadores/as por cada 100 residentes. Aunque las comparaciones son en este caso difíciles de realizar, se trata en general de ratios más bajas que las que existen en los países de nuestro entorno: Francia registra en sus centros residenciales una ratio de 62 trabajadores/as a dedicación plena equivalente por cada 100 personas usuarias y Suecia una ratio total de 95 trabajadores/as por

cada 100 personas usuarias. En Alemania, las diferentes normativas estatales exigen entre 36 y 42 trabajadores/as por cada 100 personas usuarias.

La escasa remuneración de los/as profesionales de la atención directa es otro de los problemas endémicos del sector. Como se observa en la Tabla 2, España destaca por un salario medio en el sector residencial sustancialmente más bajo que en el resto de los países de la eurozona —1.617 euros en poderes de paridad adquisitiva al mes frente a 2.086 en el conjunto de los países de la eurozona—, y, sobre todo, por la brecha que existe en el salario que se percibe en el sector residencial respecto al que se recibe en los sectores de la industria, los servicios y la construcción. Si en los países de la eurozona el porcentaje es del 81%, en España baja hasta el 63%, solo por encima de Italia, Portugal, Estonia y Letonia, los países en los que el salario en el sector residencial resulta comparativamente más bajo respecto al salario medio.

Tabla 2. Salario mensual medio en el sector de las residencias de servicios sociales en 2016

| | Salario en paridad de poder adquisitivo | Porcentaje del salario en residencias respecto al salario en la industria, los servicios y la construcción |
|-----------------|---|--|
| Suiza | 3.695 | 82,3 |
| Noruega | 3.131 | 86,4 |
| Bélgica | 3.038 | 88,6 |
| Dinamarca | 2.729 | 77,7 |
| Austria | 2.671 | 79,7 |
| Países Bajos | 2.657 | 77,9 |
| Irlanda | 2.530 | 76,1 |
| Alemania | 2.468 | 73,6 |
| Finlandia | 2.200 | 75,8 |
| Suecia | 2.171 | 72,8 |
| UE-27 | 2.139 | 81,1 |
| Eurozona | 2.086 | 75,6 |
| Reino Unido | 2.028 | 67,2 |
| Francia | 2.009 | 74,3 |
| Eslovenia | 1.737 | 72,4 |
| Italia | 1.706 | 62,0 |
| España | 1.617 | 63,6 |
| Grecia | 1.533 | 71,5 |
| Chipre | 1.469 | 65,5 |
| Croacia | 1.439 | 76,2 |
| Polonia | 1.368 | 75,5 |
| Turquía | 1.250 | 67,1 |
| República Checa | 1.246 | 73,0 |
| Portugal | 1.134 | 57,2 |
| Eslovaquia | 1.103 | 69,9 |
| Estonia | 1.013 | 61,9 |
| Hungría | 994 | 64,9 |
| Rumanía | 933 | 70,8 |
| Lituania | 920 | 72,6 |
| Serbia | 910 | 71,1 |
| Letonia | 813 | 61,2 |
| Bulgaria | 664 | 58,8 |

Fuente: Elaboración propia a partir de la Encuesta de Costes Laborales de Eurostat.

6. La medicalización de las residencias

La atención sanitaria que se presta a las personas dependientes, especialmente las que viven en centros residenciales, y la coordinación entre los servicios sociales y sanitarios, constituyen otra de las principales asignaturas pendientes en el ámbito de los cuidados de larga duración. La crisis de la covid-19 ha agravado ese problema, especialmente en algunas comunidades.

Como se señala en el manifiesto “Ante la crisis del COVID19: una oportunidad de un mundo mejor” (2020), las personas que enferman en un centro residencial tienen derecho a la atención sanitaria pública por su condición de ciudadanos/as, tanto en atención primaria de salud como en especializada. No es admisible que sean privados/as de este derecho por su edad avanzada o por tener una gran discapacidad. El conjunto de los poderes públicos y, en particular, las comunidades autónomas, que son quienes tienen la competencia de gestionar, financiar y/o de supervisar estas instituciones, deberán fortalecer los mecanismos de evaluación, supervisión y coordinación de estas para evitar situaciones indeseables como las que se han producido durante la crisis del coronavirus.

No existe en la actualidad un modelo claro de atención sanitaria en los centros residenciales españoles y, según la revisión realizada por la Sociedad Española de Geriátrica y Gerontología (2020), solo algunas comunidades establecen la necesidad de contar con personal médico *in situ*. Puede decirse, además, que no se han desarrollado suficientemente los sistemas de coordinación entre las residencias y los servicios públicos de atención primaria de salud, que, como los servicios sociales de atención primaria, parecen en ocasiones pensar que las personas mayores que acceden a un centro residencial dejan de formar parte de su cartera de casos.

No puede decirse que esta sea una cuestión bien resuelta en los países de nuestro entorno. Sería en cualquier caso conveniente analizar algunas de las fórmulas aplicadas en esos países, como la figura del médico-coordinador¹⁰ existente en Francia, la creación en Inglaterra de los llamados equipos reforzados de salud (Baylis y Perks-Baker, 2017) en residencias, o el marco establecido en Suecia para la coordinación de las altas hospitalarias de personas que requieren servicios residenciales, de cara a plantear desde bases sólidas el proceso de “medicalización” de las residencias de personas mayores.

¹⁰ <<https://www.agevillagepro.com/article-7094-1-Le-metier-de-medecin-coordonnateur-en-EHPAD-13-missions.html#:~:text=Le%20m%C3%A9decin%20coordonnateur%20assure%20l,sur%20le%20forfait%20%22soins%22.>>

7. ¿Cómo financiar los cuidados de larga duración?

La solución a los problemas del sistema español de cuidados a la dependencia, como ha afirmado Zalakain (2020), requiere fundamentalmente de cambios culturales y de modelo, de un profundo cambio de mentalidad en la organización de los servicios y en su prestación. Pero, como acabamos de ver, también requiere de recursos económicos adicionales: la mera inyección de recursos suplementarios, sin un cambio cultural y de modelo, difícilmente dará respuesta a los problemas que tiene planteados el sistema. Pero es imposible acometer ese cambio cultural sin incrementar los recursos económicos que se destinan al sector y sin modificar las actuales fórmulas de financiación de la dependencia.

Los datos de la Tabla 3 ponen de manifiesto que el gasto en servicios residenciales para personas mayores en España es inferior al que se realiza en la mayor parte de los países de nuestro entorno. Los datos recogidos deben en cualquier caso tomarse con precaución, debido a las diferencias existentes a la hora de computar la información en los diversos países¹¹.

Tabla 3. Gasto en servicios residenciales para personas mayores en Europa (2018)

| | Euros por cada mayor de 75 años | Millones de euros |
|--------------|---------------------------------|-------------------|
| Suecia | 7.608 | 7.021 |
| Países Bajos | 4.367 | 6.147 |
| Finlandia | 4.004 | 2.050 |
| Bélgica | 3.425 | 3.488 |
| Austria | 1.933 | 1.614 |
| Malta | 1.619 | 57 |
| Francia | 1.369 | 8.599 |
| Reino Unido | 883 | 4.946 |
| España | 807 | 3.642 |
| Eslovaquia | 568 | 190 |
| Chequia | 522 | 427 |
| Portugal | 283 | 308 |
| Hungría | 275 | 219 |
| Letonia | 228 | 44 |
| Eslovenia | 173 | 33 |
| Italia | 141 | 996 |
| Croacia | 111 | 43 |
| Estonia | 109 | 14 |
| Lituania | 85 | 24 |
| Rumanía | 64 | 100 |
| Bulgaria | 31 | 19 |

Fuente: Elaboración propia a partir del Sistema Europeo de Estadísticas Integradas de Protección Social (ESSPROS) de Eurostat.

¹¹ En ese sentido, los datos de Francia que se han utilizado para la elaboración de esta tabla no son los que ofrece Eurostat, sino los que recoge en sus estadísticas el Ministerio de Salud francés.

Una de las razones del escaso gasto en servicios sociales que realiza España —más allá de sus relativamente bajas tasas de cobertura— se relaciona con un coste por plaza inferior al que se registra en otros países, que se relaciona a su vez, como acabamos de ver, a unas remuneraciones salariales también más bajas. Efectivamente, como consecuencia, entre otros elementos, de los reducidos costes laborales que acaban de señalarse, el coste plaza de los servicios residenciales españoles es en general bajo. Según un estudio publicado por la OCDE (Muir, 2017), el coste plaza residencial oscila entre el 100 % y el 150 % del PIB per cápita en países como Inglaterra, Japón, Canadá, Francia, Suecia, Holanda o Bélgica. En España, el coste por plaza, de unos 2.000 euros mensuales, equivale al 90 % del PIB per cápita.

En todo caso, la necesaria mejora de los niveles retributivos debe ser compatible con el incremento de las ratios de atención y el incremento de la oferta de plazas. Cada comunidad autónoma o territorio histórico debería valorar cuál de estos tres parámetros quiere mejorar —cobertura, ratios, remuneraciones—, sabiendo que elevar los tres al mismo tiempo requiere unas disponibilidades presupuestarias incompatibles con el actual marco general de financiación de los servicios sociales. Para cambiar esta situación, deberíamos responder —al menos— a tres preguntas:

- ¿Quién paga el gasto público en dependencia?
- ¿Cómo se define el copago?
- ¿Cómo financiamos el gasto público en dependencia?

7.1. ¿Quién paga el gasto público en dependencia?

Más allá del reparto de las responsabilidades financieras entre la Administración central y las administraciones locales y autonómicas, en España la práctica totalidad del gasto público para el sostenimiento de los servicios residenciales para personas mayores se financia desde el sistema de servicios sociales. Son los servicios sociales los que abonan —con alguna salvedad— los gastos relacionados con la atención a la dependencia, pero también los gastos relativos a la atención sanitaria o los relativos al alojamiento de las personas residentes. En los países de nuestro entorno las responsabilidades respecto a la financiación del gasto residencial se reparten de otra forma: los servicios de salud financian el gasto sanitario que se realiza en las residencias y las personas que carecen de recursos propios para abonar el coste correspondiente a su alojamiento y manutención acceden a prestaciones asistenciales de vivienda o garantía de ingresos para hacer frente a esos gastos. En España, por el contrario, es el sistema de dependencia/servicios sociales el que financia necesidades que deberían estar financiadas por los sistemas de vivienda, salud o garantía de ingresos.

7.2. ¿Cómo se define el copago?

En una línea similar, la forma de determinar el copago que abonan las personas usuarias debería ser modificada en España. Ciertamente, el copago de una parte de los servicios de atención a la dependencia es habitual en Europa, incluso en los países escandinavos¹². La forma de determinar el copago es sin embargo diferente: en Francia, por ejemplo, las personas usuarias abonan el 100 % de los gastos de alojamiento y manutención —siempre que tengan recursos económicos propios—, en torno a un tercio de los gastos derivados de los cuidados a la dependencia, y no abonan cantidad alguna por los gastos sanitarios, que representan en torno a un tercio del coste plaza total. En Suecia, las personas residentes abonan una muy reducida cantidad por los gastos de atención a la dependencia (con un copago mensual máximo de 200 euros mensuales), a lo que se añade el gasto correspondiente al alojamiento y la manutención. Inglaterra establece un sistema selectivo en el que las personas con ingresos superiores a un umbral determinado abonan íntegramente el coste del servicio, salvo que padezcan problemas específicos de salud, en cuyo caso el NHS abona la atención de enfermería recibida en los *nursing homes*.

En España, según el Acuerdo sobre determinación de la capacidad económica del beneficiario y sobre los criterios de participación de éste en las prestaciones del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), las personas usuarias de un servicio residencial en el marco del sistema de atención a la dependencia pueden abonar hasta un 90 % del precio público del servicio, lo que algunas entidades consideran confiscatorio¹³. Cabe pensar, efectivamente, que en la práctica el copago actúa hoy como regulador de la demanda y erosiona, *de facto*, el derecho subjetivo a los servicios de atención a la dependencia.

Como señaló Zalakain (2018), en relación con esta cuestión cabría avanzar, al menos, en las siguientes vías complementarias.

- En primer lugar, sería conveniente diferenciar los componentes hoteleros y asistenciales y, dentro

¹² En España, de acuerdo a los datos del Imserso, las personas que acceden a un centro residencial concertado abonan por término medio en torno al 40 % del precio de concertación; en Alemania el porcentaje de copago oscila entre el 42 % y el 94 %, en función del nivel de dependencia; En Francia, el copago medio asciende a unos 1.500 euros mensuales, que suponen en torno al 54 % del coste por plaza, mientras que en Suecia el copago medio ronda los 1.000 euros mensuales, que representan en torno al 15 % del coste total de la plaza.

¹³ Las entidades que representan a las personas con discapacidad hace tiempo que vienen señalando que la regulación del copago en el marco de la Ley de Dependencia tiene carácter confiscatorio: se trata a su juicio de “una reglamentación carente de equidad y justicia material, próxima a lo confiscatorio, que más que invitar a ejercer el derecho subjetivo, expulsa a las personas mayores y a las personas con discapacidad destinatarias naturales del sistema, por lo gravoso de sus exacerbados requerimientos en materia de aportación económica”.

de estos últimos, los relacionados con la atención sanitaria y la atención social, de forma que cada uno de estos costes pueda tener un tratamiento diferente a la hora de la determinación de los precios públicos. A diferencia de los costes hoteleros, que deberían ser cubiertos en un 100 % por la persona usuaria —en caso de contar con ingresos suficientes—, los costes asistenciales deberían tender a la gratuidad. Aunque el Artículo 33 de la Ley de Dependencia establece la diferenciación entre servicios asistenciales y de manutención y hoteleros, son pocas las regulaciones autonómicas de la participación económica de las personas usuarias que tienen en cuenta esa diferenciación.

- Además, en la línea de la iniciativa legislativa popular presentada en 2014 por el Comité Español de Representantes de Personas con Discapacidad (Cermi), sería también aconsejable revisar los criterios establecidos para determinar las cantidades mínimas que se reservan en concepto de libre disposición a las personas usuarias de los centros residenciales y, sobre todo, reducir sustancialmente el porcentaje del coste de referencia del servicio que puede ser financiado mediante la participación económica de la persona usuaria, y que en la actualidad la Ley de Dependencia establece entre el 70 % y el 90 %.
- Por último, a la hora de fijar la capacidad económica de las personas usuarias, pudiera ser también conveniente tender a tener en cuenta en la menor medida posible la renta y, especialmente, el patrimonio de las personas usuarias de los servicios, o a establecer topes en su consideración, especialmente en el caso de los servicios domiciliarios. Aunque la no consideración del patrimonio podría resultar en cierta medida contraria al principio de progresividad, evitaría que las personas con patrimonios medios o altos renuncien a la utilización de los servicios sociales públicos debido al elevado copago establecido, especialmente si se tiene en cuenta la posibilidad de acceder a servicios alternativos en el mercado privado, que no tienen en cuenta la renta o el patrimonio de las personas usuarias y que se sitúan a menudo en el marco de la economía sumergida. En ese sentido, cabe pensar un énfasis excesivo en la progresividad del sistema de copago contribuye a minar el principio de universalidad de los servicios sociales públicos, sin cuestionar necesariamente su carácter de derecho subjetivo.

7.3. ¿Cómo financiamos el gasto público en dependencia?

Todas estas cuestiones están estrechamente relacionadas con las opciones adoptadas en cada país en relación a la financiación de la dependencia. Tanto Alemania como Francia —los dos países que,

por muy diversas razones, podríamos considerar como referentes para esta cuestión— establecieron en su momento un sistema de financiación finalista de los servicios de atención a la dependencia, mediante cotizaciones específicas, abonadas tanto por los empresarios como los trabajadores, tras la eliminación de un día festivo en el calendario laboral. En España —y en los territorios forales— la ampliación de derechos que supusieron la Ley de Dependencia y las respectivas leyes de servicios sociales no vinieron acompañadas de impuestos finalistas, cotizaciones ni de ninguna otra forma de financiación adicional.

Los resultados de esa decisión son evidentes y sería por tanto conveniente reflexionar sobre la posible introducción de nuevas fórmulas —como cotizaciones o impuestos finalistas— para la financiación de los servicios de atención a la dependencia. En ese contexto, como ya señalaba Zalakain (2018), resulta de particular interés la que aboga por un incremento del impuesto de sucesiones y su afectación al gasto en dependencia. Los defensores de esta opción (Lloyd, 2011) sostienen que supondría una mayor mutualización del riesgo de dependencia, puesto que, en la práctica, en lugar de gravar vía copago el 100 % del patrimonio de las personas mayores que se ven obligadas a utilizar los servicios de atención domiciliaria o residencial, se pasaría a gravar vía impuestos —con tipos sensiblemente más bajos— el patrimonio que legan todas las personas mayores, hayan utilizado o no esos servicios. El aseguramiento frente al riesgo de dependencia es el mismo, pero la financiación se reparte entre todas las personas expuestas a tal riesgo o, más bien, entre sus herederos. Además, para sus defensores, el cambio tendría también la virtud de gravar en mayor medida las herencias y donaciones que, de acuerdo a algunos análisis (Brun, 2018; Barragué y Martínez, 2016), son el mecanismo más importante de perpetuación de la desigualdad entre generaciones, permiten la acumulación de grandes patrimonios y minan los principios básicos de una sociedad liberal y democrática.

8. Herramientas para la regulación, la inspección y la evaluación de los servicios

Junto a las cuestiones que se han apuntado hasta ahora, el modelo español de atención a la dependencia se diferencia de los establecidos en otros países de nuestro entorno en dos cuestiones fundamentales, estrechamente relacionadas entre sí.

Frente a lo que ocurre en otros países, la principal herramienta para la garantía de la calidad en España es la regulación *ex ante* de los requisitos funcionales, materiales y personales de los servicios¹⁴. Estos

¹⁴ Los sistemas de gestión de la calidad, en el ámbito de la dependencia, pueden *grosso modo* clasificarse en dos grandes grupos: de una parte, los modelos básicamente orientados a la regulación *ex ante*, en los que la normativa detalla de forma exhaustiva los requisitos materiales, físicos y funcionales que deben cumplir los ser-

requisitos se regulan de forma exhaustiva, pero se inspeccionan de forma generalmente rutinaria, centrándose a menudo únicamente en los aspectos formales del servicio y en los indicadores estructurales y de proceso, dejando por lo general de lado los indicadores de resultado más vinculados a la calidad de vida¹⁵. Este modelo de regulación e inspección se combina, por otra parte, con sistemas de acreditación y estandarización que a menudo han funcionado en el ámbito industrial, pero que plantean dificultades de aplicación en el ámbito de los servicios personales. Además, si bien las inspecciones pueden dar lugar a sanciones o incluso cierres, su contenido no es conocido por las personas usuarias o potenciales usuarias de los centros

El modelo de inspección, evaluación y garantía de la calidad establecido en los países de nuestro entorno es notablemente distinto. La normativa es en general —aunque no siempre— más laxa e inespecífica, y la garantía de la calidad de la atención está mucho más orientada a procesos de acreditación y/o de evaluación *ex post*, mediante el uso de indicadores de estructura, de proceso y, cada vez más, de resultados. En ese sentido, países como Alemania, Reino Unido, Estados Unidos o la propia Suecia han desarrollado modelos de inspección y evaluación basados en la publicación de los resultados que cada centro obtiene.

vicios y centros. Esta normativa tiende a centrarse en los aspectos estructurales y de personal (*inputs*) más fácilmente comprobables, y en cierta medida en determinados indicadores de proceso (*outputs*), pero presta poca atención a los indicadores de resultados (*outcomes*) relacionados con el estado de salud y la calidad de vida de las personas usuarias. Los modelos basados en la regulación *ex ante* conceden una gran importancia a la inspección del cumplimiento de esos requisitos, si bien a menudo los equipos inspectores no tienen la capacidad suficiente para inspeccionar todos los aspectos contenidos en la regulación y las inspecciones tienden a centrarse en aspectos estructurales y procedimentales que la norma establece y no en los resultados alcanzados mediante los dispositivos regulados. De otra parte, están los modelos básicamente orientados a la evaluación *ex post* de los procesos de atención y, crecientemente, de sus resultados. Si bien, lógicamente, todos los países establecen una regulación básica sobre el acceso al mercado de los cuidados y permiten una mínima garantía de la calidad en el servicio, los países que aplican esta orientación han desarrollado una normativa inicial relativamente laxa, definiendo los criterios de atención de forma genérica (tanto en lo que se refiere a los requisitos funcionales, como a los materiales o de personal). En estos países, el núcleo de los sistemas de gestión de la calidad está puesto en los procedimientos de inspección y/o evaluación, a través de los cuales se establecen los requisitos que los centros y servicios han de cumplir. En general, estos modelos prestan una mayor atención a la evaluación de los procesos de atención y a la medición de sus resultados, por encima de los elementos estructurales o personales. Se trata, además, de modelos más orientados a las lógicas mercantiles, más orientados al mercado, en la medida en que utilizan la evaluación de la calidad de la atención como una herramienta para atraer a posibles clientes, en un marco en el que la demanda de servicios encuentra ofertas cercanas, variadas y accesibles. Estos modelos basados en la evaluación *ex post* se concretan en muy diversas herramientas, si bien la utilización de escalas de medición de la calidad de vida de las personas usuarias y la publicación de los informes de evaluación de cada centro resultan las más habituales.

¹⁵ Ante esta situación, Leturia *et al.* (2019) han señalado la necesidad de avanzar hacia modelos de evaluación *ex post* que, a partir de un marco normativo previo sólido y coherente, permitan evaluar los procesos de atención y, sobre todo, el impacto de esos procedimientos en la calidad de vida de las personas atendidas. Se trata, en ese sentido, de avanzar en un cambio de paradigma, pasando de la calidad de la atención a la calidad de vida e incorporando a los modelos de regulación y gestión de la calidad el enfoque de la atención centrada en la persona.

En el caso alemán, los representantes de los seguros de dependencia y de las entidades proveedoras pactan un marco de evaluación (mediante las llamadas directrices de calidad y acuerdos de transparencia), concretado en una serie de indicadores relacionados con diversas dimensiones de la atención. A partir de estas dos referencias, todos los servicios y centros de atención son inspeccionados al menos una vez al año, a través de visitas que no son previamente anunciadas, realizada por un equipo de profesionales especializados adscrito a cada consejo médico del seguro de salud regional (MDK). La evaluación del cumplimiento de los criterios se basa en general en el análisis de la situación de una muestra de las personas usuarias del centro o servicio, así como en una encuesta específica realizada a las personas usuarias o a sus familiares. Los criterios que se toman en cuenta no recogen en general las cuestiones estructurales o de personal (ratios, cualificaciones, etc.), sino que se centran en los procesos y resultados de las tareas de atención. La puntuación que se asigna a cada uno de los analizados —enfermería y asistencia médica, tratamiento de los residentes con demencia, cuidado y vida cotidiana, alojamiento, alimentación, limpieza e higiene y encuesta de residentes— se basa en una escala que va de cinco a uno, donde cinco es la peor puntuación y uno la mejor.

A partir de ese análisis se obtiene una puntuación parcial por cada ámbito que se traduce en una calificación global —muy bien, bien, satisfactorio, suficiente, deficiente— y una puntuación general, basada en las mismas calificaciones, que se compara además con la media de todos los centros del Estado en el que se ubica el centro. Los resultados de la evaluación de cada centro se hacen públicos, de forma que las personas interesadas en la elección de un centro —además de cualquier otra persona o entidad, incluyendo las empresas de la competencia, las entidades contratantes, etc.— pueden acceder a los informes de evaluación realizados a cada centro mediante la web del centro o servicio o mediante diversos buscadores regionales y nacionales, que ofrecen además información sobre los servicios adicionales, precios, características o acreditaciones de calidad de las que dispone cada centro, etc.¹⁶

Estas inspecciones se complementan con las que realiza la Administración de cada Estado para comprobar el cumplimiento de las normas establecidas a nivel regional en lo que se refiere a las ratios de personal, los requisitos funcionales y materiales, etc.

En el caso inglés, la Care Quality Commission (CQC)¹⁷ es la entidad responsable de registrar y evaluar regularmente el funcionamiento de cada centro. Cada dos años, aproximadamente, los

¹⁶ Pueden consultarse, por ejemplo, <<https://www.pflegenoten.de/>>, <<https://pflegefinder.bkk-dachverband.de/>> o <<https://www.pflege-navigator.de/>>.

¹⁷ <<https://www.cqc.org.uk/>>.

servicios objeto de registro en la CQC reciben una evaluación cuya finalidad es determinar la calidad de los servicios de acuerdo con cinco parámetros: seguridad, efectividad, atención, flexibilidad y gestión. La evaluación realizada da lugar a una nota o calificación para cada centro —de inadecuado a sobresaliente— y el resultado de la evaluación de cada centro se publica en la web de la CQC. Los centros y servicios de atención social están obligados a mostrar en un lugar visible para todas las personas —su página web, folleto informativo, etc.— la clasificación otorgada por la CQC como resultado de la evaluación. Además, la CQC ofrece en su web un directorio de servicios y centros sociales en el que se recoge tanto la nota general del centro como el resultado completo de la evaluación realizada en cada uno de los ámbitos analizados. La publicación de estos informes de evaluación pretende mejorar la información que las personas usuarias tienen a la hora de elegir un centro residencial, así como impulsar la competencia entre proveedores privados primando a aquellos que demuestran prestar un servicio de mayor calidad.

En el caso norteamericano, la evaluación de los servicios se apoya en la implementación obligatoria del denominado *Minimum Data Set (MDS)* de la familia *Inter-RAI* mediante el cual se monitoriza la situación de las personas atendidas y se evalúa el impacto de la atención prestada. El *Minimum Data Set* es una base de datos de información recopilada a través del *Resident Assessment Instrument (RAI)*, diseñado para recopilar unos datos mínimos y para guiar la planificación de la atención mediante la evaluación y monitorización de las personas residentes. Estos datos extraídos a través de la herramienta *RAI-MDS* se utilizan como indicadores de calidad de la atención.

Como en el caso alemán, el modelo estadounidense está muy orientado a la capacidad de elección de las personas usuarias, de manera que se le otorga una gran importancia a la provisión de información respecto a las características y prestaciones de cada proveedor. Esto se traduce en la publicación de toda la información disponible en un sistema de calificaciones derivadas del cumplimiento de los estándares de calidad establecidos. A nivel federal, el *Centre for Medicaid and Medicare Services*¹⁸ publica la página web *Nursing Home Compare*¹⁹ con información detallada y actualizada de los centros residenciales que reciben financiación de *Medicare* o *Medicaid*, así como su calificación, en una escala que va de una a cinco estrellas. Esta página se puso en marcha a finales de 2008 y pone a disposición de toda la ciudadanía la información obtenida de la base de datos de las evaluaciones realizadas por el *CMS* (que incluye las características de los centros, las deficiencias detectadas en las tres últimas evaluaciones, las quejas de las que ha sido objeto, las sanciones que se le han impuesto), información

sobre las dotaciones y salarios del personal, indicadores de calidad, sanciones impuestas, etc.

En el caso sueco, aunque no existen sistemas de calificación de la calidad de los centros, algunos de los resultados obtenidos en las encuestas que se realizan cada año para conocer la situación de los centros y la opinión de las personas usuarias se publican desagregadas por centro.

Estos procesos de evaluación e inspección funcionan en los países analizados gracias a la existencia de herramientas e instituciones capaces de generar un marco adecuado para la gestión del conocimiento en el ámbito de la dependencia y los servicios sociales. Aquí radica, probablemente, una de las principales carencias del sistema español de servicios sociales.

Efectivamente, como ha argumentado el *SIIS Centro de Documentación y Estudios (2018)* la principal carencia de los servicios sociales en España —más allá de la escasez de recursos económicos, materiales o profesionales— se relaciona con la ausencia de un modelo compartido de organización y de intervención, con la inexistencia de herramientas, procedimientos, instrumentos y prácticas profesionales comunes y suficientemente consolidadas, con la dificultad para generar y transmitir evidencia significativa y útil, con la precariedad de los sistemas de información, con la inexistencia de indicadores comunes capaces de medir y evaluar el resultado de las intervenciones, con la ausencia —incluso— de un marco terminológico compartido... con la debilidad, en definitiva, de las herramientas de gestión del conocimiento y de *I+D+i* específicamente orientados al ámbito de los servicios sociales.

En el ámbito específico de la dependencia, los países de nuestro entorno han desarrollado una serie de estructuras o centros tractores que permiten no solo generar conocimiento en el ámbito de la atención a la dependencia, sino llevar a la práctica el modelo de evaluación *ex post* al que antes se ha hecho referencia. En esta línea, debe destacarse especialmente el papel que realizan entidades como la *Care Quality Commission*²⁰, el *NICE*²¹ o el *SCIE*²² en el Reino Unido, la agencia *AVIQ*²³ en Bélgica, el *Socialstyrelsen*²⁴ sueco, la *Alta Autoridad de Salud*²⁵ de Francia, la *Joint Commission*²⁶ y el *Centre for Medicaid and Medicare Services*²⁷ estadounidense, el *Servicio Médico de la Asociación Federal de Seguros de Enfermedad (MDS)*²⁸ en Alemania. Las funciones que realizan estas entidades son muy diversas, pero se centran en general en el desarrollo de los

²⁰ <<https://www.cqc.org.uk/>>.

²¹ <<https://www.nice.org.uk/>>.

²² <<https://www.scie.org.uk/>>.

²³ <<https://www.aviq.be/>>.

²⁴ <<https://www.socialstyrelsen.se/en/>>.

²⁵ <<https://www.has-sante.fr/>>.

²⁶ <https://www.jointcommission.org/?_ga=2.108767490.1247176100.1598799349-1375201751.1598799349>.

²⁷ <<https://www.cms.gov/>>.

²⁸ <<https://www.mds-ev.de/>>.

¹⁸ <<https://www.cms.gov/>>.

¹⁹ <<https://www.medicare.gov/nursinghomecompare/search.html>>.

sistemas de evaluación ya señalados, realización de investigaciones específicas, mantenimiento de sistemas de información, elaboración de directrices y estándares de atención, elaboración de revisiones sistemáticas, actividades de formación, documentación y gestión del conocimiento.

Pese a las experiencias de interés que se vienen realizando a este respecto en España por parte de algunas administraciones públicas, universidades y entidades del Tercer Sector, España carece de una red suficientemente articulada de centros tractores de este tipo, capaces de generar evidencia en relación a los servicios de atención a la dependencia y de contribuir a la mejora de la calidad de la atención. En ese contexto, sería necesario aprovechar los fondos europeos previstos en el Plan de Recuperación para Europa para desarrollar una plataforma estable de ámbito estatal que refuerce la I+D+i en materia de envejecimiento y servicios sociales, fomente la cooperación entre la Administración central, las administraciones autonómicas y el Tercer Sector, y desarrolle funciones de investigación, difusión, análisis, generación de buenas prácticas y apoyo a la innovación en este ámbito.

Entre las funciones que esta plataforma podría desarrollar cabe destacar las siguientes:

- gestionar el conocimiento que se genera en materia de envejecimientos y servicios sociales, mediante la elaboración de investigaciones monográficas, análisis de tendencias, elaboración de estadísticas, etc.;
- detectar y difundir la evidencia disponible sobre las intervenciones en materia de envejecimiento y servicios sociales, desde el enfoque de la práctica basada en la evidencia;
- generar guías, estándares y recomendaciones de buenas prácticas que puedan contribuir a mejorar la calidad de la atención en los centros y servicios para personas mayores o desarrollar indicadores de calidad para la evaluación, la mejora continua y el análisis comparado de los centros y servicios del SAAD, de acuerdo a lo que establece la Ley de Dependencia;
- impulsar la evaluación, la experimentación y la innovación en materia de envejecimiento y servicios sociales; y
- facilitar la coordinación, la cooperación técnica, el trabajo conjunto y el aprendizaje mutuo entre las diferentes comunidades autónomas.

La experiencia de los países analizados indica que la existencia de estos sistemas de evaluación y de estas plataformas de gestión del conocimiento no garantiza *per se* la calidad de la atención. Resultan en cualquier caso indispensables en un marco de provisión de servicios por parte de entidades privadas con y sin fin de lucro, y en la medida en que la libertad de elección de las personas usuarias

se plantee, como antes se ha señalado, como un elemento importante del modelo. Desde ese punto de vista, más allá de la provisión directa de servicios, la función básica de las Administraciones Públicas debería orientarse al desarrollo de unas herramientas de regulación, inspección, evaluación, certificación, estandarización, investigación, innovación y experimentación aún insuficientemente desarrolladas en nuestro entorno.

9. Otras medidas

Es obvio que, junto a las cuestiones señaladas, el modelo de atención a la dependencia requiere otros cambios que por motivos de espacio no se han abordado en este texto. En todo caso, conviene citar aunque sea de forma somera algunos de ellos:

- Refuerzo y reorientación del servicio de asistencia domiciliaria (SAD), e impulso de la prestación económica de asistencia personal (PEAP) que ha obtenido, especialmente en el territorio histórico de Gipuzkoa, resultados de interés.
- Revisión de la complementariedad entre los diversos servicios del catálogo de la Ley de Dependencia y refuerzo de todos aquellos servicios intermedios y/o de carácter preventivo (estancias de respiro, ayudas técnicas, adaptaciones domésticas, centros de día y de noche, servicios de promoción de la autonomía personal, etc.).
- Refuerzo de los servicios de apoyo a las personas cuidadoras y replanteamiento de los apoyos prestados a las personas que perciben la prestación de cuidados en el entorno familiar (PCEF).
- Impulso a los servicios avanzados de teleasistencia y a la introducción de nuevas tecnologías asistenciales, tanto en el entorno residencial como en el entorno domiciliario.

Todo ello requiere, en la línea de lo señalado en la declaración “Ante la crisis del COVID19” (2020), avanzar hacia nuevos modelos de atención más individualizados y centrados en las personas. Las residencias —muchas de ellas— siguen siendo una extraña mezcla de cuartel, hospital y hotel, pero pocas veces se plantean como lo que realmente debieran ser: el hogar de la gente que reside en ellas, un lugar para vivir como en casa. Es por tanto necesario, como señalaba Zalakain (2020), seguir dando pasos para desarrollar modelos que faciliten la personalización de la atención frente al fordismo asistencial, la capacidad de elección y el control por parte de las personas usuarias frente a modelos excesivamente basados en el saber profesional, y, en definitiva, la búsqueda del bienestar y de una vida con sentido como objetivo prioritario frente al énfasis en la estandarización de los procesos y de la atención.

- BAYLIS, A. y PERKS-BAKER, S. (2017): *Enhanced Health in Care Homes. Learning from Experiences so Far*, Londres, The King's Fund, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/530327>>.
- BERGMAN, M.A.; JOHANSSON, P.; LUNDBERG, S. y ESPAGNOLO, G. (2016): "Privatization and quality: Evidence from elderly care in Sweden", *Journal of Health Economics*, vol. 49, pp. 109-119, <<https://doi.org/10.1016/j.jhealeco.2016.06.010>>.
- BROMS, R.; DAHLSTRÖM, C. y NISTOTSKAYA, M. (2020): "Competition and service quality: Evidence from Swedish residential care homes", *Governance*, vol. 33, nº 3, pp. 525-543, <<https://doi.org/10.1111/gove.12436>>.
- BRUN, L. (2018): "Impuesto de sucesiones, una herramienta esencial para combatir la desigualdad", *Agenda Pública*, 4 de febrero, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/531332>>.
- BARRAGUÉ, B. y MARTÍNEZ, C. (2016): *El impuesto sobre sucesiones como medio para conseguir una mayor igualdad de oportunidades*, serie Estudios de Progreso nº 88, Madrid, Fundación Alternativas, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/518418>>.
- EUROSTAT (2017): Healthcare resource statistics – beds, <https://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Healthcare_resource_statistics_-_beds#Long-term_care_beds_in_nursing_and_residential_care_facilities>.
- IMSERSO (2020): Sistema de Monitorización de la Mortalidad Mensual (MoMo) en el Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD). Datos a 31 de julio de 2020. Madrid, Imserso, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/555558>>.
- LETURIA, M.; ZALAKAIN, J.; MENDIETA, A. y CARCAVILLA, A. (2019): *Modelos de gestión de calidad en la atención a las personas con dependencia. Revisión internacional*, Montevideo, Sistema Nacional Integrado de Cuidados, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/546517>>.
- LLOYD, J. (2011): *Inheritance tax: could it be used to fund long term care?*, Londres, The Strategic Society Centre, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/184010>>.
- MUIR, T. (2017): *Measuring social protection for long-term care*, serie Health Working Papers nº 93, París, OCDE, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/526588>>.
- SIIS CENTRO DE DOCUMENTACIÓN Y ESTUDIOS (2018) "¿Cómo blindar los servicios sociales?", *Blog SIIS.net*, diciembre, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/540808>>.
- SOCIEDAD ESPAÑOLA DE GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA (2020): Resumen Normativa de Residencias, Rev. 18 mayo 2020, <https://www.segg.es/media/descargas/Cuadro_resumen_SEGG_Normativa_Residencias_Rev.18mayo2020.pdf>.
- VV. AA. (2020): "Ante la crisis de COVID-19: Una oportunidad de un mundo mejor. Declaración en favor de un necesario cambio en el modelo de cuidados de larga duración de nuestro país", <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/549978>>.
- WINBLAD, U.; BLOMQVIST, P. y KARLSSON, A. (2017): "Do public nursing home care providers deliver higher quality than private providers? Evidence from Sweden", *BMC Health Services Research*,

vol. 17, art. 487, pp. 1-12, <<https://doi.org/10.1186/s12913-017-2403-0>>.

- ZALAKAIN, J. (2018): “Costes, copagos y herencias: pistas para reformar la financiación de la dependencia”, *Agenda Pública*, 4 de octubre, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/537010>>.
- (2020): “La urgencia de cambiar el modelo de residencias para mayores”, *Agenda Pública*, 8 de abril, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/549655>>.

— (2020): “Más recursos, otro modelo de residencias”, *El País*, 4 de junio, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/552261>>.

ZALAKAIN, J. y DAVEY, V. (2020): *The COVID-19 on users of long-term care services in Spain*, International LongTerm Care Policy Network, <<https://www.siiis.net/es/documentacion/catalogo/Record/551981>>.