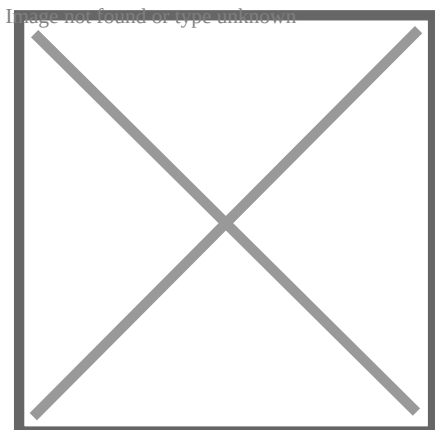




El estado relacional. De la teoría a la práctica

Descripción

LOS RETOS DE LOS SERVICIOS PÚBLICOS EN EL SIGLO XXI

Los poderes públicos se enfrentan a grandes retos en la actualidad. Una demografía cambiante, mayor demanda de servicios y presupuestos más ajustados exigen nuevos razonamientos para el mantenimiento y mejora del Estado de Bienestar.

Junto a las transformaciones económicas y laborales asistimos a cambios demográficos de considerable transcendencia debidos a la disminución de la fecundidad, a la caída drástica del número de nacimientos en relación con el total de la población, al aumento de la esperanza de vida y al aumento de la supervivencia; de tal manera, que el proceso de envejecimiento de la población se acentuará considerablemente en el futuro.

Los datos que recoge el Observatorio FEDEA de la Sanidad (diciembre 2014) muestran cómo los indicadores de salud más inmediatos reflejan una evolución preocupantes: el descenso de la mortalidad infantil se ha detenido desde 2009 y el peso al nacer ha empeorado en ese mismo periodo. Asimismo, los indicadores de prevalencia de enfermedades crónicas habrían aumentado dos puntos en los tres últimos años, fundamentalmente los indicadores de hospitalizaciones a causa de la diabetes, depresión, ansiedad y otros trastornos mentales.

Por otro lado, no se podrán obviar los nuevos riesgos sociales y económicos derivados del aumento de gasto en protección social (atención sociosanitaria, pensiones) así como de las modificaciones originadas en las etapas labores y educativas de la población que trastocan la incorporación a la vida laboral de los ciudadanos.

El control de los gastos de salud y de las diversas prestaciones sociales se presentan como cuestiones de fundamental preocupación. La complejidad del retrato de la situación evidencia la dificultad de abordaje y resolución de los retos emergentes a partir de parámetros tradicionales.

Por ello, el Estado de Bienestar deberá modificar los tradicionales ejes sobre los que se sustentaba

para construir sus cimientos sobre la base de los cambios sociales y económicos que se están produciendo en los últimos años. La nueva configuración del mismo deberá contemplar, entre otros, la transformación del mercado laboral, los cambios demográficos y sus consecuencias sociales, los cambios en la estructura social, la inmigración y la variable medioambiental, todos ellos desafíos de enorme complejidad.

Este panorama condiciona la respuesta del conjunto de las administraciones públicas. La solución en clave de austeridad, a través de la eliminación de servicios o el establecimiento de copagos, ha sido la fórmula materializada por un número considerable de ellas. En otras administraciones la reacción ha sido planteada en términos de aumento de eficiencia y de productividad o en una combinación de ambos planteamientos.

Sin embargo, los poderes públicos son conscientes de que las respuestas diseñadas hasta la fecha únicamente aportan soluciones a corto plazo pero no son un modelo que posibilita su mantenimiento a medio o largo plazo.

Asimismo, muchos de ellos reconocen que no se puede permanecer en el modelo actual si los objetivos que se plantean persiguen el mantenimiento de un modelo de bienestar sostenible.

EL ESTADO RELACIONAL

El modelo del Estado Relacional ha sido esbozado como una respuesta nueva a los retos planteados. La expresión está presente en España desde hace años aunque todavía no se ha producido su plasmación ni en el ámbito social y ni el político.

El aspecto importante en el contexto actual —tal y como se visibilizará a continuación— es la posibilidad de que este modelo esté cristalizando de manera emergente y tangible, de manera particular, en el área de la sanidad y de los servicios sociales.

En las sociedades occidentales, las políticas sociales se enfrentan a determinados condicionantes estructurales dependientes de los acuerdos establecidos entre el Estado y el mercado. Sin embargo, en el escenario actual, el Estado ya no se erige en protagonista principal sino que aparecen en escena diversos sujetos destacados en la esfera de la gestión social.

Los mecanismos habituales de modernización en el sector público han basculado entre mayor burocracia o mayor mercado. Sin embargo, en la actualidad existe consenso a la hora de reconocer que estas intervenciones tradicionales, únicamente son operativas, para resolver problemáticas relativamente simples pero no sirven para dar respuesta al conjunto de la compleja problemática de la sociedad como pueden ser las enfermedades crónicas, los comportamientos antisociales o los jóvenes desempleados de larga duración. La respuesta a estos desafíos exige soluciones interconectadas y múltiples.

Por ejemplo, hace décadas el sistema de salud debía enfrentarse a problemas de salud agudos como las enfermedades transmisibles o fracturas y accidentes. Estas complicaciones se podían abordar mediante tratamientos relativamente sencillos. Sin embargo, hoy en día el 80% del gasto va destinado a las enfermedades crónicas como la diabetes, las enfermedades mentales graves o la demencia senil. Estas enfermedades no se curan, necesitan apoyo a largo plazo. Requieren una intervención compleja e interconectada. El sistema de salud debe por tanto adaptarse a estos cambios y las viejas

recetas ya no sirven. La complejidad planteada en este ejemplo no se resuelve con mayor burocracia ni con simples incentivos de mercado.

El Estado Relacional proporciona algunas pistas para enfrentarse a retos complejos de este tipo.

Existen otros entramados relacionales, además de la pertenencia al Estado que tienden a redefinir y posibilitar la integración social y por tanto, la inclusión social no se encuentra ya, exclusivamente gestionada por las políticas protectoras del Estado sino que concurren, asimismo, diversas formas de relación que viabilizan la inserción social del individuo.

Del mismo modo se produce progresivamente una re-definición de las «empresas relacionales». Estas son cada vez más conscientes de que no es posible apartar la operación corporativa de la responsabilidad social y tratan de responder a las expectativas sociales para ayudar a crear una mejor comunidad. Junto con los desafíos propios de las empresas relativos a la productividad y competitividad, las empresas manifiestan cada vez mayor preocupación por la legitimación de su actuación en el ámbito social y por su función en la cimentación del bien común. Una parte del sector empresarial cada vez es más consciente de la necesidad de adoptar dentro de sus principios rectores la responsabilidad social y el compromiso con la comunidad y abogan a favor de una relación de carácter positivo entre la responsabilidad comunitaria y el desempeño económico.

Este escenario relacional de diversos actores hasta ahora pasivos más que activos conlleva la redefinición de las estrategias y de las políticas de cohesión social tradicionales. Deberán abordarse de manera conjunta y entrelazada por parte de la pluralidad de actores de carácter mixto, público y privado existentes.

Por tanto, los derechos sociales y el bienestar social de la población se configuran en clave de tipo relacional. La inserción social estaría comandada por una ciudadanía caracterizada por múltiples pertenencias que vincula la ciudadanía estatal y la ciudadanía societaria.

El reconocimiento y legitimación de soluciones abanderadas por diversos actores implica la asunción de políticas sociales capaces de responder a las necesidades específicas surgidas en contextos relacionales determinados y la desaparición de los parámetros de normalidad establecidos tradicionalmente.

En este contexto, sin embargo, la autogestión de las diversas esferas y autonomías sociales no debe ser incompatible con estrategias orientadas al bien común y a la solidaridad social y si bien resulta inexcusable que las sociedades occidentales garanticen el ámbito de libertades de los ciudadanos al mismo tiempo resulta trascendental responsabilizar al ciudadano de sus comportamientos individuales.

El Estado Relacional oferta respuestas satisfactorias a problemáticas complejas debido a que interconecta eficazmente los servicios públicos, hecho que posibilita soluciones más integradas y porque crea condiciones en proximidad con los ciudadanos.

TRADUCIR GRANDES CONCEPTOS AL ÁMBITO OPERATIVO

Los grandes cambios de concepto sobreentendidos en la organización del Estado Relacional requieren ser trasladados a la realidad operativa comunitaria. Únicamente servirán como nuevo modelo alternativo al Estado de Bienestar tradicional si en la realidad de nuestro país es tangible la

mejora de los resultados.

Este cambio se consigue:

— Considerando a los ciudadanos como un agente activo y no perceptor pasivo de servicios.

— Mediante la gestión de los servicios públicos como red interconectada y no como una batería de elementos fragmentados como ocurre en la actualidad. Por ejemplo, esta opción permite ofrecer a un sector de la población (mayores) un servicio de puerta única al sistema sociosanitario. Nuestros servicios municipales o locales actuales no se encuentran interconectados.

— Mediante una descentralización de los presupuestos otorgados a organizaciones locales con el propósito de que materialicen «sus» respuestas de carácter local mediante innovaciones de perfil local. La evidencia sobre soluciones locales versus soluciones planificadas a nivel central en alguna administración lejana de la realidad, indica de manera creciente que los resultados son mejores. Se consigue de manera más eficaz desgajar la fragmentación local. Las administraciones de carácter más central deben razonar en clave de «facilitadoras» y no gestoras. Este es

probablemente el cambio cultural más difícil de conseguir en España debido a que la práctica habitual de esas administraciones centrales consiste en microgestionar desde «arriba». El liderazgo del sistema interconectado debe ser local, donde los diversos elementos que lo conforman toman sus decisiones de manera conjunta.

— Permitir mayor integración («pooling») presupuestaria en ese ámbito local con el fin de que los servicios puedan planificarse de manera integrada y «sistemática» sobre un área geográfica concreta.

— Otorgar un mayor nivel de autonomía de decisión a la esfera local en esa área.

— Crear condiciones para una mayor integración de los profesionales prestadores de servicios en esa área en equipos multidisciplinares —por ejemplo, equipos socio-sanitarios—. Hoy en día esos prestadores no son equipos, operan de modo fragmentado sobre el mismo individuo.

— Promover nuevas estructuras colaborativas en el ámbito local; es decir organizaciones en red que hoy aún trabajan de forma fragmentada. La función de esas estructuras es fortalecer los lazos entre los ciudadanos y ayudar a que identifiquen soluciones juntos.

UN CAMBIO SOCIOLÓGICO Y ORGANIZATIVO

A medio plazo se precisará un cambio cultural relacional que implique un alejamiento de unos servicios públicos proporcionados a unos ciudadanos pasivos por otros modelos de organización en los que la sociedad civil desempeñe un papel activo y codecida los elementos clave que conforman sus vidas.

En la actualidad se asiste a un cambio en la relación entre ciudadanos y el Estado de tal manera que el ciudadano abandona su tradicional rol pasivo para asumir un papel activo. En este sentido, la reacción a este cambio sociológico no se ha hecho esperar por parte de la mayoría de las formaciones políticas. Este cambio se materializa en el escenario político en una nueva «conversación» con los ciudadanos bajo los parámetros de mayor democratización de las decisiones y participación social (celebración primarias...).

Sin embargo hay sectores como el sanitario y el de servicios sociales que, en una esfera menos politizada y más de gestión, llevan unos años modelando de forma operativa estos cambios sociales. Además están obteniendo resultados positivos en la realidad española e internacional hasta el punto de estar configurando un Estado Relacional en su ámbito de actuación. Esta circunstancia es justificable debido a la necesidad urgente que se plantea en estos sectores de identificar soluciones originales a la sostenibilidad del sistema. Tales cambios merecen ser destacados en este artículo por el interés actual que suscitan y por la forma que están adquiriendo en nuestro país y en otros países occidentales.

LA EMERGENCIA DE MODELOS NUEVOS DEL ESTADO DE BIENESTAR

En el ámbito internacional proliferan ejemplos que se caracterizan por configurar nuevas formas de organización de los servicios del Estado de Bienestar. Se dan en todos los sectores.

Por ejemplo en Ontario (Canadá), las reformas del sistema escolar del 2003 han permitido a esta provincia pasar a tener uno de los mejores sistemas del mundo. La tasa de finalización de la escolarización pasó del 68 al 82% en un plazo de ocho años y el número de profesores que abandonan la profesión cayó drásticamente. M. Fullan (2012) ha identificado varios factores explicativos para este éxito. Se redujeron el número de metas impuestas desde el centro y se otorgó a los profesores mayor autonomía para innovar y experimentar en sus modelos pedagógicos, inversión importante para su desarrollo profesional, así como diseminación rápida de las mejores prácticas y una cultura de trabajo en equipo.

En Finlandia, cuyo éxito en educación es reconocido también mundialmente, en gran medida por el uso intensivo de apoyo a niños con necesidades educativas especiales, todo se lidera localmente. Así, un 30% de los estudiantes finlandeses reciben apoyo educativo especial, tasa mucho mayor que la de cualquier otro país en el mundo.

En Milwaukee, ee.uu., un proyecto dirigido a niños con problemas de comportamiento, el programa Wraparound, reagrupa todos los presupuestos que hasta la fecha funcionaban como compartimientos estancos en esa comunidad. Se han reemplazado todas las estructuras por una única, mediante la cual los profesionales coordinan un «plan» individualizado. Tal estructura además opera localmente un servicio de crisis de 24 horas. Las hospitalizaciones psiquiátricas de niños se han reducido de 5.000 a 300 días de ingreso.

En el ámbito nacional español emergen experiencias pioneras que van configurando la misma manera de actuar. Se describen a continuación tres nuevas formas de actuación en la sanidad española e internacional como ejemplos prácticos del movimiento relacionales en la sanidad.

a) Organizaciones integradas locales

Los servicios de salud reconocen de forma creciente que los resultados no pueden limitarse exclusivamente a la prestación del servicio convencional a los ciudadanos. En consecuencia surgen diferentes innovaciones locales y organizaciones civiles que intentan crear nuevas coaliciones tanto de carácter público-público como de carácter público-privado.

Es el caso concreto de los sistemas integrados de salud. Estos sistemas locales reagrupan todos los actores sociales y sanitarios de una zona geográfica concreta con el fin trabajar de forma coordinada en lugar de fragmentariamente. Se trata de que todos los agentes implicados al efecto en esa comunidad tengan un objetivo único y común —mejorar efectivamente la salud de esa población— y no únicamente proveer de ciertos servicios médicos y sociales tradicionales.

Estos sistemas locales son modelos organizativos que permiten crear redes de potenciales prestadores y sociedad civil en general con el objetivo de trabajar de manera más colaborativa en una localidad. Estas organizaciones locales reciben nombres diferentes en diferentes países pero siempre se refieren a la misma lógica *relacional* que intenta poner en práctica los conceptos y operatividad arriba mencionados (Care Groups en Holanda, Integrated Networks en Escocia, Accountable Care Organizations en los EE.UU., Áreas Integradas o Microsistemas en España...).

A la vez que se cambia la organización en el ámbito de la prestación de servicios, se ha iniciado una profunda transformación en el modelo de financiación de esos prestadores. Históricamente, los modelos de financiación de esas organizaciones y prestadores también han estado por regla general fragmentados. Sin embargo, en la actualidad crece el número de ejemplos de financiación combinada (contratación de *valor* en lugar de contratación de *actividad*) para alcanzar los objetivos comunes.

Este modelo relacional está tomando forma en la sanidad, debido a que los datos indican que esta combinación integrada de prestación de servicios locales consigue mejores resultados y es más eficiente. Aunque estemos en un momento incipiente y sean necesarias más evaluaciones, parece, según dichos resultados, que este modelo puede permitir hacer más sostenible la sanidad y los servicios sociales.

b) El paciente activo

Otra de las innovaciones tangibles, que demuestran estos cambios hacia el Estado Relacional, es el proceso de empoderamiento de ciudadanos y pacientes que se está produciendo en España y en otros países. Se trata de alejarse del modelo histórico del paciente pasivo y dependiente únicamente de los profesionales sanitarios para promover una mayor *personalización* y dar voz al paciente en relación a las decisiones que le conciernen. Se trata de procesos educativos que activen a los pacientes de forma que auto-gestionen su enfermedad de manera más eficaz, responsabilizándose, con la ayuda del sector sanitario, de la obtención de resultados. En España ya existen 20.000 pacientes operando de esta forma, que confirman también aquí los resultados ya establecidos de otros países en los que se acredita que estos pacientes *activos* obtienen mejores resultados de salud y hacen menor y mejor uso de la sanidad.

En suma, esta mayor responsabilización de los usuarios sobre la gestión de su propia enfermedad crea al respecto una cultura menos dependiente y más autónoma. Es claramente una forma concreta

de empoderamiento ciudadano y de mayor participación colectiva.

c) Gestionar los determinantes sociales de la salud

El establecimiento de determinantes sociales de la salud han difundido la premisa de que los patrones de morbilidad y mortalidad característicos de diferentes grupos sociales se encontrarían condicionados, además de por estilos de vida, por elementos de estratificación social.

El estilo de vida, los factores socioeconómicos, culturales y ambientales son condicionantes que influyen en la salud del individuo y la determinan. Sin embargo, el reconocimiento de determinados estilos de vida como factor de riesgo a la hora de analizar y evaluar ciertos estados de salud no debe presuponer únicamente que un conjunto de decisiones de carácter personal de libre elección por parte del individuo agote la causalidad del riesgo, de tal manera que la irrupción de determinadas enfermedades se debería en exclusiva a la responsabilidad del individuo. Existen evidencias empíricas que permiten afirmar que determinadas políticas institucionales pueden condicionar estados de salud especialmente en casos que implican procesos de desigualdad social.

Pues bien, las iniciativas de los ejemplos arriba mencionados, que reflejan la necesidad de identificar nuevas formas de decidir y gestionar determinados programas sociales en el ámbito local, permitirían además abordar sobre el terreno uno de los grandes retos del sector sociosanitario como son los determinantes sociales de la salud. Para estos determinantes, conocidos científicamente desde hace tiempo como elementos que impactan directamente en la salud de la población, no existía un modelo organizativo local que permitiera abordarlos. Los procesos del Estado Relacional proporcionan también pistas de cómo se puede intervenir al efecto en el ámbito local.

Fecha de creación

14/01/2015

Autor

Begoña Conde