

---

# La crisis y otros factores que empujan al replanteamiento de la atención a las personas mayores y dependientes en España

**María Ángeles Tortosa Chuliá**

angeles.tortosa@uv.es

Doctora en Ciencias Económicas y Profesora Titular del Departamento de Economía Aplicada de la Universidad de Valencia. Ha desarrollado su actividad docente en el ámbito de la economía pública y en el ámbito investigador en el análisis de los servicios sociales para personas mayores. Ha visitado varios institutos de Investigación en Reino Unido y Suecia. Fue miembro de la directiva de la Asociación Valenciana de Geriátrica y Gerontología, y colaboró en la gestión y dirección del programa intergeneracional y universitario "La Nau Gran" para personas mayores de la Universidad de Valencia.

## RESUMEN

Este artículo pretende reflexionar sobre aquellos aspectos que antes de la crisis económica ya estaban apuntando hacia una revisión de la normativa del Sistema de Autonomía y Atención de la Dependencia en España (SAAD). Existe abundante literatura que señala los graves efectos ocasionados por las políticas de recortes durante el periodo de la crisis económica. Igualmente otros autores mencionan que la variabilidad regional en la provisión, producción y financiación de los servicios; las innovaciones derivadas de la atención centrada en la persona; la incertidumbre entre complementariedad/sustitución entre responsables del cuidado; los procesos de privatización y las obligaciones europeas, generan otros desafíos al SAAD que deben ser solucionados. Además, en estos nuevos planteamientos de las normativas estatales y regionales sobre cuidados a mayores y dependientes, las entidades del tercer sector encontrarán más espacio de acción por su fomento del empleo y de innovación y responsabilidad social.

## PALABRAS CLAVE

Cuidados de larga duración, atención sociosanitaria, personas mayores, tercer sector, economía social.

## ABSTRACT

This article discusses issues which already before the economic crisis called for a review of the Spanish Long-Term Care programs (SAAD), problems that were worsened by later cutbacks of services. Beyond that, there are persistent problems of regional variations in services (coverage and diversification), production and financing. Other challenges to SAAD are innovations such as person-centered care, complementarity-substitutability between providers of care, privatization, and EU regulations. Furthermore, in these new approaches on care for older and dependent persons' regulations will have to open up more room for the third sector, due its promotion on employment, innovation and social responsibility.

## KEY WORDS

Long-Term Care, social care, older people, non-profit organizations, social economy.

## 1. INTRODUCCIÓN

Últimamente existe una preocupación generalizada a nivel internacional por la evolución de los sistemas de atención a las personas mayores y dependientes (o cuidados de larga duración: LTC) y sobre las reformas a introducir para su mantenimiento y mejora. Los efectos del envejecimiento de la población, unidos a las consecuencias sociales de la crisis económica, han encendido la alarma acerca del futuro en la provisión y la financiación de estos cuidados sanitarios y sociales. Organismos internacionales como la OCDE y la Comisión Europea han publicado informes en este sentido y sus pronósticos no son alentadores para la mayor parte de países (Colombo, et al., 2011; European Commission, 2015).

A principios de este siglo, en España las expectativas sociales estaban puestas en el desarrollo de este tipo de servicios, dado que el panorama familiar y laboral estaba cambiando y los ciudadanos demandaban ayuda al sector público para cuidar de sus familiares mayores dependientes, y porque el anterior sistema público de atención era reducido y no satisfacía las crecientes necesidades de cuidado (IMSERSO-CIS, 2006; Moreno, 2015). Finalmente, en 2007 se introduce un nuevo sistema denominado Sistema de autonomía y de atención a la dependencia (SAAD).

Tras escasos años de experiencia, y desde la reforma política del SAAD en 2012 y 2013, el desánimo social y la desconfianza política en su funcionamiento han ido en aumento y se percibe un deseo generalizado de replanteamiento de estos servicios.

Aparte de los servicios públicos profesionales de cuidado, los cuidadores relevantes en España siempre han sido los miembros de la familia, especialmente las mujeres. La familia cubre gran parte de las necesidades, por obligación moral y legal. Este rol familiar ha sido y sigue demostrando ser muy efectivo, sobre todo durante la crisis (UDP, 2016). No obstante, España también cuenta con una extensa iniciativa privada con experiencia en este ámbito. El sector empresarial está en proceso de transformación y concentración, pues ha pasado de pequeñas empresas familiares a empresas de mayor tamaño y de capital internacional, y con abundante colaboración público-privada. Por su parte, las organizaciones sin ánimo de lucro siguen aumentando su participación en el cuidado de los mayores.

Todos los agentes cuidadores mencionados comparten la misma preocupación de tipo financiero y de ambigüedad sobre el modelo de atención a desarrollar. Esa inquietud social aviva el debate sobre las próximas reformas a implantar en el SAAD. De ellas se espera que definan cómo mejorar la provisión/producción/financiación del cuidado y también cómo repartir la respon-

sabilidad de estas actividades entre familia, empresas, entidades del tercer sector, y entre distintos niveles de sector público.

Antes que todos estos actores sociales tuvieran ocasión de reunirse para debatir sosegadamente las nuevas líneas de reforma del SAAD, vino la crisis económica y desafortunadamente incorporó cambios no deseados socialmente en el funcionamiento de estos servicios<sup>1</sup>.

Se ha escrito bastante sobre la crisis económica y sus consecuencias sobre el SAAD (Montserrat, 2014; Barriga, et al., 2015, 2016; Jiménez, Vilaplana y Andrea, 2016). En este artículo se pretende ir un poco más allá de la crisis y sus efectos, para incidir y mostrar que otros elementos previos a la crisis también estaban condicionando y empujando hacia reformas. Son un conjunto variado de elementos que preocupan tanto a usuarios y profesionales como a gestores de los servicios. En este replanteamiento se repasará el papel que como recurso puede proporcionar el tercer sector o economía social en la evolución futura del SAAD.

## **2. LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN ESPAÑA. ¿HACIA DÓNDE VAMOS?**

Tras diversos años de intenso debate, en 2007 finalmente se implantó el Sistema de Autonomía y de Atención a la Dependencia (SAAD) en España. Un sistema de cuidado ambicioso y con abundantes opciones de servicios, incluida la prestación económica al cuidador familiar (IMSERSO, 2004). España se ponía a la altura de los más extensos modelos europeos de bienestar. Se creaba un "cuarto pilar" del bienestar. Transitar de un viejo a un nuevo sistema siempre supone grandes retos, como también sucedió en esta ocasión. Desde sus inicios, el SAAD se tuvo que enfrentar a múltiples problemas: de coordinación entre responsables de ideologías políticas diferentes, de gestión entre los niveles de sectores públicos nacional, regional y municipal, y la avalancha de solicitudes que sobrepasaba su capacidad de funcionamiento y financiación. Con la crisis estuvo paralizado su desarrollo desde 2012-15 y en el último año, tras 9 años de experiencia finalmente se ha efectuado la transición completa al nuevo sistema.

Actualmente, los servicios sociales y el SAAD en España, se afirma que viven una "encrucijada" o están "contra las cuerdas" (Aguilar, 2012), porque aunque las preferencias sociales defienden el desarrollo de este conjunto de servicios públicos, no se puede garantizar si todos los ciudadanos que han solicitado ayuda podrán ser atendidos y qué decisiones se van a tomar para seguir adelante.

---

1 Medidas incorporadas en RD Ley 20/2012, de 13 julio y RD 1050/2013.

## 2. 1. Los efectos de la crisis en el Sistema de atención a los dependientes

Como hemos dicho, la crisis económica que afectó a España condujo a los gobernantes a aplicar medidas de austeridad que también afectaron al SAAD. El panorama actual del SAAD es duro e irritante para quienes están a la espera de recibir y solicitar la ayuda (399.110 personas en octubre 2015, según Jiménez, Vilaplana y Andrea, 2016), y apurado para las entidades oferentes de servicios (públicas, privadas o mixtas) que sufren carencias y retrasos en la financiación pública y despliegue de los servicios.

La austeridad llegó en forma de un descenso continuado en las dotaciones presupuestarias del Estado que provocaron de inmediato una mayor contribución financiera de las CCAA, y sobre todo un aumento de los copagos de los usuarios.

Así comenzó un circuito paralelo imparable por el que las CCAA aumentaban sus aportaciones al SAAD y, en consecuencia, aumentaban también sus déficits públicos, y a continuación la Unión Europea y el Estado español les pedían que recortasen sus gastos, y... ¿se recortarán las aportaciones de las CCAA al SAAD? Entonces, ¿qué sector público aumentará las aportaciones financieras para garantizar los servicios prometidos?

Por otro lado, las familias y los usuarios mayores con menores ingresos por la crisis no pudieron afrontar los copagos de los servicios, y salieron del sistema para ser cuidados de nuevo por sus familias (si tienen). Además, las CCAA retrasaban los pagos a las entidades privadas cooperantes y oferentes de servicios, que finalmente no podían aguantar y cerraban centros y/o se quedaban con camas vacías.

Los recortes también influyeron en la provisión/financiación de las prestaciones monetarias a los cuidadores familiares, y en la transformación de la clasificación de los usuarios y aplicación de los baremos, etc. En resumen, los ahorros para el Estado han ralentizado el despliegue del SAAD: se ha estancado el número de personas a valorar, se alargan los periodos para ser valorado, persiste un alto número de personas valoradas pero en espera de atención, se ha estabilizado el número de personas en grado de dependencia III, y muchas personas por la espera o ineficiencias de los servicios o fallecieron, o están desatendidas e insatisfechas con el sistema. (Montserrat, 2014; Moreno, 2015; Vila, 2015; Barriga et al. 2016; Jiménez Vilaplana y Andrea, 2016).

En ese contexto, además, se planteó la Ley de racionalización y sostenibilidad municipal, que entraba en vigor el 1 enero del 2016. Esta ley también tenía como función buscar ahorros financieros y obligaba a pasar la gestión de algu-

nos servicios sociales de los municipios a las CCAA<sup>2</sup>. Esta regulación generó mucha preocupación social por sus graves consecuencias sobre la gestión local directa de los servicios. Se presentaron varios recursos de inconstitucionalidad por los municipios afectados. En la actualidad sus efectos son nulos, pues el gobierno central ha reconocido que no hay recursos financieros suficientes para ponerla en marcha y ha pospuesto el traspaso de servicios hasta que la nueva ley de financiación autonómica y municipal se implante, y porque, además, se vulneraba la autonomía legal de las CCAA en este ámbito.

Estos recortes en el sistema y roces entre los distintos niveles de sector público por motivos financieros y políticos condujeron inevitablemente hacia un cambio de modelo. Como afirma Monserrat, J. (2014) se trata de un *“cambio de modelo pero no pensando en el tipo de cuidado sino modificado por los condicionamientos financieros”*, y que finalmente nos dirige hacia un modelo de estado de bienestar *“modesto”*.

Otros estudios han realizado análisis DAFO sobre el SAAD y afortunadamente señalan sus grandes fortalezas, como la provisión de múltiples servicios para cubrir necesidades insatisfechas de personas mayores dependientes y la búsqueda de un sistema cuasi-universal, así como la oportunidad de generar empleo, integrar servicios y de coexistir iniciativas privadas y públicas, y colaborar con las entidades del tercer sector. Sin embargo, también destacan fuertes debilidades y amenazas como la escasez de información, evaluación sobre servicios y de recursos, sobre todo financieros, ante la creciente demanda. Incluso comentan la escasa generación de empleo, y una importante variación en la financiación, oferta y uso de servicios entre las CCAA (Sosvilla, 2009; Gómez, Peláez, y García, 2011).

## 2.2. La variabilidad regional de servicios

Estas diferencias regionales son expuestas continuamente por distintos informes de evaluación del SAAD (Barriga et al., 2015, 16; Tribunal cuentas, 2014) y llevan a pensar en un Estado con 17 SAADs diferentes y en la posible fuga de usuarios dependientes que *“votan con los pies”* por encontrar la región que mejor les cuide.

Como sabemos, las desigualdades no siempre pueden significar inequidades. Una distribución *“igual”* de los servicios es muy rara en la práctica. La experiencia internacional también muestra amplia variabilidad regional/municipal de los servicios (Colombo, et al., 2011).

En primer lugar, se tiende a pensar que la falta de coordinación entre los diferentes niveles de sector público en sus funciones y asignaciones presu-

---

2 Ver también Ley 6/2015 de modificación financiación CCAA y Haciendas locales.

puestarias está detrás de este factor de variabilidad. Sabemos que desde sus inicios, los problemas políticos de implantación del SAAD fueron notables y las asignaciones presupuestarias irregulares (Marbán, 2012; Montserrat, 2014).

No obstante, se tendrá que averiguar si las diferencias en los usos de servicios también obedecen a distintas necesidades de la población, y no solo a diferencias en la gestión, o de tipo político. En estos momentos conocemos la magnitud de esas diferencias regionales del uso en los servicios, y que son debidas en una pequeña parte a las necesidades de los usuarios. Y también, que las CCAA con más cobertura y diversificación de servicios priorizan mejor las necesidades de fragilidad de la población que el resto de regiones (Puga, et al., 2015). Pero también se ha averiguado que otra parte de la variabilidad se debe a factores de gestión, a los criterios de elegibilidad y a los comportamientos de gestores en la aplicación de baremos generando "errores de salto" al valorar a los usuarios (Hernández, 2014), y que, como se intuía, también afectan los partidos políticos en el poder, los niveles de deuda pública acumulados, etc. (Rivero, 2014).

Ante todas estas evidencias hemos de entender que existirá variabilidad continuadamente, pero que parte de ella, la derivada de ineficiencias en el funcionamiento del sistema, podrá ser corregida. Por estos motivos también se justifica la búsqueda de reformas o cambios en el funcionamiento del SAAD.

### **2.3. La innovación en los modos de cuidar. La atención gerontológica centrada en la persona**

Existe otro elemento indispensable que comentar si queremos modernizar el SAAD. Se trata de un movimiento interno e innovador en el funcionamiento de los servicios profesionales denominado "*modelo gerontológico centrado en la persona*". Está basado en una nueva filosofía de trabajo, en un conjunto de valores o creencias asociadas a cómo hay que atender a las personas mayores y dependientes. Su potencia es tan intensa que se piensa será el precursor del cambio de paradigma en los servicios sociales. Estas nuevas creencias inciden sobre las clásicas metodologías de trabajo aplicadas en los servicios. Apuestan por la modernización a través de priorizar y posicionar al usuario mayor en el centro de las actividades, frente al enfoque anterior de servicios más preocupados y diseñados sobre las necesidades del profesional. En este movimiento son básicos el respeto por los valores de la autonomía y dignidad de las personas durante los cuidados. Cada persona mayor es única y el cuidador debe adaptar su modo de cuidar a esas singularidades (Martínez, 2011; Rodríguez y Vila, 2014).

Esta modalidad está generando efectos fundamentalmente en los centros residenciales, que eran impensables hace años atrás. Son habituales los cam-

bios en la composición física y arquitectónica, en la gestión y toma decisiones (más evaluación de los resultados de las intervenciones, gestión integral y coordinada), equipos trabajo multidisciplinares, aumento de la información usuarios y de los familiares, etc. (Tortosa, 2011).

Uniendo todos los elementos comentados, obtenemos un proceso de transformación extraordinario en el modo de cuidar: se ofrecen diversos servicios, pero queremos que funcionen "como en casa", donde el mayor se sienta libre, autónomo y tratado como una persona en su entorno habitual, que es importante, y cuenta con necesidades propias, distintas de otros.

Tal vez sea una utopía de movimiento, ya que la lógica, inmediatamente, apunta hacia que será muy caro cuidar de este modo por la mayor necesidad de recursos personales y materiales, cambios de métodos trabajo y diseño de centros. Los nuevos centros se pueden construir y montar con estos nuevos sistemas, pero, ¿cómo reconducir los viejos centros? De momento, este movimiento se conoce a través de iniciativas aisladas que incorporan estos avances y cuyos resultados, ya publicados, son alentadores y se van copiando por otros centros: liberación de las sujeciones físicas y químicas en los centros, mejores controles de las incontinencias, de la desnutrición y de los aspectos emocionales en la vida cotidiana de las personas mayores que viven en los centros, la decoración de los centros y actividades colaboradoras de los mayores, etc. (Díaz y Sancho, 2012; Sancho y Yanguas, 2014; Díaz et al., 2014; Tortosa, et al., 2016).

Es de esperar que este movimiento de cambio interno progrese lentamente porque las formas de contratación en los centros son muy rígidas y poco atractivas (los salarios son muy bajos), los estereotipos profesionales persisten y todavía falta reciclaje en estos valores entre los profesionales (Burgueño, 2015). Y las inversiones en materiales y estructuras pueden impedir también los cambios. Puede que ahora tome más sentido la aplicación de instrumentos financieros estimuladores para innovar el sector, como las subvenciones.

## **2.4. La competencia entre los agentes responsables del cuidado. El papel del tercer sector**

Los cuidados de larga duración han pasado por varias etapas en su evolución. De cuando todo el cuidado recaía en la familia o en la beneficencia, a los modelos básicos de cuidado en instituciones, y actualmente a modelos de atención en la comunidad y en casa, donde la gente prefiere estar (Moreno, 2015).

Puga et al. (2011), explican cómo la ampliación y la diversificación de los servicios influyó en los cambios de modelo de cuidados de larga duración a nivel internacional, y cómo seguían las mismas fases. La transición del modelo tradicional de cuidado en instituciones a otro distinto se logró primero con la

extensión del número de residencias, y segundo, cuando el número de centros fue suficientemente elevado, se fueron incorporando nuevos servicios (diversificación).

En España, cuando la cobertura de residencias ya era considerable, se introdujo la ayuda a domicilio, y posteriormente se suministraron otros servicios que cubrían necesidades más pequeñas y puntuales de las personas mayores (como la telealarma, el transporte asistido, los centros de día, las comidas domicilio, etc.). Con el desarrollo del SAAD estos servicios tuvieron que competir con la prestación económica al familiar, que desde su inicio mostró cuán relevante es el papel de la familia en España. Esta prestación acaparó más del 50% de las solicitudes de ayuda y llegó a eclipsar a los demás servicios, sobre todo a la ayuda a domicilio (que todavía está por desarrollar en algunas regiones). Pronto se pidió la revisión de esta prestación por parte de los oferentes profesionales. Las reformas del SAAD del 2012 y 2013 han logrado recortar estas prestaciones y llevarlas hasta un 36% a finales del 2015 (Jiménez, Vilaplana y Andrea, 2016).

Con el anterior comentario se muestra otro aspecto que subyace en el replanteamiento del SAAD y es la competición entre los diferentes agentes que cuidan. ¿El estado, empresas, entidades del tercer sector tienen que complementar o sustituir a la familia en el cuidado? Parece ser que la familia es insustituible y que, por mucho que nos empeñemos en sustituirla, la población prefiere y confía en sus familiares antes que en profesionales. No obstante, la evolución del panorama social, familiar, laboral, etc., señala que la familia no podrá cuidar como antes y que necesita de unos complementos para cuidar a los suyos. Ese "*care gap*" o falta de cuidado, ¿Quién lo va a cubrir?

Algunos estudios demuestran que cuando existen necesidades no cubiertas por los servicios sociales públicos los miembros de la familia, especialmente las mujeres, aumentan sus posibilidades de convertirse en cuidadoras, y también de dejar su trabajo. Añaden que las prestaciones económicas provocan (más que los permisos laborales por cuidado) que la mujer cuidadora no salga de su casa y vaya a buscar empleo (Jiménez y Vilaplana, 2014; Vilaplana y Jiménez, 2015).

En definitiva, estos resultados demuestran la necesidad de repensar cómo ayudar a las familias a través del SAAD, pero también haciéndolo en coordinación con otras regulaciones de carácter laboral y de política familiar.

En este replanteamiento derivado de la coexistencia, complementariedad o sustitución entre agentes en el cuidado, poco se dice del papel a jugar por las entidades del tercer sector o economía social. Salinas, F; Osorio, L.E. y Albarrán, C. (2011) defienden al tercer sector como un actor fundamental en el desarrollo y funcionamiento del SAAD.

Jiménez y Rodríguez (2012) también nos recuerdan que las entidades del tercer sector estuvieron en los inicios de los servicios sociales para dependientes con un carácter más sustitutivo del Estado cuando este no estaba presente en la provisión de los servicios. En la actualidad, con una mayor presencia civil en estas entidades, su rol a desarrollar es de complemento y colaborador del Estado, pero ofreciendo un cuidado basado en valores de solidaridad y de responsabilidad social, muy acordes con el propósito último de generar “bien común”.

Por este motivo, y por la presión que ejercieron estas entidades en los debates sobre el desarrollo del SAAD, hicieron posible que se reconociera un trato especial hacia las mismas, que está recogido tanto en la ley del SAAD como en todas las leyes de servicios sociales de las distintas CCAA (Marbán V., 2012). Sin embargo, en la práctica existe escasa información sobre este privilegio y sobre el funcionamiento de las entidades del tercer sector en el ámbito de la atención a los mayores y dependientes.

Los datos que se poseen son sobre la economía social en general. Sabemos, por La Confederación Española de la Economía Social, que en España y en 2016 el número total de entidades de economía social asciende a 42.929 y que estas entidades generan un 10% del PIB español. De este total, las entidades asociadas al sector de discapacidad eran 7.092, es decir, un 16,5% del total.

La Confederación española de cooperativas de trabajo asociado nos informa del número de cooperativas de trabajo en actividades sanitarias y de servicios sociales desde 2000-2009, y se comprueba que su evolución ha sido estable (ver cuadro 1).

**Cuadro 1.** Evolución nº cooperativas de trabajo asociado en actividades sanitarias y sociales en España. 2000-2009

<b>AÑO</b>	<b>Nº cooperativas trabajo en actividades sanitarias y sociales</b>
2000	459
2001	489
2002	545
2003	565
2004	571
2005	578
2006	587
2007	599
2008	604
2009	566

Fuente: COCETA. (2010).

Otros datos relevantes nos indican que es un sector que genera empleo. Un indicativo de esto es la baja tasa de desempleo en el sector. Si en el 2009, para el total de actividades en España la tasa de desempleo era del 20 %, en el ámbito de las entidades del tercer sector y en servicios sociales esa tasa de desempleo para el 2009 era del 8 %.

Y también sabemos que las asociaciones religiosas y civiles, y las formadas por personas mayores, están ocupando parte de sus actividades en cubrir necesidades de mayores desatendidos. Sus programas de voluntariado permiten respiro a las familias cuidadoras y ayuda domiciliaria (compañía, gestiones y acompañamiento, animación, etc.) a los mayores dependientes. Una muestra de la labor que están realizando estas asociaciones la proporciona la Unión Democrática de Pensionistas y Jubilados de España (UDP) en su memoria del 2014 (ver cuadro 2).

**Cuadro 2.** Información relativa a los programas de voluntariado social efectuado por personas mayores pertenecientes a UDP. 2014

<b>Información de los programas voluntariado</b>	<b>Nº</b>
Personas voluntarias	3115
Personas atendidas	5285
CCAA con programas implantados	9
Grupos activos de voluntariado	230
Nº horas servicio	170.398

Fuente: UDP. (2014).

Resumiendo, como hemos comentado los recortes han aumentado los usuarios no atendidos e insatisfechos con el SAAD. Esta ineficiencia que viven los mayores dependientes necesita ser resuelta fijando las parcelas de responsabilidad de cuidado entre los propios individuos, la familia, entidades privadas y sectores públicos. De ese modo podremos definir el modelo que se pretende seguir. Mientras siga la ambigüedad en esta línea, las consecuencias negativas sobre usuarios y familias crecerán y también aumentará la variabilidad regional en el uso de servicios.

## **2.5. La privatización/marquetización de los cuidados**

La privatización o marquetización de los cuidados también se ha apuntado como un fenómeno generador de problemas en el funcionamiento del SAAD, ya que suscita sensación de retroceso o vuelta atrás, y malestar social.

Desde el inicio de los servicios sociales en España, la presencia del sector privado (con y sin ánimo lucro) (oficial e ilegal), así como de la familia reali-

zando el cuidado de los mayores, ha sido y es muy abundante. Lo anómalo en la historia española de los servicios sociales a mayores y dependientes ha sido la introducción de un sistema tan generoso como el SAAD, que nos hizo creer que el Estado reduciría parte de las cargas familiares en el cuidado y produciría directamente los servicios. De hecho, el SAAD se diseñó introduciendo múltiples servicios y prestaciones.

A pesar de ese proceso, el SAAD ha privatizado (o cedido al sector público) sobre todo la producción/gestión y financiación de sus actividades. Empezando por la producción/gestión, la Ley del SAAD establece como entes colaboradores y productores a todos los agentes sociales. Esto significa que aunque el suministro debe ser garantizado por el Sector público, su producción depende en un alto grado de entidades privadas con las que el sector público colabora. Esto es muy habitual en el ámbito de la producción de los servicios en las residencias (por ejemplo, en la CCAA Valenciana un 80 % de las residencias son privadas o mixtas). A veces los edificios son propiedad de la Administración, pero los servicios son gestionados por empresas privadas o entidades tercer sector, y otras veces ni siquiera los edificios son públicos. El Estado español no podía satisfacer por sí solo la creciente demanda social de estos servicios en un tiempo tan corto. Era inasumible construir, gestionar y financiarlos con rapidez. Lo más sencillo fue usar la oferta existente en el sector privado y fomentar la inversión y empleo en este ámbito. Así empezaron las colaboraciones público-privadas a extenderse. Fundamentalmente a través de conciertos o de concesiones (con o sin infraestructura), mayoritariamente para empresas privadas que para las entidades del tercer sector (García y Bakaikoa, 2016; Granell, Tortosa y Fuenmayor, 2016).

Esto implica que parte de la financiación del SAAD tendrá que destinarse al pago de estas entidades. Si los contratos públicos con entidades privadas aumentan, también se derivará más parte del presupuesto de las CCAA al pago de estos contratos.

Pero la realidad muestra que en el mercado de cuidados de larga duración, las entidades del tercer sector no son tratadas en iguales condiciones que las empresas. La principal divergencia estriba en los mecanismos de financiación públicos empleados para financiar sus actividades y colaboraciones con el sector público. Mientras que para las empresas se aplican contratos de colaboración público-privada, a veces con precios negociados con ciertas empresas, para las entidades del tercer sector se aplican mayoritariamente subvenciones corrientes y de capital. (COCETA, 2010; Tortosa, Fuenmayor y Granell, 2011).

Los movimientos de marquetización de los cuidados en la familia son singulares. El SAAD pensó inicialmente compensar las cargas familiares mediante una prestación monetaria. Inmediatamente a su implantación fue la prestación

del SAAD más solicitada por los ciudadanos. Sin embargo, pronto las quejas por grupos de presión de las empresas privadas de servicios aparecieron. Esto se debía a que esta prestación implicaba una reducción de su cuota de mercado en este ámbito. En poco tiempo, y además con la crisis, las condiciones de concesión se endurecieron y la cobertura de la prestación descendió. En cambio, los servicios que entraron en competencia con ella se recuperaron. El resultado final es que las familias y también las entidades privadas colaboradoras que les sustituyeron asumieron más cuota de producción de cuidados.

La percepción de quienes trabajan en el SAAD y de quienes reciben ayudas es que tras la crisis ha habido una privatización mayor del sistema (Deusdad, B.A., Comas, D. y Dziegielewski, S.F., 2016). En su opinión, se está sobre todo privatizando la financiación, porque tras la crisis los copagos de los usuarios y sus familias han aumentado y tienen que pagar más por los servicios, sobre un 20 % (y dependiendo de la CCAA), según Del Pozo, R. (2015).

## **2.6. Las obligaciones europeas**

Dado que el uso de los contratos de colaboración público-privados ha generado inequidades entre agentes, graves ineficiencias, corrupciones y fraudes presentes en todos los ámbitos de servicios públicos y a nivel internacional, la Unión Europea (UE) decidió tomar medidas sobre este asunto. La Directiva 2014/24 del Parlamento Europeo y del Consejo, de 26 de febrero de 2014, sobre contratación pública, es una norma de general cumplimiento para todos los países de la UE que determina las nuevas líneas a seguir para efectuar en el futuro todas las contrataciones públicas.

Por tanto, esta directiva obliga a modificar la normativa estatal española sobre la realización de contratos públicos exigiéndole, entre otras cuestiones, más transparencia sobre información, modernización de la gestión de contratos y mejor control de todas sus fases. A principios del 2016 esta norma estatal de contratación pública todavía se encuentra en discusión parlamentaria.

Desde el momento en que los servicios del SAAD se financian y producen en gran parte por medio de contratos públicos, la normativa de servicios sociales en general y la del SAAD tendrán que revisar el articulado relativo a estos aspectos. Muestra de ello es que algunas CCAA ya se han adelantado al Estado y han regulado normativa que modifica sus leyes de contratos públicos, o incluso algunas de ellas (País Vasco, Murcia, Baleares, Asturias, Castilla-León) ya han elaborado nuevas leyes de servicios sociales para adaptar sus fórmulas de gestión directa e indirecta, e incluir como novedades la concesión social y los convenios especiales con entidades del tercer sector.

Desafortunadamente, mientras se retrase la revisión de las normativas estatales al respecto, el resultado inmediato es un desarrollo regional diferenciado

de la gestión de servicios sociales y de servicios del SAAD. Persiste como único rasgo común en todas las regiones la mención de trato especial en materia de contratos públicos para las entidades del tercer sector.

Estos cambios favorables hacia las entidades del tercer sector van unidos a las nuevas ideas defendidas por los países firmantes (entre ellos España) de la Declaración de Luxemburgo (*Una hoja de ruta hacia un más amplio ecosistema para el desarrollo de las empresas de economía social*, 3-4 diciembre 2015, Luxemburgo), en el que se pacta potenciar a las entidades del tercer sector por su poder generador de empleo y de innovación social.

### 3. CONSIDERACIONES FINALES

Existe preocupación por el futuro de los cuidados de larga duración y se acumulan peticiones populares de cambio y de coherencia en su funcionamiento. En España, el SAAD se ha visto afectado por las políticas de austeridad y está generando graves efectos en su desarrollo, en la salud de las personas dependientes, en los centros privados colaboradores y en las cuentas de las CCAA. Además, la familia ha vuelto a encargarse de los cuidados no suministrados por el Estado.

En estos últimos años los recortes han puesto en duda la posibilidad de mantener en el futuro el completo funcionamiento del SAAD y han provocado cambios no deseados socialmente en el modelo de cuidados de larga duración en España.

En este artículo nos preguntamos por otros aspectos que, antes de la crisis económica, ya se evidenciaban y que apuntaban hacia una transformación sosegada, estudiada y armonizada del SAAD entre todos los actores sociales.

Esos otros aspectos, aparte del financiero, son: la variabilidad regional de los servicios, la ampliación-diversificación de los servicios, la sustitución/complementariedad de los agentes que cuidan, los movimientos innovadores del cuidado en la línea de la atención gerontológica centrada en la persona y las obligaciones europeas.

Tras efectuar un repaso sobre los mismos se habrá podido notar que todos estos factores están entrelazados de tal modo que las orientaciones a planear para asesorar a gestores y responsables de estos servicios también están conectadas. Nos atrevemos a efectuar algunas como:

- Frente a la variabilidad regional se puede recomendar:
  - Que dado que al menos todas las CCAA cubren a los más necesitados físicamente, se podría ampliar la cobertura de servicios con-

siderando además las necesidades de tipo más social (vivir solo, carecer de redes sociales de apoyo, etc.). Ayudaría diversificar más el conjunto de servicios, sobre todo por algunas autonomías. Por ejemplo, exigiendo unos mínimos de provisión en algunos tipos de servicios (¿no puede ser que todavía CCAA no suministren ayuda domicilio!).

- Pero si otros factores también explican la variabilidad regional como los criterios de elegibilidad o factores políticos y económicos, habrá que actuar con más intensidad sobre éstos. La inestabilidad política es siempre una fuente de problemas en el funcionamiento del sector público. Si a eso añadimos escasez de medios económicos por la crisis, encontraremos variabilidad regional. Así pues, las recomendaciones vendrán por buscar armonía y cooperación política intra e interniveles de sector público, para luego ser más eficientes obteniendo y distribuyendo mejor los recursos financieros entre todos. De no ser así, y tras la ampliación de cobertura del SAAD hacia los dependientes de grado I, algunas CCAA no podrán ofrecer sus servicios y deberán racionarlos.
- La variabilidad generada por ineficiencia en la gestión pública es inaceptable. La Administración debe responder más rápido para reducir las esperas de los ciudadanos en valoraciones y en aplicación de planes de atención. ¿Cómo aceptar que España tiene una Administración pública moderna si tarda más de 6 meses de media en contestar a una solicitud de ayuda? En esto caben varios replanteamientos: desde la revisión de baremos, equipos profesionales, sistemas de información y tecnología y ampliación del reciclaje profesional de los valoradores, y así evitar también errores de salto. También se podrían agilizar y extender los sistemas de coordinación de la información y actuación entre distintos servicios sanitarios y sociales, especialmente a nivel de atención primaria y atención residencial y domiciliaria.
- Sobre variabilidad en copagos y privatización financiación tenemos buenas noticias, pues recientemente (abrir 2016) los grupos parlamentarios del Congreso han acordado debatir una iniciativa popular sobre modificación del copago en el SAAD (algunos de esos cambios ya se han efectuado por los nuevos gobernantes regionales, caso CCAA Valenciana, por ejemplo).
- Respecto a la innovación: un eficiente servicio público no puede dejar de innovar y preguntarse cómo mejorar sus métodos de trabajo. Esto también debe sucederle al SAAD. La atención gerontológica centrada

en la persona es un movimiento en ese sentido. Es hora ya de trasladar esas exitosas iniciativas aisladas de atención centrada en la persona a todos los centros públicos, privados o mixtos. Se trata de cambiar valores y métodos de trabajo anticuados mediante la regulación estatal o regional en este sentido y ampliar el reciclaje profesional. Como ejemplo, ¿vamos a seguir consintiendo que se prescriban generalizadamente las sujeciones físicas a los mayores dependientes?

- Las innovaciones también afectan al ámbito de la información. No se puede avanzar sin conocer las necesidades, y los resultados o costes generados por las nuevas iniciativas. Los portales sobre el SAAD y el IMSERSO facilitan escasa información sobre el funcionamiento del SAAD y de las preferencias de sus usuarios. Deberían elaborarse más encuestas periódicamente, tal como se elaboran en los servicios sanitarios. Especialmente deberían potenciarse sistemas regionales de información, para el fomento y seguimiento de la calidad y mejora continuada de los servicios sociales y del SAAD en las CCAA. Por ejemplo, esto ya sucede en el País Vasco y su Observatorio Vasco de servicios sociales<sup>3</sup>. Además, recordemos que mejorar la información sobre servicios y prestaciones del SAAD permite el adecuado cumplimiento del principio de libre elección del usuario.
- Respecto al cumplimiento de obligaciones a nivel Europeo y las privatizaciones: no hay escapatoria a la aplicación de las exigencias de la Directiva Europea. Hay que modificar las leyes de contratos públicos en pro de contar con mayor transparencia, control sobre las adjudicaciones, y recuperar retornos en casos de incumplimientos. Se trata de eliminar las corrupciones y efectuar repartos de la gestión más equitativos entre entidades privadas sin y con ánimo lucro; así como homogeneizar los instrumentos financieros a aplicar sobre estas entidades.
- Pero sin que estas modificaciones de normativas derivadas de las actuaciones políticas aisladas produzcan de nuevo variabilidad regional. Habrá que procurar la coordinación y coherencia entre las nuevas normas de servicios sociales y del SAAD a nivel regional, en las que se replantea el modo de gestionar de los servicios y colaborar con el sector público, y en las que también se refuerza el papel de las entidades sin ánimo de lucro, con objeto de equiparar su situación con las empresas privadas, generar empleo e innovar socialmente.

3 Art.77 Ley la Ley 12/2008, de 5 de diciembre, Servicios Sociales, del País Vasco.

No cabe duda, tras lo aquí comentado, que en un futuro cercano los políticos españoles deberán modificar el funcionamiento del SAAD en numerosos aspectos de su regulación. Esperemos que, al menos esta vez, el contexto facilite que ese debate entre agentes sociales sea posible y fructífero, y no causado por ninguna otra crisis.

#### 4. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aguilar, M. (2012): Apuntes para un replanteamiento de los servicios sociales en España. *Documento de trabajo 5*. Fundación FOESSA, Madrid.
- Barriga, L.A., Brezmes, M, J., García, G. y Ramírez, J.M. (2015): *XV Dictamen sobre el observatorio de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia*. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, Madrid.
- Barriga, Brezmes, M, J., García, G. y Ramírez, J.M. (2016): *XVI Dictamen Del Observatorio de la Ley 39/2006 de Promoción de la Autonomía Personal de Atención a las Personas en Situación de Dependencia*. Asociación Estatal de Directoras y Gerentes de Servicios Sociales, Madrid.
- Burgueño, A. (2015): "Falacias sobre sujeciones (contenciones) físicas", *Dilemata*, Vol. 19, pp. 135-147.
- COCETA. (2010): *Cuando se trata de personas, las cooperativas llevan la iniciativa*. Madrid: Confederación Española de Cooperativas de Trabajo Asociado.
- Colombo, F., Llena, A., Mercier, J. y Tjadens, F. (2011): *Help wanted? Providing and paying for long-term care*. OECD Health Policy Studies, OECD Publishing.
- Del Pozo, R. (2015): "El actual copago de dependencia en España: ¿carácter recaudador y eficiente o factor de empobrecimiento para las familias?", *Workshop evaluation for public policies for sustainable Long-term Care in Spain*, Valencia.
- Deusdad, B.A., Comas, D. y Dziegielewski, S.F. (2016): "Restructuring Long-Term Care in Spain: The Impact of The Economic Crisis on Social Policies and Social Work Practice", *Journal of Social Service Research*, Vol. 42(2), pp. 246-262.
- Díaz, P y Sancho, M. (2012): "Unidades de Convivencia. Alojamientos de personas mayores para 'vivir como en casa'", *Informes Portal Mayores*, nº 132, Madrid.
- Díaz, P., Sancho, M., Garciaza, E., Abad, E., Suarez, N., Mondragón, N., Buiza, C., Orbegozo, A. y Yanguas, J. (2014): "Efectos del Modelo de Atención Centrado en la Persona en la calidad de vida de personas con deterioro cognitivo de centros Gerontológicos", *Revista Española de Geriatría y Gerontología*, Vol. 49(6), pp. 266-271.

- European commission. (2015): *The 2015 Ageing Report. Economic and budgetary projections for the 28 EU Member States (2013-2060)*. Publications Office of the European Union, Luxembourg.
- García, J. y Bakaikoa, B. (2016): "Contratos públicos adjudicados a sociedades cooperativas en el país vasco entre 2010 y 2012", *REVESCO*, Nº 120, pp. 76-98.
- Gómez J.M., Peláez, F.J. y García, A. (2011): Dependencia, envejecimiento demográfico y economía social. Estimación de los potenciales efectos y valoración de la implantación del SAAD en Castilla y León. *CIRIEC-España, Revista de Economía pública, Social y Cooperativa*, Vol. 71, pp. 101-128.
- Granell, R., Tortosa, M.A. y Fuenmayor, A. (2016): "Quasi-markets targets and the evaluation of nursing-home funding in the Valencian Region", *Hacienda Pública Española*, Vol. 1, (pendiente publicación).
- Hernandez, H. (2014): Against the discontinuity trap. The case of Long-Term Care in Spain. *Workshop evaluation for public policies for sustainable Long-term Care in Spain*, Barcelona.
- IMSERSO. (2004): *Atención a las personas en situación de dependencia*. Libro Blanco. IMSERSO, Madrid.
- IMSERSO-CIS. (2006): *Encuesta de condiciones de vida de los mayores*, serie Estudios, nº 2.647. CIS, Madrid.
- Jiménez, A. y Rodríguez A. (2012): *La Economía Social y la atención a la dependencia*.  
Propuestas para contribuir al desarrollo de los servicios de atención de la dependencia y a la generación de empleo estable y de calidad. *Documento de trabajo 177*. Madrid: Fundación Alternativas.
- Jiménez, S, y Vilaplana, C. (2014): Do Spanish informal caregivers come to the rescue of dependent people with formal care unmet needs? *Documento de trabajo CRES*. Barcelona.
- Jiménez, S., Vilaplana, C. y Andrea, A. (2016): Observatorio de dependencia. *Estudios sobre Economía Española*, num.5. FEDEA, Madrid.
- Marbán, V. (2012): "Actores sociales y desarrollo de la ley de dependencia en España", *Revista Internacional de Sociología*, Vol. 70 (2), pp. 375-398.
- Martínez, T. (2011): La atención gerontológica centrada en la persona. *Gizartea Hobetuz. Documentos de bienestar social*. Servicio central de publicaciones del gobierno vasco, Vitoria-Gasteiz.
- Montserrat, J. (2014): El impacto de la crisis en el Sistema de Atención a la Dependencia. ¿Hacia un cambio de modelo?, *VII Informe sobre exclusión social y desarrollo social en España 2014*, Documento de Trabajo 5.6. Fundación FOESSA, Madrid.

- Moreno, F.J. (2015): Retos y reformas de las políticas de cuidado de larga duración en España. En Moreno, F.J. y Del Pino, E. (Coords). *Desafíos del Estado de bienestar en Noruega y España. Nuevas Políticas para atender nuevos riesgos sociales*. Tecnos, Madrid.
- Puga, D., Sancho, M., Tortosa, M.A., Malmberg, B. y Sundström, G. (2011): "La diversificación y consolidación de los servicios sociales para las personas mayores en España y en Suecia", *Revista Española de Salud Pública*, Vol. 85(6), pp. 525-539.
- Puga, D., Tortosa, M.A. y Sundström, G. (2015): "Satisfacción de necesidades y provisión de cuidados de larga duración para la vejez en España, ¿una cuestión territorial?", *Workshop evaluation for public policies for sustainable Long-term Care in Spain*, Valencia.
- Rivero, T. (2014): "Análisis de las tasas de participación de la Ley de Dependencia en España. The case of Long-Term Care in Spain", *Workshop evaluation for public policies for sustainable Long-term Care in Spain*, Barcelona.
- Rodríguez P. y Vilá A. (Coords). *El Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona. Teoría y práctica*. Tecnos, Madrid.
- Salinas, F., Osorio, L.E. y Albarrán, C. (2011): "El sector público y la economía social en la atención a la dependencia", *CIRIEC-España, Revista de Economía pública, Social y Cooperativa*, Vol. 71, pp. 9-24.
- Sancho, M. y Yanguas, J. (2014): "Evidencias sobre el bienestar cuando se realizan actividades plenas de sentido para las personas. La influencia de los entornos significativos". En Rodríguez P. y Vilá A. (Coords). *El Modelo de Atención Integral y Centrada en la persona*. Teoría y práctica. Tecnos, Madrid.
- Sosvilla, S. (2009): "Un análisis estratégico del sistema para la autonomía y atención a la dependencia", *Presupuesto y Gasto Público*, Vol. 55, pp. 7-29.
- Tortosa, M. A. (2011): Modelo de atención gerontológica centrado en la persona y los cambios en la cultura de gestión económica de las residencias de mayores en España, *Revista Ibero-americana de Gerontología*, Vol. 1, pp. 80-91.
- Tortosa, M.A., Fuenmayor, A. y Granell, R. (2011): Evaluación de costes y financiación de las residencias de mayores. El sector no lucrativo en la Comunidad Valenciana. *Informes Portal Mayores*, nº 129, Madrid.
- Tortosa, M.A., Granell, R., Fuenmayor, A. y Martínez, M. (2016): Efectos de un programa de eliminación de sujeciones físicas sobre personas mayores con demencia en residencias", *Revista Española de Geriatria y Gerontología*, Vol.51 (1), pp.5-10.
- Tribunal de Cuentas. (2014): *Informe de fiscalización sobre las medidas de gestión y control adoptadas en las comunidades autónomas para la adecuada aplicación de la Ley 39/2006 de 14 de diciembre, de promoción de la autonomía per-*

*sonal y atención a las personas en situación de dependencia*. Nº 1035. Tribunal de Cuentas, Madrid.

UDP. (2014): *Voluntariado UDP. Memoria actividades 2014*, UDP, Madrid.

UDP. (2016): *Mayores solidarios*, Informe 10, Abril 2016.

Vila, T. (2015): *Evolución y reforma del Sistema para la autonomía y a tención a la dependencia*. Fundación CASER para la Dependencia, Madrid.

Vilaplana, C. and Jiménez, S. (2015): "Unmet needs in formal care: kindling the spark for caregiving behavior", *International Journal of Health Economics and Management*, vol.15 (2), pp. 153-184.