Atención a la dependencia: el "otro" sistema de cuidados. Evolución, logros, retos y oportunidades

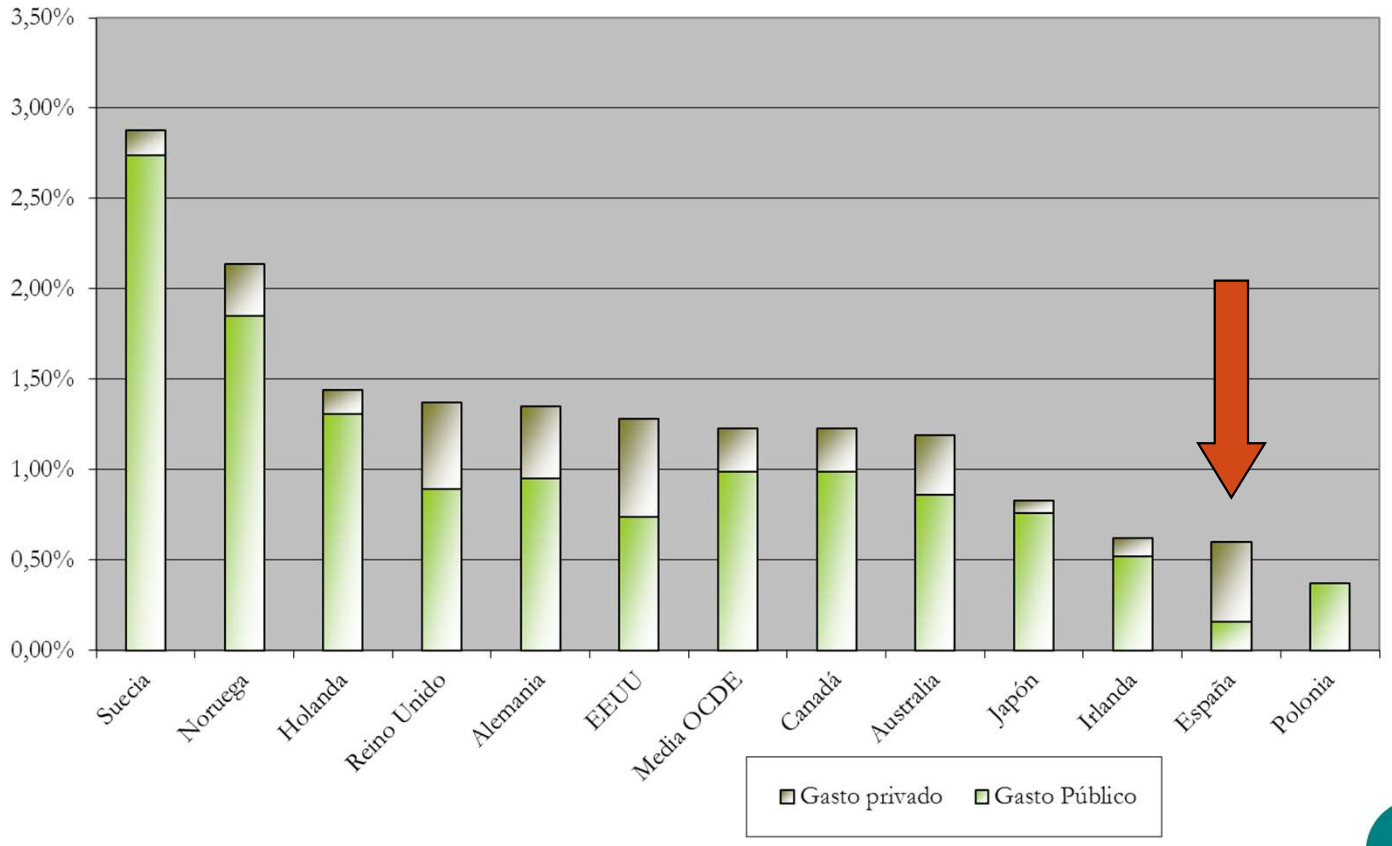
Juan Oliva

Universidad de Castilla La Mancha

& CIBERFES

Contexto

- En el inicio del nuevo siglo, España partía de bajos niveles de gasto en protección social asociados a cuidados de larga duración en comparación con otros países europeos.



Fuente: OCDE (2005)

	Modelo escandinavo	Modelo continental	Modelo liberal	Modelo mediterráneo
Tipo de cobertura	Universal	Universal	Asistencial	**Asistencial**
Financiación	Impuestos	Cotizaciones sociales	Impuestos	**Impuestos**
Nivel de copago del usuario	Bajo (según renta y tipo de servicio)	Medio (sobre costes)	Alto (según renta + patrimonio y coste)	**Alto**
Peso del cuidado informal sobre el total	Bajo	Medio	Medio	**Alto**
Remuneración del cuidador informal	Relativamente elevada	Variable entre países	Reducida	**Reducida o nula**
Protección social del cuidador informal	Alta (formación, apoyo, empleo, servicios de respiro)	Alta (excedencia laboral, servicios de respiro, vacaciones, formación)	Media (asesoramiento, formación, exenciones fiscales)	**Reducida**
Apoyo social a domicilio	Alto	Medio	Medio	**Bajo**
Peso de la provisión privada sobre el total	Bajo	Medio	Alto	**Alto**
Gasto en CLD sobre PIB	>2%	1-1,5%	≈1%	**<1%**
Porcentaje del gasto público sobre gasto en CLD	>80%	30-80%	60-70%	**<30%**

Fuente: Díaz E, Ladra S, Zozaya N (2009)

Ley de Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia

BOLETÍN OFICIAL
DE LAS CORTES GENERALES

CONGRESO DE LOS DIPUTADOS

VIII LEGISLATURA

Serie A:
PROYECTOS DE LEY | 5 de mayo de 2006 | Núm. 84-1

PROYECTO DE LEY

121/000084 Promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia.

La Mesa de la Cámara, en su reunión del día de hoy, ha adoptado el acuerdo que se indica respecto del asunto de referencia.

PROYECTO DE LEY DE PROMOCIÓN DE LA AUTONOMÍA PERSONAL Y ATENCIÓN A LAS PERSONAS EN SITUACIÓN DE DEPENDENCIA

SAAD-introducción

- **Principios rectores del SAAD**
  - Carácter universal y público de la prestación,
  - Acceso a las prestaciones en condiciones de igualdad,
  - Participación de las AAPP Central, Autonómicas y Locales
  - Poderoso instrumento de conciliación entre vida familiar y laboral.

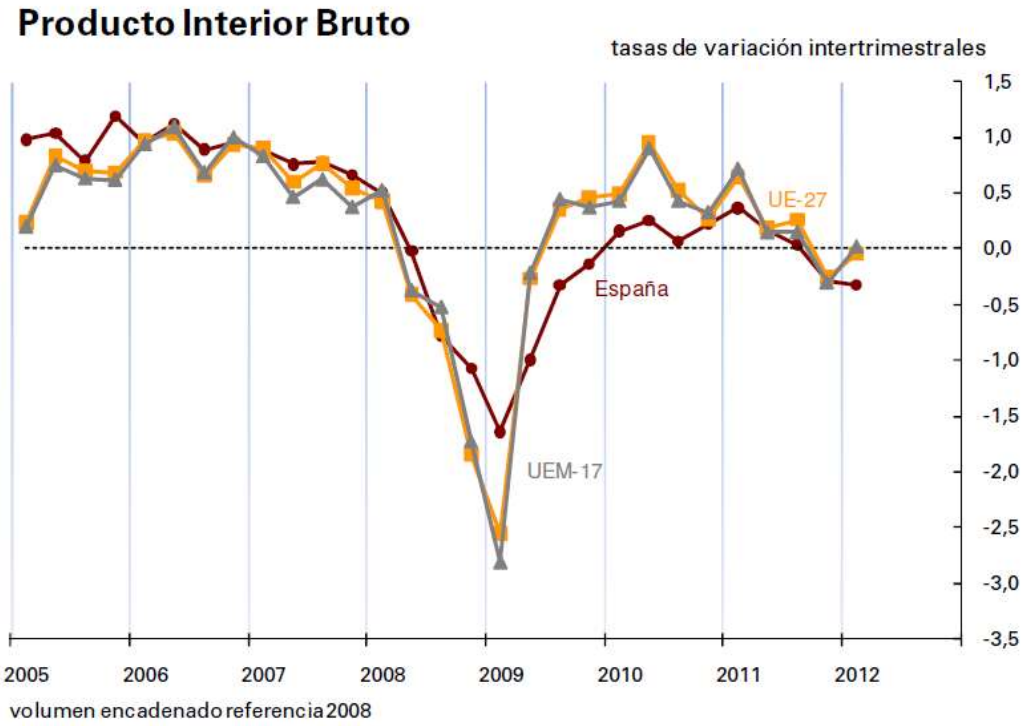
Grandes retos...

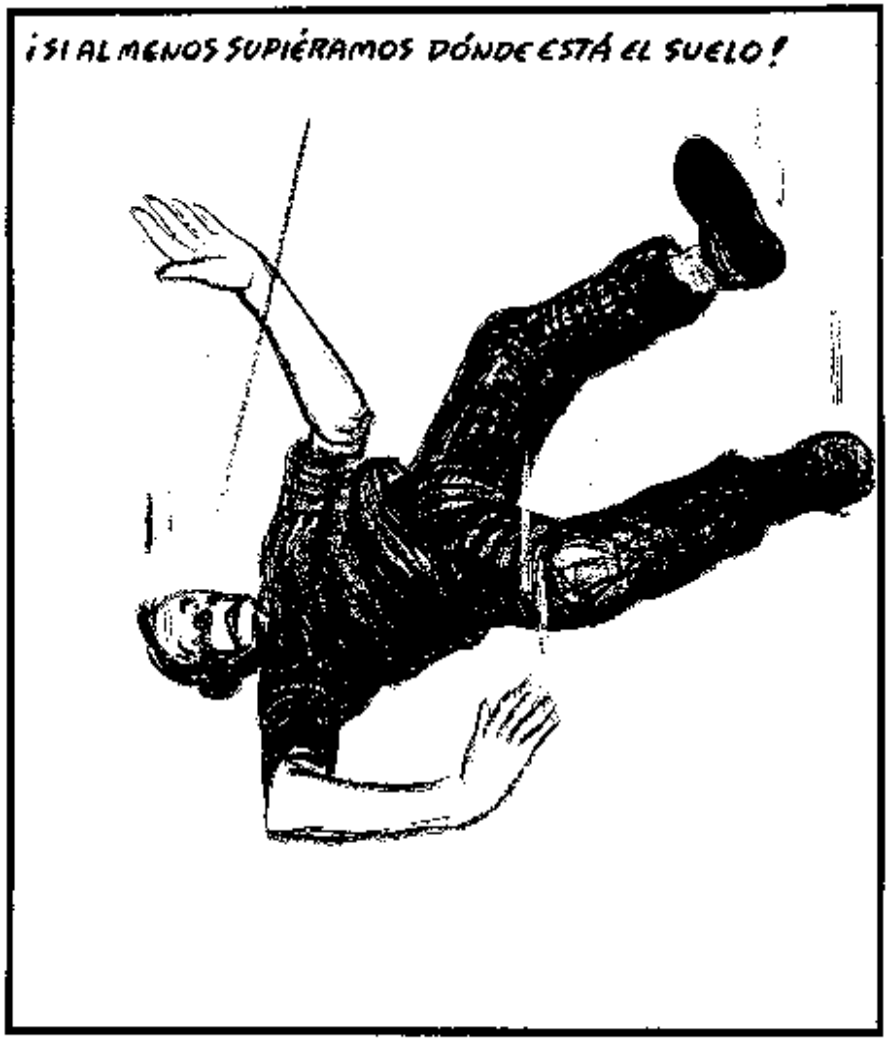
...y grandes dificultades

Nacer con mala estrella: la Gran Recesión

Crisis

¿Cuán profunda?





Pero no solo fue “mala suerte”

- Problemas de planificación (previsiones iniciales de personas dependientes y sus grados)
- “Ruido” político
- Retos organizativos
- Retos en la coordinación entre el SNS y el SAAD

Health Policy xxx (2016) xxx–xxx

Contents lists available at ScienceDirect

Health Policy

journal homepage: www.elsevier.com/locate/healthpol

Health Reform Monitor

The Spanish long-term care system in transition: Ten years since the 2006 Dependency Act☆

Luz María Peña-Longobardo[a,*], Juan Oliva-Moreno[a], Sandra García-Armesto[b], Cristina Hernández-Quevedo[c]

Gac Sanit. 2022;36(S1):S56–S60

Informe SESPAS

Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. Informe SESPAS 2022

Juan Oliva* y Luz M. Peña Longobardo

Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España

Editorial

Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: primeros 15 años y una mirada hacia el futuro

The Spanish System for autonomy and dependency care: First 15 years and a look ahead

Juan Oliva[a,*], Mayte Sancho Castiello[b] y Raúl del Pozo-Rubio[c]

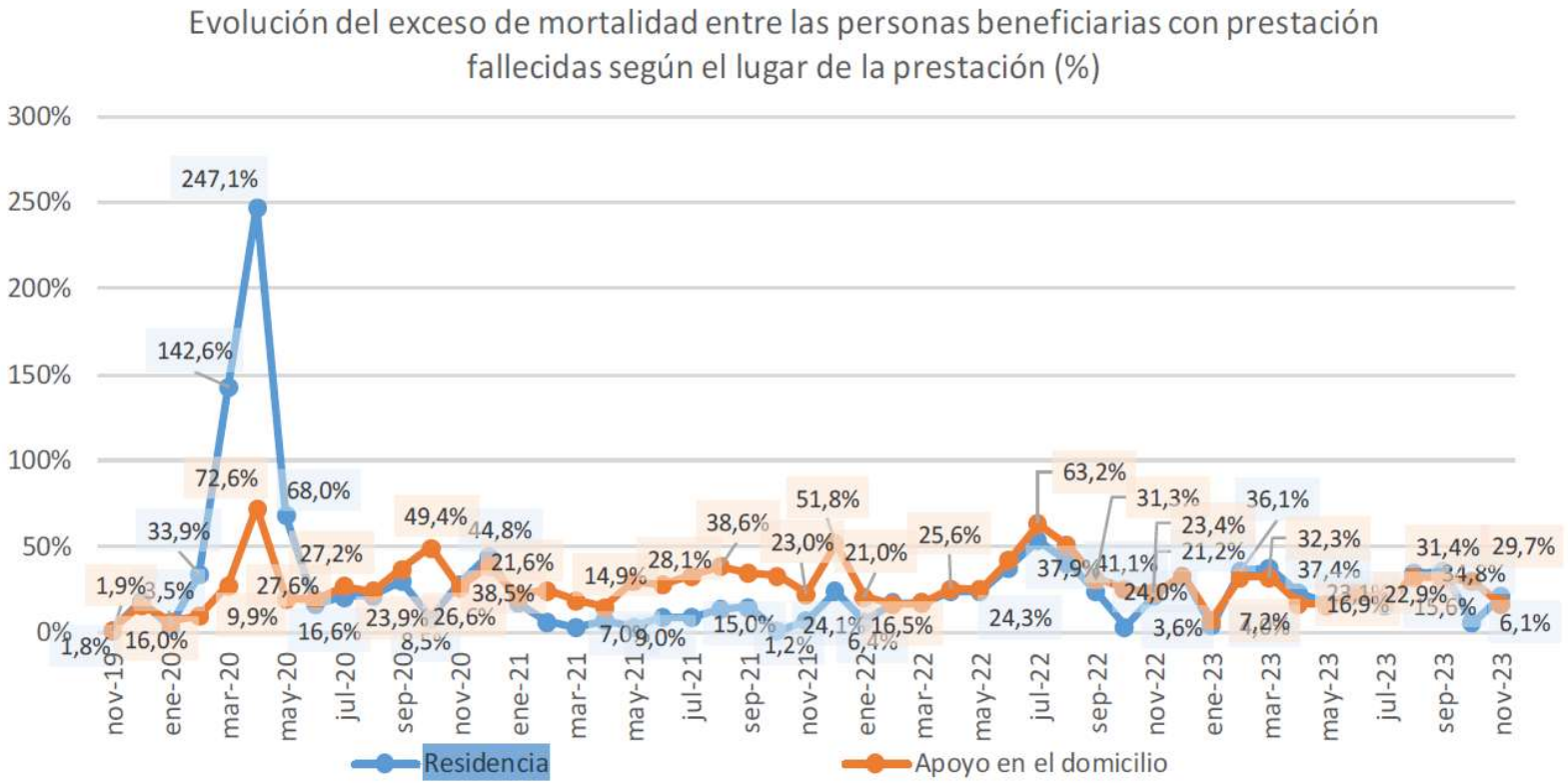
[a] *Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España*
[b] *Gerontóloga, Madrid, España*
[c] *Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Facultad de Ciencias Sociales, Universidad de Castilla-La Mancha, Cuenca, España*

MoMo EN EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

(Datos a 31 de diciembre de 2020)

	Exceso de fallecimientos de personas en residencias (%)								
CCAA	mar.-20	abr.-20	may.-20	jun.-20	jul.-20	ago.-20	sep.-20	oct.-20	nov.-20
Andalucía	53,3%	81,8%	3,6%	21,5%	31,4%	0,0%	72,5%	32,7%	68,1%
Aragón	47,4%	219,5%	81,2%	2,0%	18,3%	45,7%	35,3%	27,4%	70,3%
Asturias, Principado de	12,4%	145,8%	34,1%	10,6%	13,7%	22,7%	7,5%	13,7%	65,5%
Balears, Illes	77,4%	68,1%	34,3%	0,6%	2,6%	0,0%	148,3%	0,0%	45,2%
Canarias	3,3%	61,5%	11,9%	4,8%	24,5%	4,9%	66,5%	8,9%	21,0%
Cantabria	15,9%	187,4%	0,0%	26,4%	19,7%	143,5%	39,7%	0,0%	28,2%
Castilla y León	60,2%	257,9%	60,3%	54,0%	65,6%	37,5%	36,7%	28,0%	50,0%
Castilla - La Mancha	206,1%	487,2%	49,4%	32,5%	58,3%	0,0%	10,7%	12,1%	16,8%
Cataluña	28,1%	391,7%	245,7%	3,0%	13,6%	12,3%	18,6%	1,3%	18,9%
Comunitat Valenciana	4,9%	256,3%	49,1%	16,9%	20,1%	106,1%	50,2%	10,7%	22,6%
Extremadura	146,9%	96,5%	19,1%	58,6%	26,1%	22,4%	10,5%	16,4%	15,9%
Galicia	8,3%	122,5%	8,9%	9,9%	39,2%	15,2%	20,3%	9,5%	46,6%
Madrid, Comunidad de	624,7%	219,9%	14,6%	1,3%	2,5%	0,0%	14,4%	0,0%	0,0%
Murcia, Región de	55,1%	156,1%	11,3%	45,8%	1,2%	60,7%	15,1%	29,0%	49,3%
Navarra, Comunidad Foral de	46,5%	467,6%	11,2%	0,0%	2,7%	22,3%	41,4%	82,7%	39,2%
País Vasco	24,1%	210,3%	23,4%	0,0%	1,7%	9,4%	35,3%	3,2%	11,9%
Rioja, La	0,0%	114,1%	0,0%	0,0%	18,0%	0,0%	7,2%	28,1%	3,4%
Ceuta	0,0%	350,0%	0,0%	0,0%	100,0%	20,0%	800,0%	12,5%	28,6%
Melilla	0,0%	0,0%	0,0%	0,0%	12,5%	100,0%	100,0%	50,0%	50,0%
TOTAL	**143,4%**	**247,3%**	**68,6%**	**16,7%**	**23,4%**	**21,5%**	**31,9%**	**12,0%**	**29,8%**

(Datos a 31 de diciembre de 2023)



MoMo EN EL SISTEMA PARA LA AUTONOMÍA Y ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA (SAAD)

(Datos a 31 de diciembre de 2020)

- "Entre marzo y noviembre de 2020 se observa un **exceso de mortalidad de 45.665 personas en el SAAD** (incremento del 31,8% de la esperada) afectando a un 2,40% del total de solicitantes del SAAD"
- "Se observa un **impacto muy elevado en la mortalidad excesiva en personas con atención en residencia**, con un exceso de fallecimientos de 22.718 personas (9,12% del total de personas dependientes atendidas en residencia)"

- "Entre marzo de 2020 y noviembre de 2023 se observa un exceso de mortalidad de 130.271 personas en el SAAD (incremento del 17,4% de la esperada) afectando a un 6,32% del total de solicitantes del SAAD"
- "Se observa un elevado impacto en la mortalidad excesiva en personas con atención en residencia, con un exceso de fallecimientos de 50.397 personas (incremento del 28,2% de lo esperado)."

INFORME

EL IMPACTO DEL COVID19

EN LAS RESIDENCIAS DE PERSONAS MAYORES

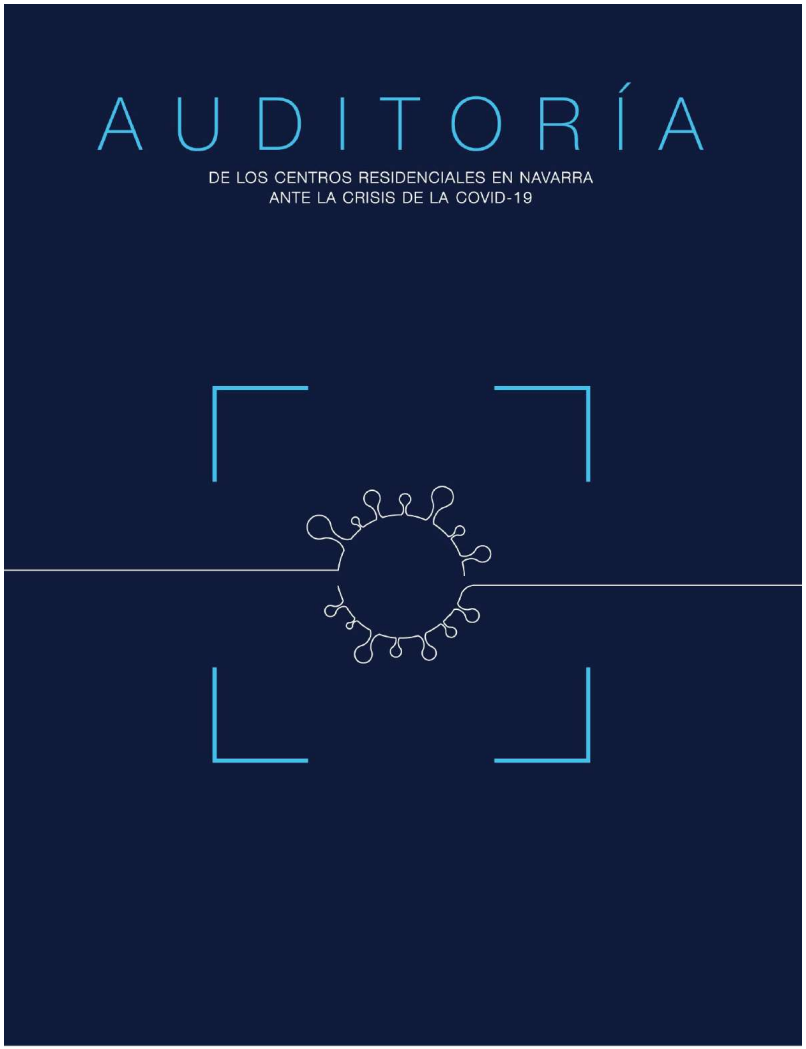
DE CASTILLA Y LEÓN

Y MEDIDAS ADOPTADAS

29 de septiembre de 2020

Junta de Castilla y León

Servicios Sociales de Castilla y León



Observatorio de la Realidad Social
Errealitate Sozialaren Behatokia

AGENDA 2030

Gobierno de Navarra
Nafarroako Gobernua
Departamento de Derechos Sociales
Eskubide Sozialetako Departamentua

Gac Sanit. 2022;36(S1):S56–S60

Informe SESPAS

Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. Informe SESPAS 2022

Juan Oliva* y Luz M. Peña Longobardo

Departamento de Análisis Económico y Finanzas, Facultad de Ciencias Jurídicas y Sociales, Universidad de Castilla-La Mancha, Toledo, España

Puntos clave

- Las residencias de mayores no estaban preparadas para una crisis como la generada por el SARS-CoV-2.
- La mortalidad en las residencias fue muy elevada en los primeros meses de la pandemia, con independencia del indicador que se emplee.
- Además de la mortalidad, conviene profundizar en otros aspectos relativos a la salud de las personas residentes y de los/las trabajadores/as de las residencias.
- Algunos informes oficiales y la literatura científica revelan elementos de interés para prevenir situaciones similares ante futuras crisis.
- La pandemia ha revelado la fragilidad del sistema de cuidados de larga duración español. Su mejora debe ser una prioridad de nuestras políticas sociales.

INFORME #11 CA-COVID-19-OMC

COVID-19 Y LAS RESIDENCIAS Y CENTROS SOCIOSANITARIOS

Informe 10/11/2020 de la Comisión Asesora al CGCOM

Resumen ejecutivo y propuestas clave:

Uno de los ámbitos más afectados por la pandemia ha sido el de las residencias de mayores.

A la mayor **vulnerabilidad** de esa población por el entorno cerrado donde residen, se ha añadido la **fragilidad y peor pronóstico** por su mayor edad media y la pluripatología; también se ha evidenciado una notable **complejidad clínica** y un abordaje asistencial y de cuidados de los residentes claramente mejorable, o cuando menos heterogéneo y merecedor de evaluación.

El **elevado número de fallecimientos registrados**, no sólo en nuestro país, ha obligado a los diversos Sistemas Sanitarios a **revisar la actividad asistencial y de cuidados prestada** en condiciones normales y la existencia de estrategias de intervención rápida con unos **planes nacionales** dirigidos a minimizar efectos en situaciones como la actual pandemia. Los mayores frágiles en el domicilio requerirían otra estrategia específica, porque, aunque comparten el mal pronóstico de los institucionalizados, sus condiciones de entorno, cuidados y asistencia son muy diferentes.

En España se ha puesto en evidencia, de nuevo, una necesidad crónica y urgente de coordinación entre los ámbitos sanitario y social, así como la gran variabilidad de respuestas entre las Comunidades Autónomas (y dentro de ellas). Son imprescindibles estudios evaluativos de las intervenciones desarrolladas, identificando los resultados conseguidos, de cara a conocer y difundir las mejores prácticas en la asistencia habitual, y evitar los fallos identificados. También es necesaria investigación sobre la incidencia de la COVID-19, de la mortalidad general en las residencias y de la mortalidad atribuible a la COVID-19 en estos entornos[1].

IMPACTE DE LA PANDÈMIA DEL COVID-19 A LES ORGANITZACIONS SANITÀRIES:

25 PROPOSTES A PARTIR DEL QUE HEM APRÈS

Societat Catalana de Gestió Sanitària

L'Acadèmia

ÍNDEX

Introducció 5

Les lliçons apreses 6

- Una bona resposta organitzativa a tots els nivells 6
- Les ineficàcies i mancances 9

25 propostes a partir del que hem après

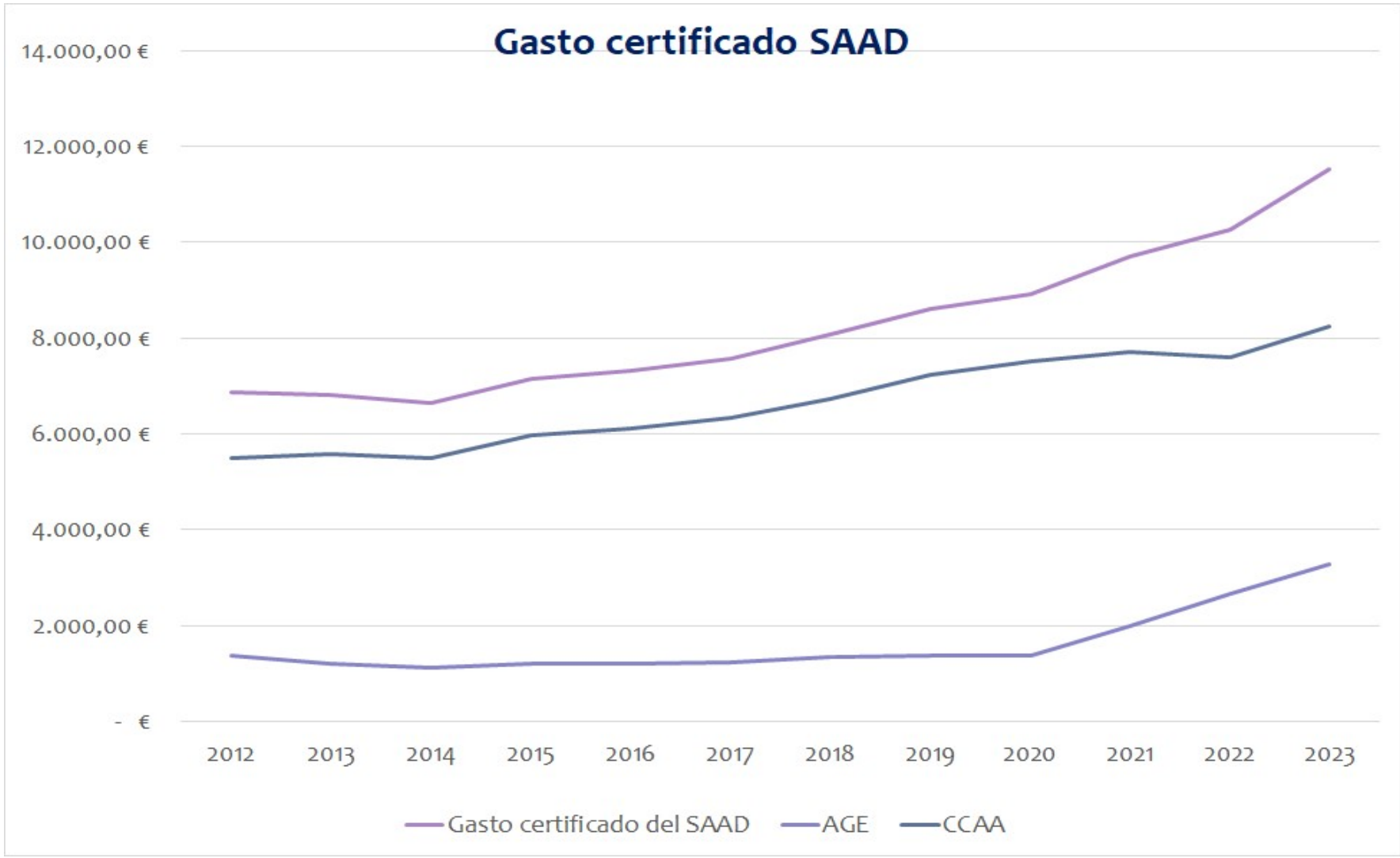
- I. Cap a un sistema de salut més dotat, efectiu i àgil 11
- II. La gestió de les organitzacions sanitàries importa... i molt 12
- III. Mesures específiques: mentre duri la pandèmia i per estar preparats per a una segona onada 14
- IV. Els professionals: a la cerca de models més adaptables 15
- V. Per un nou model d'acompanyament a la gent gran 16

És el moment del canvi 18

Quadre resum: 25 propostes a partir del que hem après en la pandèmia COVID-19 19

Panorama actual

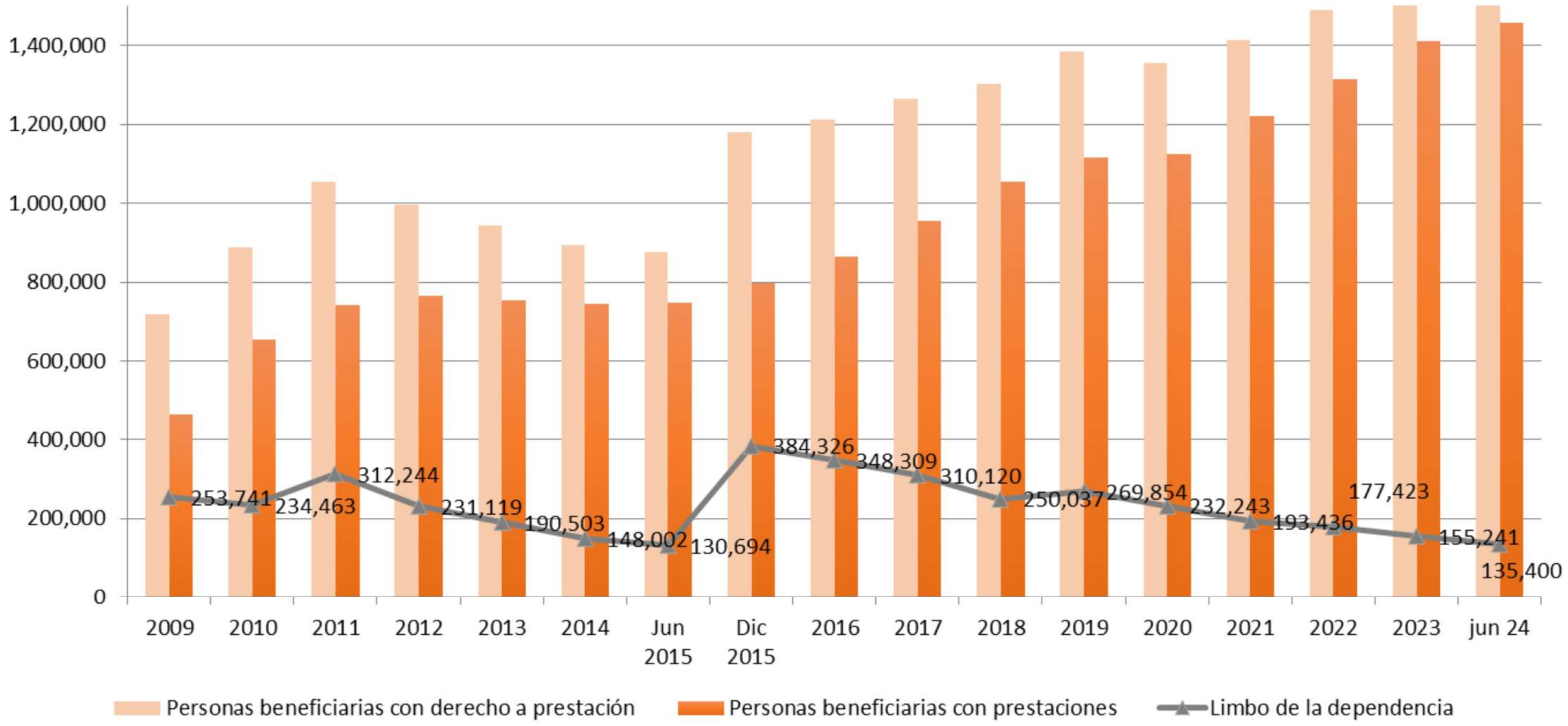
Indicadores SAAD (fuente: IMSERSO)



SERGI JIMÉNEZ-MARTÍN
ANALÍA ANDREA VIOLA

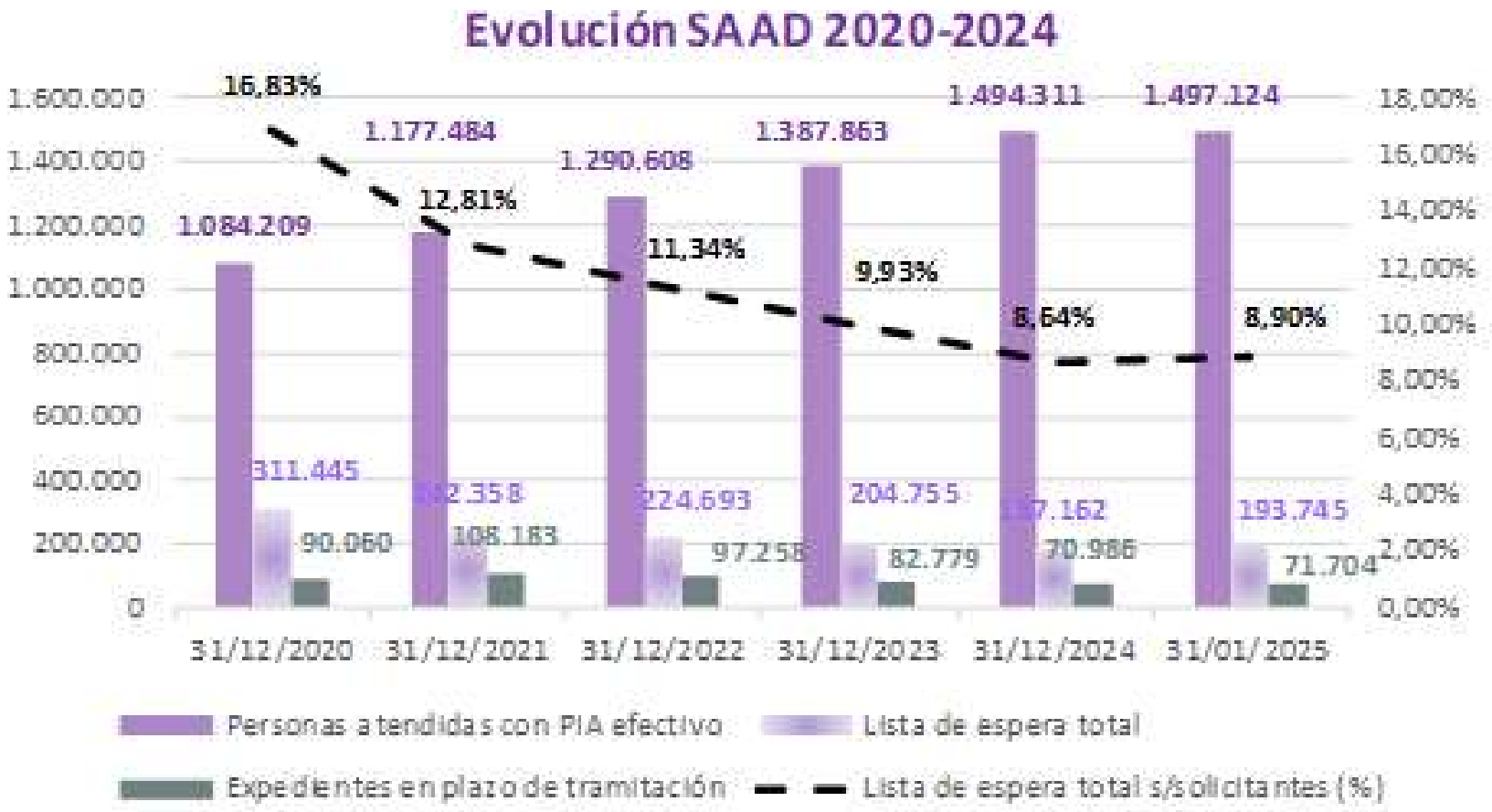
Food for thought: aportaciones al debate sobre políticas públicas
Apuntes 2025/13
Marzo de 2025

Gráfico 1: Número de personas con derecho a prestación y número de personas beneficiarias: limbo de la dependencia. España. 2009-2024.



- *Fuente*: IMSERSO

Indicadores SAAD (fuente: IMSERSO)



Indicadores SAAD (fuente: IMSERSO)

- **Prestaciones en servicio**
  - Prevención Depen y Promoc. Aut. personal: 78.989
  - Teleasistencia: 527.566
  - Serv. Ayuda a Domicilio: 261.572
  - Centros de Día/Noche: 110.190
  - Atención Residencial: 184.332
- **Prestaciones económicas**
  - PE vinculada a servicio: 218.251
  - PE cuidado familiar: 641.190
  - PE atención personal: 11.123
- **Total:** **2.133.413**

31 de enero de 2025

Logros

- Avance normativo en materia de derechos sociales de primer nivel
- Sólidos principios rectores del SAAD
- Mejora de la financiación (AGE) en los últimos años, pero…
- Avance objetivo en la prestación de cuidados a personas con limitaciones en su autonomía (las cifras)
- Se ha empezado a construir el sistema…

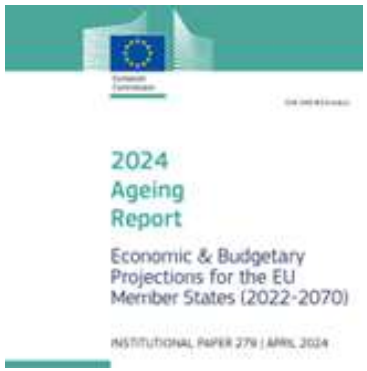
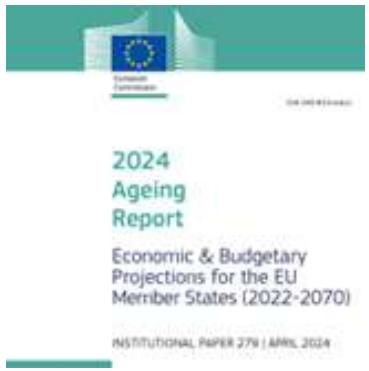


Table I.3.4: **Baseline - projected public expenditure on long-term care (2022-2070; % of GDP)**

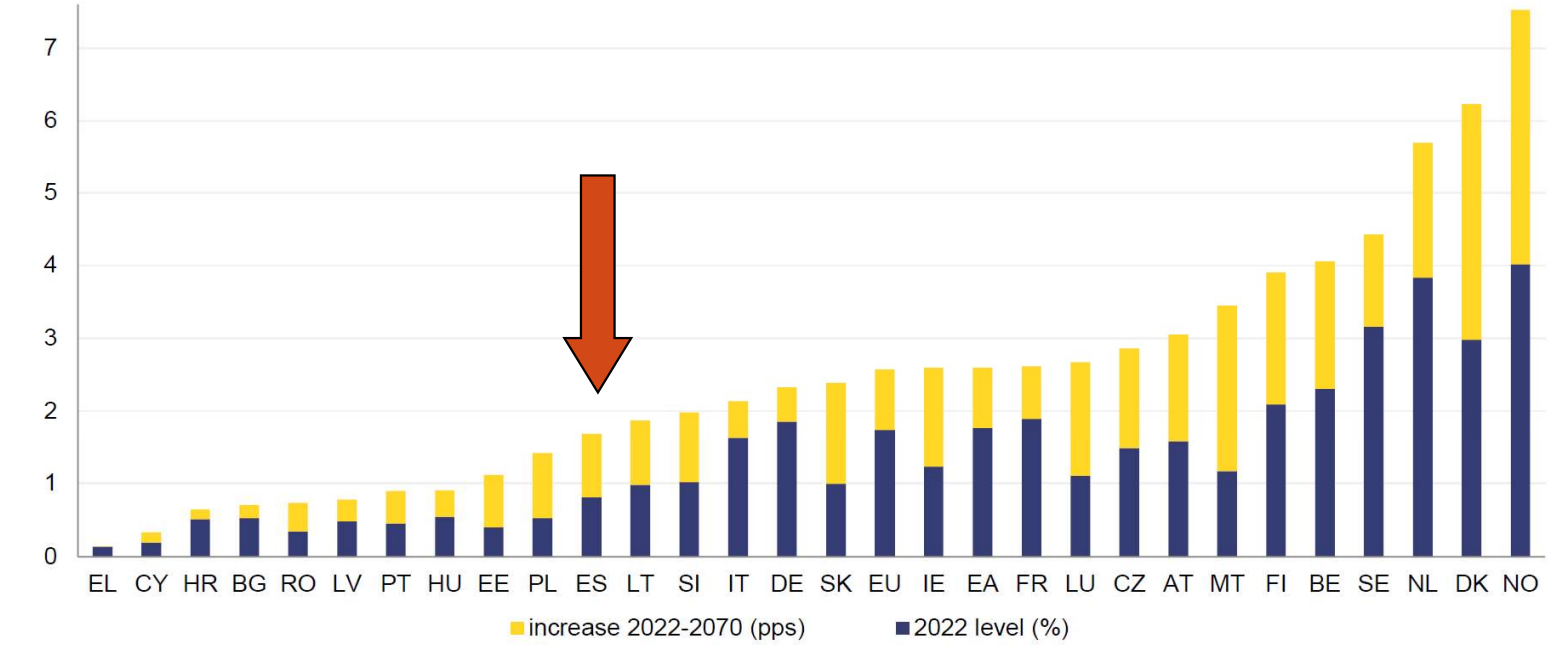
	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2070	Change 2022-2070		
											pps	in %	
BE	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.4	2.5	2.5	2.5	4.1	**1.7**	**76%**	**BE**
BG	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.7	**0.2**	**33%**	**BG**
CZ	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7	2.9	**1.4**	**93%**	**CZ**
DK	3.0	3.1	3.1	3.2	3.3	3.5	3.7	3.8	3.9	6.2	**3.3**	**109%**	**DK**
DE	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	**0.5**	**25%**	**DE**
EE	0.4	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	1.1	**0.7**	**175%**	**EE**
IE	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	2.6	**1.4**	**112%**	**IE**
EL	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	**0.0**	**4%**	**EL**
ES	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.9	1.7	**0.9**	**108%**	**ES**
FR	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.6	**0.7**	**38%**	**FR**
HR	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	**0.1**	**26%**	**HR**
IT	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6	2.1	**0.5**	**31%**	**IT**
CY	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	**0.1**	**72%**	**CY**
LV	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.8	**0.3**	**61%**	**LV**
LT	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.9	**0.9**	**91%**	**LT**
LU	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	2.7	**1.6**	**142%**	**LU**
HU	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.9	**0.4**	**66%**	**HU**
MT	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	3.4	**2.3**	**195%**	**MT**
NL	3.8	3.8	3.9	3.9	3.9	4.1	4.1	4.2	4.2	5.7	**1.9**	**48%**	**NL**
AT	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	3.1	**1.5**	**94%**	**AT**
PL	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	1.4	**0.9**	**169%**	**PL**
PT	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.9	**0.4**	**97%**	**PT**
RO	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.7	**0.4**	**113%**	**RO**
SI	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.2	1.2	1.2	2.0	**1.0**	**94%**	**SI**
SK	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	2.4	**1.4**	**140%**	**SK**
FI	2.1	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.4	2.5	2.5	3.9	**1.8**	**86%**	**FI**
SE	3.2	3.2	3.2	3.2	3.2	3.4	3.4	3.4	3.5	4.4	**1.3**	**40%**	**SE**
NO	4.0	4.1	4.1	4.2	4.2	4.4	4.5	4.6	4.7	7.5	**3.5**	**87%**	**NO**
EA	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	2.6	**0.8**	**47%**	**EA**
EU	1.7	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.6	**0.8**	**48%**	**EU**

Source: European Commission, EPC.

The EU and EA averages in all results tables are weighted according to GDP.



Graph I.3.7: **Baseline current and projected levels of public expenditure on long-term care (2022-2070; % of GDP)**



Source: European Commission, EPC.

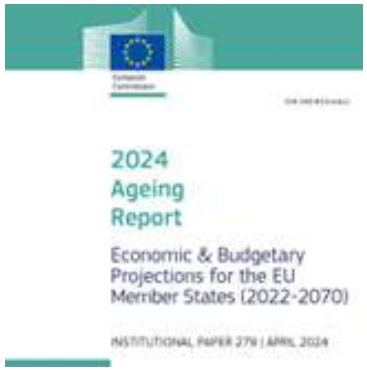


Table I.3.7: **Coverage convergence scenario - projected public expenditure on long-term care (2022-2070; % of GDP)**

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2070	Change 2022-2070		
											pps	in %	
BE	2.3	2.3	2.3	2.3	2.3	2.4	2.5	2.5	2.5	4.1	**1.7**	**76%**	**BE**
BG	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	2.1	**1.6**	**301%**	**BG**
CZ	1.5	1.5	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.7	1.7	2.9	**1.4**	**93%**	**CZ**
DK	3.0	3.1	3.1	3.2	3.3	3.6	3.7	3.8	3.9	6.6	**3.6**	**122%**	**DK**
DE	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.1	2.2	2.2	2.2	2.4	**0.5**	**27%**	**DE**
EE	0.4	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	2.1	**1.7**	**420%**	**EE**
IE	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	2.6	**1.4**	**112%**	**IE**
EL	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.3	**0.2**	**109%**	**EL**
ES	0.8	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	0.9	1.0	3.3	**2.5**	**308%**	**ES**
FR	1.9	1.9	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	2.1	2.1	4.0	**2.1**	**110%**	**FR**
HR	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	1.0	**0.5**	**89%**	**HR**
IT	1.6	1.6	1.5	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.6	2.3	**0.6**	**38%**	**IT**
CY	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.4	**0.2**	**114%**	**CY**
LV	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	1.2	**0.8**	**157%**	**LV**
LT	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.1	1.9	**0.9**	**91%**	**LT**
LU	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2	3.7	**2.6**	**235%**	**LU**
HU	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	2.0	**1.4**	**260%**	**HU**
MT	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	3.5	**2.3**	**201%**	**MT**
NL	3.8	3.8	3.9	3.9	3.9	4.1	4.1	4.2	4.2	5.7	**1.9**	**50%**	**NL**
AT	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	3.1	**1.5**	**94%**	**AT**
PL	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	0.7	0.8	4.4	**3.8**	**730%**	**PL**
PT	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.7	0.7	0.8	0.8	9.0	**8.5**	**1859%**	**PT**
RO	0.3	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.8	**0.5**	**132%**	**RO**
SI	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	2.3	**1.3**	**126%**	**SI**
SK	1.0	1.0	1.1	1.1	1.1	1.2	1.2	1.2	1.3	2.4	**1.4**	**140%**	**SK**
FI	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3	2.4	2.5	2.5	4.0	**1.9**	**93%**	**FI**
SE	3.2	3.2	3.2	3.2	3.3	3.4	3.4	3.5	3.5	4.7	**1.6**	**49%**	**SE**
NO	4.0	4.1	4.1	4.2	4.2	4.4	4.5	4.6	4.7	7.5	**3.5**	**88%**	**NO**
EA	1.8	1.8	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	3.2	**1.4**	**81%**	**EA**
EU	1.7	1.7	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	1.9	3.3	**1.6**	**89%**	**EU**

Source: European Commission, EPC.

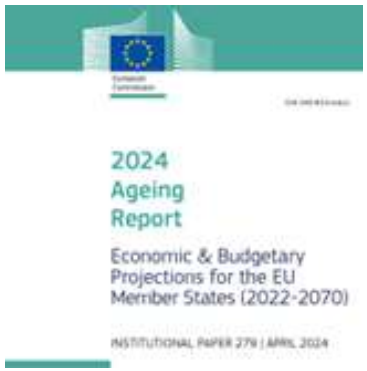
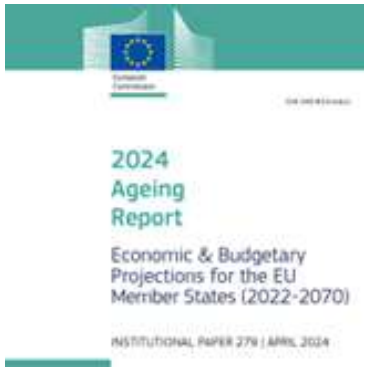


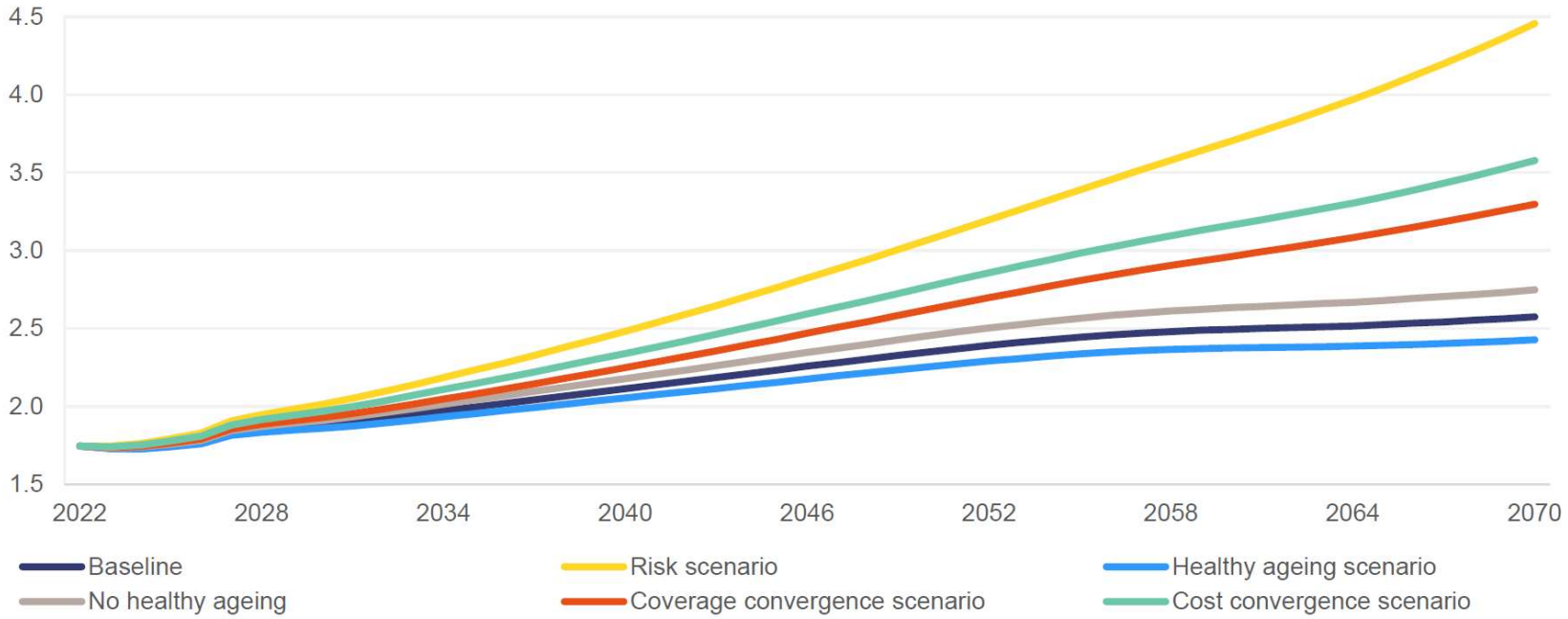
Table I.3.8: **Cost convergence scenario - projected public expenditure on long-term care (2022-2070; % of GDP)**

	2022	2023	2024	2025	2026	2027	2028	2029	2030	2070	Change 2022-2070		
											pps	in %	
BE	2.3	2.3	2.4	2.4	2.4	2.5	2.6	2.6	2.7	6.2	**3.9**	**169%**	**BE**
BG	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	1.4	**0.8**	**159%**	**BG**
CZ	1.5	1.5	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.8	4.4	**2.9**	**199%**	**CZ**
DK	3.0	3.1	3.1	3.2	3.3	3.5	3.7	3.8	3.9	6.3	**3.3**	**110%**	**DK**
DE	1.9	1.9	1.9	2.0	2.1	2.2	2.2	2.3	2.3	3.2	**1.4**	**74%**	**DE**
EE	0.4	0.5	0.6	0.6	0.7	0.7	0.7	0.8	0.8	3.5	**3.1**	**768%**	**EE**
IE	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	3.2	**2.0**	**163%**	**IE**
EL	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	0.1	1.6	**1.4**	**1033%**	**EL**
ES	0.8	0.8	0.8	0.8	0.8	0.9	0.9	0.9	0.9	2.4	**1.6**	**191%**	**ES**
FR	1.0	1.0	1.0	1.0	1.0	2.0	2.0	2.0	2.0	3.1	**1.2**	**65%**	**FR**
HR	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	1.5	**1.0**	**187%**	**HR**
IT	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	3.0	**1.3**	**82%**	**IT**
CY	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.2	0.3	0.3	2.7	**2.5**	**1267%**	**CY**
LV	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	1.9	**1.4**	**298%**	**LV**
LT	1.0	1.0	1.0	1.1	1.1	1.2	1.3	1.3	1.4	9.4	**8.4**	**855%**	**LT**
LU	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.1	1.2	3.1	**2.0**	**181%**	**LU**
HU	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	0.7	1.8	**1.2**	**222%**	**HU**
MT	1.2	1.2	1.2	1.2	1.3	1.3	1.4	1.4	1.4	6.3	**5.1**	**438%**	**MT**
NL	3.8	3.9	3.9	3.9	4.0	4.2	4.2	4.3	4.4	7.6	**3.7**	**97%**	**NL**
AT	1.6	1.6	1.6	1.7	1.7	1.8	1.8	1.9	1.9	4.5	**2.9**	**183%**	**AT**
PL	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.6	1.6	**1.1**	**208%**	**PL**
PT	0.5	0.5	0.5	0.5	0.5	0.6	0.6	0.6	0.6	0.9	**0.5**	**102%**	**PT**
RO	0.3	0.4	0.4	0.4	0.4	0.4	0.5	0.5	0.5	3.2	**2.9**	**834%**	**RO**
SI	1.0	1.0	1.0	1.1	1.2	1.3	1.3	1.3	1.3	3.7	**2.7**	**262%**	**SI**
SK	1.0	1.0	1.1	1.2	1.2	1.3	1.3	1.4	1.4	5.4	**4.4**	**443%**	**SK**
FI	2.1	2.1	2.2	2.2	2.3	2.4	2.5	2.5	2.6	5.8	**3.7**	**176%**	**FI**
SE	3.2	3.2	3.2	3.2	3.3	3.4	3.4	3.5	3.5	6.0	**2.8**	**89%**	**SE**
NO	4.0	4.1	4.1	4.2	4.3	4.5	4.6	4.7	4.8	8.6	**4.6**	**114%**	**NO**
EA	1.8	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	2.0	2.0	2.0	3.6	**1.8**	**104%**	**EA**
EU	1.7	1.7	1.8	1.8	1.8	1.9	1.9	1.9	2.0	3.6	**1.8**	**105%**	**EU**

Source: European Commission, EPC.



Graph I.3.10: **Projected expenditure in different LTC scenarios for the EU (% of GDP)**



Source: European Commission, EPC.

Retos

- Financiación: aún muy alejados de la media de los países de la UE
- Copagos: ¿17 + 1 sistemas?
- Gran variabilidad interregional
- Enfoque centrado en la persona
  - Refuerzo de la atención domiciliaria
  - Transformación del modelo residencial
- Demografía y cambio social
- Coordinación/integración de los tres grandes sistemas de cuidados
- No olvidar las lecciones que dejó el SARS-CoV-2

Acuerdos y reformas recientes

Acuerdo sobre Criterios comunes de acreditación y calidad de los centros y servicios del Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD)

MINISTERIO DE
DERECHOS SOCIALES, CONSUMO Y
AGENDA 2030

MINISTERIO
DE DERECHOS SOCIALES
Y AGENDA 2030

Anteproyecto de Ley por la que se modifican el Texto Refundido de la Ley General de derechos de las personas con discapacidad y de su inclusión social, aprobado por el Real Decreto Legislativo 1/2013, de 29 de noviembre, y la Ley 39/2006, de 14 de diciembre, de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las personas en situación de dependencia, para la extensión y refuerzo de los derechos de las personas con discapacidad a la inclusión, la autonomía y la accesibilidad universal conforme al artículo 49 de la Constitución Española

Integración asistencia sanitaria y social

- **¿Qué es** la integración asistencial entre servicios sanitarios y sociales?

- Multitud de definiciones: la literatura identifica una enorme variabilidad conceptual, de experiencias y de denominaciones que son englobadas bajo este paraguas (Nolte & Pitchforth, 2014)
- Servicios de salud gestionados y dispensados de tal manera que las personas reciban servicios asistenciales sin solución de continuidad entre los de promoción de la salud y los de atención paliativa, pasando por los de prevención, diagnóstico, tratamiento y gestión de enfermedades y rehabilitación, todo ello de forma coordinada entre los diferentes eslabones y centros asistenciales del sector de la salud y más allá de él y con arreglo a sus necesidades a lo largo de todo el ciclo vital (OMS, 2016)
- Conjunto integrado de servicios y/o prestaciones sociales y sanitarias: (i) Que supera los límites competenciales de los Departamentos; (ii) Que vertebra los dispositivos, programas, servicios y recursos en torno a objetivos compartidos; (iii) Para atender a personas con complejas necesidades de cuidados; (iv) Que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales; (v) Con el fin de aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y mejorar su calidad de vida (Gobierno de Navarra).

Integración asistencial

- **¿Para qué integrar?**
  - Objetivos intermedios y finales
- **¿Quién debe integrar?**
  - Integración funcional, organizativa, clínico asistencial, vertical, horizontal…
- **¿Para quién?**
  - ¿Toda la población; grupos identificados (estratificación)?
- **¿Cómo coordinar?**
  - Experiencias internacionales en pequeñas y grandes áreas

¿Cómo integrar/coordinar?

- Rasgos básicos- experiencias pequeñas y grandes áreas

  - Énfasis en las bondades de la continuidad asistencial
  - Valoración multidimensional y comprehensiva: plan individualizado por paciente (**atención centrada en la persona**)
  - La planificación y coordinación de una amplia gama de servicios a domicilio y comunitarios
  - Puerta única de entrada al sistema para el paciente
  - Sistemas integrados de información
  - Aspecto clave: coordinación de servicios de naturaleza muy diferentes – cooperación entre proveedores para trabajar juntos persiguiendo prestar una asistencia continuada de calidad

Lo que no debe faltar…

- Una narrativa común (dónde estamos y adónde queremos ir: estructura, procesos y resultados)
- Liderazgo político (especialmente, local, pero no solo…)
- Liderazgo y voluntad profesional (¿quién mueve esto? ¿podemos todos a una?)
- Realismo (se puede integrar algunos de los servicios para todas personas, o todos los servicios para algunas personas, pero ¿tiene sentido querer integrar todos los servicios para todas las personas?) y paciencia (visión de largo plazo)
- Evaluación continuada de los avances e identificación de los cuellos de botella

Adenda final

- ¿Quién cuida?
- Inversión en formación y acompañamiento de los profesionales implicados en los cuidados, la reducción de la precariedad laboral del sector y la puesta en valor de su trabajo.
- La integración de los cuidados debe contemplar los servicios sanitarios, sociales y **familiares**.
- Cataluña (2021): 700-850 millones de horas de cuidado no profesional
- Sustitución por cuidados profesionales (SAD):
  - 11.000-13.400 millones de euros
  - 4,9% - 6,0% del PIB catalán

Muchas gracias por su atención

juan.olivamoreno@uclm.es

UCLM
UNIVERSIDAD DE CASTILLA-LA MANCHA

SiES Seminario de Investigación en Economia y Salud

Referencias básicas consultadas

- Documentos Institucionales
- World Health Organization. Framework on integrated, people-centred health services Q&A. World Health Assembly. 2016.
- Ministerio de Sanidad, Servicios Sociales e Igualdad. Estrategia para el Abordaje de la Cronicidad en el Sistema Nacional de Salud. Madrid, 2012.
- European Commission's Directorate-General for Economic and Financial Affairs. Ageing Report 2024.
- Gobierno de Navarra. Modelo de Atención Integrada Sociosanitaria para Navarra.
- J.M. Fresno García, L. Henar Lomeña, R. Ruiz Villafranca, et al. Auditoría de los centros residenciales de Navarra ante la crisis de la COVID-19 (2020)
- Junta de Castilla y León El impacto del COVID19 en las residencias de personas mayores de Castilla y León y medidas adoptadas (29 de septiembre de 2020)
- Ministerio de Derechos Sociales y Agenda 2030. Informe del grupo de trabajo COVID 19 y residencias. Versión final (24/11/2020).
- Departamento de Sanidad y Consumo del Gobierno Vasco Estrategia para afrontar el reto de la Cronicidad en Euskadi Gobierno Vasco, San Sebastián (2010)
- Consejería de Salud. Gobierno Vasco. Estrategia de Atención Sociosanitaria de Euskadi 2021-2024.

Referencias consultadas

- Literatura científica seleccionada:
- Béland F, Hollander MJ. Integrated models of care delivery for the frail elderly: international perspectives. Gac Sanit. 2011 Dec;25 Suppl 2:138-46.
- Jiménez-Martín S, Oliva J, Vilaplana Prieto C. Sanidad y dependencia; matrimonio o divorcio: Atención sanitaria y servicios sociales : ¿una cuestión de integración o solo de coordinación? Madrid : Círculo de la Sanidad, 2011
- Herrera D, Riudor X, Villar V. INTEGRACIÓN DE LA ATENCIÓN SOCIAL Y SANITARIA. Colección Estudios e Informes. Número 51. Consell de Treball, Econòmic i Social de Catalunya Barcelona, 2018.
- Leutz WN. Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom. Milbank Quarterly. 1999; 77(1): 77–110.
- Montserrat Codorniú J. Sostenibilidad del sistema de atención a la dependencia. Papeles de Economía Española., 161 (2019), pp. 164-185
- Nies H, Stekelenburg D, Minkman M, Huijsman R. A Decade of Lessons Learned from Integration Strategies in the Netherlands. Int J Integr Care. 2021 Nov 8;21(4):15.
- Nolte E & Pitchforth E. "What is the evidence on the economic impacts of integrated care." Policy summary II, WHO Regional Office for Europe 51 (2014).
- Nuño-Solinís R. Desarrollo e implementación de la Estrategia de Cronicidad del País Vasco: lecciones aprendidas. Gac Sanit. 2016 Nov;30 Suppl 1:106-110.

Referencias consultadas

- OECD. Who cares? Attracting and retaining care workers for the elderly. OECD Health Policy Studies. Paris: OECD Publishing; 2020.
- Oliva J, Peña Longobardo LM. Impacto de la COVID-19 en la atención sociosanitaria: el caso de las residencias. Informe SESPAS. Gac Sanit. 2022;36 Suppl 1:S56-S60.
- Oliva J, Sancho Castiello M, Del Pozo-Rubio R. Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia: primeros 15 años y una mirada hacia el futuro. Gac Sanit. 2023;37:102253
- Oliva J, Vilaplana C, Peña Longobardo LM. Estimación del valor de los cuidados informales prestados en España y de su evolución reciente. Instituto de Estudios Fiscales (próximamente).
- Peña-Longobardo L., Oliva-Moreno J., García-Armesto S., et al. The Spanish long-term care system in transition: ten years since the 2006 Dependency Act. Health Policy. 2016;120:1177–1182.
- Sarquella, Contel & Navarro. Aprendiendo Juntos: Hacia la definición de un marco de evaluación de la atención social y sanitaria integrada en Cataluña. Actas de coordinación sociosanitaria. - Madrid : Fundación Caser para la Dependencia, 2015-. - 03/07/2017 Número 20 - 2017 , p. 7-24