

EL TRATAMIENTO DE LA DEPENDENCIA EN LOS REGÍMENES DE BIENESTAR EUROPEOS CONTEMPORÁNEOS

Ana Arriba González de Durana
Francisco Javier Moreno Fuentes



El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeos contemporáneos

Ana Arriba González de Durana
Francisco Javier Moreno Fuentes

Colección Estudios
Serie Dependencia

N.º 12007

Catálogo General de Publicaciones Oficiales
<http://www.060.es>

DISEÑO DE LA COLECCIÓN Y MAQUETACIÓN:

Onoff imagen y comunicación

Primera edición, 2009

© Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

EDITA:

Ministerio de Sanidad y Política Social

Secretaría General de Política Social y Consumo

Instituto de Mayores y Servicios Sociales (IMSERSO)

Avenida de la Ilustración, s/n. - c/v Ginzo de Limia, 58 - 28029 Madrid

Tel. 91 363 89 35. Fax 91 363 88 80

E-mail: publicaciones@imserso.es

<http://www.imserso.es>

NIPO: 661-09-016-5

ISBN: 978-84-8446-106-7

D.L.: M-3325-2009

Imprime: ARTEGRAF, S.A.

Sebastián Gómez, 5, 1.º

28026 Madrid

ÍNDICE

PRESENTACIÓN	11
PREFACIO.....	13
1. Los sistemas de atención a la dependencia en perspectiva comparada	17
Ana Arriba González de Durana y Francisco Javier Moreno Fuentes	
Referencias bibliográficas.....	32

SECCIÓN I

EL ESTUDIO COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

2. Regímenes de bienestar europeos y el cuidado de larga duración	35
August Österle	
2.1. Introducción.....	37
2.2. Desarrollo del estado del bienestar, gasto del estado del bienestar y envejecimiento de las sociedades.....	37
2.2.1. Gasto en protección social	38
2.2.2. Tendencias demográficas.....	40
2.2.3. Necesidades y gasto del cuidado de larga duración	43
2.3. Regímenes de Bienestar europeos	44
2.3.1. Características del gasto social	46
2.3.2. Modelos de bienestar: Bismarck y Beveridge	46
2.3.3. Los Tres Mundos del Capitalismo del Bienestar	47
2.3.4. Debates en torno a la tipología de los regímenes de bienestar.....	48
2.4. Políticas de cuidados de larga duración en Europa.....	50
2.4.1. Actitudes y división de responsabilidades privadas y públicas en los cuidados de larga duración.....	51
2.4.2. Sistemas de cuidados de larga duración en Europa: una revisión.....	52
2.4.3. Prestaciones monetarias como solución para los cuidados de dependencia	54

2.5. Tendencias y perspectivas de las políticas del cuidado de larga duración en los modelos de bienestar europeos.....	57
2.6. Referencias bibliográficas	58
3. Protección social de personas mayores dependientes en Europa.....	61
Jozef Pacolet	
3.1. Introducción.....	63
3.2. Defición amplia de la protección social: evolución del Estado de Bienestar desde los años noventa hasta hoy	64
3.3. ¿Preocupación creciente por el crecimiento, la competitividad.. y la protección social?	64
3.4. Del desarrollo armónico a la duda	65
3.5. La robustez de la protección social en general con especial atención a las pensiones.....	67
3.6. Solidez del gasto sanitario y cuidados de larga duración en la UE.....	69
3.7. La sostenibilidad futura del gasto en sanidad y cuidados de larga duración.....	72
3.7.1. El Grupo de Trabajo sobre Envejecimiento del Comité Económico de Política Económica	72
3.7.2. Proyecciones recientes de la OCDE	73
3.7.3. ¿El futuro del gasto social, una cornucopia?	75
3.7.4. Solidaridad intergeneracional como ventaja de los sistemas de reparto	76
3.7.5. Elección política acerca de la importancia relativa del sistema público vs el privado y el seguro profesional	76
3.8. La verdad sobre los estados del bienestar y los CLD: los servicios tras el gasto.....	77
3.8.1. Variedad.....	78
3.8.2. Disponibilidad.....	78
3.8.3. Asequibilidad	82
3.8.4. Resultados y calidad.....	83
3.9. Tendencias observadas en el seguro de cuidados de larga duración	84
3.10. Conclusiones	90
3.11. Referencias bibliográficas.....	91
4. La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa	95
Kai Leichsenring	
4.1. Introducción.....	97
4.2. Sistemas emergentes de cuidados de larga duración.....	98
4.3. El papel de la "atención integral" en el contexto de los sistemas de cuidado emergentes ...	101
4.3.1. Distintos discursos teóricos y nacionales.....	101
4.3.2. Métodos y estrategias utilizados en enfoques de atención integral	106
4.4. Conclusiones: ¿camino hacia la integración en lugar de una defición única?.....	117
4.5. Referencias bibliográficas	119

SECCIÓN II
SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EUROPEOS

5. Evolución de la política para las personas mayores dependientes en Francia.....	123
Barbara Da Roit, Claude Martin y Blanche Le Bihan	
5.1. Introducción.....	125
5.2. Tendencias demográficas y proyecciones	125
5.3. La definición de una política en favor de las personas mayores dependientes: un proceso muy lento	128
5.4. La prestación específica de dependencia (1997-2001): un impacto muy controvertido sobre los cuidadores.....	130
5.4.1. Características y puesta en práctica del dispositivo PSD.....	130
5.4.2. Las reacciones de los profesionales.....	131
5.4.3. El impacto sobre los asistentes	131
5.5. La Asignación Personalizada a la Autonomía (APA): ¿un compromiso hábil?.....	134
5.5.1. El éxito de la APA	135
5.5.2. El impacto de la prestación sobre los cuidadores	136
5.6. Conclusión	139
5.7. Referencias bibliográficas	141
6. Taylor, target, tinker, tune. Estrategias recientes en la protección de la dependencia en la vejez bajo el modelo escandinavo del Estado de Bienestar	145
Sven Olaf Daatland	
6.1. Dependencia.....	147
6.2. El modelo escandinavo.....	149
6.3. El cuidado de los mayores en Escandinavia.....	151
6.4. Tendencias y estrategias recientes	155
6.4.1. Aumento de las necesidades	155
6.4.2. Adaptando un mejor equilibrio de servicios.....	156
6.4.3. "Targeting" para una distribución de servicios más selectiva	158
6.4.4. Ajustando la definición de responsabilidades.....	159
6.5. ¿Hacia una convergencia en un espacio intermedio?.....	160
6.6. Referencias bibliográficas	162
7. Seguros sociales de cuidados de larga duración en Alemania.....	165
Bernd Schulte	
7.1. Introducción.....	167
7.2. La situación demográfica, económica y social en Alemania.....	169
7.3. Marco político y legal	171
7.3.1. El sistema de protección social	171
7.3.2. Cobertura sanitaria básica obligatoria	173

7.4. Servicios de atención para las personas en riesgo de dependencia o de cuidados de larga duración	174
7.4.1. El marco de cobertura sanitaria para pacientes de larga duración.....	175
7.5. Prestación de servicios.....	181
7.6. Referencias bibliográficas	183
8. El Estado de Bienestar holandés y la dependencia	185
Erik de Gier	
8.1. Introducción.....	187
8.2. El Estado de Bienestar holandés, de la redistribución universal a la inversión social.....	187
8.3. Seguridad social y dependencia.....	192
8.4. Servicios sociales y dependencia.....	195
8.5. Conclusiones y discusión.....	201
8.6. Referencias bibliográficas.....	203
9. Dependencia, exclusión social y vejez en el Reino Unido.....	205
John Bond	
9.1. Introducción.....	207
9.2. Dependencia y exclusión social.....	208
9.3. Dependencia.....	208
9.3.1. Tipos de dependencia.....	209
9.3.2. Dependencia física y psicológica	209
9.3.3. Dependencia económica.....	211
9.4. Exclusión social.....	211
9.5. Los mayores en el Reino Unido.....	213
9.6. Dependencia física y psicológica.....	213
9.6.1. Dependencia económica.....	214
9.6.2. Exclusión social.....	216
9.6.3. Participación social	218
9.7. El Estado de Bienestar británico.....	218
9.8. Competencias sobre las políticas y su implementación.....	219
9.9. Desarrollos recientes del Estado de Bienestar británico	220
9.10. Política de ingresos mínimos y pensiones.....	220
9.11. Atención sanitaria.....	224
9.12. Atención social y cuidados de larga duración.....	226
9.13. Comisión Real para Cuidados de Larga Duración, Royal Commission on Long-Term Care	227
9.14. Modernización y futuro del Estado de Bienestar.....	228
9.15. Referencias bibliográficas.....	229

10. Crisis y transformación del sistema italiano de asistencia: más allá del familiarismo, el papel del mercado y las políticas públicas.....	233
Constanzo Ranci	
10.1. Introducción	235
10.2. Los factores de crisis: el envejecimiento de la población y el aumento de los dependientes.....	236
10.3. Los factores de crisis: el debilitamiento de los cuidados familiares.....	238
10.4. El sistema de intervención pública.....	241
10.5. Una evaluación global del sistema.....	244
10.6. Tendencias reformistas e inercias dentro del sistema.....	246
10.6.1. El impasse del itinerario nacional	247
10.6.2. Las dinámicas del itinerario local.....	248
10.6.3. Dualismo local-nacional.....	249
10.7. Una salida: el mercado privado de cuidados	250
10.8. Conclusiones: ¿hacia dónde va el sistema italiano de bienestar?.....	252
10.9. Referencias bibliográficas.....	254
11. Respuestas a la dependencia anteriores a la Ley sobre la misma.....	257
Demetrio Casado	
11.1. Introducción	259
11.2. La noción de dependencia funcional.....	259
11.3. La atención por familiares y cuidadores domésticos	261
11.4. Disponibilidad y buena forma de los cuidadores familiares.....	263
11.5. Accesibilidad pasiva y activa	265
11.6. Prestaciones monetarias de la Seguridad Social	266
11.6.1. Estructura de la protección monetaria de la Seguridad Social.....	267
11.6.2. Análisis.....	268
11.7. Beneficios fiscales.....	269
11.7.1. IRPF.....	269
11.7.2. Régimen fiscal de las entidades no lucrativas y del mecenazgo	271
11.8. La rama de los servicios sociales.....	271
11.8.1. Medios para la permanencia en el propio domicilio	272
11.8.2. Medios residenciales	273
11.8.3. Cobertura posible pero discrecional	273
11.8.4. Efectos nocivos de la discrecionalidad.....	275
11.9. La rama sanitaria.....	276
11.9.1. Prestaciones comunes del Sistema Nacional de Salud	276
11.9.2. Defectos de cierre del Sistema Nacional de Salud.....	278
11.9.3. Medidas laborales de prevención de deficiencias.....	279
11.10. Referencias bibliográficas.....	280

PRESENTACIÓN

Han transcurrido más de dos años desde la entrada en vigor de la Ley, 39/2006, de Promoción de la Autonomía y Atención a las Personas en Situación de Dependencia (LAPAD). Una Ley que ha dado un impulso, cuantitativo y cualitativo, a los servicios sociales de las distintas administraciones públicas destinados a las personas que, con carácter permanente, precisan de servicios y prestaciones para apoyarles en las actividades de la vida diaria.

Gracias a la mencionada Ley, la protección de las situaciones de dependencia en España ha pasado de ser de un reto pendiente de nuestra política social a una realidad encarnada por el joven Sistema para la Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), complementario del Sistema de la Seguridad Social y del Sistema Nacional de Salud. Nos incorporamos, así, al grupo de naciones europeas avanzadas que, en los últimos lustros, siguiendo sus respectivas tradiciones de protección social, se han dotado de sistemas que garantizan a los ciudadanos en situación de dependencia apoyos para la promoción de su autonomía o cuidados de larga duración.

Desde finales del siglo pasado, en un intervalo de tiempo que no excede de quince años, los principales países europeos han avanzado soluciones al problema de los cuidados de larga duración. Lo han hecho en función de la naturaleza de sus sistemas protectores, de su idiosincrasia, pero también es verdad que ha sido importante la influencia de los regímenes más antiguos (Países escandinavos y Holanda) en la construcción de los más jóvenes (Austria o Alemania) y en los de nueva generación, como nuestro SAAD. Por otra parte, además de modelos, los sistemas de protección maduros ofrecen una fuente de experiencia para aquellos sistemas, como el español, que han comenzado recientemente su andadura.

En España, tras haber definido los rasgos principales del armazón de la política de atención a las situaciones de discapacidad y dependencia, nos encontramos en la actualidad en pleno proceso de despliegue, tanto de los mecanismos institucionales y financieros responsables de su implantación, como de los programas que den respuesta a las demandas de los ciudadanos que soliciten ejercer su derecho a una atención para sus necesidades de cuidado. La articulación de dichos mecanismos debe respetar el marco competencial constitucional y estatutariamente establecido, pero también facilitar la colaboración de todas las Administraciones Públicas intervinientes con objeto de optimizar los recursos públicos y privados que deberán ser movilizados.

En este contexto de transformación y crecimiento de un ámbito tan importante de nuestra política social parece más pertinente que nunca contextualizar su desarrollo en España con las reformas aplicadas en el ámbito de la atención a personas en situación de discapacidad o dependencia en otros países de nuestro entorno. El análisis comparativo de la evolución de estas políticas en otros países europeos contribuye, por una parte, a comprender mejor los condicionamientos estructurales y/o institucionales de la disparidad en el desarrollo de este tipo de medidas. Por otra, aportan pistas sobre los retos específicos a los que se enfrentan las autoridades socio-sanitarias de otros países europeos y sobre cómo se da respuesta a través de la articulación de instrumentos de política que pudieran servirnos de inspiración para el despliegue institucional de la LAPAD.

Desde el IMSERSO se ha venido avanzando en la contextualización del debate sobre las respuestas a las demandas de la población en situación de discapacidad y dependencia en el marco de las políticas en desarrollo en el resto de Europa. Cabe citar como ejemplos de esta línea de trabajo la publicación en 1999 del libro *Vejez y protección social a la dependencia en Europa: iniciativas, recomendaciones del Consejo de Europa*, coordinado por María Teresa Sancho o los trabajos del Capítulo XI del *Libro Blanco de Atención a las Personas en situación de Dependencia en España*, "Análisis de los modelos de protección a las personas en situación de dependencia en algunos países de la UE y de la OCDE" en 2004.

La presente obra constituye una continuación de dicho esfuerzo por avanzar en el conocimiento y comprensión del desarrollo de las políticas de protección social en nuestro país, enmarcadas en los debates sobre

los Regímenes de Bienestar en Europa y sus reformas. En ella se recogen una serie de trabajos que, con orientación comparativa en unos casos, o monográfica en otros, examinan las trayectorias que los países europeos están siguiendo para dar respuesta a las necesidades de atención y cuidados de sus ciudadanos.

Como punto de partida, los editores de este volumen, Ana Arriba y Francisco Javier Moreno, reconocen la existencia de una pluralidad de formas de entender la cuestión de la dependencia, que hunde sus raíces en las diferentes tradiciones nacionales de gestión de riesgos sociales así como en el papel jugado por los actores sociales en la definición de dichos riesgos y en su inclusión en la agenda política. Asimismo, advierten de la importancia de las disparidades organizativas, estructurales y de gobernanza de los sistemas de provisión de cuidado en los diferentes países europeos, lo que hace ineludible enmarcar su análisis en los debates sobre los Regímenes de Bienestar europeos y sobre las implicaciones de las herencias institucionales en la evolución de las políticas de protección social. De este modo, a pesar de la existencia de retos socio-demográficos comunes, en cada modelo de protección social persisten rasgos propios o particulares que impiden hablar de un proceso de convergencia en este ámbito de la política social.

Partiendo de dicha constatación, los editores analizan los rasgos específicos de los modelos de políticas de atención a la dependencia, que más tarde son desarrollados por los expertos europeos en los distintos trabajos incluidos en el presente libro. Así, prestan particular atención a la adscripción de los programas de atención a la dependencia a una lógica de aseguramiento social (como en Alemania o en Francia), de universalidad (como en los países escandinavos), o de asistencia social (como en el Reino Unido). Esta comparación sobre las lógicas que definen los derechos plantea una serie de cuestiones relativas al grado de autonomía de gestión de las políticas, al papel de los agentes sociales en su aplicación a los mecanismos de financiación de los programas a sus implicaciones sobre el acceso de los ciudadanos a la atención socio-sanitaria que precisan, que resultan particularmente ilustrativos a la hora de reflexionar y comparar el desarrollo de nuestras políticas de atención a la dependencia.

En otro plano de análisis, la edición de este volumen ha prestado especial atención a la articulación de las estructuras de gobierno multinivel responsables de la regulación, financiación y provisión de este tipo de programas. En los diversos trabajos se incide en la descripción de los equilibrios institucionales que caracterizan la gobernanza de estas políticas en cada país, es decir las competencias y responsabilidades de cada nivel de las administraciones públicas en la atención a las necesidades de las poblaciones dependientes o en situación de discapacidad.

Una tercera cuestión de reflexión en los textos reunidos en esta obra es el tipo de consecuencias derivadas de la opción entre el desarrollo de un sistema de provisión de servicios por parte de las administraciones públicas (directamente, a través de organizaciones del tercer sector social, mediante empresas) o el establecimiento de prestaciones monetarias directas a las personas beneficiarias para que éstas compren los cuidados que estimen precisos. La elección de uno u otro modelo parece tener efectos claros en ámbitos como la naturaleza del sistema de protección social que se construye, el desarrollo del mercado de trabajo relacionado con el cuidado, el desarrollo de nichos de actividad en este ámbito, o la magnitud de los mecanismos de co-financiación de las propias personas beneficiarias en la obtención de cuidados.

Es una satisfacción, en definitiva, presentar una obra como la presente, de análisis comparado de los distintos sistemas de protección a las situaciones de dependencia en la UE, llamada a ser una herramienta de estudio para la comparación y el mejor conocimiento de las soluciones que ofrecen los distintos regímenes europeos de bienestar social ante un reto social de características sociológicas semejantes.

Sólo resta agradecer a los editores del volumen a las autoras y autores de los diferentes capítulos el buen trabajo realizado. Sin duda sus contenidos van a resultar de ayuda a los agentes, públicos y privados que en nuestro país están llamados a la cooperación para un eficaz desarrollo y perfeccionamiento de nuestro joven SAAD.

Pilar Rodríguez Rodríguez.
DIRECTORA GENERAL DEL IMSERSO

PREFACIO

El presente volumen recoge un conjunto de estudios en torno al tema de las políticas sociales y el tratamiento de la dependencia en los regímenes del bienestar europeos. Tales contribuciones fueron presentadas inicialmente como ponencias en el V Seminario Internacional "Gumersindo de Azcárate"¹, celebrado en Madrid los días 25 al 28 de septiembre de 2006. La reunión académica estuvo organizada por la Unidad de Políticas Comparadas² y contó con el patrocinio del Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales y la colaboración de la Institución Libre de Enseñanza, en cuya histórica sede madrileña se desarrollaron las sesiones de trabajo. En el seminario participaron académicos y decisores públicos de los tres niveles de gobierno (local, autonómico y central), así como representantes de los sectores lucrativo y no lucrativo en la provisión de servicios sociales.

Recordemos que el Seminario Internacional de Política Social, 'Gumersindo de Azcárate', ha sido pionero en el intercambio científico con estudiosos de larga trayectoria de otros países en los análisis de las políticas del bienestar³. Desde la celebración de su primera edición en 1989, se han publicado sucesivamente los libros que reproducen las contribuciones realizadas en los seminarios 'Gumersindo de Azcárate'⁴. La vocación de estos encuentros científicos sobre política social ha sido la de la comparación internacional. Recogiendo el espíritu de la Institución Libre de Enseñanza en pos de la modernidad y el cosmopolitismo de ideas, los seminarios 'Gumersindo de Azcárate' han priorizado la perspectiva comparada en el análisis de las experiencias en políticas sociales de otras democracias avanzadas como la española.

En términos generales, el seminario y el presente volumen han examinado las respuestas a las siguientes preguntas de carácter general: ¿Qué políticas se articulan frente a los retos planteados por la discapacidad y la dependencia en diferentes países de nuestro entorno? ¿Cuál es el papel de la Unión Europea en este ámbito de los servicios sociales? ¿Cuáles han sido las principales dificultades encontradas para la implementación de los programas incluidos en estas políticas? ¿Cuál es el margen para el aprendizaje de programas y actuaciones entre diferentes países europeos?

1) Gumersindo de Azcárate (1840-1917) fue uno de los fundadores de la Institución Libre de Enseñanza. Pionero de las reformas sociales en nuestro país, y profundamente influido por el Krausismo, en 1903 fue presidente del Instituto de Reformas Sociales que sentó las bases del que, una centuria más tarde, identificamos como el Estado del Bienestar español. Recordemos, entre otros eventos notables relevantes en su vida, que en 1875 fue expulsado de su cátedra de Economía Política y Estadística en la Universidad de Madrid junto a Francisco Giner de los Ríos y Nicolás Salmerón, a consecuencia de su defensa de la libertad de cátedra.

2) Ahora reconvertida en Instituto de Políticas y Bienes Públicos, el cual está integrado en el Centro de Ciencias Humanas y Sociales de Madrid del Consejo Superior de Investigaciones Científicas (CSIC) (www.ipp.csic.es).

3) Como Peter Abrahamson, Gösta Esping-Andersen, Maurizio Ferrera, Peter Flora, Anne-Marie Guillemard, Ian Gough, Stein Kuhnle, Julian Legrand, Martin Rhodes, Chiara Saraceno, Peter Taylor-Gooby, Göran Therborn o Hannu Uusitalu, por mencionar a algunos de ellos.

4) Véanse, Luis Moreno y Manuel Pérez-Yruela, Manuel (eds.) (1992), Política Social y Estado del Bienestar. Madrid: Ministerio de Asuntos Sociales (Estudios); Luis Moreno, Luis (ed.) (1993), Intercambio social y desarrollo del bienestar [Ed. Inglés: Social Exchange and Welfare Development] Madrid: CSIC (Politeya); Sebastià Sarasa, y Luis Moreno (eds.) (1995), El Estado del Bienestar en la Europa del Sur. Madrid: CSIC (Politeya); y Luis Moreno (ed.) (1997), Unión Europea y Estado del Bienestar. Madrid: CSIC (Politeya).

Recuérdese que el Estado del Bienestar español incorpora elementos de las lógicas del bienestar *bismarckiano* por el mantenimiento de rentas ocupacionales y la *beveridgeana* de cobertura universal, y está sustentado en cuatro grandes pilares (ver líneas abajo). Tras la aprobación a fines de 2006, con el apoyo mayoritario de las principales fuerzas políticas, de la nueva Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia⁵, se han abierto nuevas expectativas respecto a la consolidación del cuarto pilar del bienestar español relativo a los servicios sociales.

PILARES DEL ESTADO DEL BIENESTAR EN ESPAÑA

En España, la protección de la dependencia ha incrementado su cobertura, desde situaciones de invalidez causadas generalmente en la vida laboral, hasta todas aquellas cuyo origen son discapacidades. Pero el aspecto más importante a destacar con la promulgación de la denominada Ley de Dependencia es el concerniente al normal desenvolvimiento de los ciudadanos en su vida diaria. Así, lo que antes se consideraba como un "viejo" riesgo social que debía solventarse individualmente, normalmente en el seno de los hogares, ha pasado a ser asumido como un "nuevo riesgo social" que compete al conjunto de la ciudadanía durante todas las etapas vitales de las personas, no solamente en las "tercera" y "cuarta" edades.

<i>POLÍTICAS SOCIALES</i>	<i>DERECHOS</i>	<i>HITOS INSTITUCIONALES</i>
Educación	Derecho universal a una educación básica y obligatoria (6-16 años)	Ley Orgánica de Educación (1985); Ley de Ordenación General del Sistema Educativo (1990)
Sanidad	Acceso universal al Sistema Nacional de Salud	Ley General de Sanidad (Sistema Nacional de la Salud) (1986)
Transferencias de rentas	Ingresos por pensiones y desempleo Subsidios a personas sin medios y en situaciones de necesidad	Ley General de la Seguridad Social (1967) Ley de Pensiones No Contributivas (1990) (invalidez y jubilación) Leyes regionales de Rentas Mínimas de Inserción (RMIs) (1989-95)
Servicios Sociales	Acceso universal y descentralizado a la red básica de prestaciones Derechos a cuidados de los dependientes y de promoción de la autonomía	Plan Concertado de Servicios Sociales de las Corporaciones Locales (1987) Leyes regionales de Servicios Sociales (1980, primer periodo) Ley de Dependencia (2006)

5) Sesión del Pleno del Congreso de los Diputados del día 30 de noviembre de 2006.

Considérese que, a fines del segundo milenio, un total de 2.215.393 personas en España de 6 y más años presentaban alguna discapacidad respecto de las actividades de la vida diaria, es decir, estaban en diferentes situaciones de dependencia. De ellos, 793.748 eran varones y 1.421.645 mujeres (no se incluían los dependientes que vivían en residencias). De este grupo de personas, la población de 65 y más años con problemas de dependencia era de 1.423.962 personas, lo que equivalía a dos tercios del total de la población dependiente, de los cuales (997.190 eran mujeres y 426.772 hombres). Téngase en cuenta, asimismo, que la población dependiente española mayor de 6 años constituía alrededor del 6% del total, aunque los porcentajes se incrementaban sustancialmente a partir de los 65 años: 11% en el grupo de edad de 65 a 69, 16% en el de 70-74 años, 25% en el de 75-79 años; 34% 80-84 años y 54% en el de 85 y más años⁶.

El proceso de aplicación de la Ley de Dependencia necesitará un periodo de maduración no menor a diez años para su progresiva consolidación. A resultas de la implementación de la Ley se creará un Sistema de Autonomía y Atención a la Dependencia (SAAD), que velará por el cumplimiento de un nuevo derecho universal y subjetivo de ciudadanía, que garantiza atención y cuidados a las personas dependientes, dando así cobertura a las necesidades de los familiares de aquéllas y, muy especialmente, a las mujeres. Ante esta situación y perspectivas, el estudio de los casos de otros países europeos es esencial a fin no sólo de adoptar las 'buenas prácticas' que se consideren adecuadas. Lo es, fundamentalmente, para valorar *ex ante* los límites de las reformas y las posibles implicaciones de los resultados y rendimientos programáticos en otros lugares y su relevancia para el caso de España.

En el primer capítulo del libro, los compiladores del libro pasan revista a la perspectiva comparada en el estudio de los sistemas de atención a la dependencia en los países del entorno económico, político y social de España. Los siguientes diez capítulos del libro se estructuran en dos grandes secciones. La primera se concentra en el estudio comparado de los sistemas de atención a la dependencia desde una visión europea de conjunto. August Österle, Jozef Pacolet y Kai Leichsenring aportan tres interesantes contribuciones sobre diversos aspectos de los regímenes de bienestar, el cuidado de larga duración, la protección a los mayores dependientes, y la integración de servicios socio-sanitarios en Europa.

La segunda sección del volumen se inicia con el capítulo de Barbara Da Roit, Claude Martin y Blanche Le Bihan sobre la evolución de la política para las personas mayores dependientes en Francia. Los casos del modelo escandinavo, de Alemania y de los Países Bajos son tratados por Sven Olaf Daatland, Bernd Schulte y Erik de Gier, respectivamente. John Bond escribe el capítulo 9 sobre dependencia, exclusión social y vejez en el Reino Unido. En el capítulo siguiente Costanzo Ranci analiza el sistema italiano de asistencia más allá del familiarismo, el papel del mercado y las políticas públicas. Demetrio Casado, experto de larga singladura en el estudio de las políticas sociales en España, es el autor del último capítulo que versa sobre los antecedentes de la Ley de Autonomía Personal y Protección de la Dependencia en España.

6) Véanse los trabajos de Gregorio Rodríguez Cabrero: 'La protección social de la dependencia en España (legislación del Estado)', en Rodríguez Cabrero, G. (coord.), La protección social de la dependencia, pp. 175-344. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, 1999; y 'La protección social a las personas en situación de dependencia en España en el contexto de las políticas europeas de cuidados de larga duración', en Rodríguez-Cabrero, Gregorio; Arriba, Ana; Marbán, Vicente y Salido, Olga, Actores Sociales y Reformas del Bienestar, pp. 53-82. Madrid: CSIC, 2005

Ciertamente, el debilitamiento de las estructuras de apoyo informal tendrá un impacto particularmente importante en los países del régimen mediterráneo de bienestar, entre los que se encuentra España, ya que en este modelo el papel de las familias (es decir de las mujeres: madres, esposas, hijas o hermanas) ha sido más importante a la hora de asumir el cuidado de las personas dependientes. Pero el debate sobre estos temas no solo es de 'actualidad' sino de la máxima importancia para el desarrollo futuro de nuestro Estado del Bienestar. Por ello, no sólo los estudiosos y profesionales de las políticas y servicios sociales leerán con interés y aprovechamiento los análisis y las interpretaciones recogidos en este libro. Todos aquellos otros ciudadanos interesados en el crucial tema de la cohesión social de nuestras democracias avanzadas encontrarán igualmente útiles y estimulantes la lectura de los diversos capítulos que se incluyen a continuación.

LUIS MORENO. Instituto de Políticas y Bienes Públicos.
Centro de Ciencias Humanas y Sociales (CSIC).

Capítulo 1: Los sistemas de atención a la dependencia en perspectiva comparada

Ana Arriba González de Durana
Universidad de Alcalá de Henares

Francisco Javier Moreno Fuentes
Instituto de Políticas y Bienes Públicos

A lo largo del siglo XX los países europeos han desarrollado esquemas de protección social destinados a garantizar a sus ciudadanos una red básica frente a los principales riesgos sociales. Los primeros riesgos protegidos tenían que ver principalmente con la pobreza entendida como carencia de recursos derivada de la pérdida de ingresos salariales por ancianidad, desempleo o enfermedad. Posteriormente el desarrollo de las políticas sociales en Europa muestra la ampliación del abanico de riesgos a proteger o necesidades a cubrir (maternidad, discapacidad, carencia de vivienda, educación, salud, integración social) desde los Estados o a través de estructuras organizadas por los Estados. Los cambios económicos y sociales vinculados a las transiciones post-industriales han traído consigo nuevos riesgos o necesidades que afectan a la gente a lo largo de su trayectoria vital, demandas potenciales que han sido agrupadas como nuevos riesgos sociales (Taylor-Gooby, 2004).

La dependencia entendida como necesidad de cuidados ha adquirido gradualmente la consideración de riesgo social a proteger a lo largo de las últimas décadas. Las políticas destinadas a hacer frente a las situaciones de dependencia han permanecido, en términos generales sin embargo, considerablemente fragmentadas y escasamente desarrolladas, particularmente en los países del sur de Europa. El ámbito doméstico, las familias, han sido los principales proveedores de atención a los miembros que necesitaban de dichos cuidados, adoptando las administraciones públicas un rol estrictamente subsidiario, tanto en el plano de la financiación, como sobretodo, en el de la provisión de cuidados.

Tan sólo durante los últimos años los cambios sociales y demográficos han forzado un incremento de la visibilidad del tema y han conducido a la discusión, diseño y aplicación de nuevos programas de cuidado para personas dependientes. El panorama resulta conocido. Por un lado, el largo y sostenido descenso de la mortalidad para todos los tramos de edad en las sociedades europeas durante el siglo XX ha traído consigo un alargamiento de la vida de los ciudadanos europeos. La esperanza de vida media en Europa se ha incrementado considerablemente, y así los índices de esperanza de vida en 2004 alcanzaba los 75,2 años para los varones, y los 81,5 para las mujeres (Eurostat, 2008).

Pero además, esta tendencia, combinada con el descenso de la natalidad, ha traído consigo un mayor peso de los ancianos en el conjunto de las poblaciones europeas, es decir un envejecimiento de la población: la proporción entre la población de 65 y más años sobre la población entre 15-64 en la EU-27 ha pasado de 22,3% en 1996, a 25,4% en 2008, y se proyecta que se incremente hasta el 31,05% para el año 2020 (Giannakouris, 2008). Junto con el envejecimiento poblacional aparecen otros procesos generadores de demandas de cuidado que han impulsado la colocación de la dependencia entre las prioridades de la agenda política: enfermedades mentales (Alzheimer), accidentes de carretera y de trabajo, enfermedades crónicas y degenerativas, así como población discapacitada (Rodríguez Cabrero, 2005).

A pesar de que persisten diferencias claras entre los distintos países europeos en cuanto a la evolución de los diferentes aspectos implicados en dichos procesos de transformación social y demográfica, la tendencia hacia un incremento de los ratios de dependencia en todos ellos resulta clara (Puyol, 2005).

Por otra parte, la visibilización de la dependencia como un nuevo riesgo social viene vinculada a la transformación que supone el acceso de las mujeres a niveles educativos superiores, así como su creciente grado de participación en el mercado laboral, lo cual ha supuesto una fuerte presión sobre la tradicional división del trabajo en el seno de las familias de acuerdo con el cual las mujeres asumen las tareas no remuneradas de cuidados de los niños y otros familiares dependientes. Los esquemas de protección social desarrollados a lo largo del siglo XX se encuentran mal adaptados para contrarrestar esta creciente incorporación de la mujer al mercado laboral.

Estas transformaciones han aumentado la presión sobre las políticas sociales de modo que este ámbito de intervención relativamente poco desarrollado ha pasado a ocupar un lugar central en los debates relativos a los Estados del Bienestar europeos y sus reformas. Todo ello en un contexto de contención y en un momento en que la propia naturaleza, extensión e intensidad de la intervención pública en el ámbito de la protección social se encontraba directamente cuestionada y en pleno proceso de redefinición.

El presente volumen tiene por objeto revisar los desarrollos adoptados por diferentes sistemas de protección social de un conjunto de países europeos en sus respuestas a las necesidades crecientes de cuidados de larga duración, como nuevo riesgo social en este contexto de contención y reforma. Así, los trabajos que se reúnen a continuación hacen referencia no sólo a las políticas puestas en marcha frente a este nuevo riesgo, sino que también reflejan cómo éstas han seguido determinadas pautas generales en los procesos de reforma de los Estados de Bienestar europeos: el uso de servicios privados como resultados de los intentos de limitar el gasto público, re-mercantilización, la movilización de las poblaciones hacia el mercado de trabajo, activación, etc. (Taylor-Gooby, 2004).

En el presente capítulo revisaremos en primer lugar algunas de las cuestiones que atraviesan de manera transversal el conjunto de contribuciones recogidas en este volumen, tratando de mostrar, a grandes rasgos, los nodos de las soluciones orientadas a dar respuesta al problema derivado de la creciente demanda de cuidado para las personas en situación de dependencia en diferentes países europeos en un contexto de emergencia de nuevos riesgos sociales.

La primera de estas cuestiones se refiere a la propia definición del sentido y objetivos de los sistemas y mecanismos puestos en marcha para los cuidados de larga duración. Como ya hemos señalado, el protagonismo del problema de la dependencia en las agendas social y política viene en buena medida ligado al envejecimiento de las sociedades europeas. Sin embargo, la necesidad de cuidados de larga duración es compartida con otros colectivos poblacionales como los niños o las personas con discapacidades de diversa índole. Los sistemas de atención a la dependencia difieren claramente en cuanto a los límites de la población objeto de dichas políticas.

Como queda de manifiesto en los estudios de caso presentados en este volumen, existe una gran pluralidad de formas de entender la "dependencia", algo que queda posiblemente enraizado en las diferentes tradiciones nacionales de gestión de riesgos sociales, así como en el distinto papel jugado por diferentes actores sociales en la definición de dichos riesgos y en su inclusión, de una u otra forma, en la agenda social y política. Así, podemos identificar una primera conceptualización de la dependencia

definida como necesidad de cuidados, que en ocasiones puede convertirse en pauta negativa de relación con las prestaciones y servicios proporcionados por el Estado de Bienestar. La contribución de De Gier en el capítulo octavo del presente volumen resulta esclarecedora de esta interpretación de la dependencia. Tal y como este autor señala, recogiendo en buena medida la conceptualización de este término en los debates políticos sobre el Estado de Bienestar que se han venido desarrollando en los Países Bajos en los últimos lustros, la dependencia del bienestar constituiría un concepto más amplio que englobaría la dependencia de los cuidados de larga duración. En este sentido, la dependencia operaría como una situación que en la población activa sería considerada como negativa, y que en el caso de la población no activa constituiría algo a proteger, tratando de promover además la autonomía tanto individual como de las redes personales (familia, comunidad) para dar respuesta a las necesidades que se derivan de la misma. Esta conceptualización estaría claramente imbuida de una lógica de activación laboral, por la que la incorporación en el mercado de trabajo de las personas en situación de dependencia constituiría uno de los ejes principales de actuación pública.

Una segunda conceptualización de la dependencia que aparece en los textos recogidos en el presente volumen es la que vincula a este concepto con el de exclusión social, y que aparece claramente reflejada en el capítulo noveno redactado por Bond y relativo a la atención a la dependencia en el Reino Unido. Así, en ese capítulo, Bond reflexiona sobre la concepción negativa de la dependencia, vinculando de manera directa el envejecimiento con el empobrecimiento y por tanto con el riesgo de exclusión social. Para este enfoque, que trata también de reflejar el impacto del paradigma de la Nueva Gestión Pública en la articulación de las políticas de atención a la dependencia en el Reino Unido, la salida del mercado laboral, y con ello la pérdida de rentas que con frecuencia implica el hecho de encontrarse en situación de dependencia, constituye uno de los principales elementos de análisis de las políticas desarrolladas en este ámbito y que buscarían, en la medida de lo posible, la reincorporación, al menos parcial, de la persona al mercado de trabajo.

Un tercer enfoque en las políticas públicas hacia la dependencia sería el que plantearía la potenciación de la autonomía individual y la autodeterminación de las personas como objetivos principales a alcanzar. Este planteamiento de la dependencia se encontraría también impregnado de las premisas básicas de las políticas de activación (no sólo en la redefinición de la discapacidad para el empleo, sino también en las políticas de atención a población dependiente mediante el acento en la autonomía en el caso de los discapacitados), pero su énfasis en la autonomía individual, no sólo para participar en el ámbito laboral sino para desarrollar una vida lo más plena posible, aún a costa de establecer complejos y costosos programas de atención y cuidado, le situarían en un enfoque liberal de garantía de derechos individuales y de igualación de oportunidades que lo alejaría de los planteamientos más potencialmente estigmatizadores señalados anteriormente.

El segundo gran tema de análisis transversal que trataremos de plantear, siquiera brevemente, en este capítulo introductorio es el de la organización, estructura y gobernanza de los sistemas de provisión de cuidado en los diferentes países analizados en los diferentes textos recogidos en el presente volumen.

Un análisis comparativo de los sistemas de atención a la dependencia que quiera dar cuenta de la complejidad de este ámbito de políticas debe ser abordado a través de un eje múltiple. En primer lugar y

con objeto de poder dar cuenta de la evolución diacrónica de esta política, es necesario vincular la forma presente de los programas de atención a la dependencia con su evolución histórica. Las tipologías sobre modelos de regímenes de bienestar, generalmente desde una perspectiva neo-institucionalista ("dependencia de la senda"), nos permitirían anclar dicho análisis en los antecedentes/determinantes de los programas actualmente existentes en cada país.

Sin duda los distintos países europeos parten de niveles de desarrollo de sus servicios de atención a la dependencia considerablemente diferentes, no sólo en intensidad de la protección garantizada, sino también en los mecanismos y el reparto de responsabilidades en este ámbito de políticas. La amplia literatura sobre los regímenes de bienestar y las distintas clasificaciones y tipologías realizados a este respecto resultan aquí claramente relevantes. Así, los países escandinavos (regímenes de bienestar socialdemócratas) no sólo se encuentran entre los que más han desarrollado tradicionalmente este tipo de políticas, sino que durante los últimos años han aumentado también de manera considerable los recursos destinados a las mismas. En el extremo opuesto, los países del llamado régimen mediterráneo del bienestar parten de situaciones caracterizadas por un raquítico desarrollo de los programas de atención a la dependencia, así como por una relativamente lenta expansión de este tipo de programas a pesar de la acuciante demanda derivada de las transformaciones socio-demográficas previamente señaladas (Sarasá, 2005). En una situación relativamente similar, aunque partiendo de condiciones históricas radicalmente diferentes y habiendo seguido por tanto una evolución considerablemente distinta, el Reino Unido (régimen de bienestar liberal) se caracterizaría también por un escaso gasto público en el ámbito de la dependencia, así como por un alto grado de subsidiariedad en el papel asumido por las administraciones públicas en la atención a este tipo de demandas. Entre los extremos definidos por dichos tipos de regímenes encontraríamos a los países del llamado régimen de bienestar corporatista (o conservador), en los que, en buena medida vinculados a sistemas contributivos de seguridad social, se han desarrollado mecanismos de aseguramiento ante situaciones de dependencia con un grado de cobertura relativamente amplio.

Uno de los debates más animados en el estudio comparado de las políticas de atención a la dependencia es el de la posible existencia de convergencias entre distintos países que, partiendo de situaciones muy diferentes en cuanto al grado de desarrollo de sus políticas de atención a la dependencia, y con equilibrios institucionales extremadamente diversos respecto a cómo aplicar y financiar dichas políticas, afrontarían retos en buena medida comunes en este ámbito de políticas sociales. Así, algunos autores afirman que a lo largo de los últimos diez años se habría desarrollado un proceso de relativa convergencia en materia de protección social a la dependencia en la Unión Europea (Pacolet, 2006). Mientras que los países nórdicos habrían ampliado en los últimos treinta años su red protectora de la dependencia como extensión de las redes universales de servicios socio-sanitarios, los países del llamado modelo continental se habrían incorporado gradualmente a la acción protectora en la materia en la década de los noventa del pasado siglo (Austria aprobó su legislación básica en este sentido en 1993, Alemania en 1995 y Francia en 2004) avanzando en la implantación de una lógica universalizadora que supera el tradicional asistencialismo de los modelos de seguridad social y en la que los servicios sociales habrían adquirido un peso central (aunque obviamente los diferentes países varían en aspectos importantes como la financiación, la intensidad protectora y el modelo público de ges-

tión adoptado). El llamado modelo anglosajón, por su parte, se encontraría bloqueado en la tendencia hacia la superación de la naturaleza asistencial de los cuidados de larga duración a causa de la preeminencia de un ethos del bienestar que considera al individuo como el principal responsable de su propio bienestar individual y en el que la sociedad juega por tanto un papel tan solo residual, lo cual lleva a un papel más importante del mercado en la provisión de servicios de cuidado. Finalmente, los países del sur de Europa estarían afrontando dicha transición partiendo desde sistemas de protección asistencial basados en la solidaridad de la familia, y evolucionando gradualmente hacia modelos de tipo universalista, siendo los casos de España e Italia buen ejemplo de esta tendencia.

Como señala Rodríguez Cabrero, las tendencias en las políticas europeas en esta materia estarían marcadas por una combinación de: a) universalismo creciente pero limitado de la acción del Estado que garantizaría una financiación básica del sistema y una regulación multinivel en la que estarían implicadas tanto la administración central como los gobiernos regionales y en ocasiones locales; b) extensa e intensa responsabilidad familiar en relación a los cuidados; c) gestión descentralizada (planificación regional y centralidad de los municipios en la gestión de los servicios y prestaciones), apoyada en un sector privado con un papel destacado (sustitución creciente de la prestación de servicios públicos del Estado por la prestación por parte de empresas y tercer sector); y d) creciente importancia de la persona afectada y de su familia en la elección de la combinación de prestaciones sociales más adecuada a sus necesidades dentro de los límites financieros que imponen las legislaciones nacionales sobre atención a la dependencia (Rodríguez Cabrero, 2005).

Las implicaciones de dichas tendencias sobre los diferentes regímenes de bienestar permitirían señalar cómo el modelo nórdico trata de recuperar y reforzar la responsabilidad familiar, al tiempo que el modelo continental trata de mantener la implicación de la familia en la atención a sus dependientes mediante ayudas al cuidador/a, y el modelo mediterráneo, se encontraría en un momento de transición hacia nuevas formas de implicación pública que complementen el debilitado sistema basado fundamentalmente en los cuidados familiares e informales.

Para otros autores sin embargo, y más allá de la existencia de determinadas transformaciones que, derivadas de los retos comunes, parecerían estar aconteciendo de manera simultánea en distintos países, los rasgos generales de cada modelo persistirían, determinando totalmente la respuesta finalmente dada a dichos retos e impidiendo por tanto que podamos hablar de un proceso de convergencia en este ámbito de políticas (Sarasa, 2005). En consonancia con este tipo de argumentos resulta sin duda relevante destacar la importancia de lo ya instituido (equilibrios entre responsabilidad pública y privada, diferentes grados de subsidiariedad, niveles de cobertura, mecanismos de provisión, etc.) en la articulación de las diferentes respuestas políticas ante los retos derivados de las transformaciones sociales vinculadas a la dependencia.

A partir de las aproximaciones macro que nos proporcionan las tipologías de los modelos y regímenes de bienestar y de la gran capacidad de comprensión y comparación que éstas nos proporcionan, resulta conveniente realizar un análisis desagregado mucho más preciso a partir de una subdivisión de las políticas de atención a la dependencia aplicadas por los distintos países desagregando en varios niveles de intervención que resumiremos en funciones de regulación, financiación y provisión. Estas fun-

ciones pueden ser desarrolladas por un conjunto de actores (mercado —ánimo de lucro, tanto formal como informal—, sociedad civil —tercer sector, redes de solidaridad varias, familias—, y Estado —diversos niveles de las administraciones públicas: UE, gobierno central, regiones y administraciones locales—) a través de distintos equilibrios institucionales encargados de la asignación de dichas responsabilidades. El resultado de dicho análisis, que aquí nos limitaremos tan sólo a apuntar debido a su extrema complejidad, nos da pistas clave respecto a las implicaciones fundamentales derivadas de dichos equilibrios institucionales de responsabilidades, funciones y competencias.

a) *Regulación y financiación de las políticas de atención a la dependencia*

Una primera cuestión a plantear en un análisis comparado de las políticas de atención a la dependencia es el anclaje institucional (que a su vez plantea profundas implicaciones normativas respecto a la lógica de solidaridad/derechos sobre los que se fundamenta la política) que vincula los programas de atención a la dependencia a una lógica de aseguramiento social, de universalidad o de asistencia social (Rodríguez Cabrero, 2005).

Así, el grado de vinculación de estos programas al sistema de Seguridad Social plantea una serie de cuestiones importantes respecto al grado de autonomía de gestión de la política, al papel de los agentes sociales (patronal y sindicatos) en la aplicación de dichas políticas, o acerca de la importancia de las cotizaciones sociales previas vinculadas a la participación en el mercado laboral a la hora de demandar prestaciones y servicios de atención a la dependencia. Frente a ese enfoque de aseguramiento encontramos planteamientos basados en una lógica universalista que planteando la atención a la dependencia como un derecho social de los ciudadanos, establecería esquemas de financiación vía impuestos generales, y que por tanto superarían las restricciones de acceso propias de los sistemas de aseguramiento. Finalmente, dentro de este planteamiento financiero-institucional, aparecería la cuestión de la conceptualización de la atención a la dependencia como una política de naturaleza asistencial vinculada a la comprobación de recursos, lo cual llevaría a un enfoque residual de estos programas y a una segmentación de la ciudadanía entre los que afrontan, en mayor o menor medida, la financiación de sus propios cuidados, y los que los obtienen a través de programas públicos.

En aquellos esquemas en los que la lógica de elegibilidad no está basada en el aseguramiento, pero sí sometida a la aplicación de fórmulas de co-pago, aparecen una serie de consideraciones acerca de las potenciales desigualdades derivadas de la aplicación de determinados umbrales de renta, la consideración de los patrimonios personales más allá de las rentas disponibles, el grado de responsabilidad familiar en la financiación de los cuidados, las dificultades derivadas de la aplicación de mecanismos de control de rentas y, en términos generales, la potencial aparición de desigualdades sociales en el acceso y uso de este tipo de servicios.

Como señalábamos anteriormente, las implicaciones normativas de los diferentes enfoques de merecimiento y elegibilidad son múltiples y, en última instancia, harían referencia a muy diferentes lógicas de "merecimiento" que tendrían profundas raíces en los regímenes de bienestar de cada país.

Otro eje de análisis en relación a la regulación y la financiación de este tipo de programas hace referencia al papel de los diferentes niveles de gobierno en los sistemas de cuidado. Los equilibrios inter-institucionales que caracterizan a la gobernanza de este ámbito de políticas en cada país varían considerablemente, y de ellos dependen las competencias y responsabilidades de cada nivel de la administración pública en la atención a las poblaciones dependientes. Asimismo, de dichas variaciones en la gobernanza de la dependencia se derivan una serie de importantes consecuencias relativas al papel de los diferentes actores políticos que participan en el proceso de elaboración y reforma de estas políticas (utilización electoral, mayor o menor grado de cooperación/competencia entre niveles de la administración, canalización de flujos de financiación entre administraciones, etc.).

La integración de servicios socio-sanitarios constituye otro aspecto tan demandado por los expertos en atención a la dependencia como complejo de articular institucionalmente. La gran complejidad de estos programas, así como las importantes diferencias en las culturas organizacionales de los servicios sanitarios y sociales, constituyen retos, con frecuencia insalvables, que deben ser tomados en consideración a la hora de analizar los esfuerzos de integración a los que se hace referencia con mayor profundidad en el capítulo cuarto del presente volumen.

b) *Provisión de cuidados a la dependencia*

En el plano de la provisión de cuidados, una primera consideración es la de la gran complejidad de los mecanismos de provisión de cuidados existentes, que pasan por una amplia panoplia de esquemas, programas, líneas de financiación, grados de institucionalización/atención domiciliaria, etc. Con objeto de aportar algo de claridad al esfuerzo analítico comparado señalaremos algunos aspectos que merecen particular atención y que aparecen reiteradamente en los estudios de casos nacionales recogidos en este volumen.

Una primera distinción extremadamente relevante es la dicotomía planteada entre la provisión directa de servicios (ya sea a través de instituciones públicas, como de actores privados –con o sin ánimo de lucro– directamente encargados de estas tareas por las administraciones públicas responsables, o elegidos por los propios beneficiarios y sus familias pero financiados –total o parcialmente– por el Estado) y las prestaciones monetarias a los beneficiarios (generalmente a sus familiares) a modo de subsidio para asumir parte de los costes del cuidado. De la utilización de uno u otro sistema de provisión de cuidados se derivarán importantes consecuencias para la naturaleza de los cuidados proporcionados, para los familiares, para los cuidadores, para el mercado de trabajo y en última instancia para el sistema de protección social que se pretenda construir.

Como es bien sabido, la responsabilidad de la atención a los familiares dependientes recae fundamentalmente sobre las mujeres de la familia. Las consecuencias de este orden de cosas son enormes, tanto sobre las trayectorias vitales de las cuidadoras, como sobre la disponibilidad de mano de obra femenina para su incorporación al mercado de trabajo. La adopción de un tipo u otro de intervención pública en el ámbito de la atención a la dependencia tendrá consecuencias directas sobre el sistema de cui-

dados informales, el mercado de cuidados y en última instancia sobre las familias/mujeres. En los extremos de un espectro de opciones políticas podríamos situar los sistemas de cuidado formalizado y universalista propios de los países del modelo de bienestar socialdemócrata (calidad del empleo, alta participación laboral femenina, relativamente escasa entidad de los cuidados informales, escaso recurso a la inmigración indocumentada para la provisión de cuidado, etc.), frente al modelo que parece haberse consolidado en los países del régimen mediterráneo (precariedad laboral, papel central de la inmigración irregular en los esquemas informales de cuidado, mayor dificultad para la incorporación de la mujer al mercado de trabajo, etc.). Obviamente, en ese contexto, la adopción de un análisis de género en el estudio de las políticas públicas de atención a la dependencia resulta central para una comprensión mínima de las consecuencias e implicaciones sociales de dichas políticas.

Otro eje de análisis importante es el de la priorización de la atención en la comunidad (en domicilio y por sus familiares apoyados por los sistemas de atención orquestados por las administraciones públicas), frente a la institucionalización de las personas en situación de dependencia. Las tendencias en este sentido parecen apuntar hacia un reforzamiento de la comunitarización a través de métodos y estrategias para conseguir una atención integrada (especialmente desde los esfuerzos de integración socio-sanitaria), sin olvidar tampoco la necesidad de establecer mecanismos de institucionalización en aquellos contextos en que se considere necesario.

Los aspectos relacionados con las condiciones laborales de las personas dedicadas al cuidado (tiempo parcial o completo, nivel salarial, etc.), las demandas formativas (titulación –en buena medida vinculada a tareas a desempeñar: ayuda personal, cuidado sanitario, tareas del hogar, etc.–, cursos de formación, reconocimiento de competencias específicas) y las trayectorias profesionales de los cuidadores constituyen otro aspecto clave en el análisis de la aplicación de las políticas de atención a la dependencia. En este sentido, el papel desempeñado por la inmigración en este nicho del mercado laboral resulta central, en especial en relación a la informalidad de la provisión de cuidado y particularmente en los mecanismos de financiación de dichos sistemas (influencia de los cheques y prestaciones monetarias a las familias de dependientes en la creación de mercados informales de cuidado).

ESTRUCTURA Y CONTENIDO DEL LIBRO

Tras el presente capítulo introductorio, el segundo capítulo de este volumen, elaborado por August Österle, sintetiza las características principales de los diferentes tipos de regímenes de bienestar en Europa, analizando hasta qué punto las políticas emergentes del cuidado de larga duración se ajustan a dicha tipología de modelos ideales. Analizando la evolución del grado de implicación pública en el ámbito de los cuidados de larga duración y las principales tendencias en los enfoques de política social más recientes, el autor de ese capítulo concluye que existen claras tendencias hacia la convergencia, especialmente en la aceptación del principio de que la responsabilidad sobre el cuidado de larga duración debe ser compartida por los actores públicos y la sociedad civil. De igual modo señala cómo la provisión de cuidados descansa con gran frecuencia en la comunidad (incluyendo en este concepto a la pro-

pia familia), al tiempo que destaca la gradual introducción de mecanismos de co-pago en la financiación de dichos cuidados. El autor señala sin embargo cómo, al mismo tiempo, persisten grandes diferencias entre países en el modo en que abordan las crecientes demandas en este ámbito de políticas, diferencias que surgen del contexto global de los regímenes de Bienestar, de los distintos estadios de implementación de las nuevas políticas de cuidado de larga duración, de diferencias en la configuración de hecho de estas políticas y de la extensión de la cobertura que estas políticas proporcionan.

Para Österle, el principal obstáculo a la hora de desarrollar este ámbito de políticas emana de consideraciones de índole financiera. En un contexto de recorte presupuestario y de reducción de los recursos públicos disponibles, resulta difícil para los gobernantes proponer una política cuyo coste no pueda ser evaluado de antemano debido a la ausencia de una estimación precisa sobre el número de personas que se verían afectadas por la misma. Estas dificultades explican sin duda la lentitud del proceso de toma de decisiones, a pesar del vasto consenso existente sobre su urgencia, derivada de la presión demográfica y de la inadecuación de los sistemas de provisión de cuidado existentes.

El capítulo tres, redactado por Jozef Pacolet, analiza la implantación, coste y sostenibilidad financiera de los sistemas de protección social a la dependencia en el triple contexto de la permanencia de los Estados de Bienestar y de los niveles de gasto social, de la convergencia relativa de los niveles de gasto y modos de acción de los regímenes europeos de bienestar y, finalmente, en el contexto de envejecimiento de la población y emergencia de nuevas necesidades sociales de cuidados a las personas en situación de dependencia.

Desde un enfoque económico de tipo comparativo e histórico este autor analiza cómo la implantación de sistemas de protección social a la dependencia constituye un desarrollo de los Estados de Bienestar europeos que se corresponde con las demandas ciudadanas y que pueden construirse bajo sistemas de reparto o de solidaridad intergeneracional que no excluyen formas mixtas de provisión en las que tengan cabida otros sistemas como los de tipo privado mercantil y no lucrativo.

El capítulo cuarto, elaborado por Kai Leichsenring, analiza el proceso de integración de servicios socio-sanitarios en Europa, y cierra un primer bloque de capítulos de carácter comparativo que pretenden establecer el marco general de análisis del presente volumen. Para este autor, el creciente número de esquemas y programas de atención de larga duración que pueden observarse en la mayoría de los países europeos desde los años 80 van a convertirse en auténticos sistemas de atención a la dependencia más allá de los sistemas de atención social y sanitaria. Estos sistemas se basarán en enfoques integrales aplicados por equipos multidisciplinares mediante trabajo conjunto con múltiples participantes, con objeto de abordar necesidades complejas mediante la planificación, prestación y evaluación de servicios.

El trabajo de Leichsenring muestra cómo las estructuras y prácticas de prestación de atención sanitaria y social existentes están desarrollando lentamente un nuevo paradigma de cuidado de larga duración menos subordinado al modelo de asistencia sectorial. Los caminos hacia este nuevo paradigma dependen de las políticas sociales de cada país, la "cultura gerontológica" local y las tradiciones profesionales específicas. La coordinación, el trabajo en red y la integración son parte de este nuevo y emer-

gente paradigma que debe ser desarrollado mediante visiones compartidas por todos los participantes, incluyendo a los usuarios. Se requeriría el establecimiento de nuevas formas de gobernanza socio-sanitaria con una nueva definición de roles y funciones, de procesos y protocolos estructurales que promuevan un cambio organizativo y de procesos de aprendizaje en relación al trabajo en equipo, la perspectiva global y la orientación preferente hacia el usuario.

El segundo bloque temático del volumen, organizado en torno al análisis de una serie de estudios de casos nacionales, comienza con el capítulo quinto elaborado por Barbara Da Roit, Claude Martin y Blanche Le Bihan dedicado al estudio de las políticas de atención a la dependencia en Francia. Según estos autores, tres factores fundamentales contribuyen al envejecimiento global de la población en Francia: una tasa de fecundidad inferior al nivel de reemplazo, la reducción de la tasa de mortalidad de las personas mayores y la llegada a la edad de jubilación de la generación del "baby-boom". Si bien el envejecimiento de la población es menos rápido que en otros países europeos, los poderes públicos en Francia se muestran preocupados por el impacto del mismo en el gasto sanitario, sobre la demanda de servicios sociales, así como ante el riesgo de "déficit de asistencia", es decir, de la insuficiencia de la oferta informal de cuidado que permita hacer frente al aumento de necesidades. El debate político en Francia sobre estas cuestiones se habría estructurado en torno al tipo de dispositivo al que se debería recurrir para atender esta demanda de cuidados, respecto a la financiación y regulación de esta política, así como respecto a qué sector de la protección social debería albergar esta política de dependencia. En definitiva, esta discusión habría puesto de relieve el debate acerca del papel que deben desempeñar el Estado, el mercado, la familia y el tercer sector en este ámbito de la protección social.

Los autores de este capítulo se plantean las implicaciones de las políticas adoptadas en relación a las políticas de atención a la dependencia sobre el empleo en este sector (tanto en términos de volumen de empleo generado, como de la calidad de dicho empleo y sobre las condiciones laborales en este sector). De acuerdo con este análisis, las decisiones tomadas habrían producido una precarización de los empleos existentes y habrían favorecido el desarrollo de un nuevo sector de trabajo no cualificado. Tanto los asistentes profesionales como los no profesionales se habrían encontrado en una situación de inseguridad laboral más grave que la que existía anteriormente (en razón, fundamentalmente, de los problemas ligados a la alta rotación del personal, las dificultades para encontrar a terceros con quienes discutir sobre los problemas vividos en el día a día, la insuficiente formación, las dificultades de organización de permisos, vacaciones, etc.). El estudio de la ola de calor que afectó a Francia en el verano de 2003 como analizador del funcionamiento de la política de atención a la dependencia en ese país pone de relieve la débil articulación entre los niveles formal e informal en el ámbito del cuidado, así como los problemas de coordinación entre los servicios socio-sanitarios, especialmente a nivel local, para hacer frente a este tipo de fenómenos.

Tras el estudio del caso francés, Sven Olaf Daatland analiza las políticas de atención a la dependencia en los países escandinavos, ejemplos paradigmáticos del régimen de bienestar socialdemócrata. En este sexto capítulo Daatland señala cómo los estados del bienestar escandinavos se caracterizan por la extensión universal de derechos sociales, la financiación de estos programas mediante impuestos gene-

rales, el marcado énfasis en la redistribución y una amplia y directa responsabilidad pública en la provisión de servicios de cuidado. No se contemplan responsabilidades legales entre generaciones ya que es el Estado, y no la familia, quien es considerado responsable principal de la atención a las personas en situación de dependencia.

El análisis de las estrategias y tendencias recientes en el ámbito de las políticas de atención a la dependencia es estructurado en torno a los conceptos de adaptación, "targeting" y ajuste a la demanda de cuidados de larga duración. Así, de acuerdo con este autor, la adaptación de los servicios de atención a la dependencia habría producido un ajuste más preciso entre servicios y necesidades, mientras que el "targeting" habría limitado el número de personas que acceden a dichos servicios, pero al mismo tiempo habría proporcionado más ayuda a aquellos que habrían sido incluidos en dichos programas. El volumen de servicios y gasto se habría mantenido más o menos alto, pero los perfiles de los beneficiarios habrían cambiado, evolucionando de este modo hacia un Estado de Bienestar más reducido, con mayor grado de responsabilidad privada y familiar, fundamentalmente para aquellas personas con menor grado de dependencia. Para Daatland, los diferentes regímenes de bienestar habrían desarrollado combinaciones diferentes de servicios y responsabilidades, y posiblemente se pueda observar un cierto grado de convergencia entre modelos en respuesta al envejecimiento de las poblaciones, la igualdad de género y los cambios en las formas de familia, sin embargo estas tendencias no apuntan hacia un Estado de Bienestar mínimo, sino más bien hacia una situación intermedia con nuevos equilibrios entre los ámbitos de responsabilidad pública y privada.

El séptimo capítulo de este volumen, escrito por Bernd Schulte, analiza el caso de las políticas de atención a la dependencia en Alemania, país ejemplo de modelo de bienestar corporatista, y caracterizado por el desarrollo de seguros sociales fuertemente anclados en el ámbito de la participación laboral y financiado mediante cotizaciones sociales. Como señala este autor, el Código Civil alemán estipula la obligatoriedad de la atención mutua en el seno de la familia, algo por lo que han de velar las autoridades públicas. Es por ello que la financiación de los cuidados de larga duración en ese país ha tenido tradicionalmente un fuerte componente privado.

El campo de los servicios sociales en Alemania ha estado gobernado tradicionalmente por el principio de subsidiariedad, lo cual implica que las administraciones públicas (desde el gobierno federal, pasando por las autoridades regionales, y municipales, así como las instituciones de asistencia social) asumen la responsabilidad sobre el bienestar de los individuos tan sólo cuando la familia sea incapaz de prestar los servicios que requieren. La preferencia por los cuidados a domicilio sobre la institucionalización constituye uno de los principios básicos que definen el seguro de larga duración. Este seguro constituye la quinta rama del sistema de seguridad social, y es de naturaleza obligatoria para todo residente en Alemania. En relación a la provisión de cuidados, estos son proporcionados el entorno familiar cuando esto es posible, cubriendo el seguro tan sólo las necesidades de atención hasta una cierta cantidad y frecuencia. Además, los beneficios de este esquema no están destinados a cubrir la totalidad de las necesidades del asegurado, sino que tienen como objetivo proveer de un complemento para la familia que les permita un desahogo, tanto en términos financieros, como de disponibilidad temporal. Finalmente, Schulte señala también la preocupación existente en Alemania acerca de la falta de

coordinación entre la atención sanitaria y los cuidados sociales a las personas dependientes que repercuten en una duplicación de recursos materiales, humanos y económicos.

El estudio del caso holandés, elaborado por Erik de Gier, es presentado en el capítulo octavo. Como señala este autor, el Estado de Bienestar holandés está atravesando una transformación histórica, desde un sistema principalmente redistributivo y pasivo, en vigor hasta la década de los 80, hacia un Estado activador en el que la responsabilidad personal de los pacientes se ha extendido hasta el control por parte de los beneficiarios de los flujos de financiación pública hacia uno u otro proveedor, así como hacia distintos tipos de combinaciones de cuidado. Particular atención se presta a la introducción en los 90 del sistema de Presupuesto Personal (PGB) para las personas con dependencias de larga duración, mecanismo que abre la posibilidad para que los mayores y las personas dependientes puedan adquirir por sí mismos los servicios sociales que consideren que precisen, en lugar de recibir asistencia y servicios públicos directamente. Como señala de Gier, el objetivo de estas reformas es reducir, en la medida de lo posible, la dependencia de los ciudadanos del Estado de Bienestar.

La estrategia de fondo ha sido una 'liberalización dirigida' en la que se da más peso a razonamientos económicos dentro de una lógica de Nueva Gestión Pública. Dentro de una lógica de activación, el número de desempleados y discapacitados beneficiarios está disminuyendo, y los trabajadores mayores son estimulados para trabajar más allá de los 65 años. Como señala este autor, los ciudadanos holandeses han internalizado dicha evolución y han reducido sus expectativas de cuidado futuro.

El capítulo nueve, elaborado por John Bond, repasa las características principales de las políticas de atención a la dependencia aplicadas en el Reino Unido durante los últimos años. Como señala este autor, el Estado de Bienestar británico, incluido dentro del régimen liberal, se caracteriza por las modestas transferencias de renta, los seguros sociales también modestos y la aplicación sistemática del principio de comprobación de recursos para el acceso a las prestaciones de los sistemas de atención y cuidado ofrecidos fundamentalmente por agentes del tercer sector social.

La atención a las personas en situación de dependencia en el Reino Unido ha estado, desde los principios del Estado de Bienestar en ese país, bajo control político de las autoridades locales, mientras que la financiación de estos servicios ha sido efectuado por parte del gobierno central a través de una subvención única a las autoridades locales así como por los impuestos locales. El pago de la atención de larga duración no está, por tanto, estipulado y financiado a través de esquemas específicos, por lo que debe competir con otros servicios públicos como educación, transporte y protección. Este esquema de gobernanza implica un amplio grado de exposición a las prioridades políticas de las fuerzas políticas. El proceso de descentralización reforzado en el Reino Unido durante los últimos años también ha supuesto el desarrollo de distintos programas de políticas en relación con la atención a la dependencia en los distintos territorios, potenciando así la posibilidad de desigualdades.

El capítulo diez, redactado por Costanzo Ranci, se centra en el caso italiano, de particular interés en su comparación con el caso español, al compartir ambos países un régimen del bienestar marcado por sus raíces corporatistas y su fuerte orientación familiarista. Como señala este autor, la provisión de cuidados de larga duración para los dependientes en Italia ha venido caracterizándose por un bajo nivel de

provisión y financiación públicas, en comparación con otros países europeos continentales. Un sistema público altamente selectivo, que sólo atiende a una pequeña proporción de la población dependiente ha sido organizado en un contexto caracterizado por una capacidad considerable por parte de las redes familiares para absorber e internalizar las funciones de cuidado. Estas dos características, junto con el reducido tamaño del mercado privado de cuidados, han conformado tradicionalmente los rasgos principales del modelo familiarista italiano.

A pesar de las limitaciones de este orden de cosas (desigual capacidad de asistencia de la población, bajos niveles de asistencia para los necesitados, baja calidad de los servicios proporcionados, fuerte presión económica y funcional sobre las familias y sobre todo, sobre aquellas mujeres atrapadas en roles de cuidadora) hasta recientemente esto no constituyó un problema de política pública urgente, ya que la amplia difusión de la familia extensa y la fuerza de los vínculos familiares era capaz de absorber gran parte de las demandas de cuidado. Las transformaciones sociales y demográficas señaladas anteriormente para todos los casos han puesto radicalmente en cuestión la sostenibilidad de ese modelo. Como señala Ranci, en el caso italiano la intervención se ha concentrado casi exclusivamente en las transferencias monetarias, algo que se asemeja a lo ocurrido en los países del modelo corporatista continental.

Al contrario que los países de ese modelo, sin embargo, esta medida ha sido menos generosa tanto en términos de difusión como en términos de la cantidad de las prestaciones monetarias asignadas, lo cual ha favorecido la creación de una respuesta de mercado (generalmente informal y sustentado en mano de obra inmigrante en situación irregular) a los problemas de la dependencia. El recurso a los trabajadores a domicilio inmigrantes ha permitido a las familias italianas construir nuevas soluciones asumibles financieramente (dado el bajo coste de estos trabajadores) y factibles a nivel práctico (ya que permiten la suficiente flexibilidad como para integrar los cuidados proporcionados por el mercado como los cuidados que aún provee la red solidaria familiar). En este sentido el recurso al mercado constituye una nueva forma organizativa dentro de la cual el viejo modelo familiarista se reproduce con un papel residual de los servicios públicos.

Finalmente, el undécimo capítulo de este volumen, redactado por Demetrio Casado analiza el contexto institucional en el cual se ha planteado la redacción y aprobación de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia. Dicha Ley, todavía en sus primeras fases de aplicación y ya cuestionada por la percepción del inadecuado desarrollo institucional y dotación financiera, ha venido a transformar de manera gradual el equilibrio de atención a las personas dependientes tradicionalmente vigente en España y basado fundamentalmente en la familia. Las transformaciones socio-demográficas y la emergencia de un mercado informal y desregulado apoyado fundamentalmente en la inmigración (con frecuencia indocumentada) como forma de provisión de cuidado constituyen también características clave del sistema de atención a la dependencia en España.

Mientras se ponen en marcha las medidas derivadas de la Ley de promoción de la autonomía personal y atención a las personas en situación de dependencia, y en un contexto marcado por la incertidumbre respecto al futuro de esta Ley ante las crecientes dificultades económicas y políticas (necesidad de articular de modo más claro las responsabilidades y competencias, fundamentalmente en el plano

financiero, entre distintos niveles de la administración del Estado), los ayuntamientos aparecen como los principales actores en el ámbito de la atención a la dependencia, a lo cual tratan de responder con un crecimiento importante de la red de servicios sociales, que pese a los esfuerzos realizados resultan claramente insuficientes. Ante esto, las familias, con frecuencia mediante el recurso a mujeres inmigrantes como proveedoras de cuidado no reglado, deben continuar respondiendo a un problema social que sin duda ha trascendido ya el ámbito de lo personal y familiar.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berjano, E., Simó, C. y Ariño, A. (2005): "*Cuidado a la Dependencia e Inmigración*", IMSERSO, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, Colección Estudios, Madrid.

Casado, D. (2005): "La atención a la dependencia en España: situación actual y perspectivas de futuro", en *Revista de debate Político*, Anuario, pp. 49-61.

Casado, D. (2006): "Respuestas a la dependencia funcional y agentes", en *Revista Española del Tercer Sector*, n.º 3 mayo-agosto, pp. 15-47.

De Lorenzo, R. y Martínez Rivero, A. (2006): "La futura Ley de Dependencia como pilar fundamental de la protección social en España", en *Revista Española del Tercer Sector*, n.º 3, mayo-agosto, pp. 49-80.

Eurostat (2008): "Population and social conditions" (<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal>).

Fundación Alternativas (2007): "*Servicios sociales y atención a las necesidades de dependencia. Debate de expertos*", Seminarios y jornadas 39/2007, Madrid.

Giannakouris, K. (2008): "*Ageing Characterises the Demographic Perspectives of the European Societies*". Eurostat, Statistics in Focus 72/2008.

Jenson, J. y Jacobzone, S. (2000): "Care Allowances for the Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n.º 41, OECD.

Jiménez Lara, A. (2007): "*El sector de la salud y la atención a la dependencia*", Documento de trabajo 111/2007 Laboratorio de Alternativas, Madrid.

López López, M.ªT., Utrilla de la Hoz, A. y Valiño Castro, A. (2006): "*Políticas públicas y familia. Análisis de la situación en España*" Cinca, Madrid.

Lundsgaard, J. (2006): "Choice and long-term care in OECD countries: care outcomes, employment and fiscal sustainability", en *European Societies*, vol. 8, n.º 3, pp. 361-383.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2004): "*Libro Blanco sobre la Dependencia*", IMSERSO, Madrid.

Montserrat Codorniu, J. (2006): "El coste y el modelo de los cuidados de larga duración en la Ley de la Dependencia", en *Revista Española del Tercer Sector*, n.º 3, mayo-agosto, pp. 81-108.

Pacolet, J. (2006): "Protección social de personas mayores dependientes: Sostenibilidad del Estado de Bienestar y ámbito del seguro de cuidados de larga duración", en *Revista Española del Tercer Sector*, n.º 3, pp. 111-162.

Puyol, R. (2005): "La población española en el marco de la Unión Europea" en *Revista Papeles de Economía Española*, n.º 104, pp. 2-16.

Rodríguez Cabrero, G. (2005): "Modelos de Protección Social a la Dependencia con especial referencia al espacio europeo", en V. Navarro (dir.): *"La situación social en España"*, Madrid, Biblioteca Nueva.

– (2004): "Protección social de la dependencia en España", Documento de trabajo 44/2004 *Laboratorio de Alternativas*, Madrid.

Sarasa, S. (2005): "Ventajas de la prestación universal de servicios sobre las prestaciones en dinero y las prestaciones basadas en la demostración de pobreza: el caso de la atención a la dependencia", en *Revista de debate Político*, Anuario, pp. 39-48.

Taylor-Gooby, P. (2004): "New Risk and Social Change" en Taylor-Gooby, P. (ed.) *New Risk, New Welfare: The Transformation of the European Welfare*. Oxford: Oxford University Press.

SECCIÓN I: EL ESTUDIO COMPARADO DE LOS SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA

Capítulo 2: Regímenes de bienestar europeos y el cuidado de larga duración*

August Österle
Departamento de Política Social
University of Economics and Business Administration, Viena

2.1. INTRODUCCIÓN

Las políticas sociales tienen una larga tradición en Europa. Los países europeos han desarrollado esquemas generales para los principales riesgos sociales y los países de la Unión Europea están gastando entre un 14% y un 33% del PIB en protección social. Las políticas de dependencia parecen bastante diferentes. La financiación y la provisión de los cuidados de larga duración dependen todavía en gran medida de las familias u de otras redes privadas. Desde una perspectiva histórica, los países europeos han desarrollado algunas políticas en torno a la dependencia pero éstas han permanecido en su mayoría bastante fragmentadas y se han dirigido a riesgos o grupos sociales muy específicos.

Tan sólo en los últimos quince años se ha producido un mayor reconocimiento de la dependencia como un riesgo social en sí mismo y hay un consenso creciente sobre la necesidad de establecer políticas integrales. Esta conciencia creciente está causada en gran medida por los cambios demográficos y por el pronosticado aumento de personas mayores y dependientes pero también por una serie de transformaciones sociales, incluidos los cambios en los mercados de trabajo y en los modos de vida o en la percepción de las obligaciones familiares. En consecuencia, algunos países han establecido nuevos esquemas de cuidados de larga duración mientras que otros están en el proceso de reorganizar los sistemas existentes o de implementar nuevos enfoques.

Este trabajo investiga los distintos regímenes de bienestar en Europa y la manera en la que la "dependencia" es abordada en los países europeos. Se interroga sobre si los actuales procesos de reforma en el campo de los cuidados de larga duración siguen el camino específico del régimen de cada país o si hay tendencias europeas más generales en las políticas del cuidado de larga duración. Este estudio comienza proporcionando una breve descripción cuantitativa del contexto de las políticas sociales en Europa en general y de las de cuidado de larga duración en particular. La siguiente sección esboza las características de las políticas sociales en Europa e intenta identificar los llamados regímenes de bienestar. A continuación, éste trabajo se pregunta si las actuales políticas del cuidado de larga duración siguen estos tipos de regímenes. Para ello, proporciona una visión general de los actuales sistemas de cuidado de larga duración en Europa centrándose en la división de responsabilidades públicas y privadas y en los nuevos planteamientos de las políticas. Finalmente, este trabajo trata de la inclusión de estos planteamientos en las tradiciones del bienestar imperantes y argumenta que a pesar de las grandes diferencias en la configuración actual, se pueden identificar algunas pautas de convergencia.

2.2. DESARROLLO DEL ESTADO DEL BIENESTAR, GASTO DEL ESTADO DEL BIENESTAR Y ENVEJECIMIENTO DE LAS SOCIEDADES

Los orígenes de los modernos estados del bienestar europeos se remontan a finales del siglo XIX cuando se establecieron los primeros esquemas públicos de seguros sociales. Desde una perspectiva

* Traducción por Esther Ortega.

global, en el siglo XX, las políticas del bienestar se han caracterizado por una expansión de la cobertura personal y material. La mayoría de los países han incluido a amplios sectores de la población en sistemas sanitarios, de pensiones, de accidentes o desempleo e incluso han implementado esquemas universales. Además, muchos países han desarrollado paquetes de prestaciones sociales bastante amplios organizados en sistemas públicos o cuasi-públicos. En consecuencia, el gasto público en bienestar alcanzó niveles significativos en los países europeos. Desde la década de los setenta, los países han apuntado con mayor intensidad los límites potenciales del estado del bienestar, al mismo tiempo que los arreglos del estado del bienestar se han ampliado más en la mayoría de los países europeos. Tan sólo desde los años 90, el desarrollo del estado del bienestar se ha visto dominado por la cuestión de la sostenibilidad financiera. Desde ese momento, el enfoque se dirigió más a la reestructuración o incluso, al recorte que a la expansión. Las políticas expansivas del bienestar están limitadas a sectores concretos del mismo, como los cuidados de larga duración, y a regiones específicas de Europa, como el Este y el Sureste europeos, donde los niveles de gasto social son comparativamente bajos.

2.2.1 GASTO EN PROTECCIÓN SOCIAL

El desarrollo que se acaba de describir se refleja también en el gasto social. Desde una perspectiva histórica, hasta la década de los 80 se pueden observar grandes incrementos en los gastos de protección social y hasta mediados de la década de los 90 ligeros incrementos adicionales. En 1980, el gasto social en porcentaje del PIB era del 24,9% en la Europa de los 12 (UE 12) comparado con el 28,6% en 1994. En la Europa de los 15 (UE 15), el gasto social fue del 25,4% en 1990 incrementado hasta el 28,2% en 1995. Desde mediados de la década de los 90, los niveles de gasto social como porcentaje del PIB han sido relativamente constantes en el promedio de la Unión Europea. Esto confirma la continua ampliación en los programas de bienestar hasta los primeros 90 y una fuerte orientación a la contención de costes desde entonces. (Ver Cuadro 1 en página siguiente)

En 2003, el gasto en protección social (en porcentaje del PIB) varió entre el 13,4% en Letonia y Estonia y el 33,5% en Suecia, mientras que el promedio en la Unión Europea de los 25 (UE 25) fue del 28% del PIB. Estas cifras revelan una enorme variación en Europa que se convierte en más significativa cuando nos centramos en el gasto *per capita*. Los países europeos que se han incorporado a la Unión Europea en la última ronda de adhesión muestran, en comparación, bajos niveles de gasto. Mientras que algunos de esos países se encuentran en una trayectoria expansionista, otros como Eslovaquia o los estados Bálticos han procurado acentuar sus bajos niveles de gasto como una ventaja comparativa en la competición intra-Europea pero también algunos de los "antiguos" miembros de la Unión Europea están muy por debajo de la media europea en los niveles de gasto. En particular, Irlanda ha intentado mantener los niveles de gasto bajos.

Desde los años 90, la cuestión de la sostenibilidad financiera se ha situado entre las prioridades en la agenda de la política económica europea y ha influido cada vez más en el desarrollo del Estado de Bienestar. El tratado de Maastricht ha proporcionado un mecanismo bastante sólido para los ajus-

CUADRO 1

**Gasto y financiación de la protección social en la Unión Europea, Islandia, Noruega y Suiza
(ordenado por gasto en protección social como % del PIB, 2003)**

País	Gasto en protección social		Financiación de la protección social (% sobre el total de la financiación de la protección social)		
	% del PIB	EPA (1) per cápita	Impuestos	Contribuciones sociales	Otros ingresos (2)
Suecia	33,5	8.258	48,8	49,4	1,8
Dinamarca	30,9	8.115	63	30,4	6,7
Francia	30,9	7.433,9	29,7	67	3,2
Alemania	30,2	7.086,5	34,6	63,8	1,7
Suiza	29,8	8.363,3	22,7	61,2	16,1
Bélgica	29,7	7.476,2	25,7	72	2,4
Austria	29,5	7.699,8	34,5	63,8	1,7
Países Bajos	28,1	7.604,5	19,4	67,5	13,1
UE 25	28,0	6.012,2	37,0	59,9	3,0
Noruega	27,7	8.727,8	55,9	–	0,1
Finlandia	26,9	6.560,3	44,3	49,9	5,7
Reino Unido	26,7	6.812,3	49,5	48,9	1,6
Italia	26,4	6.023,5	39,8	58,6	1,6
Grecia	26,3	4.567,1	29,6	61	9,4
Eslovenia	24,6	4.076,4	31,5	67,2	1,3
Portugal	24,3	4.076,4	40	50,3	9,7
Luxemburgo	23,8	10.904,6	44,5	51,5	3,9
Islandia	23,8	6.038,8	40,8	38,5	20,7
Polonia	21,6	2.120,8	50,1	49,5	0,3
Hungría	21,4	2.783,1	34,8	58,4	6,9
República Checa	20,1	2.963,6	23,4	75,4	1,2
España	19,7	4.186	28,4	68,7	2,8
Malta	18,5	2.879,2	29,4	67,2	3,4
Eslovaquia	18,4	2.062,8	30,2	68,5	1,3
Irlanda	16,5	4.813,6	61,7	36,7	1,6
Lituania	13,6	1.341,5	38,8	60,7	0,4
Estonia	13,4	1.411,2	20,1	79,8	0,1
Letonia	13,4	1.173,9	28,9	71,1	–
Chipre	–	–	–	–	–

(1) Estándar de Poder Adquisitivo
(2) Ingresos de propiedad y otros ingresos
– no disponible

Fuente: Base de datos Eurostat 2006.

tes económicos en aquellos países que han intentado acceder a la zona EURO. Así, muchos países han reaccionado con reformas del bienestar y recortes en el gasto social. Después del establecimiento de la Unión Económica y Monetaria (UEM), el Pacto de Estabilidad y Crecimiento ha intentado continuamente fortalecer la disciplina presupuestaria. El saneamiento de las finanzas gubernamentales se ve como un instrumento para apoyar las políticas orientadas a la estabilidad monetaria y para permitir un crecimiento fuerte y sostenible junto con la creación del empleo. En cuanto a la disciplina presupuestaria exigida en política social, ésta se refiere sobre todo al impacto del envejecimiento de la población en el futuro gasto público, en particular en el gasto del cuidado de larga duración.

2.2.2. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS

Las proyecciones de población actuales apuntan a un ligero aumento del total de la población en la UE 25 hasta el 2025 (470 millones en comparación con 456 millones en 2005) y un ligero descenso hasta 2050 (450 millones) (Eurostat, 2006). Mientras las disminuciones proyectadas son más significativas en los países del Este europeo, el total de población permanece bastante estable en Europa. Sin embargo, hay cambios sustanciales en la composición por edad de las sociedades europeas (ver Cuadro 2 en página siguiente). En el año 2005, aquéllos entre 65 y 79 años de edad suponen un 12,59% del total de población en la UE 25, una proporción que oscila entre el 9,26% en Eslovaquia y el 14,70% en Grecia. Esta proporción aumentará a un 14,85% como promedio de la UE 25 en el año 2020, e incluso más en la mayoría de los países hasta 2040, llegando a alcanzar un 19,02% en el promedio de la UE 25. Para entonces, este grupo de edad representará más del 22% del total de población en Italia y República Checa. Desarrollos similares se esperan para el grupo de edad de más de 80 años (+80). La proporción del 4,11% en 2005 se incrementará hasta un 5,84% en 2020 y un 9,23% en 2040.

Estos cambios demográficos tienen importantes implicaciones para los modelos tradicionales de financiación y provisión de los sistemas de bienestar. Dada la distribución de los principales riesgos sociales, el consumo de prestaciones – en particular pensiones, cuidado de larga duración, prestaciones sanitarias – tiende a incrementarse con la edad. Por otro lado, la financiación del bienestar está basada principalmente en las contribuciones e impuestos relacionados con el empleo. El llamado ratio de dependencia por vejez, que es la proporción entre el número total de personas con 65 años o más y el número de personas en edad de trabajar entre 15 y 64 años, es un indicador de la presión que los cambios demográficos ejercen sobre las formas tradicionales de financiación de la protección social. El ratio variará desde el 23,4 en el año 2000 al 32,1 en 2020, 48,5 en 2040 y 52,8 en 2050 (ver Cuadro 3). Esto es, mientras que en el año 2000 había aproximadamente 4 personas en el grupo de entre 15 a 64 años por cada persona en el grupo de mayores de 65, en 2050 habrá sólo 2.

CUADRO 2

Proyección de la población por grupos de edad en la Unión Europea
(en porcentaje del total de población, 2005, 2020, 2040)

País	2005		2020		2040	
	65-79	80+	65-79	80+	65-79	80+
UE 25	12,59	4,11	14,85	5,84	19,02	9,23
Austria	11,78	4,25	14,56	5,46	17,81	12,64
Bélgica	12,95	4,28	14,59	5,95	17,77	9,56
Chipre	9,47	2,66	13,39	3,78	15,76	7,19
República Checa	11,03	3,01	16,83	3,96	22,27	8,69
Dinamarca	10,92	4,06	15,49	4,49	17,35	7,39
Estonia	13,34	3,09	13,67	4,99	15,91	7,21
Finlandia	11,98	3,85	17,27	5,37	16,85	9,89
Francia	11,92	4,53	14,51	6,16	16,71	10,08
Alemania	14,30	4,29	15,53	7,05	20,82	10,25
Grecia	14,70	3,39	15,11	6,00	20,92	8,31
Hungría	12,28	3,35	15,66	4,68	19,65	8,46
Irlanda	8,52	2,68	11,47	3,26	15,83	6,33
Italia	14,54	4,95	15,98	7,36	22,61	10,53
Letonia	13,49	3,04	13,20	5,16	16,39	7,15
Lituania	12,28	2,97	12,58	4,96	17,19	7,24
Luxemburgo	10,99	3,22	12,05	4,42	15,61	6,69
Malta	10,40	2,84	15,30	4,14	14,68	7,86
Países Bajos	10,49	3,49	14,69	4,13	17,56	7,05
Polonia	10,60	2,52	14,00	4,21	15,96	8,80
Portugal	13,19	3,79	14,76	5,59	19,91	8,60
Eslovaquia	9,26	2,36	13,24	3,10	21,33	7,97
Eslovenia	12,29	3,00	15,27	5,10	20,59	10,55
España	12,53	4,29	13,79	6,03	21,76	9,48
Suecia	11,89	5,32	15,91	5,32	16,50	8,07
Reino Unido	11,67	4,40	14,33	5,15	17,79	8,11

Fuente: Base de datos Eurostat 2006.

CUADRO 3

Porcentaje del total de población necesitada de cuidados, ratio de dependencia, y ratio de dependencia de la Tercera edad en la Unión Europea (2000, 2020, 2040)

País	Porcentaje del total de población necesitada de ciudadanos (1)			Ratio de dependencia (2)			Ratio de dependencia de la Tercera edad (3)		
	2000	2020	2040	2000	2020	2040	2000	2020	2040
Austria	4,5	5,3	5,9	7,3	8,9	12,0	22,9	30,3	50,4
Bélgica	4,6	5,2	5,5	7,6	9,0	10,8	25,5	32,2	47,2
República Checa	5,1	5,8	6,4	7,9	9,8	12,7	19,8	31,8	43,8
Chipre	5,9	6,6	7,2	9,7	11,4	12,7	17,0	25,5	36,1
Dinamarca	4,5	5,1	5,3	7,2	8,8	10,4	22,2	31,2	42,1
Alemania	4,7	5,3	5,7	7,8	9,2	11,3	23,9	35,1	54,6
Grecia	4,8	5,3	5,9	7,7	9,1	12,1	24,2	32,5	49,8
Estonia	5,1	5,6	6,0	8,2	9,1	10,9	22,4	28,7	36,6
Finlandia	4,5	5,2	5,4	7,2	9,4	10,5	22,2	37	46,1
Francia	4,5	4,9	5,3	7,4	8,8	10,1	24,6	33,2	46,9
Hungría	5,2	5,7	6,1	8,2	9,4	11,7	22,0	31,2	40,3
Irlanda	4,0	4,3	4,8	6,4	7,3	8,5	16,8	22,5	35,9
Italia	4,8	5,4	6,1	7,9	9,4	13,0	26,8	36,6	59,8
Letonia	5,2	5,7	6,1	8,4	9,3	11,2	22,1	28,0	37,4
Lituania	4,9	5,6	6,1	8,0	9,0	11,4	20,8	26,0	39,3
Luxemburgo	4,4	4,7	4,8	7,1	7,9	8,3	21,4	24,7	36,7
Malta	6,2	7,1	7,5	9,9	12,6	14,1	17,9	30,0	35,9
Países Bajos	4,3	5,0	5,4	6,8	8,5	10,3	20,0	29,0	41,6
Polonia	4,9	5,5	6,0	7,6	9,2	10,9	17,6	27,1	39,7
Portugal	4,5	5,0	5,5	7,3	8,3	10,9	23,7	31,5	48,9
Eslovaquia	4,8	5,4	6,1	7,4	8,7	11,0	16,6	23,5	38,1
Eslovenia	5,2	5,9	6,5	8,0	10,0	13,2	19,8	30,8	47,7
España	4,7	5,2	6,1	7,3	8,7	13,0	24,5	30,0	54,3
Suecia	4,6	5,3	5,6	7,8	9,4	11,2	26,9	34,4	41,5
Reino Unido	4,5	5,0	5,4	7,4	8,6	10,4	23,9	30,3	43,8

(1) Porcentaje del total de población necesitada de cuidados.
(2) Ratio entre el número total de personas dependientes y el número total de personas entre 15-59 años.
(3) Ratio entre el número total de personas de más de 65 años y el número total de personas entre 15-64 años.

Fuente: Base de datos de la OMS 2006, Base de datos Eurostat 2006.

2.2.3 NECESIDADES Y GASTO DEL CUIDADO DE LARGA DURACIÓN

Con respecto a los cuidados de larga duración, los desarrollos futuros vendrán determinados por la prevalencia de enfermedades crónicas de larga duración y la dependencia relacionada con ellas. Según las proyecciones de la OMS, la proporción del total de población que requiere cuidados (según la carga de las enfermedades categorizadas como 5 y 6 por la OMS), se incrementará desde un 4,5-5 % en la mayoría de los países de la UE 25 en el año 2000, hasta un porcentaje de entre el 5% y el 6% en la mayor parte de los países de la UE 25 en 2040. Relacionando el número de personas que requieren cuidados diarios con aquellos de edad comprendida entre 15-64, se muestra un incremento del ratio de dependencia por cuidado de entre un 7 a un 9 en 2000 hasta de entre un 10 a un 14 en 2040.

Sin embargo, las proyecciones de la prevalencia de enfermedades crónicas de larga duración muestran variaciones significativas, debidas a dos asunciones subyacentes contrapuestas. La tesis de la "expansión de la morbilidad" argumenta que la longevidad y el aplazamiento de la muerte llevarán a una expansión de las enfermedades crónicas y, por lo tanto, de las necesidades de cuidados de larga duración que se han de cubrir. La tesis de la "compresión de la morbilidad", en cambio, sugiere una relativa reducción de los periodos de enfermedad crónica porque la morbilidad se pospone. Hay apoyo empírico para ambas asunciones (por ejemplo Cambois y Robine, 1996). Dada la tendencia demográfica global, los estudios están de acuerdo en que se producirá un aumento en el número absoluto de personas con necesidad de cuidados. Pero, las políticas sociales y sanitarias tienen un papel importante en las tendencias epidemiológicas. Centrándonos en las enfermedades crónicas relacionadas con la edad, la prevención y la activación podrían reducir considerablemente los futuros ratios de discapacidad.

El gasto en cuidados de larga duración está determinado tanto por los futuros desarrollos en la dependencia así como por una variedad de factores que determinan la provisión real de cuidados prestados. Las condiciones de vida (por ejemplo Iacovou, 2002), el tipo de participación en el mercado de trabajo y el trabajo a tiempo parcial (por ejemplo Vitanen, 2005), la percepción de la distribución de las responsabilidades entre el sector público y privado y de las formas adecuadas de disposición de cuidado (por ejemplo Daatland y Herlofson, 2003), todas ellas impactan sobre las decisiones sobre la organización de los cuidados. Éstas, junto con las formas ya existentes para abordar los cuidados de larga duración del estado del bienestar (ver sección 4), determinan la distribución pública, privada o intra-familiar de la provisión y la financiación de los cuidados e impacta sobre el futuro gasto en cuidados de larga duración.

Comas-Herrera et al. (2006) ha estudiado futuros escenarios de gasto de los cuidados de larga duración para Inglaterra, Alemania, Italia y España. En el escenario de partida se estima que el gasto total en porcentaje del PIB se duplicará en el Reino Unido entre 2000 y 2050 y aumentará un 138% en Italia, 149% en España y 168% en Alemania. En este caso, el gasto total como porcentaje del PIB estará (en 2050) entre el 1,62% en España y el 3,32% en Alemania. Como las respectivas previsiones son sensibles a varios factores, los autores han probado la sensibilidad de sus resultados a distintas asunciones macroeconómicas, sobre los futuros tamaños de la población de mayores, sobre la dependencia y sobre el cuidado formal e informal. La sensibilidad con respecto a la dependencia puede servir como ejemplo de en qué

medida el rango en dichas proyecciones es sustantivo. En el escenario de partida se asumen índices de dependencia constantes por grupo de edad. Al asumir que un incremento de 1 año en la esperanza de vida, la dependencia se retrasa en un año, el crecimiento del gasto en cuidados de larga duración es sustancialmente menor. En ese caso, el gasto total como % del PIB en 2050 estará sólo entre un 1,06% en España y un 1,98% en el Reino Unido.

Un reciente estudio de la UE (Comité de Política Económica, 2006) ha analizado el impacto del envejecimiento poblacional en el gasto público. Además de en atención sanitaria y en pensiones, las implicaciones son más acentuadas en el sector de cuidados de larga duración. Según un escenario de envejecimiento, el gasto en cuidados de larga duración como porcentaje del PIB aumentará de 0,9% (promedio UE 25) en 2004 a 1,0% en 2020, 1,4% en 2040 y 1,7% en 2050 (Ver Cuadro 4 de la página siguiente). Este análisis apunta también al hecho de que el gasto público es muy sensible a las tendencias de los índices de discapacidad de ciudadanos ancianos y al tipo de organización de los cuidados. Un envejecimiento más saludable puede suponer un alivio sustancial para el gasto público, mientras que una ampliación de la provisión formal de los cuidados (que tendrá lugar probablemente en los países con niveles actualmente bajos en este tipo de provisión del cuidado) aumentaría los niveles de gasto. De nuevo, el ejercicio de proyección subraya el amplio rango de niveles de gasto resultantes al emplear diferentes asunciones en las proyecciones. Asimismo, estos estudios sólo han tenido en cuenta el cuidado informal de forma implícita pero no han incluido los considerables costes relacionados con la provisión informal de los cuidados.

En resumen, las proyecciones a largo plazo se construyen con considerables incertidumbres aunque la tendencia general está clara. Los países europeos tienen que hacer frente a medio plazo a una perspectiva de poblaciones crecientemente envejecidas, de aumento de las dependencias, de transformaciones del contexto socio-económico y de rigurosas restricciones presupuestarias. La siguiente sección sintetizará las actuales trayectorias y regímenes de bienestar europeos, antes de que la aportación se centre en un análisis de las actuales políticas de atención a la dependencia y en cómo estas políticas intentan hacer frente a los desafíos descritos.

2.3. REGÍMENES DE BIENESTAR EUROPEOS

La búsqueda de agrupaciones o familias de modelos de bienestar ha sido desde hace tiempo un objetivo fundamental en la investigación comparativa del Estado de Bienestar en Europa. En las propuestas de agrupación, los autores se han centrado en las similitudes y diferencias en objetivos, principios subyacentes, líneas históricas de desarrollo, gasto social, papeles de los diferentes actores o en mediciones de los resultados. Entre los primeros esfuerzos se encuentra el trabajo de Wilensky y Lebeaux (1958) en el que estudiaron las diferencias en el gasto social y propusieron los modelos de bienestar residual e institucional, o el de Titmuss (1958) en el que estudió las aproximaciones políticas y propuso el modelo residual, el modelo de logro personal y el modelo institucional redistributivo. El debate más reciente sobre los regímenes de bienestar empezó con el trabajo seminal de Esping-Andersen (1990), que tiene aún mucha influencia como trabajo de referencia.

CUADRO 4

Gasto del cuidado en ancianos (2002) y Proyección del gasto en cuidados de larga duración (2004, 2020, 2040, 2050) en la Unión Europea

País	Gasto del cuidado en ancianos en 2002 (1)	Proyección del gasto en 2004 (2)	Proyección del gasto en 2020 (2)	Proyección del gasto en 2040 (2)	Proyección del gasto en 2050 (2)
Austria	1,1	0,6	0,8	1,2	1,5
Bélgica	0,0 (e)	0,9	1,1	1,8	2,1
República Checa	0,4 (p)	0,3	0,4	0,7	0,8
Chipre	–	–	–	–	–
Dinamarca	1,7	1,1	1,3	2,3	2,6
Alemania	0,4 (p)	1,0	1,3	1,8	2,3
Grecia	0,1	–	–	–	–
Estonia	–	–	–	–	–
Finlandia	0,7 (p)	1,7	2,3	3,8	4,0
Francia	0,2 (p)	–	–	–	–
Hungría	0,3	–	–	–	–
Irlanda	0,2 (p)	0,6	0,6	1,0	1,3
Italia	0,1 (p)	1,5	1,6	2,0	2,4
Letonia	–	0,4	0,5	0,7	0,8
Lituania	–	0,5	0,6	0,8	1,0
Luxemburgo	0,0 (p)	0,9	1,1	1,5	1,7
Malta	0,5	0,9	0,9	1,2	1,2
Países Bajos	0,7 (p)	0,5	0,6	1,0	1,2
Polonia	–	0,1	0,1	0,2	0,2
Portugal	0,3 (p)	–	–	–	–
Eslovaquia	0,3 (p)	0,7	0,8	1,2	1,4
Eslovenia	0,3 (p)	0,9	1,3	2,1	2,4
España	0,2 (p)	0,5	0,5	0,7	0,8
Suecia	2,7 (p)	3,8	3,9	5,8	6,3
Reino Unido	0,9 (p)	1,0	1,1	1,7	2,0

(1) Parte del gasto en protección social dedicado al cuidado de la Tercera Edad en % del PIB.

(2) Gasto público en cuidado de larga duración en % del PIB.

– no disponible.

(p) Valor provisional.

(e) Valor estimado.

2.3.1 CARACTERÍSTICAS DEL GASTO SOCIAL

Una rápida vistazo sobre el gasto en protección social en Europa (ver Cuadro 1) muestra claramente que los modelos de bienestar – al menos en lo que se refiere al gasto público – varían considerablemente. Los niveles de gasto oscilan entre un 13,4% como porcentaje del PIB en Estonia y Letonia y un 33,5% en Suecia. El caso de Irlanda (16,5%) muestra que no sólo los nuevos estados miembros de la UE, con su particular contexto económico, tienen bajos niveles de gasto. Las diferencias son aún más pronunciadas al considerar el gasto *per capita* en términos equivalentes de poder de compra. La clasificación de países según su gasto en protección social muestra un panorama en línea con lo que generalmente es percibido sobre el papel del Estado de Bienestar. Los países nórdicos son los que más gastan, seguidos de cerca por algunos países de Europa Continental como Francia o Alemania. En un grupo intermedio están la mayoría de los países de Europa Occidental así como los países de Europa del Sur, pero también Finlandia. Por último, los Estados Bálticos y países tan diversos como Eslovaquia, Malta e Irlanda (el último en el grupo intermedio en lo que se refiere a gasto *per capita*) forman el grupo con nivel inferior de gasto.

La financiación del gasto social público (ver Cuadro 1) revelan una segunda diferencia importante entre los modelos de bienestar europeos. En la mayoría de países, las contribuciones sociales suponen más de la mitad del gasto social total. Las mayores aportaciones pueden encontrarse en los países de Europa Central y Oriental que han reintroducido esquemas de seguro social en el periodo de transición de los 90. En los países nórdicos, Reino Unido e Irlanda la financiación mediante impuestos juega un papel más destacado. Mientras las fuentes de financiación son similares en los esquemas públicos de pensiones, la línea divisoria entre los países con financiación a través de seguros sociales y aquellos con modelos de financiación basada en impuestos es más pronunciada, por ejemplo, en la atención sanitaria.

En términos de función del gasto, los países europeos se parecen más. Los países de la UE 25 gastan un 44% por término medio en pensiones de jubilación (incluyendo las pensiones a supervivientes) y un 27% en atención sanitaria (incluyendo las prestaciones por enfermedad). Éstas son las dos mayores funciones del gasto en todos los países. Sin embargo, los indicadores relativos muestran variaciones significativas entre los países, lo que apunta a preferencias particulares en las políticas. El gasto en las pensiones está cerca de, o incluso sobre, el 50% en Italia, Polonia o Malta. Las políticas familiares representan más de 15% del total del gasto social en Irlanda y Luxemburgo, lo que contrasta con el 7,7% de promedio de la UE. Finalmente, hay variaciones en términos de la distribución entre prestaciones monetarias y en servicios. En Polonia, Italia, Letonia, Malta y Austria las prestaciones monetarias suponen aproximadamente el 70% (en Polonia incluso el 80%) del total del gasto. Las prestaciones en servicios son más importantes en los países nórdicos y en Irlanda.

2.3.2. MODELOS DE BIENESTAR: BISMARCK Y BEVERIDGE

Refiriéndose a los dos principales puntos de partida del desarrollo del Estado de Bienestar en Europa, la investigación comparativa distingue a menudo entre las denominadas tradiciones Bismarck y Beve-

ridge. En los países Bismarck, la protección frente a los principales riesgos sociales se organiza sobre la base del seguro social. Generalmente, el seguro social se empleó en las áreas de pensiones, desempleo, accidente o salud y, aunque hasta ahora en muy pocos países, en los cuidados de larga duración (véase más abajo). Las primeras leyes de seguro social se promulgaron en la década de 1880 en Alemania; muchos países europeos siguieron este camino en las décadas siguientes. Sin embargo, su implementación tuvo lugar en un largo periodo temporal (cuando se compara la aplicación entre países y en diferentes áreas de política) y en contextos políticos bastante diferentes (Kasza, 2002). A pesar de las diferencias en la agenda política y en el contexto de implementación, hay similitudes sustanciales en el resultado de las políticas adoptadas. Los modelos Bismarck se caracterizan por las contribuciones basadas en los ingresos destinadas a fondos específicos cuyo propósito es la cobertura contra riesgos sociales concretos. Normalmente, los modelos de seguro social tienen un estrecho vínculo con el empleo, con las contribuciones hechas por los empleadores y/o empleados y con la recepción de las prestaciones limitada a los contribuyentes y a sus familias. Aunque el acceso a las prestaciones se ha ampliado en muchos de estos esquemas, sobre todo en los sistemas sanitarios contributivos, los vínculos con el empleo continúan siendo bastante fuertes. Además de estar basado en sistemas de financiación contributivos, el empleo o el sector productivo de los asegurados determina a menudo el fondo de seguro que corresponde; y los fondos se organizan a menudo como cuerpos auto-administrados en el que los agentes sociales tienen un papel importante.

La orientación del Estado de Bienestar denominada modelo Beveridge hace referencia al informe Beveridge, publicado en 1942. La idea básica de esta orientación es la cobertura universal frente a los principales riesgos sociales, proporcionando acceso a todos los ciudadanos. Representantes de esta orientación son los países nórdicos, con altos niveles de prestaciones del bienestar, y el Reino Unido, con principios universales similares pero con niveles inferiores de bienestar. En la segunda mitad del siglo XX, la propuesta se convirtió en atractiva para otros países, en particular en atención sanitaria. En este sector, la universalidad se convirtió en el principio guía en todos los países europeos en la segunda mitad del siglo XX. Mientras que algunos países han extendido la cobertura a casi toda la población dentro de los esquemas tradicionales del seguro de enfermedad, otros países como España o Italia han transformado los modelos iniciales de seguro de enfermedad en sistemas nacionales de salud. Los países de Europa Central y Oriental han visto grandes transformaciones en el siglo XX. Desde los años 90, los desarrollos en estos países se han descrito a menudo como "vuelta a Bismarck". Muchos de estos países habían seguido una tradición de seguro social en la primera mitad del siglo XX. En el proceso de transición de los años 90, los seguros sociales se mostraron como una orientación de consenso entre las polarizadas ideas de libre mercado y las perspectivas centradas en el estado.

2.3.3. LOS TRES MUNDOS DEL CAPITALISMO DEL BIENESTAR

En 1990, Esping-Andersen propuso una modelización de regímenes de bienestar basada en tres grupos, que en los años siguientes ha constituido la propuesta más influyente en la investigación comparativa del bienestar. En el centro del estudio de Esping-Andersen se encuentran los conceptos de des-

mercantilización y estratificación y la discusión de los roles del estado, el mercado y la familia. La protección social se define como desmercantilizadora "cuando un servicio es proporcionado como una cuestión de derecho y cuando una persona puede mantenerse sin la dependencia del mercado". (Esping-Andersen, 1990: 22). El concepto de estratificación apunta al hecho de que el Estado del Bienestar distingue entre grupos sociales. El Estado de Bienestar constituye "una fuerza activa en la organización de las relaciones sociales". (Esping-Andersen, 1990: 23) En su análisis empírico incluyó los países de Europa occidental más EE.UU., Canadá, Nueva Zelanda, Australia y Japón.

Esping-Andersen identifica tres grupos de regímenes de bienestar. Los estados de bienestar liberales se caracterizan por bajos niveles de desmercantilización, individualismo y la primacía del mercado. El sistema se apunala en el predominio de programas basados en la estricta comprobación de recursos y la subsidiariedad del sector público respecto de la cobertura privada de los principales riesgos sociales. El ejemplo del grupo de régimen de bienestar liberal es Estados Unidos, pero también Australia, Canadá, Irlanda y el Reino Unido comparten algunas de sus características. El modelo de bienestar conservador muestra niveles moderados de desmercantilización y se caracteriza por una estructura corporativista. Los esquemas de prestaciones a menudo están basados en el nivel de ingresos y tienen como fin fundamental y sustancial la preservación del estatus. Tradicionalmente, se refuerza el papel de las familias tanto como proveedoras de bienestar como la referencia de las titularidades. Además de las familias y del sector público, las organizaciones sin ánimo de lucro actúan como actores principales en la prestación de servicios, mientras que las entidades lucrativas juegan un papel menor. Los representantes de este grupo de estados de bienestar son países de Europa Central y Occidental como Alemania, Francia o Austria, así como países de Europa del sur. No obstante, Italia fue el único país de Europeo del sur incluido en el análisis empírico. Finalmente, el tercer grupo de los estados de bienestar socialdemócratas se caracteriza por el mayor nivel de desmercantilización. Está representado por los países del Norte de Europa caracterizados por un fuerte universalismo y su compromiso con los objetivos redistributivos.

2.3.4. DEBATES EN TORNO A LA TIPOLOGÍA DE LOS REGÍMENES DE BIENESTAR

La publicación de la tipología de regímenes de bienestar de Esping-Andersen ha obtenido un enorme eco en la comunidad que ha investigado comparativamente el Estado de Bienestar. Las agrupaciones propuestas se han usado ampliamente en el trabajo empírico y han suscitado debate y crítica tanto en el concepto global como en los aspectos específicos. Además de las preocupaciones metodológicas (por ejemplo Kangas, 1994) y de los debates sobre el número de regímenes identificados, hay dos problemas principales que son de particular importancia en cuanto a los cuidados de larga duración: la falta de atención al género y un descuido en la incorporación de las prestaciones en especie en el agrupamiento de los estados de bienestar.

Una corriente de la literatura particularmente influyente ha apuntado la ausencia del género en el planteamiento. Estas autoras defienden que el género no está considerado, o no adecuadamente, en la con-

ceptualización de la estratificación y la desmercantilización, y que el acercamiento ignora los papeles de mujeres y hombres en las familias y en la provisión de bienestar. Como respuesta, algunas han propuesto una extensión del marco (por ejemplo Orloff, 1993) mientras otras han introducido enfoques alternativos, como los modelos del sustentador principal (*breadwinner*) o el concepto de (des)familiarización (por ejemplo, Lewis 1992; Sainsbury 1999). El concepto de "autonomía personal" (Orloff, 1993) sitúa la provisión del cuidado y las opciones disponibles (o no disponibles) para los cuidadores en el centro de estas discusiones. Lewis (1992) compara los estados de bienestar sobre la base de si éstos reconocen o no a las mujeres como esposas y madres y/o como trabajadoras y hasta qué punto lo hacen, y propone una categorización de estados de bienestar europeos según modelos de sustentador principal fuertes, moderados o débiles. Bamba (2004) ha revisado recientemente la cuestión en un esfuerzo por analizar los estados de bienestar sobre la base de un índice de desfamiliarización, entendiendo por desfamiliarización el grado de independencia de las mujeres respecto a la familia. Como resultado, los países europeos del Norte muestran altos niveles de desfamiliarización, mientras que el resto de países europeos se agrupan en un nivel de desfamiliarización intermedio. Bamba (2004) concluye de su análisis que los grupos del régimen de Esping-Andersen reflejan generalmente las relaciones de las mujeres con el Estado de Bienestar, pero sólo de una manera implícita.

Otro hilo del debate ha criticado el fuerte énfasis en las prestaciones dinerarias en lugar de prestaciones en servicios. En su análisis empírico, Esping-Andersen (1990) ha estudiado principalmente tres programas de bienestar (las pensiones, las prestaciones por enfermedad y las prestaciones de desempleo) que se proporcionan generalmente como prestaciones en efectivo. En otros sectores del bienestar, las prestaciones en especie suponen un nivel significativo de las prestaciones de protección social. Los estados de bienestar europeos dedican aproximadamente un tercio del gasto social total a prestaciones en especie, en algunos países menos del 25%, en otros más del 40%. De forma prominente, la atención sanitaria se basa en la provisión en especie. En menor y más variable medida, las políticas de cuidado y las familiares proporcionan a través de prestaciones en especie. Para la atención sanitaria, Bamba (2005) defiende que la mayoría los sistemas de salud siguen lo que se esperaría de las agrupaciones de Esping-Andersen. Los países corporatistas ponen más énfasis en las prestaciones monetarias comparados con los países nórdicos. Entre los países liberales parece haber una división entre los de bajo gasto tanto en prestaciones monetarias como en especie y países con el gasto bajo en prestaciones monetarias pero gasto más sustancial en prestaciones en servicios. A fin de estudiar los rasgos específicos de los servicios sociales, Alber (1995) propone un marco de análisis diferente, usando la estructura reguladora, la estructura de financiación, la estructura de provisión y el grado de poder del consumidor como factores explicativos del análisis comparativo. Anttonen y Sipilä (1996) en su estudio de los servicios de cuidado social en Europa identifican los regímenes del cuidado según las opciones que tienen los receptores de cuidados y los cuidadores. Estos regímenes de cuidado no se caracterizan simplemente por el nivel de tales opciones, sino que adicionalmente se caracterizan por patrones parcialmente bastante diferentes en el diseño de servicios para niños y servicios para ancianos (ver más abajo).

Un tercer aspecto importante del debate acerca de los regímenes de bienestar ha sido si los tres grupos realmente reflejan los "mundos del bienestar". En el análisis de Esping-Andersen (1990), Italia era

el único representante de los países europeos del Sur. Mientras que Leibfried (1993) describe los estados de bienestar europeos del Sur como estados del bienestar en proceso de alcance o puesta al día con derechos de bienestar limitados, otros identifican las características específicas del "modelo de bienestar Europeo del Sur". Ferrera (1996) señala un sumamente fragmentado sistema de mantenimiento de ingresos, transiciones desde sistemas corporatistas de salud a sistemas nacionales de salud y un *welfare-mix* particular como características del "modelo de bienestar del Sur". Castles y Mitchell (1993) proponen otra ampliación de "familias" de estados de bienestar que comparten rasgos comunes, el llamado "modelo de bienestar radical". Se defiende que estos estados de bienestar (con el Reino Unido, Australia y Nueva Zelanda como los ejemplos) difieren significativamente del modelo liberal en que siguen un enfoque redistributivo más sólido.

Mientras que los análisis de regímenes de Esping-Andersen y la mayoría de los debates que lo han seguido se han centrado en los países europeos occidentales y algunos países industriales no europeos, hasta ahora se han hecho pocos intentos para incluir a los países de Europa Central y Oriental. Como se mencionó antes, sus desarrollos se han descrito a menudo como un "regreso a Bismarck". Dadas las ideologías totalmente polarizadas entre orientación al mercado por un lado y centradas en el Estado por otro, los modelos de aseguramiento hacen una oferta con potencial para proporcionar acceso a la protección social a la mayoría de la población al tiempo que permite la introducción de elementos más orientados al mercado. En la atención sanitaria, todos los países de Europa Central y Oriental han adoptado modelos de seguro social, aunque de formas muy diferentes. Mientras que, por ejemplo, sólo hay un fondo nacional de seguro sanitario en Hungría, Eslovaquia ha implementado un sistema de fondos públicos y privados entre los que es posible escoger (Österle, 2006). Desde una perspectiva de género, Pascall y Manning (2000) concluyen que con la transición – aún reconociendo la gran diversidad en la región – las redes familiares se han convertido en un elemento necesario económicamente. Como consecuencia, las mujeres se han hecho más dependientes de las relaciones familiares, aunque posiblemente podrían llegar a ser menos dependientes en el seno de las relaciones familiares.

2.4. POLÍTICAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EUROPA

A diferencia de los sistemas de salud, pensiones o desempleo, la mayoría los países europeos no cuentan con una tradición asentada de sistemas amplios para los cuidados de larga duración. La protección social contra el riesgo de dependencia era –y en muchos países todavía es– parte de otros esquemas de protección, aunque por lo general de forma bastante fragmentada. Sólo en los países europeos del Norte, Países Bajos, y en menor medida en el Reino Unido, hay una tradición de provisión amplia de prestación de servicios sociales de cuidado residencial y comunitario. Otros países también han proporcionando plazas en residencias, aunque a niveles sustancialmente más bajos, principalmente se han centrado en las áreas urbanas y en esquemas de financiación basados en los principios de asistencia social. En las dos últimas décadas, se han intensificado los debates sobre la implementación de nuevos esquemas del cuidado de larga duración en Europa y éstos han conducido a reformas o propuestas de

reformas en muchos países. En esta sección, la contribución perfilará brevemente los enfoques en torno al riesgo de dependencia en Europa y discutirá más detalladamente algunas de las cuestiones clave en relación con los modelos de bienestar, en particular la división de responsabilidades públicas y privadas, el papel del cuidado informal y la orientación hacia prestaciones en efectivo o en servicios.

2.4.1. ACTITUDES Y DIVISIÓN DE RESPONSABILIDADES PRIVADAS Y PÚBLICAS EN LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Los países europeos aún difieren ampliamente en la percepción de responsabilidades públicas y privadas en los cuidados de larga duración. La literatura se refiere a menudo a una división Norte-Sur de las sociedades europeas a este respecto, con sociedades de familia fuerte en el Sur y más débil aún con considerables normas de familia en el Norte. Mientras muchos estudios identifican esto como una tendencia Norte-Sur, se debate en qué medida son estables estas diferencias y en qué medida afectan al papel real de las familias y del Estado de Bienestar en la provisión de cuidados (por ejemplo Daatland y Herlofson, 2003; Reher, 1998). Los datos del Euro-barómetro, por ejemplo, revelan pequeños cambios en las actitudes hacia el papel de la familia en el cuidado de los ancianos entre 1992 y 1999 (Glaser, Tomassini y Grundy, 2004).

En los años 90, Millar y Warman (1996) han estudiado las obligaciones legales para cuidar a los miembros dependientes de la familia. Las agrupaciones de países parecen seguir la línea de las percepciones predominantes sobre las responsabilidades de la familia y del Estado de Bienestar. En los países Nórdicos y en los Países Bajos, los cuidados de larga duración se consideran una responsabilidad pública, como resultado de servicios prestados a aquéllos que necesitan cuidados comparativamente más extensos y de niveles de gasto en cuidados de larga duración superiores al promedio europeo. Estos servicios son financiados públicamente, incluso si incluyen copagos de los usuarios sujetos a comprobación de recursos. En estos sistemas, el cuidado informal es más una suma, aunque una suma amplia, a los servicios proporcionados públicamente. En el Reino Unido e Irlanda, la línea divisoria entre las responsabilidades públicas y privadas no es tan explícita. La provisión pública es frecuentemente universal pero al mismo tiempo se sitúa en niveles inferiores en comparación con los países Nórdicos. Por otro lado, las familias proveen una gran parte del trabajo de cuidado, aunque no existen obligaciones legales explícitas en la misma medida que en el grupo de países orientados al cuidado por parte de la familia. En este tercer y cuarto grupo de países, hay obligaciones familiares explícitas (que son más restringidas en los países de Europa Central y Occidental). Estas obligaciones se convierten en importantes cuando, por ejemplo, los miembros de la familia tienen que contribuir económicamente al pago de servicios sociales o de plazas en residencias.

En un reciente estudio, Glaser, Tomassini y Grundy (2004) concluyen que los indicadores actitudinales y culturales son de importancia clave para explicar las variaciones en el apoyo familiar. Sin embargo, su estudio no apoya una clara división Norte-Sur. Más bien, propone que muchos países se caracterizan por su contexto específico. Los escenarios de políticas públicas y las restricciones demográficas parecen importantes a este respecto. Las tendencias demográficas son bastante similares para la mayo-

ría los países europeos. Por lo tanto, se podría esperar que este factor, al menos en el futuro, sostenga una mayor convergencia en el desarrollo de los cuidados de larga duración. Un segundo factor importante es el contexto de políticas públicas; y, de hecho, de las políticas de cuidados de larga duración están cambiando en muchos países europeos actualmente.

2.4.2. SISTEMAS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN EUROPA: UNA REVISIÓN

Los cuidados de larga duración consisten en la provisión de apoyo y ayuda a una persona con una condición limitante crónica. La cobertura de las necesidades pertinentes puede incluir cuidados especializados de enfermería, cuidados personales, apoyo doméstico y apoyo social. La respuesta en servicios a las necesidades de cuidados de larga duración —si se reconocen como tales— incluye la provisión de servicios de cuidado sanitarios y sociales bien en el hogar del cliente (cuidado comunitario) o en un espacio específico fuera del mismo (cuidado residencial o semi-residencial). Al proporcionar y financiar los servicios pertinentes, los cuidados de larga duración se caracterizan por un amplio espectro de planteamientos de las políticas y de los actores del bienestar involucrados. (Para una revisión véase, por ejemplo, OCDE, 2005; Österle, 2001; Pacolet, Bouten, Lanoye y Versieck, 2000; Rostgaard y Fridberg, 1998; Weekers y Pijl, 1998. En otras contribuciones de este volumen se proporcionan mayores detalles.)

Incluso en sistemas con niveles relativamente elevados de apoyo por parte de los servicios sociales, la mayor parte de la cobertura de los cuidados es brindado por proveedores informales, es decir los miembros del hogar y de la familia y — en menor medida — amigos y vecinos. Un cálculo aproximado estima que los cuidados informales alcanzan el 80% de todos los arreglos de cuidado por lo que son el tipo predominante. En la provisión real del sector informal normalmente hay un cuidador principal y en su mayor parte son mujeres las que proporcionan cuidados. Los cuidadores masculinos son por lo general jubilados mientras que muchas mujeres están proporcionando el cuidado informal entre sus cuarenta y cincuenta años y, por tanto, se enfrentan al desafío de cómo organizar el cuidado informal y el empleo en el sector formal. Aunque los cuidados de larga duración siempre se han concentrado de forma abrumadora en el sector informal, los cuidados informales de larga duración han sido ampliamente ignorados en las políticas sociales. Sólo con la conciencia creciente de los problemas asociados a la prestación de cuidados informales de larga duración, el riesgo de pérdida de una considerable cantidad de estos recursos "ocultos" y el incremento de las presiones financieras, el cuidado informal ha recibido recientemente mayor atención. Este reconocimiento es aún fundamentalmente retórico, aunque algunos países han introducido programas de prestaciones monetarias para los programas de cuidados dirigidos directamente a los cuidadores informales (por ejemplo el Reino Unido, Irlanda), programas de permisos por cuidados (por ejemplo Suecia) o han introducido programas que proporcionan ayuda regular para el trabajo de cuidado informal o cobertura de seguridad social para los periodos de prestación de cuidado informal (por ejemplo Alemania).

El papel del Estado de Bienestar se ha incrementado en los últimos años, en términos de iniciativas políticas y de niveles de gasto. Sin embargo, los datos comparativos existentes respecto al gasto en cuidados de larga duración continúan siendo imprecisos. En muchos países, el gasto en cuidados de larga duración se localiza en sectores muy diferentes del sistema del Estado de Bienestar, lo que conduce a problemas de recopilación de la información de estos sectores. Por consiguiente, los datos agregados tienen que ser usados con cautela. Según Eurostat (2006), el gasto para el cuidado de ancianos (si tales cifras están disponibles por completo) llega a ser inferior al 0,3% de PIB en muchos países europeos y de un 2,7 % en Suecia (ver Cuadro 4).

La mayoría de los sistemas de cuidados de larga duración se caracterizan por la descentralización, en los que los gobiernos centrales tienen un papel más fuerte en términos de financiación, estrechamente relacionada con las cuestiones sanitarias y con el establecimiento de programas de prestaciones monetarias para los cuidados, en tanto que los niveles regionales y locales dominan en la organización y provisión de servicios en la mayoría de los países. Históricamente, el cuidado residencial ha sido una de las principales respuestas del Estado de Bienestar al riesgo social de dependencia, aunque la densidad de camas ha permanecido baja en la mayoría de los países. En las dos últimas décadas, hay un cambio claro hacia el cuidado comunitario, que se ha visto favorecido por los argumentos de calidad y de preferencias individuales pero también por razones de relación coste-beneficio. Para algunos países europeos del Norte este desarrollo ha significado incluso una reducción de camas en instalaciones de cuidado residencial, mientras otros países todavía tienen que incrementar el número de camas en el cuidado residencial. La mayoría de los países han invertido en los últimos años en el sector del cuidado comunitario (aún cuando muchos todavía están lejos de los niveles adecuados) y están poniendo en práctica una división de roles entre comprador y proveedor. Mientras el sector público actúa como cofinanciador de la provisión de cuidados de larga duración, la provisión real de servicios se contrata cada vez más a proveedores tanto del sector sin fines de lucro como en el mercado lucrativo. Finalmente, hay una tendencia hacia los programas de prestaciones monetarias en los sistemas europeos de cuidados de larga duración (ver abajo). Entre otros objetivos, contribuir —vía incremento del poder adquisitivo de los destinatarios de las prestaciones— al desarrollo de los servicios sociales es también un objetivo explícito o implícito de estos esquemas.

En el pasado reciente se han realizado algunos intentos por identificar los regímenes de cuidados, la mayoría dedicados conjuntamente tanto al cuidado de niños como al cuidado de los ancianos. Anttonen y Sipilä (1996) identifican dos regímenes diferentes de cuidados sociales, el modelo Escandinavo de servicios públicos y el modelo de cuidado familiar del Sur de Europa. Los países de Europa Central y Occidental no muestran características de modelo claro y se sitúan en algún lugar entre los otros dos regímenes. En un análisis de estrategias de cuidados para niños y ancianos, Bettio y Plantenga (2004) proponen cinco agrupaciones de cuidados que, sin embargo, podrían reducirse a cuatro considerando las estrategias del cuidado de ancianos (ver Cuadro 5). Los países europeos del Sur (con la excepción de Portugal) puntúan alto en la provisión de cuidados informales, aunque bastante bajo en estrategias de cuidado residencial y comunitario. En el otro extremo, los países Nórdicos puntúan (relativamente) bajo en el cuidado informal, pero alto o al menos medio en cuidado residencial y comunitario. Reino Unido y Países Bajos son dos países que puntúan alto en el cuidado informal pero al mismo tiempo tienen niveles medios o altos de pro-

visión de servicios. Otros países de Europa Central y Occidental han sido posicionados entre ellos en provisión de cuidados informales, niveles intermedios en provisión del cuidado residencial y relativamente baja, aunque creciente, en provisión de servicios sociales. Aunque ambas propuestas dan cuenta del papel del cuidado formal e informal, no incluyen las prestaciones monetarias para programas de cuidados que se han popularizado en muchos países europeos en los últimos años.

CUADRO 5

Provisión del cuidado de larga duración informal y formal para la Tercera Edad en Europa

País	Cuidado informal	Cuidado residencial	Cuidado comunitario
Italia	Alto	Bajo	Bajo
Grecia	Alto	Bajo	Bajo
España	Alto	Bajo	Bajo
Portugal	Bajo	Bajo	Bajo
Austria	Medio	Medio	Bajo
Alemania	Medio	Medio	Bajo
Bélgica	Medio	Medio	Bajo
Francia	Bajo	Medio	Bajo
Irlanda	Medio	Medio	Medio
Reino Unido	Alto	Alto	—
Países Bajos	Alto	Alto	Medio
Dinamarca	Bajo	Alto	Alto
Finlandia	Bajo	Medio	Medio
Suecia	n.d.	Medio	Alto

Fuente: Adaptado de Bettio y Plantenga (2004).

2.4.3. PRESTACIONES MONETARIAS COMO SOLUCIÓN PARA LOS CUIDADOS DE DEPENDENCIA

54

Históricamente, la provisión de cuidados de larga duración se ha centrado en la provisión de servicios, en mayor medida en los países del Norte de Europa, en medida más limitada en otras partes de Europa. Además, los países europeos han ofrecido también transferencias, pero principalmente con el objetivo de apoyar los ingresos en los casos de discapacidad o enfermedad prolongada. La orientación hacia prestaciones monetarias como medio para organizar las tareas de cuidado de una manera más autónoma y autodeterminada constituye un desarrollo más reciente. (Para una revisión ver, por ejemplo, Ungerson y Yeandle, 2006; Timonen, Convery y Cahill, 2006 o Lundsgaard, 2005, así como otras contribuciones de este volumen).

Los programas de transferencias para el cuidado, *cash for care*, proporcionan ayudas en efectivo a aquellos que necesitan cuidados o, en algunos pocos casos, a los cuidadores informales. Están enfocados tanto a la población anciana, como a la población discapacitada más joven o a personas necesitadas de cuidados de larga duración sin límite de edad específico. Aplican definiciones muy diferentes del grupo objeto de sus respectivas políticas. El objetivo de fondo es dotar a aquellos que necesitan de cuidados o a aquéllos que los proporcionan de una elección amplia y de autonomía para la planificación de los cuidados que necesitan. En suma, las prestaciones monetarias para el cuidado son vistas como una oferta que promueve el cuidado comunitario, en el ámbito privado de la persona que necesita cuidado. Explícita o implícitamente, implica la expectativa de que las transferencias para cuidados también proveen los incentivos para el cuidado informal y, al menos en el caso de las necesidades de cuidado más prolongadas, es principalmente esta inclusión del cuidado informal el que hace del cuidado comunitario una alternativa rentable al cuidado residencial.

Aunque los programas de transferencias para cuidados comparten sus principales objetivos, el diseño concreto difiere de forma sustancial en toda Europa. Añadido a las diferencias ya mencionadas, una diferencia fundamental son las opciones que de hecho pueden tomar los receptores sobre las transferencias. Mientras los esquemas de países como Austria, Alemania, o Italia (ver, por ejemplo, Österle y Hammer, 2006; Schneider y Reyes, 2006; Gori y Da Roit, 2006) dejan en gran medida las decisiones sobre los planes de cuidados en manos de los destinatarios del cuidado y/o de sus familias, otros programas se dirigen más específicamente a la compra de cuidados en el sector formal o al empleo de cuidadores, por ejemplo, en los Países Bajos, el Reino Unido, Francia, o Finlandia. (Ver, por ejemplo, Pijl y Ramakers, 2006; Stiell 2006; Martin y Le Bihan, 2006; Timonen, Convery y Cahill, 2006). Algunos ejemplos demostrarán las diferencias.

El sistema de transferencias para el cuidado austriaco proporciona prestaciones de cuidados pagadas en siete niveles de dependencia que van desde los 148,30 € hasta los 1.562,10 €. Cubriendo al 4,5% de la población aproximadamente, el programa define el grupo objeto más ampliamente que el resto de los programas de prestaciones monetarias para el cuidado en Europa. La prestación está financiada mediante impuestos, no está sujeta a la comprobación de recursos y se paga a la persona necesitada de cuidado. Con respecto al uso de la prestación, los destinatarios son libres de gastarla como gusten. Los desarrollos posteriores a la introducción del esquema de transferencias de cuidados indican un aumento del consumo de servicios proporcionados por el sector del cuidado formal. En el sector del cuidado residencial, el número de camas no cambió significativamente pero hay un énfasis creciente del sector de cuidados residenciales hacia aquéllos con necesidades de cuidado más prolongadas. Esto es el resultado, por un lado, de estrategias explícitas de este sector pero también, por otro lado, una consecuencia de la búsqueda de alternativas fuera del sector residencial por parte de individuos y familias. Los servicios de cuidado comunitario han crecido sustancialmente, aunque la cobertura es todavía limitada regionalmente, en particular para los servicios de noche o de fin de semana. Además de estas limitaciones, la cobertura de servicios está también limitada por los sustanciales copagos, en relación normalmente con los ingresos. Por lo tanto, el cuidado informal juega todavía un papel fundamental. En los arreglos de cuidados, las transferencias se usan para compensar a los cuidadores informales o se convierten en parte del presupuesto familiar. Estas pensiones se ven, principalmente, como un recono-

cimiento financiero más que como pago por un trabajo. Al incrementar el ingreso disponible debido a las transferencias, el cuidado inmigrante se ha desarrollado en los últimos tiempos como una alternativa crecientemente atractiva, a pesar de que se han de hacer copagos bastante significativos a los servicios sociales. En el caso austriaco, los trabajadores inmigrantes de los países del Centro y Este de Europa son empleados para el trabajo del cuidado en turnos quincenales. Este tipo de cuidado cubre las 24 horas y constituye una opción más barata que los servicios sociales. Sin embargo, las colocaciones se realizan normalmente al margen de las regulaciones laborales y sociales, con la consecuencia de que los trabajadores carecen de una cobertura regular contra los riesgos sociales. Además, la disponibilidad de realizar arreglos de cuidado con trabajadores inmigrantes tiene implicaciones para los provisos de cuidados en el mercado formal de servicios sociales (Österle y Hammer, 2006).

Tanto Austria como Alemania se presentan con frecuencia como los prototipos del modelo de bienestar de aseguramiento social. A diferencia de Austria, Alemania siguió también este camino en los cuidados de larga duración. A mediados de los 90, se estableció un quinto pilar de aseguramiento social para los cuidados de larga duración. Con respecto a las prestaciones, el modelo alemán ofrece a los receptores de cuidados una opción entre ayudas en servicios (en cuidado residencial o comunitario), ayudas en efectivo, o una combinación de ambas. Como en Austria, optar por las prestaciones monetarias proporciona libertad de elección a los destinatarios. Mientras que la opción de la prestación monetaria predominó inmediatamente después de la introducción del nuevo esquema (aproximadamente el 60% de los beneficiarios optaron por las prestaciones monetarias en 1996), ha habido desde entonces un aumento de la opción de servicios y de la combinación de las dos (aproximadamente el 50% de los beneficiarios optaron por las prestaciones monetarias en 2003). Esto indica que los servicios sociales son cada vez más valorados por los destinatarios mientras el cuidado informal todavía juega un papel fundamental (aproximadamente el 70% de los destinatarios son cuidados en su entorno privado). Añadidos a los beneficios dirigidos a la persona necesitada de cuidados, el sistema del cuidados de larga duración alemán incluye elementos adicionales para apoyar sistemáticamente el cuidado informal: aparte de visitas regulares por parte de enfermeras cualificadas, ofrece prestaciones extraordinarias para el pago de cuidadores externos suplentes durante periodos limitados, clases gratuitas de formación y cobertura de seguridad social para los cuidadores. (Schneider y Reyes, 2006).

El programa de Presupuesto Personal de los Países Bajos combina la idea de la prestación monetaria para el cuidado con una definición abierta de opciones para el receptor. Siguiendo una valoración por parte de un equipo interdisciplinar de las funciones a cubrir, la persona necesitada de cuidados puede escoger entre servicios directos o el modelo de presupuesto personal. Al optar por los presupuestos personales, las transferencias se pueden usar para pagar los cuidados de los proveedores o emplear directamente a un cuidador, mientras sólo pequeñas fracciones están disponibles para pagar dispositivos o para el cuidado informal. En ambos casos, el modelo del presupuesto personal y el modelo de servicio social directo, tienen que satisfacerse unos copagos en relación a los ingresos, bastante sustanciales para la ayuda doméstica o incluso para las funciones de ayuda personal. Esto, junto con el hecho de que la valoración tiene en cuenta la disponibilidad de cuidados por familiares co-residentes, refuerza que esos presupuestos personales no estén dirigidos a cubrir totalmente los gastos relacionados con el cuidado. Más bien, como las prestaciones de cuidado en los sistemas austriaco y alemán, es una manera

de apoyar financieramente los cuidados en el hogar. Sin embargo, las opciones de este apoyo están claramente definidas para el consumo de servicios formales o la formalización de los acuerdos informales. (Pijl y Ramakers, 2006).

2.5. TENDENCIAS Y PERSPECTIVAS DE LAS POLÍTICAS DEL CUIDADO DE LARGA DURACIÓN EN LOS MODELOS DE BIENESTAR EUROPEOS

En las dos décadas pasadas se ha dirigido una atención creciente a los cuidados de larga duración como un riesgo social en los estados de bienestar europeos. Al abordar esta preocupación, las políticas de bienestar de los países siguen parcialmente lo que sugieren las tipologías de régimen de bienestar, sin embargo, parecen emerger enfoques específicos del cuidado de larga duración por toda Europa. Tomando como ejemplo el estado actual de la provisión y el consumo de cuidados de larga duración, los estados del bienestar parecen seguir conceptos tradicionales de organización y financiación del bienestar. Esto es particularmente cierto para el papel del cuidado informal, para el enfoque en los servicios y/o en las transferencias dentro de los esquemas de prestaciones así como en la extensión de la principal cobertura en varios países. Esta descripción, sin embargo, es principalmente una caracterización de los sistemas tal como se han desarrollado en el siglo XX.

En las políticas más recientes de cuidados de larga duración, muchos países están llevando a cabo o están debatiendo programas novedosos. En muchos países, estos desarrollos están abriendo nuevas maneras de tratar los cuidados de larga duración, aun cuando hasta ahora sólo se encuentran en fases tempranas; además, en estos desarrollos hay algunas tendencias comunes en toda Europa. El primer desarrollo que puede observarse en toda Europa es el establecimiento de sistemas integrales de cuidados de larga duración. Hasta los años 80, la fragmentación había caracterizado las respuestas del Estado de Bienestar hacia la dependencia y sólo algunos países europeos habían institucionalizado planes específicos de cuidados de larga duración. Desde entonces, los países europeos han comenzado a implementar programas de cuidados de larga duración novedosos, o, por lo menos, han visto propuestas y debates sobre políticas para la implementación de dichos programas. En segundo lugar, en cuanto al contenido de las políticas de cuidados de larga duración, se orienta claramente hacia el cuidado comunitario. Los servicios comunitarios no sólo se consideran más adecuados con respecto a las preferencias de los necesitados de cuidado, sino también en términos de rentabilidad. En función de sus niveles previos de densidad de camas en establecimientos residenciales, algunos países han reducido el número de camas, otros han transformado las instituciones existentes en nuevos establecimientos semi-residenciales, y muchos países están orientando sus capacidades en establecimientos de cuidado residencial hacia las personas más severamente discapacitadas. El desarrollo de servicios sociales comunitarios es importante en la agenda, pero los desarrollos actuales se ven a menudo entorpecidos por las constricciones presupuestarias. Una tercera tendencia que sugiere convergencia en las políticas europeas de cuidados de larga duración es el desarrollo de esquemas de transferencias en efectivo para la provisión de cuidados. Muchos de esos países que sólo recientemente han establecido sistemas

generales de cuidados de larga duración, lo han hecho sobre esquemas de ayudas en efectivo. Estos esquemas normalmente se construyen alrededor de la atención doméstica, acentuando la autonomía de la persona necesitada de cuidados en la toma de decisiones, pero también reflejan las preocupaciones presupuestarias, puesto que los niveles de las ayudas en efectivo son inferiores a lo que se debería pagar por servicios totalmente cubiertos en el mercado de cuidados sociales. A pesar de estas similitudes, hay también diferencias significativas, en particular con respecto a cómo puede emplearse el dinero para el cuidado. Mientras que en algunos países las decisiones a este respecto se dejan por completo en manos de los destinatarios, en otros países se limitan las opciones al consumo de servicios específicos o al empleo formal de cuidadores.

Las políticas de cuidados de larga duración están en elaboración en muchos países. Hay consenso respecto a que debido al aumento de las necesidades y de las presiones sobre la organización tradicional de los cuidados de larga duración, éstos requieren mayor reconocimiento como riesgo social que el que les fue otorgado en el pasado. Las constricciones presupuestarias, sin embargo, impiden a menudo la implementación de las políticas propuestas. Aprender de la diversidad de los novedosos desarrollos en el cuidado de larga duración en los países europeos y estudiar las implicaciones de las diferentes configuraciones nos ayudará a ir más allá de debates focalizados ante todo en el gasto y a mejorar la efectividad de las nuevas políticas orientadas al riesgo social de dependencia.

2.6 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Alber, J. (1995): "A Framework for the Comparative Study of Social Services" en *Journal of European Social Policy*, vol. 5, n.º 2, pp. 131-149.
- Anttonen, A. y Sipilä, J. (1996): "European Social Care Services: Is it Possible to Identify Models?" en *Journal of European Social Policy*, vol. 6, n.º 2, pp. 87-100.
- Bambra, C. (2004): "The Worlds of Welfare: Illusory and Gender Blind?" en *Social Policy and Society*, vol. 3, n.º 3, pp. 201-211.
- Bambra, C. (2005): "Cash Versus Services: "Worlds of Welfare" and the Decommodification of Cash Benefits and Health Care Services" en *Journal of Social Policy*, vol. 34, n.º 2, pp. 195-213.
- Bettio, F. y Plantenga, J. (2004): "Comparing Care Regimes in Europe" en *Feminist Economics*, vol. 10, n.º 1, pp. 85-113.
- Cambois, E. y Robine, J.-M. (1996): "An International Comparison of Trends in Disability Free Life Expectancy", en Eisen, R. y Sloan, F. A. (eds.): *Long-Term Care: Economic Issues and Policy Solutions*. Dordrecht, Kluwer.
- Castles, F.G. y Mitchell, D. (1993): "Worlds of Welfare and Families of Nations", en Castles, F.G. (ed.) *Families of Nations: Patterns of Public Policy in Western Democracies*. Aldershot, Dartmouth.
- Comas-Herrera, A., et al. (2006): "Future Long-Term Care Expenditure in Germany, Spain, Italy and the United Kingdom" en *Ageing & Society*, vol. 26, n.º 2, pp. 285-302.
- Daatland, S.O. y Herlofson, K. (2003): "Lost Solidarity" or "Changed Solidarity": A Comparative European View of Normative Family Solidarity" en *Ageing & Society*, vol. 23, n.º 5, pp. 537-560.

Economic Policy Committee (2006): *Impact of Ageing Populations on Public Spending on Pensions, Health and Long-Term Care, Education and Unemployment Benefits for the Elderly*, ECFIN/EPC (2006): REP/238final. Bruselas, Comisión Europea.

Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. Cambridge, Polity Press.

Eurostat (2006): *Eurostat Database 2006*. (<http://epp.eurostat.cec.eu.int>)

Evers, A.; Pijl, M. y Ungerson, C. (1993): *Payments for Care. A Comparative Overview*. Aldershot, Avebury.

Ferrera, M. (1996): "The "Southern Model" of Welfare in Social Europe" en *Journal of European Social Policy*, vol. 6, n.º 1, pp. 17-37.

Glaser, K., Tomassini, C. y Grundy, E. (2004): "Revisiting Convergence and Divergence: Support for Older People in Europe" en *European Journal of Ageing*, vol. 1, n.º 1, pps. 64-72.

Gori, C. y Da Roit, B. (2006): "The Commodification of Care: The Italian Way" en Ungerson, C. y Yeandle, S. (eds.) *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*. Londres, Palgrave.

Iacovou, M. (2002): "Sharing and Caring: Older Europeans" Living Arrangements" en *Schmollers Jahrbuch*, vol. 122, n.º 1, pps. 111-142.

Kangas, O. (1994): "The Politics of Social Security. On Regressions, Qualitative Comparisons and Cluster Analysis" en Janoski, T. y Hicks, A. (eds.) *The Comparative Political Economy of the Welfare State*. Cambridge, Cambridge University Press.

Lewis, J. (1992): "Gender and the Development of Welfare Regimes" en *Journal of European Social Policy*, vol. 2, n.º 3, págs. 159-173.

Lundsgaard, J. (2005): *Consumer Direction and Choice in Long-Term Care for Older Persons*, OECD Health Working Paper 20, Paris, OECD.

Martin, C. y Le Bihan, B. (2006): "Cash for Care in the French Welfare State: A Skilfull Compromise?" en Ungerson, C. y Yeandle, S. (eds.): *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*. Londres, Palgrave.

OECD (2005): *Long-Term Care for Older People*. Paris, OECD.

Orloff, A.S. (1993): "Gender and the Social Rights of Citizenship. The Comparative Analysis of Gender Relations and Welfare States" en *American Sociological Review*, vol. 58, n.º 3, pp. 303-328.

Österle, A. (2006): "Health Care Systems in Central Europe. Developments and Perspectives" en Burger, y Wieland, M. (eds.) *Economic and Sociopolitical Perspectives for Health Services in Central Europe*. Viena.

Österle, A. (2001): *Equity Choices and Long-Term Care Policies in Europe. Allocating Resources and Burdens in Austria, Italy, the Netherlands and the United Kingdom*. Aldershot, Ashgate.

Österle, A. y Hammer, E. (2006): "Care Allowances and the Formalization of Care Arrangements" en Ungerson, C. y Yeandle, S. (eds.): *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*. Londres, Palgrave.

Pacolet, J.; Bouten, R.; Lanoye, H. y Versieck, K. (2000): *Social Protection for Dependency in Old Age*. Aldershot, Ashgate.

Pascall, G. y Manning, N. (2000): "Gender and Social Policy: Comparing Welfare States in Central and South-Eastern Europe and the Former Soviet Union" en *Journal of European Social Policy*, vol. 10, n.º 3, pp. 240-266.

Pijl, M. y Ramakers, C. (2006): "Contracting One"s Family Members: The Dutch Care Allowance" en Ungerson, C., y Yeandle, S. (eds.): *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*. Londres, Palgrave.

- Reher, D.S. (1998): "Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts" en *Populations Development Review*, vol. 24, n.º 2, pp. 203-234.
- Rostgaard, T. y Fridberg, T. (1998): *Caring for Children and Older People – A Comparison of European Policies and Practices*. Copenhagen, The Danish National Institute of Social Research.
- Sainsbury, D. (1996): *Gender, Equality and Welfare States*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Schneider, U. y Reyer, C. (2006): "Mixed Blessings: Long-Term Care Benefits in Germany" en Ungerson, C. y Yeandle, S. (eds.): *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*. Londres, Palgrave.
- Stiell, B. (2006): "Issues in the Development of the Direct Payments Scheme for Older People in England" en Ungerson, C. y Yeandle, S. (eds.) *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*. Londres, Palgrave.
- Timonen, V.; Convery, J. y Cahill, S. (2006): "Care Revolutions in the Making? A Comparison of Cash-for-Care Programmes in Four European Countries" en *Ageing & Society*, vol. 26, n.º 3, pp. 455-474.
- Titmuss, R. (1958): *Essays on the Welfare State*. Londres, Allen & Unwin.
- Ungerson, C. y Yeandle, S. (2006): (eds.) *Cash for Care Systems in Developed Welfare States*. Londres, Palgrave.
- Vitanen, T.K. (2005): *Informal Elderly Care and Female Labour Force Participation across Europe*, ENEPRI Research Report, n.º 13.
- Weekers, S. y Pijl, M. (1998): *Home Care and Care Allowances in the European Union*. Utrecht, NIZW.
- Wilensky, H. y Lebeaux, C. (1958) (eds.): *Industrial Society and Social Welfare*. Nueva York, The Russell Sage Foundation.

Capítulo 3: Protección social de personas mayores dependientes en Europa*

Jozef Pacolet

Higher Institute of Labour Studies, Social and Economic Policy
Catholic University of Leuven, Lovaina

3.1. INTRODUCCIÓN

A mediados de los años noventa organizamos un estudio comparativo europeo sobre la protección social de personas mayores dependientes y la necesidad de un seguro de cuidados de larga duración (Pacolet, Bouten, Lanoye y Versieck, 2000). Fue precisamente en estos años cuando se produjo un interés creciente por el envejecimiento de la población, vinculado a la celebración del Año Europeo y Año Internacional de las Personas Mayores. Se utilizó en esta investigación una definición laxa de provisiones en metálico y en especie de la protección social. El nivel de adecuación de las pensiones y el nivel de seguros sanitarios deberían ser considerados junto con los servicios especiales y las provisiones para personas dependientes (en general, o para aquellos mayores de 65 años). También deberían considerarse las formas de financiación, ya que puede existir un nivel muy alto de financiación pública, aunque también puede darse la privatización ya que cada vez más responsabilidades son asumidas por el sector privado. Aunque también podría darse la total privatización de las prestaciones y financiación de los seguros. Desde entonces se tomaron nuevas iniciativas en la protección de las personas mayores, sobre todo debido a la introducción de un seguro específico de cuidados de larga duración en algunos países, y a una mayor expansión de los cuidados a personas mayores en otros países. Nuestra primera tanda de proyectos sobre la protección social de las personas mayores consistió en la búsqueda de datos y cifras. Desde entonces, el interés especial por el envejecimiento de la población implica que los cuidados de larga duración (CLD) se hayan convertido, no solo en términos macro-económicos, sino también micro-económicos, en el centro de interés de la OCDE y la Comisión Europea, tanto en términos de sus implicaciones actuales como en sus previsiones de futuro (OCDE, 2006; Comité Político y Económico, 2005).

De ahora en adelante afrontamos la visión que teníamos de los CLD en Europa a la luz de nuevas pruebas que nosotros mismos hemos recopilado en el marco de un proyecto más amplio sobre la situación del Estado de Bienestar en Europa (Pacolet, ed., 2006). Ampliamos nuestro análisis previo a los 25 Estados miembros, aunque aplicando la misma tipología que utilizamos en estudios previos sobre el Estado de Bienestar (Pacolet, 2003; Pacolet, Bouten, Lanoye y Versieck, 2000) y protección social de las personas mayores dependientes, ya que dicha distinción seguía siendo relevante. Nos centramos especialmente en la sostenibilidad del gasto en pensiones y salud (y cuidados de larga duración) así como las nuevas iniciativas tomadas en ese contexto. Confrontamos todavía más nuestra información sobre la disponibilidad y asequibilidad de los servicios para las personas mayores con nuevas pruebas.

La preocupación por los seguros de cuidados de larga duración llegó tarde a la agenda política, probablemente porque las consecuencias aparecerían tan solo más adelante. Se incluyó en la agenda en un momento desafortunado de interés creciente por la competitividad de la economía europea y la necesidad de una ortodoxia y austeridad presupuestaria continuadas. Junto con el coste emergente del envejecimiento de la población, la principal pregunta de investigación es: ¿en qué dirección están evolucionando los sistemas de protección social de los CLD y cómo se ven influenciados esos sistemas por las fuerzas económicas y el razonamiento económico? Concluiremos que el Estado de Bienestar europeo sigue sin embargo avanzando en el progreso social, especialmente en lo que se refiere al cuidado de personas mayores dependientes.

* Una versión anterior de este capítulo apareció publicada en la Revista Española del Tercer Sector n.º 3, mayo-agosto 2006, pp. 111-163.

3.2. DEFINICIÓN AMPLIA DE LA PROTECCIÓN SOCIAL: EVOLUCIÓN DEL ESTADO DE BIENESTAR DESDE LOS AÑOS NOVENTA HASTA HOY

En nuestro primer informe, en 1995 (Pacolet, Versieck, 1998), llegamos a la conclusión de que era demasiado pronto para que la integración económica europea (proceso interno de mercado de 1992, unión monetaria) mostrara sus efectos. Se demostró que el Estado de Bienestar estaba "vivo y coleando" y se tomaron nuevas medidas para desarrollar aún más los sistemas de cuidados infantiles, la conciliación de la vida familiar y laboral, y los cuidados de larga duración. Aparecieron entonces las tendencias hacia una mayor selectividad, el "targeting", y la aplicación de mecanismos de control de recursos a la hora de definir los criterios de elegibilidad para los programas, y algunos temieron una tendencia a la dualización. Se debatió si el desempleo masivo no era el mayor de los problemas, ya que era un resultado de la entrada masiva en el mercado de trabajo de la generación del "baby-boom". No se tomaron decisiones estructurales para afrontar el tema del desempleo, y algunos pensaron incluso que habría escasez de demanda. Fue en 1997 cuando la UE lanzó la Estrategia Europea Empleo y logró así colocar el tema del desempleo como prioridad de la agenda. ¿Fue demasiado poco y demasiado tarde?

En 2000, todos los Estados miembros alcanzaron la unión monetaria tras el camino del crecimiento, y la mayoría accedió en 1999. A pesar de las diferencias en las situaciones económicas, los estados de bienestar eran estables (Pacolet, 2003). Queríamos poner a prueba la hipótesis del relanzamiento de la protección social. No se produjeron más pasos hacia una mayor expansión de los estados de bienestar, y hubo dudas crecientes sobre si continuaría su expansión a la luz de las cambiantes necesidades demográficas. La introducción de un sistema con tres pilares, más competitividad, más co-seguros, priorizar la lucha contra la pobreza, la financiación a través de impuestos en lugar de mediante contribuciones – todos estos elementos podrían haber cambiado el patrón de sostenibilidad del sistema para el futuro. El creciente consenso para una mayor participación en el mercado no se acompañó de una oferta similar de nuevos empleos. ¿Cómo se llegaron a concretar estas tendencias? Desarrollamos este punto con mayor detalle en párrafos siguientes.

3.3. ¿PREOCUPACIÓN CRECIENTE POR EL CRECIMIENTO, LA COMPETITIVIDAD... Y LA PROTECCIÓN SOCIAL?

La ralentización de la economía en los años 90 condujo a una ambición reforzada de la UE por fortalecer la economía europea, su competitividad, su capacidad para crear puestos de trabajo y su cohesión social (Estrategia de Lisboa de 2000 para los siguientes 10 años). Informes recientes de grupos de expertos de alto nivel, tales como el de Sapir (2003) y Kok confirman la necesidad de relanzar la competitividad y el reto de combinarla con el Modelo Social Europeo. Las directrices políticas y económicas procuran relanzar la competitividad a través de herramientas macro-económicas y micro-económicas. También existe una especial atención (en el Comité Político y Económico entre otros) al impacto del

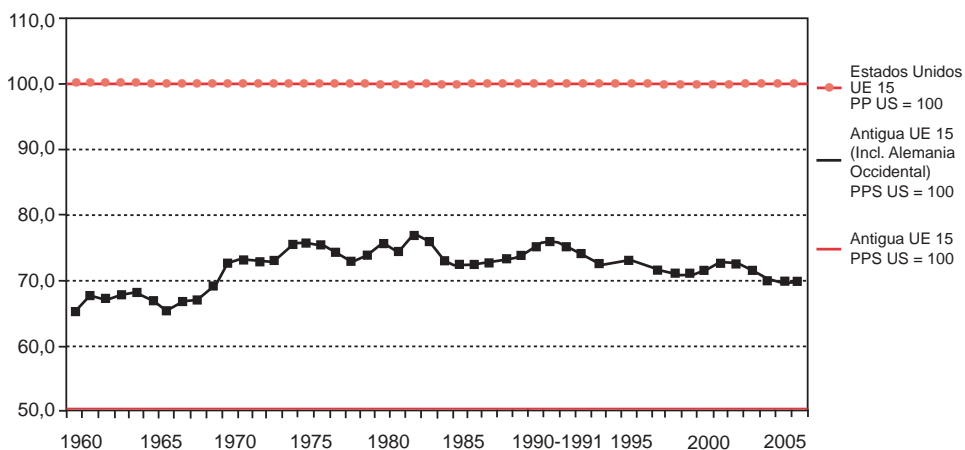
envejecimiento de la población sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas y sobre el desarrollo económico. Se instauró un Comité de Protección Social. Desde 1997, la Estrategia Europea de Empleo (que ha llegado demasiado tarde, pero esperemos que el esfuerzo no sea demasiado poco) se puso en marcha y, desde el año 2001, con el Método Abierto de Coordinación (MAC) se ha relanzado en varias áreas de protección social (pensiones, inclusión social, y también ahora sanidad y cuidados de larga duración). Mientras tanto, los nuevos Estados miembros preparaban su entrada en la UE y, en 1999, se lanzó el euro tras el proceso de convergencia desarrollado desde 1992 con los criterios de Maastricht y su reforzamiento en 1997 con el Pacto por la Estabilidad y el Empleo.

Debido en parte a la subsidiariedad, la protección social llegó tarde a la atención de los políticos europeos. Esto podría conllevar a que pase demasiado tiempo entre los problemas planteados y las políticas que los subsanen. Un ejemplo de ello es cómo en 1998 comenzaron las directrices europeas para el empleo en un momento en el que las tasas de desempleo llegaron a su punto más alto, mientras que el pleno empleo había desaparecido desde hacía más de dos décadas en muchos estados miembros. Pero por otro lado, también puede acelerar el interés político, tal y como se demostrará más adelante con las iniciativas que evalúan el impacto del envejecimiento sobre la protección social.

3.4. DEL DESARROLLO ARMÓNICO A LA DUDA

Al principio de este nuevo milenio nos encontramos ante una UE en peligro, tal y como se la llama en el Informe Sapir (2003) —así como el Informe Kok que hace el mismo diagnóstico— los primeros 30 años 1945-1975, los "treinta gloriosos", fueron realmente un periodo de crecimiento, estabilidad y cohesión social sin precedentes. El crecimiento rápido, la estabilidad macroeconómica y el Estado de Bienestar se

GRÁFICO 1
PIB a precios per capita de mercado actuales (PPP US = 100), 1960-2000



Fuente: Cálculo propio de la base de datos de AMECO (Comisión Europea) en Sapir, 2003.

han apoyado mutuamente, resultando en una convergencia considerable con la sociedad norteamericana, desde un índice de 40 a 70 (la paridad de poder de compra en EE.UU. se establece en 100) (Sapir, 2003: 93). Desde entonces se estabilizó, y recientemente ha empezado a decaer, tal y como señala el Informe Kok (2004: 14). "De mantenerse firme, Europa está ahora perdiendo terreno" (Kok, 2004: 14).

Desde entonces, el estancamiento y el desempleo conllevaron déficits presupuestarios y aumento de la carga de la deuda. También las nuevas y crecientes demandas de una mejor protección social hicieron que las tasas de gasto público alcanzaran niveles superiores al 50% del PIB en los años noventa. Fue la política europea de Maastricht y el Pacto por la Estabilidad y el Crecimiento los que ayudaron a colocar las finanzas públicas bajo control, previniendo así un mayor deterioro. La sostenibilidad de las finanzas públicas se convirtió en una importante referencia para evaluar los sistemas actuales y futuros de protección social (ver las actividades del partido laborista en materia de envejecimiento). Lo peor que le podría pasar a los sistemas de protección social sería una especie de "Financiación Ponzi"¹ de los déficit públicos.

Al comparar el modelo social europeo con el de EE.UU., queda claro que el intento de alcanzar la renta de ese país fue abandonado hace ya décadas. Los altos niveles de protección social persistieron, e incluso mejoraron, y fueron necesarios debido a que el desempleo y los bajos niveles de ocupación persistieron en el tiempo.

CUADRO 1
Desarrollo competitivo de la UE vs EE.UU.

	PIB/cabeza de población		PIB/horas laborales		Horario laboral por persona empleada		Empleo/población en edad de trabajar		Población en edad de trabajar/población	
	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000	1970	2000
UE 15	69,0	70,3	64,8	90,7	101,0	85,6	103,6	87,6	101,7	103,4
EE.UU.	100	100	100	100	100	100	100	100	100	100

Fuente: Sapir, 2003.

La Estrategia de Lisboa pretendía reaccionar ante la ralentización del crecimiento y el dramático nivel de desempleo, cambiando las prioridades de las políticas europeas. La posición relativa de Europa frente a EE.UU. se ha deteriorado, no porque faltara productividad, sino debido a la escasez de horas trabajadas por persona empleada y el descenso relativo en el empleo comparado con la población en edad de trabajar (Sapir, 2003: 23). Lo primero podría indicar una preferencia de los europeos por el ocio, un aspecto importante del progreso social. Lo último es sin duda lo más dramático y también quizás subestimado: desde que emerge en 1972 el comienzo de una preocupación por la dimensión social de Europa, no se ha vuelto a lograr el pleno empleo.

La ralentización del crecimiento económico y el drama de no lograr el pleno empleo desde las crisis del petróleo de los años setenta, no sólo frenaron el proceso de convergencia con los niveles de riqueza de

1) Aumentar la deuda para pagar el interés de la deuda contraída con anterioridad.

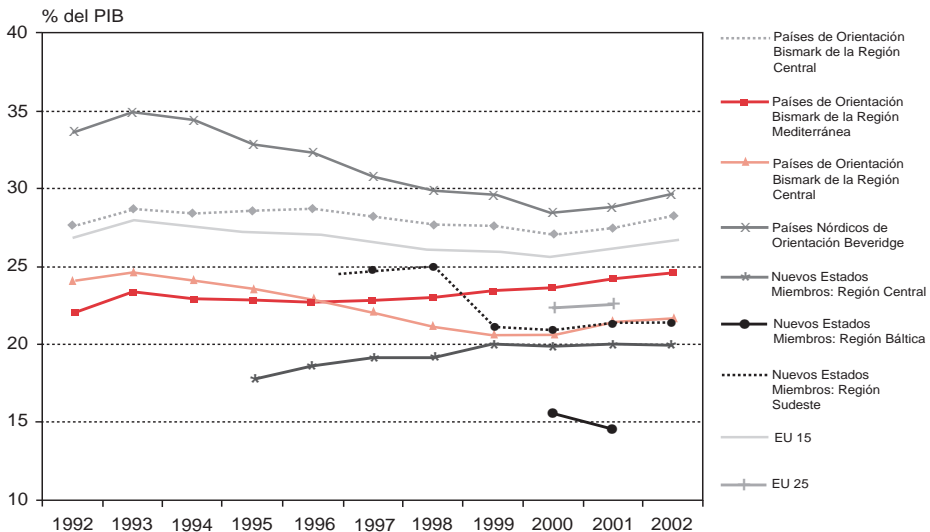
EE.UU., sino que se produjo el efecto inverso desde principios de los noventa. Esto implicaba una mayor demanda de recursos para la protección social, en un contexto en el que cada vez resultaba más difícil obtener dichos recursos. El envejecimiento de la población hará esta tarea todavía más difícil.

3.5. LA ROBUSTEZ DE LA PROTECCIÓN SOCIAL EN GENERAL CON ESPECIAL ATENCIÓN A LAS PENSIONES

En el periodo de la posguerra se crearon los estados de bienestar europeos a modo de desarrollo conjunto o "concertación" entre los agentes sociales, los sindicatos, las organizaciones empresariales y el Estado. El progreso y el crecimiento económico parecían ir de la mano. Aunque anclados en tradiciones y virtudes que van más allá de este periodo de la posguerra, en muchos países aquellos modernos estados de bienestar están celebrando sus aniversarios.

En el siguiente gráfico mostramos cómo el nivel medio (aritmético) del gasto social se mostró relativamente estable durante la última década. Decayó menos en los estados de bienestar con orientación *bismarckiana*, y se incrementaron incluso en los regímenes corporatistas de la región mediterránea. Junto con el deterioro de los países nórdicos, se denota convergencia en los antiguos estados miembros. En 1992, la diferencia entre el gasto de los estados de bienestar nórdicos y mediterráneos era de más de un 10% del PIB. Converge en una diferencia del 5% en 2002. Debemos subrayar que en todos los estados miembros desde el año 2000 vuelve a producirse un incremento en el gasto social como porcentaje del PIB. ¿Está describiendo la realidad el gráfico 2?

GRÁFICO 2
Gasto total en protección social en % del PIB, 1992-2002



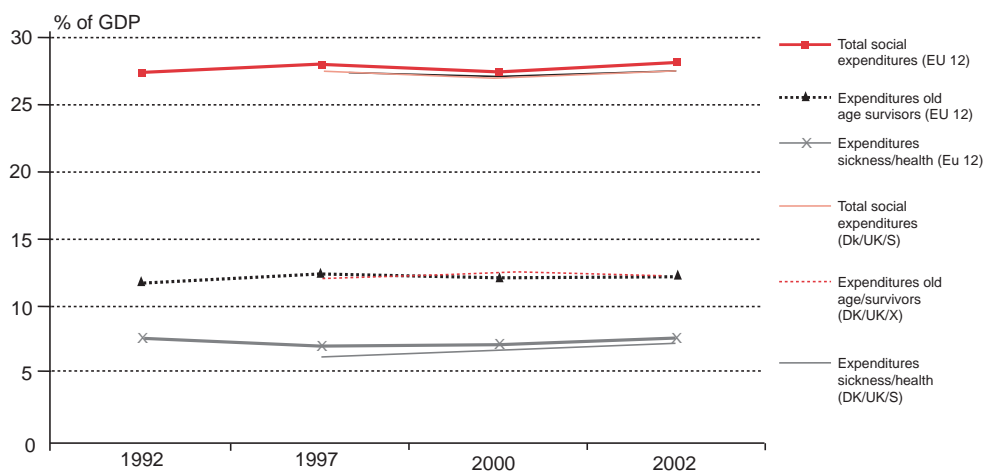
1 Media aritmética.

Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat.

La convergencia hacia una moneda única podría haber influenciado sustancialmente el nivel de gasto social. En el Gráfico 3, mostramos la diferencia entre aquellos países de la UE 15 que entraron en la zona euro, y aquellos que no lo hicieron en relación a su gasto sanitario y en pensiones. Las medias se valoran con la importancia relativa de sus economías. Vemos que no hay una evolución diferente entre la UE 12 y el resto de países (Reino Unido, Dinamarca y Suecia). Incluso hay un ligero aumento en el nivel total de protección social de la Europa de los 12. Así que no podemos observar diferencia alguna ni en el nivel total, ni en su evolución. Parece que la protección social no está en contradicción con la integración monetaria de la UE. Al menos la moneda única no parece requerir un recorte en protección social hasta la fecha.

GRÁFICO 3

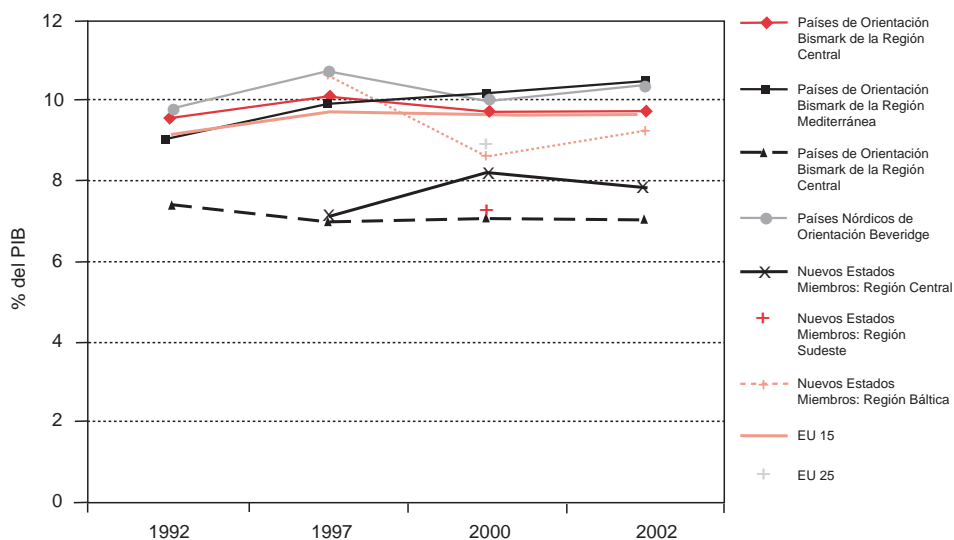
Gasto de protección social en la zona euro y el resto de la UE 15



Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat.

En el siguiente epígrafe analizamos con más detalle el gasto sanitario y de cuidados de larga duración. Sólo comentar por el momento (ver gráfico 4 de la página siguiente) acerca de otro sistema de protección social: las pensiones. Podemos concluir que desde la última década no ha habido un cambio sustancial en el porcentaje de PIB gastado en pensiones, pero no hay un claro impacto en el nivel de PIB sobre este gasto. Al contrario, parece ser constante en el tiempo a lo largo de la última década, y no esperamos demasiados cambios por razones demográficas (la generación del "baby-boom" comenzará a jubilarse sobre todo en la próxima década). La enorme diferencia entre países con el mismo nivel de renta per cápita y su gasto en pensiones es síntoma de diferencias políticas e institucionales.

Lo que destaca claramente es la influencia demográfica sobre el nivel total: las economías más antiguas se gastan más en pensiones. De nuevo, esto es lo que puede esperarse, y para ello está diseñado el sistema de pensiones. Así, los sistemas de pensiones parecen ser robustos y viables bajo la presión de cambios demográficos y económicos que han afectado a Europa en la última década. ¿Qué está pasando con la sanidad y los cuidados de larga duración?

GRÁFICO 4
Gasto en personas mayores (% del PIB), 1992-1997-2000-2002


1 Media aritmética.

Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat.

3.6. SOLIDEZ DEL GASTO SANITARIO Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN EN LA UE

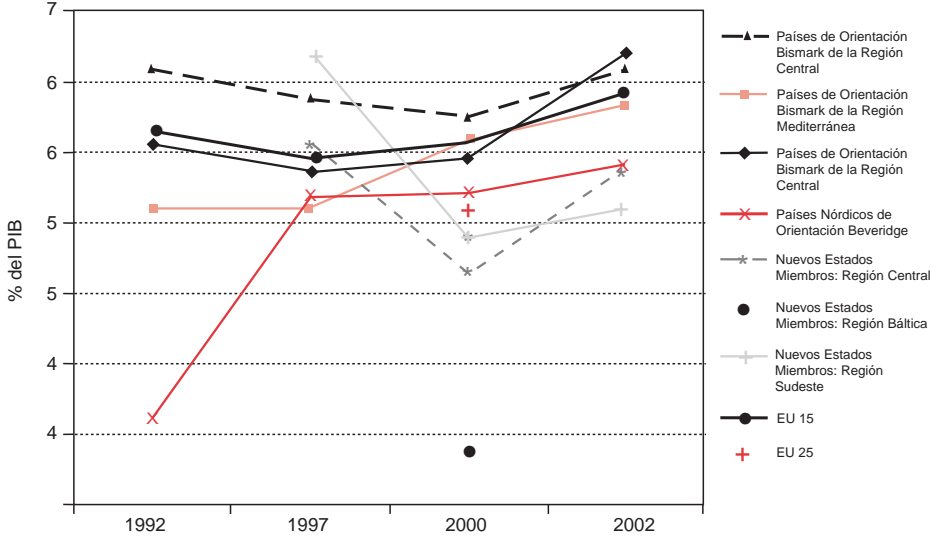
En materia de sanidad y cuidados de larga duración intervienen tanto la Seguridad Social como el Estado. Además, existe una creciente coincidencia en que la sanidad contribuye al crecimiento económico y la creación de puestos de trabajo, así como la creencia de que la longevidad, la riqueza y la salud incrementarán la demanda de gasto sanitario. Desde principios de los años noventa existe un creciente interés a nivel internacional por los cuidados de larga duración, ya que estos se ven sustancialmente afectados por el envejecimiento de la población, así como varias iniciativas nacionales adoptadas para instaurar los seguros de cuidados de larga duración. Por ello debatiremos la sanidad y los cuidados de larga duración de manera conjunta.

Puede hacerse una distinción entre la financiación y la provisión de servicios sanitarios y cuidados de larga duración. Con respecto a este último, el pluralismo prevalece: las organizaciones públicas, privadas, con y sin ánimo de lucro, juegan un papel extremadamente importante.

Analizando el gasto público en sanidad en el periodo 1992-1997-2002, reconocemos un patrón de crecimiento común, un periodo de estancamiento, un deterioro y una posterior expansión. En muchos países la sanidad y los cuidados de larga duración resistieron los recortes presupuestarios y, tras periodos de deterioro o estancamiento, se ha vuelto a producir un incremento del gasto en el periodo 1997-2002.

En informes anteriores sobre la protección social de personas mayores dependientes ya advertimos de que la presión demográfica y las expectativas sociales incrementarían la presión para la expansión del sector sanitario. En algunos países como Bélgica o Reino Unido, esta expansión ha continuado desde 2002. En otros países, el periodo se abrirá con la instauración explícita del seguro de cuidados de larga duración.

GRÁFICO 5
Gastos (en metálico y en especie) en cuidados sanitarios (% del PIB), 1992-1997-2000-2002

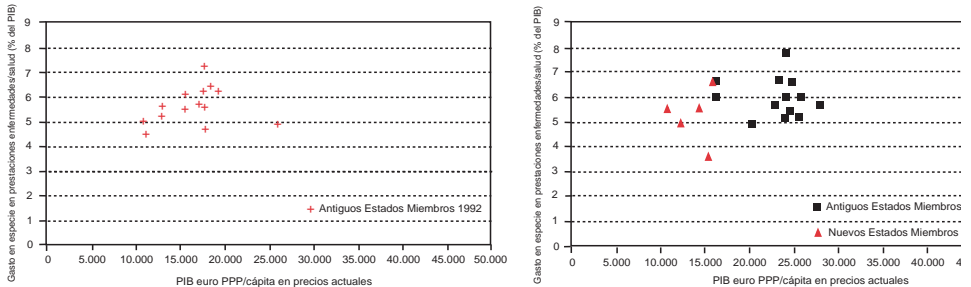


1 Media aritmética.

Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat.

GRÁFICO 6

Gastos (en metálico y en especie) en cuidados sanitarios (% del PIB) vs PIB (€ PPA per cápita en precios actuales), 1992 (izquierda)-2002 (derecha)



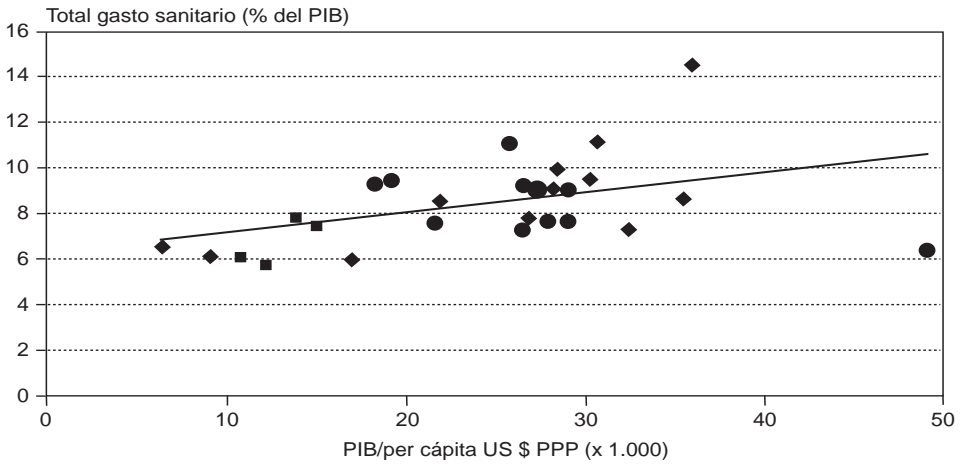
Fuente: OCDE.

A nivel europeo, parece que ya no existe una clara relación entre los niveles de ingresos y el nivel de gasto público en sanidad. Esto requiere de una investigación más profundidad ya que, a nivel inter-

nacional, y en una perspectiva más a largo plazo, existe una relación positiva entre el nivel de renta nacional y el gasto total en sanidad (ver gráfico 7). Existe la posibilidad de una cierta sustitución entre gasto público y privado, lo que explicaría la relación poco clara entre el gasto sanitario y el PIB. Debería hacernos pensar en la adecuación de nuestros sistemas sanitarios el hecho de que una economía desarrollada como la de EE.UU. tenga un gasto total en sanidad considerablemente más elevado que el europeo. ¿Será este bajo nivel de gasto europeo una señal de eficiencia? Ciertamente el sistema europeo es conocido por su equidad y accesibilidad.

GRÁFICO 7

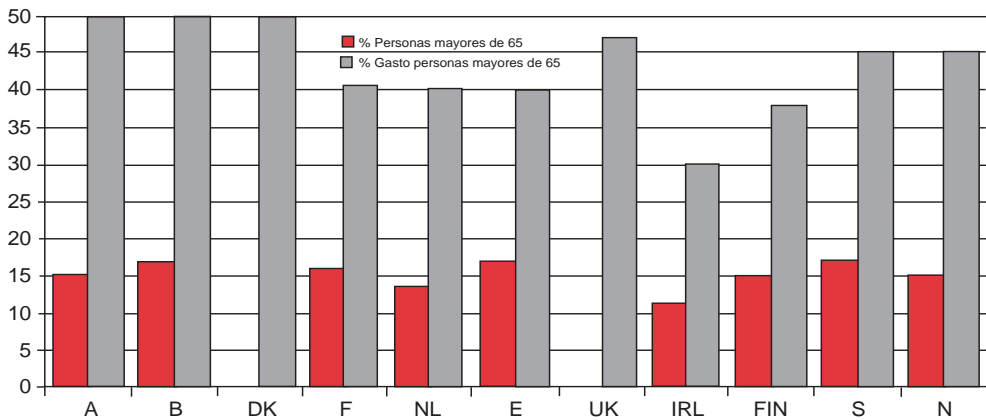
PIB y gasto sanitario local, OCDE, 2002



Fuente: OCDE.

GRÁFICO 8

Tasa de población mayor de 65 años y tasa de gasto sanitario total para la población mayor de 65 años, en 1995



Fuente: Pacolet en Cattaert, HIVA y Grammenos, 2003.

Cada vez más, la sanidad y los cuidados de larga duración se consideran conjuntamente en las estadísticas de la OCDE y Eurostat. Los cuidados de larga duración están orientados (aunque no siempre) hacia las personas mayores. Pero también en el gasto sanitario, la mayor parte va destinada a la población mayor de 65 años (ver gráfico 8). En el futuro, la sanidad estará todavía más orientada hacia los mayores (por ejemplo, Bélgica destina ahora un 50% de su gasto sanitario hacia las personas mayores, y se prevé que en un futuro destine dos tercios) (Pacolet, Delière et al, 2003).

3.7. LA SOSTENIBILIDAD FUTURA DEL GASTO EN SANIDAD Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Aunque resulta evidente que los gastos en sanidad y cuidados de larga duración resistieron los periodos de austeridad y ortodoxia presupuestaria impuestos por los criterios de convergencia de la integración europea, existe la incertidumbre, tanto a nivel popular como a nivel político, acerca de su viabilidad futura. El lado negativo de esto es que existe riesgo de que se trate de una profecía autocumplida y que apunte a una evolución decreciente de, al menos, la parte pública de la protección de las personas mayores dependientes. El lado positivo es que existe un creciente interés por este sistema por parte de políticos y analistas económicos. Todavía más positivo es que esas investigaciones ilustran mejor el lado opuesto de esos temores: la expansión de los costes sanitarios es razonable, y puede ser menor de lo esperado. A continuación repasaremos los niveles de gasto sanitarios y de cuidados de larga duración actuales y futuros tomados del grupo de trabajo sobre envejecimiento (GTE) del Comité Europeo de Política Económica² (CEP) y de un reciente documento de trabajo del Departamento Económico de la OCDE.

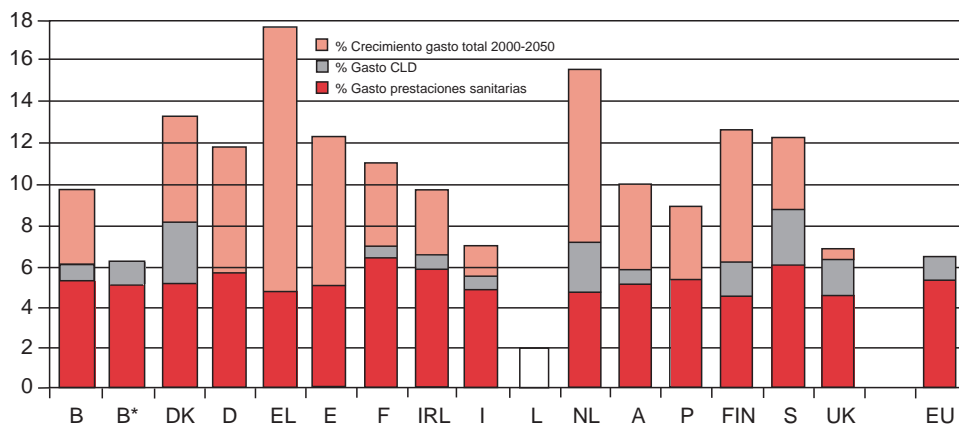
3.7.1. EL GRUPO DE TRABAJO SOBRE ENVEJECIMIENTO DEL COMITÉ ECONÓMICO DE POLÍTICA ECONÓMICA

La información del CEP atañe a la UE e ilustra una tasa de PIB para el gasto sanitario relativamente comparable, pero en menor medida en lo que se refiere a los cuidados de larga duración. En algunos países no hay información disponible, lo que podría demostrar que dicho gasto apenas existe. La expansión de dicho gasto se sitúa entre un 3 y un 5% del PIB.

2) Este grupo fue establecido para evaluar el impacto de la evolución demográfica sobre la sostenibilidad de las finanzas públicas en Europa.

GRÁFICO 9

Evolución del gasto público sanitario y de cuidados de larga duración



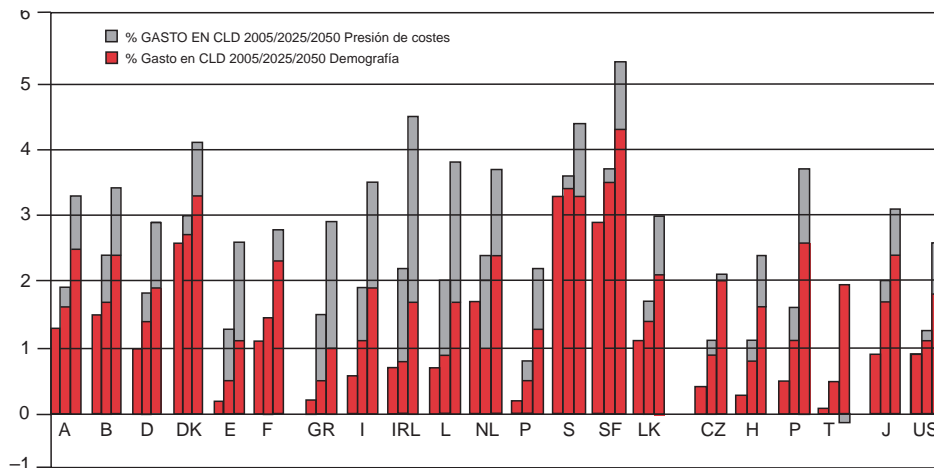
Fuente: GTE del CEP y cálculos propios para Bélgica.

3.7.2. PROYECCIONES RECIENTES DE LA OCDE

En el siguiente gráfico presentamos algunos de los principales escenarios manejados por la OCDE para calcular el gasto sanitario y de cuidados a largo plazo. En ellos se hace una distinción entre el impacto demográfico y la mejora de los servicios, así como al incremento de los costes. Ofrecemos la información para el periodo 2005/2050. En el cuadro 2 proporcionamos información más detallada para Bélgica y España comparados con la media de la OCDE y EE.UU. Además de un escenario de costes, también se presenta un escenario de contención de los mismos (OCDE, 2006). La situación actual es resultado de las necesidades demográficas y de los desarrollos sociales y económicos. La pura extrapolación de esas necesidades demográficas es el punto de partida para una futura expansión del gasto. Las cifras ilustran lo limitadas que pueden ser, especialmente en el año 2025 (la generación del "baby-boom" todavía no será demasiado mayor y continuará siendo independiente), pero también en 2050. Una de las razones es que la OCDE está examinando la hipótesis del "equilibrio dinámico" que dice que junto con un incremento de la esperanza de vida, puede esperarse un incremento similar en la esperanza de vida con salud. Los años de dependencia permanecen constantes por lo que, con una mayor longevidad, el incremento de los costes se pospone. Existen incluso pruebas que indican que la compresión de este periodo podría ser posible (reducción de la morbilidad). Esto implica que, tan solo por razones demográficas, los incrementos de los costes serán limitados. Reproducimos más adelante el camino de expansión máxima (la llamada "hipótesis de la presión del coste") lo que incrementa el gasto total tal y como puede observarse en el gráfico 11. Veamos pues Bélgica y España (en el cuadro 2 también los comparamos con la media de la OCDE y EE.UU.).

GRÁFICO 10

% PIB del gasto sanitario total



Fuente: OCDE, 2006.

CUADRO 2

Gasto público sanitario y en cuidados de larga duración (CLD), 2005-2025-2050

Año	Categoría	España	Bélgica	Media OCDE	EE.UU.
2005	Salud	5,5	5,7	5,7	6,3
	CLD	0,2	1,5	1,1	0,9
	Total	5,6	7,2	6,7	7,2
2025 Demografía	Salud	5,8	5,7	6,1	6,6
	CLD	0,5	1,7	1,5	1,1
	Total	6,3	7,4	7,6	7,7
2025 Contención de costes	Salud	6,8	6,7	7,0	7,5
	CLD	1,0	1,8	1,5	1,0
	Total	7,8	8,5	8,5	8,5
2025 Presión de costes	Salud	7,1	7,0	7,3	7,8
	CLD	1,3	2,1	1,9	1,3
	Total	8,4	9,1	9,2	9,1
2050 Demografía	Salud	6,4	5,8	6,3	6,5
	CLD	1,0	2,4	2,3	1,8
	Total	7,4	8,2	8,6	8,3
2050 Contención de costes	Salud	7,8	7,2	7,7	7,9
	CLD	1,9	2,6	2,4	1,8
	Total	9,6	9,8	10,1	9,7
2050 Presión de costes	Salud	9,6	9,0	9,6	9,7
	CLD	2,6	3,4	3,3	2,7
	Total	12,1	12,4	12,8	12,4

Fuente: OCDE, 2006.

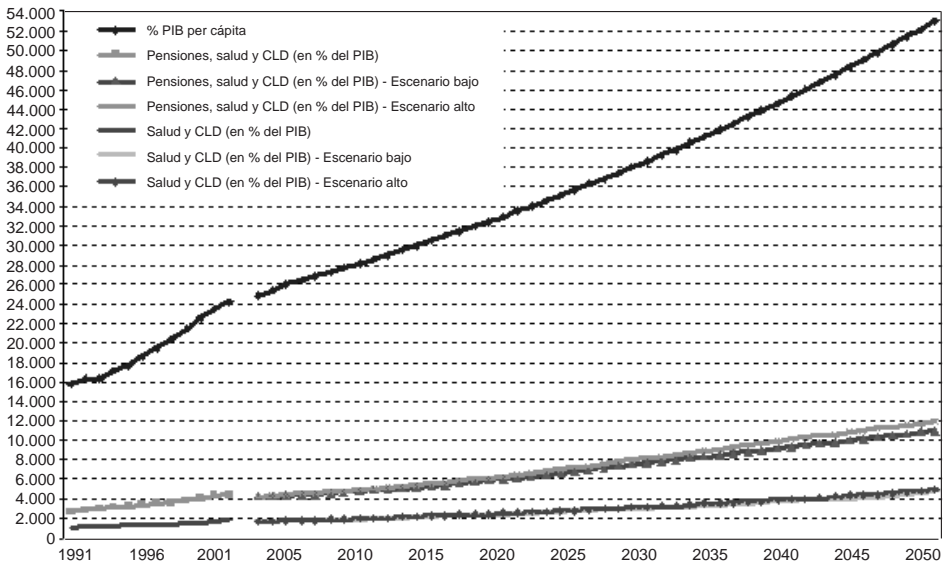
El nivel de gasto en cuidados de larga duración en Bélgica estaría en torno al 1,5% del PIB. En España en torno al 0,2%. Esta cifra se incrementará, pero en teoría, disponemos de 20 a 45 años para adaptarnos. Las cifras citadas para España están alineadas con los niveles actuales de gasto y las necesidades estimadas para un seguro de cuidados de larga duración suficientemente maduro oscilan entre un 1,33% y un 1,6% del PIB, tal y como estima Montserrat (2004, citada en Rodríguez Cabrero 2005: 19). Pero, tal y como mencionamos más adelante, la necesidad de expansión no es tanto una necesidad para el futuro, como una necesidad para el presente. Llegamos a esa conclusión antes, y la mantenemos basándonos en un análisis de los datos de la OCDE sobre la disponibilidad de servicios.

3.7.3 ¿EL FUTURO DEL GASTO SOCIAL, UNA CORNUCOPIA?

Se argumenta a veces que la falta de potencial para una mayor productividad en el sector socio-sanitario, comparado con otras actividades industriales, llevaría a una mayor carga para la economía. Esto, no sólo es positivo por sí mismo, al igual que con cualquier otra fuente de puestos de trabajo, sino que favorece el crecimiento y generará un incremento de la renta de las futuras generaciones. Esto es lo que ilustra el llamado "Efecto Baumol" (Baumol, 1993; ver también OCDE, 2006). Ilustramos a continuación el modo en que, incluso con las hipótesis máximas de crecimiento del gasto sanitario, sigue quedando para el futuro y para próximas generaciones un elevado nivel de renta en términos reales disponibles para consumo propio y para gasto público, escenario que nos recuerda a la imagen de una cornucopia.

GRÁFICO 11

Crecimiento y protección social: la cornucopia o imagen del PIB y las proyecciones del gasto social para la UE 15



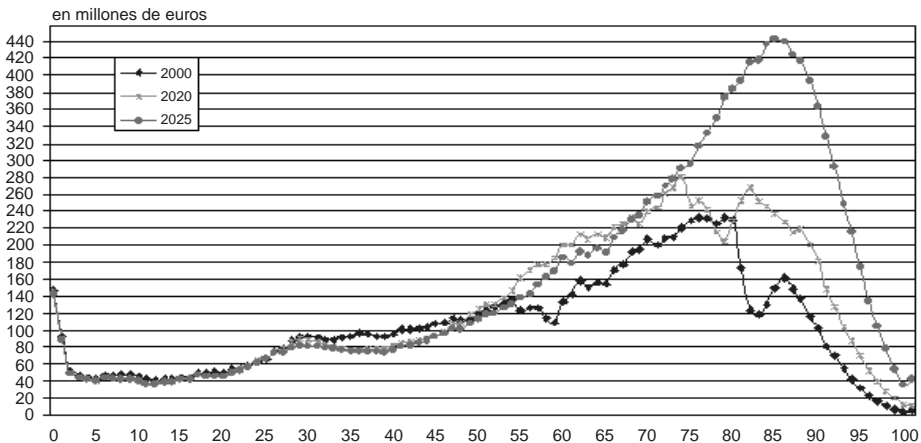
Fuente: Cálculos propios basados en Eurostat.

3.7.4. SOLIDARIDAD INTERGENERACIONAL COMO VENTAJA DE LOS SISTEMAS DE REPARTO

La financiación no es relevante en este contexto, ya que lo importante es el gasto total. Una sencilla extrapolación demográfica (gráfico 12) del futuro gasto sanitario ilustra el hecho de que en no más de 50 años veremos cómo pasan tres generaciones por el sistema sanitario: la próxima década, la generación "*interbellum*", después la generación del "*baby-boom*" y en el año 2050, la mayoría de los usuarios del sistema sanitario serán los descendientes de la generación del "*baby-boom*". Este es un argumento perfecto para considerar el hecho de que un sistema de prepago puede asegurar el riesgo y no sólo no cargar demasiado a una generación, sino que podría incluso beneficiar a futuras generaciones en una perspectiva a largo plazo.

GRÁFICO 12

Gasto total en sanidad y CLD según rangos de edad en Bélgica, 2000–2020–2025



Fuente: Cálculos de Pacolet y Cattaert basados en un perfil por edad de la salud, los CLD proporcionados por Christian Health Mutualities y pronosis demográficas del Instituto de Estadística INS 2000-2050.

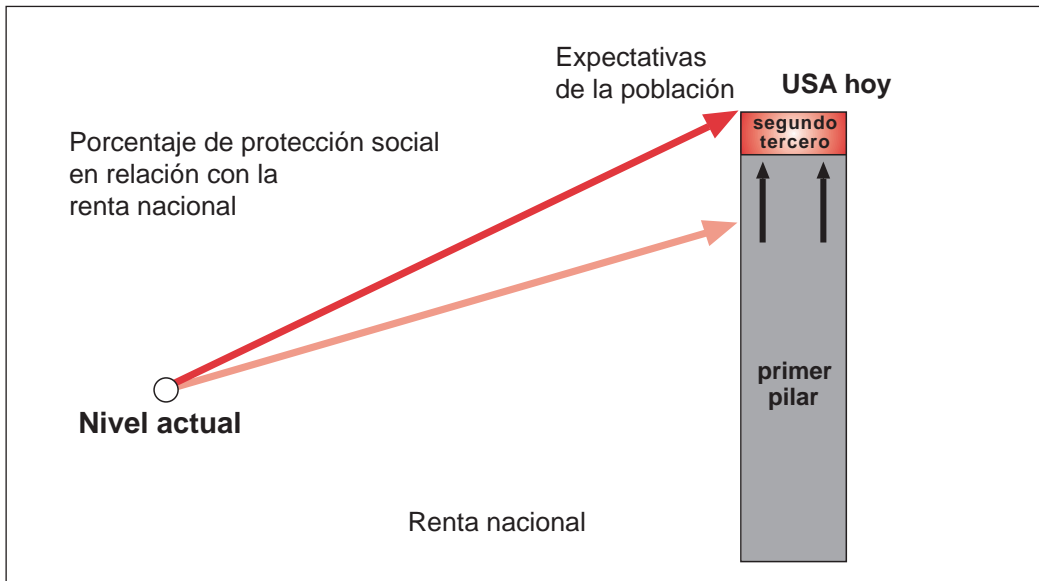
3.7.5 . ELECCIÓN POLÍTICA ACERCA DE LA IMPORTANCIA RELATIVA DEL SISTEMA PÚBLICO VS EL PRIVADO Y EL SEGURO PROFESIONAL

76

Tal y como podemos concluir de los comentarios anteriores, el actual gasto público en sanidad y CLD en Europa está alineado con el gasto en EE.UU., pero descubrimos que el gasto total es mayor en los EE.UU. Esto puede explicarse en parte porque la economía norteamericana es más rica y gasta una parte mayor de su renta nacional pública y privada en sanidad y cuidados de larga duración. Ilustramos a continuación el modo en que esto será probablemente lo que ocurra también en el futuro en Europa. Puesto que las economías europeas son cada vez más ricas y sus sociedades más envejecidas, estarán dispuestas a gastarse más en sanidad y en CLD. Es la "voluntad de las personas", tal y como queda expresado por el sistema de mercado en EE.UU. La cuestión política será si el nivel total de gasto

será gestionado principalmente por el sistema público de protección social, el primer pilar, o por el privado, o la Seguridad Social. Esa mezcla entre lo público y lo privado es un tema de elección política. La actual comparación entre EE.UU. y Europa apunta hacia un sistema público desarrollado que garantice una disponibilidad similar de servicios, una mayor accesibilidad y asequibilidad con un menor coste. Es un argumento poderoso a favor del desarrollo de sistemas socio-sanitarios públicos. Otra ventaja adicional de los cuidados de larga duración públicos y universales es que, si se diseñan para el conjunto de la población, la calidad será probablemente mejor. "Diseñado para los pobres, es un diseño pobre". Cuando se desarrolla para la población en su conjunto, incluyendo a aquellos con mayores expectativas y con suficiente poder para hacer oír sus preferencias y expectativas, el sistema será de mejor calidad.

GRÁFICO 13
Protección social de la sanidad y CLD: la opinión de los ciudadanos y cómo responder a la misma



3.8. LA VERDAD SOBRE LOS ESTADOS DE BIENESTAR Y LOS CLD: LOS SERVICIOS TRAS EL GASTO

Tras estas observaciones de carácter macro, entremos en el detalle de los servicios de larga duración para las personas mayores. Distinguimos cuatro características: la variedad, la disponibilidad, la asequibilidad y la calidad. Agrupamos los servicios en las siguientes categorías: residencial, semi-residencial y servicios de atención comunitaria incluyendo todo tipo de incentivos adicionales para afrontar el impacto del envejecimiento (Pacolet, Bouten, Lanoye & Versieck, 2000). En los siguientes epígrafes nos limitaremos a los principales servicios residenciales y comunitarios, centrándonos en el debate sobre

las personas mayores, aunque en la definición de los cuidados de larga duración, tal y como se aplica por la OCDE y otros organismos se incluye también en ocasiones la atención a otros colectivos de personas dependientes. Actualizamos algunas de las evidencias recogidas en nuestro propio estudio con nuevas informaciones, especialmente provenientes de la OCDE (2005).

Nuestro estudio comparativo europeo hizo un inventario de las ayudas relacionadas con la dependencia, tales como las ayudas a la vivienda y una lista cada vez más amplia de sistemas de apoyo a la vivienda y su adaptación, así como en los servicios residenciales y semi-residenciales para personas mayores y los servicios comunitarios. Muchas de estas ayudas han sido ya objeto de estudios independientes (por ejemplo, el pago del sistema sanitario, la vivienda social, etc.) pero en nuestro informe fue la primera vez que un conjunto tan amplio de elementos fue estudiado conjuntamente. Emergió una imagen de un conjunto variado y cada vez más maduro de prestaciones sociales organizadas de manera diferente, aunque en su mayoría financiadas públicamente en el contexto de un discurso político dominante sobre la ineludibilidad de la austeridad presupuestaria.

3.8.1. VARIEDAD

El estudio identificó 8 sistemas de servicios permanentes residenciales y semi-residenciales para las personas mayores, 17 servicios temporales residenciales y semi-residenciales y 22 servicios comunitarios. La variedad ilustraba la diversificación que había tenido lugar en este sector en las dos últimas décadas, algo que sólo fue posible en un contexto de expansión del Estado de Bienestar. Tras un periodo de expansión cuantitativa de los sistemas tradicionales de protección social a partir de la segunda mitad de los años ochenta, el sector entró en un periodo de innovación y diferenciación cualitativa hacia nuevos equilibrios institucionales dentro de un marco de contención de costes.

3.8.2. DISPONIBILIDAD

El gráfico 14 resume la información cuantitativa de los principales servicios. Aunque casi todos los países hacen referencia a unos servicios similares ya existentes o emergentes, el nivel absoluto y la importancia relativa de la mezcla de servicios varía significativamente. La mayoría de los países sigue estando orientada hacia un sistema sanitario institucional con un gran número de plazas disponibles en varios tipos de instituciones por cada 100 personas mayores. En algunos países estas instituciones siguen siendo residencias tradicionales para personas mayores. En otros, esas residencias han sido transformadas en residencias asistidas u otros tipos de vivienda protegida. La frontera que divide la vivienda de los servicios se estaba desvaneciendo gradualmente. Varios países mencionaron la diferencia entre la vivienda y los cuidados, pero en realidad, han surgido servicios cada vez más integrados y variados. El nivel de desarrollo de este tipo de atención institucional es sorprendentemente bajo en los países mediterráneos.

Aunque mucho más diversificado, el nivel de desarrollo de la atención comunitaria parecía ser todavía menor. Muchos países con un grado relativamente alto de atención institucional mostraron niveles

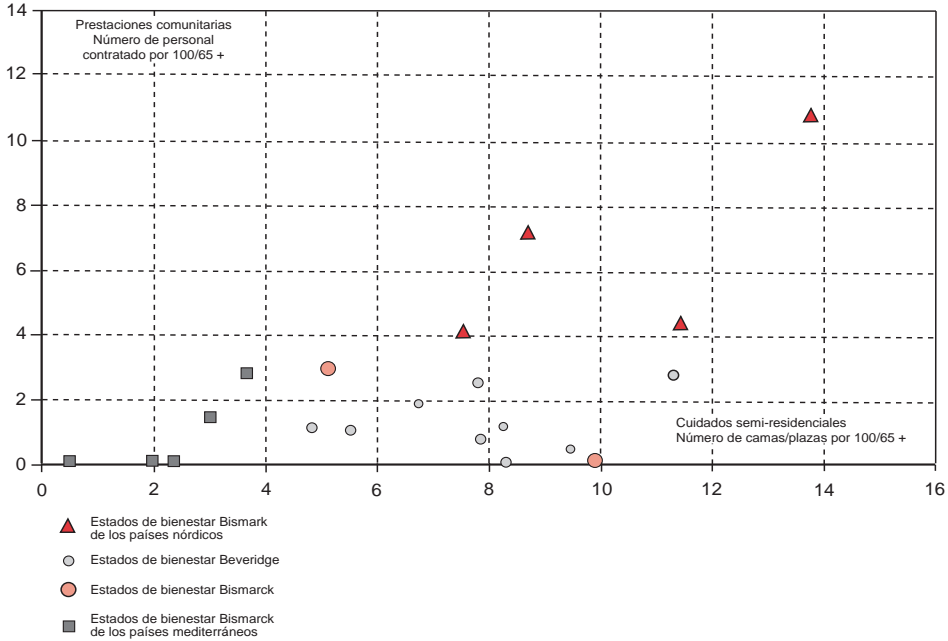
todavía más bajos de disponibilidad de atención comunitaria (medida en función del número de personas contratadas en los servicios de atención comunitaria principales por cada 100 personas mayores de 65 años). Este fue por ejemplo el caso de Austria, Bélgica y los Países Bajos. En muchos países, sin embargo, faltaba información clara sobre este aspecto. La imagen general es la de la tendencia a complementar la atención residencial y comunitaria en vez de una clara sustitución de una por otra. Aquellos que ya reciben servicios residenciales de calidad también reciben mejores servicios comunitarios.

Conviene también destacar que, partiendo de esta comparación europea y de la investigación previa sobre la situación del Estado de Bienestar (Pacolet, Versieck, 1998) surge la idea de que la elección entre los cuidados formales e informales ha llevado a los países nórdicos a un nivel sustancial de creación de puestos de trabajo en esas actividades, lo cual añade valor y contribuye al crecimiento económico. Para los países mediterráneos, esta opción permanece abierta.

El gráfico 15 ofrece información actualizada sobre la disponibilidad de cuidados residenciales partiendo de un estudio de la OCDE y una visión general de AARP. Está claro que persisten las diferencias pero que algunos países muestran una evolución hacia la desinstitucionalización. Menos puede ser mejor si hay disponibilidad de unos cuidados comunitarios apropiados.

GRÁFICO 14

Desarrollo de servicios comunitarios semi-residenciales en Europa y Bélgica: equilibrio a corto y largo plazo (situación en 1956)

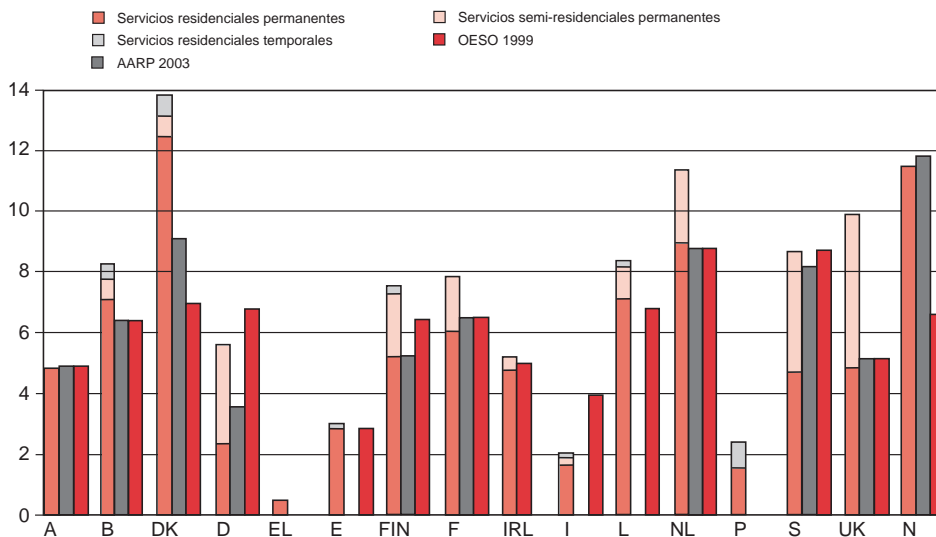


* Cifras regionales para Bélgica incluyen una deficiencia más precisa de la atención comunitaria de la que se ha usado para el gráfico de Bélgica.

Fuente: Basado en Pacolet, Bouten, Lanoye, Versieck, 2000.

GRÁFICO 15

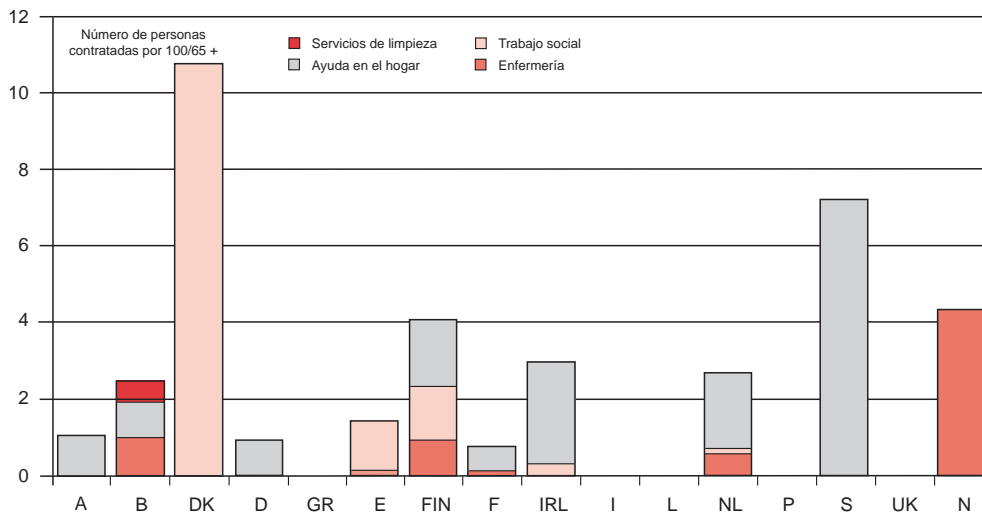
Residencias de la tercera edad y servicios (semi-)residenciales permanentes o temporales, por cada 100 habitantes mayores de 65 años en la UE Noruega, EE.UU. y Japón



Fuente: Pacolet et al. (1998), Jacobzone, S. (1999), Gibson, M. J. et al (2003).

GRÁFICO 16

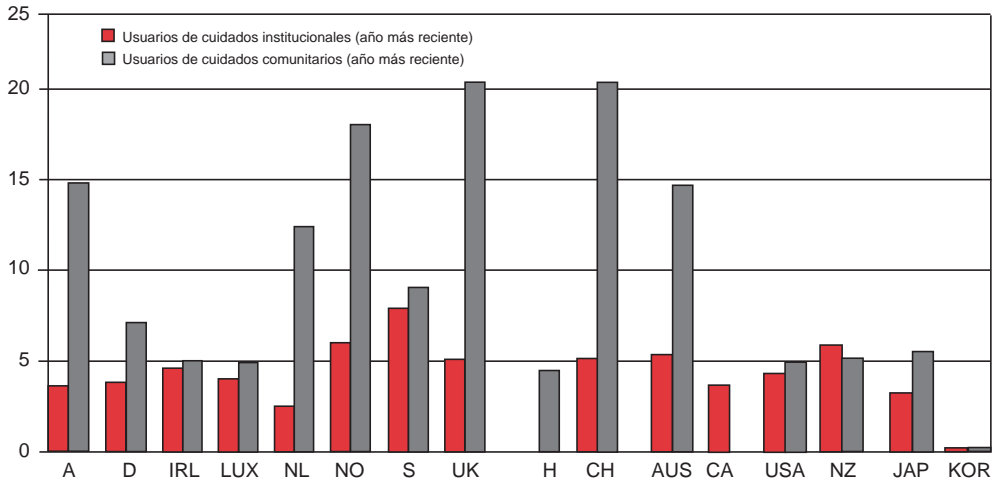
Disponibilidad de una lista seleccionada de servicios a personas mayores



Fuente: Pacolet, J.; Boutet, R.; Lanoye, H.; Versieck, K., 1999.

En los gráficos 14 y 16, utilizamos las personas empleadas en los servicios de atención comunitaria por cada 100 habitantes mayores de 65 años con objeto de ilustrar la disponibilidad de atención comunitaria. Podríamos también realizar una comparación entre los datos anteriores y el número de personas que trabajan en residencias de la tercera edad. Para Bélgica, esas cifras son relativamente similares, aunque el grupo que recibe atención residencial es más limitado que el grupo que recibe atención comunitaria. Esto indica que la atención residencial es más intensiva. En el gráfico 17 utilizamos la cifra prevalente para la tasa de población que utilizó (en el último año) el sistema de atención institucional o residencial. Estos datos señalan que algunos países como el Reino Unido, Suiza y Austria cubren entre el 15 y el 20% de las personas mayores a través de la atención comunitaria. En otros países esta cifra es mucho menor. Para un país como Austria, las prestaciones monetarias del sistema de cuidados de larga duración están incluidas en las cifras de atención comunitaria. Es sorprendente el nivel tan bajo de los EE.UU., confirmando el comentario anteriormente expuesto que incluso con un gasto total sustancial para sanidad y cuidados de larga duración, la cobertura real parece ser menor.

GRÁFICO 17
Usuarios de atención residencial e institucional, como porcentaje de personas mayores de 65 años



Fuente: OCDE, 2005.

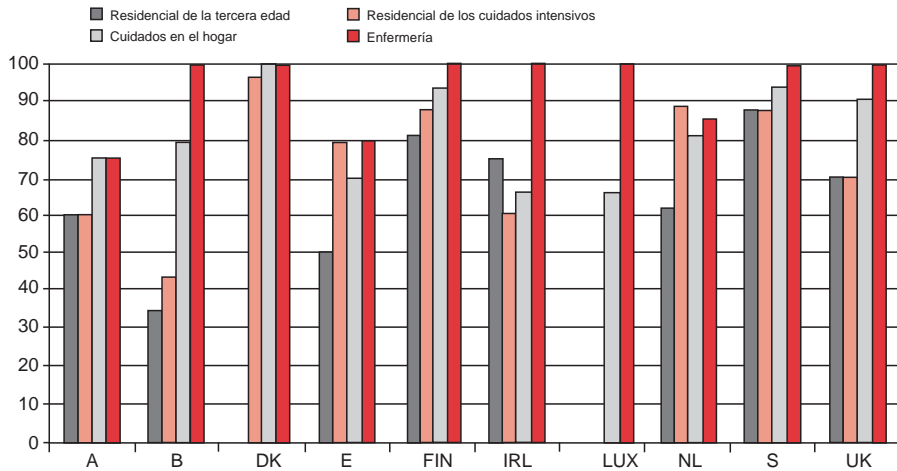
Esta inmensa diferencia en los servicios disponibles podría suponer que en algunos países existen formas de infradesarrollo en algunas categorías de servicios o, en general, de la atención a la dependencia. Tomando esto en consideración, resulta comprensible que el debate comenzara con la creación de seguros de cuidados de larga duración en algunos países. Sin embargo, está todavía más influenciado por la asequibilidad.

3.8.3 ASEQUIBILIDAD

Aparte de la disponibilidad, la asequibilidad también es un elemento importante a la hora de describir el grado de protección social. Los servicios de cuidados intensivos siguen siendo financiados públicamente en su mayoría, ya que se sitúan cerca del sistema sanitario. Algunos ejemplos son las residencias de personas mayores y, en especial, las residencias asistidas que están financiadas públicamente en casi todos los países (ver gráfico 18). Los sistemas de cuidados intensivos, o aquellos servicios centrados en la vivienda y aspectos relacionados con la misma, tienden a tener un grado más bajo de financiación pública. Pero el cuidado personal y la atención sanitaria son difíciles de distinguir, razón por la cual sigue habiendo un grado razonable de financiación pública. Existen indicaciones de que la financiación de los servicios para personas mayores queda razonablemente protegida —allá donde esté disponible, lo cual no es siempre el caso (razonamiento cuantitativo)— pero en algunos casos, el nivel de cofinanciación es muy elevado. Algunos elementos de infraprotección están surgiendo, lo que explica la demanda de creación de un seguro de cuidados de larga duración.

GRÁFICO 18

Financiación pública de los servicios residenciales y comunitarios más importantes para las personas mayores, en % del coste total, 1995



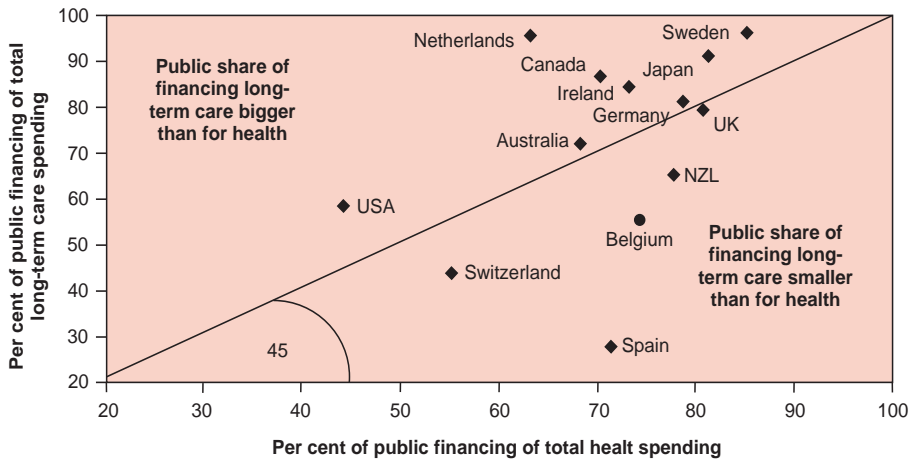
Fuente: Datos de informes de países, en Pacolet, Bouten, Lanoye en Versiek, 2000.

Los cuidados de larga duración son, por definición, un gran riesgo debido a su naturaleza permanente (largo plazo, enfermedades crónicas). Por este motivo, sería deseable un seguro público todavía mayor que para otros servicios sanitarios. La OCDE analizó esto recientemente (Hennesy y Huber, 2004) y añadimos en el siguiente gráfico la situación para Bélgica. Descubrimos que en la mayoría de países, el porcentaje de financiación pública para cuidados de larga duración es mayor que para la asistencia sanitaria (situada en el gráfico por encima de la línea 45). Descubrimos que Bélgica es un valor extremo, atípico, lo que indica que hay una necesidad de mejorar la financiación de los servicios de cuidados de larga duración, especialmente los servicios residenciales. En el mismo gráfico,

España se sitúa por debajo de la línea 45, lo que indica una infraprotección todavía mayor. Es por ello que, en España, la propuesta para la creación de un Sistema Nacional de Dependencia se había hecho más que necesaria.

GRÁFICO 19

Combinación de financiación pública y privada en sanidad y cuidados de larga duración



Fuente: Hennessy, Huber, 2004, OESO con datos propios para Bélgica.

3.8.4. RESULTADOS Y CALIDAD

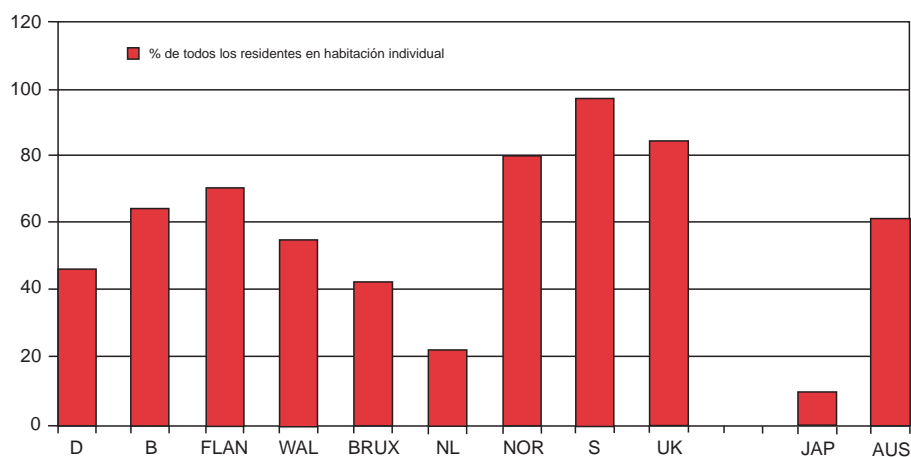
Existe un creciente interés por los resultados y los estándares de calidad para los cuidados de larga duración. Parafraseando al escritor alemán Bertolt Brecht "antes de poder hablar de calidad, debemos tener cantidad". Los indicadores señalados anteriormente sobre disponibilidad y asequibilidad ya son un indicador macro muy importante de la calidad del sistema sanitario. Se puede evaluar correctamente la calidad del sistema de atención residencial para las personas mayores si conocemos:

- Número de plazas disponibles.
- Número de plazas disponibles en habitaciones individuales.
- Metros cuadrados por habitación (si se trata de una habitación de 12 a 18 m², o un piso de 30-45 m²).
- Número de trabajadores por cama.
- Nivel de cualificación de los empleados.
- Salario y condiciones de trabajo del personal contratado.
- Copagos que deben abonar las propias personas mayores.

Con esos parámetros, puede incluso calcularse el coste total del sistema de cuidados personales, así como la forma en que está financiado por recursos públicos y privados. Por supuesto, deberían también medirse los resultados y la calidad de vida de las personas mayores, aunque estos sin duda guardan relación con los recursos puestos a disposición por la sociedad para el cuidado de las personas mayores³. Ofrecemos un ejemplo más de la importancia de esta información para el porcentaje de personas mayores que tienen acceso a una plaza individual en una residencia de la tercera edad. Añadimos también información de la OCDE referida a Bélgica y sus regiones y puede verse como este sencillo objetivo cuantitativo, aunque refleje una dimensión cualitativa de disfrutar de la privacidad de una habitación individual cuando se es mayor e independiente, no se alcanza en muchos países, y puede variar mucho dentro del propio país. Mientras que en algunos países nórdicos que pasaron por el proceso de desinstitucionalización, pero también en el Reino Unido, más del 80% de las personas mayores disfrutaban de habitaciones individuales, en otros países, esto está lejos de conseguirse, lo que refleja sistemas hospitalarios muy antiguos. La puesta al día o modernización de este aspecto de la provisión de cuidados necesitará de esfuerzos sustanciosos en términos de mejora de las infraestructuras.

GRÁFICO 20

Porcentaje de beneficiarios en habitaciones individuales en residencias



Fuente: OCDE, 2005 y cálculos de Pacolet, J. para Bélgica y sus regiones: Flanders, Wallonia y Bruselas.

3.9. TENDENCIAS OBSERVADAS EN EL SEGURO DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

A pesar de que el nivel de financiación pública para cuidados a personas mayores sigue siendo elevado y se acerca a cifras de financiación de la sanidad (de 80 a 85% del coste total en algunos servicios),

3) Algunos de esos indicadores parecen ser considerados por el grupo de trabajo europeo para determinar los indicadores de seguimiento del programa de envejecimiento de NU (Comisión Económica para Europa 2002 e indicadores del GTE).

sigue habiendo preocupación en muchos países acerca de la financiación pública de esos servicios, tanto en el presente como en el futuro. A pesar del alto nivel de protección social, en el pasado ha habido indicios de infraprotección en este ámbito en muchos países. Así, en Francia y Alemania había niveles más bajos de prestaciones de los que se esperaba, de acuerdo con los estándares generales de protección social. En varios países se recurre a la asistencia social con las personas que no pueden hacerse cargo de los gastos. En algunos países nórdicos, las personas mayores pierden sus pensiones cuando pasan a ser beneficiarios de cuidados residenciales, dejándoles tan sólo con dinero de bolsillo. En otros países, las contribuciones de las propias personas mayores representan una proporción tan alta de la renta media que el efecto neto es dejar a las personas mayores tan sólo con dinero de bolsillo. En otros países, el recurrir a las familias es legalmente obligatorio, o bien las personas mayores tienden a vivir con las familias de sus hijos.

El elevado nivel de cofinanciación es otro síntoma de infraprotección. En algunos países (Alemania, quizás también Francia y Austria) se observa un bajo nivel de servicios, mientras que sería de esperar todo lo contrario basándonos en la renta, la estructura de edad y el nivel medio de protección social. Esto ha sido objeto de debate político en aquellos países. La cuestión de la infraprotección ha aparecido en la agenda política en Alemania a principios de los años 90: demasiadas personas se ven obligadas a recurrir a la asistencia social; había escasez de servicios; un incremento sustancial de la oferta de servicios se ha producido desde la creación del nuevo sistema de protección a la dependencia confirmando de este modo que había un claro infradesarrollo previamente a la instauración de los seguros de cuidados de larga duración, una cantidad sustancial (aunque yo lo sigo llamando asequible) de "dinero nuevo" ha sido captada para el nuevo sistema (1,7% de los salarios netos). En Francia ha ocurrido lo mismo: problemas de baja provisión de servicios y escasez de financiación, pero también preocupación por la falta de "dinero nuevo" en las propuestas existentes. En Bélgica, cuando se han identificado y cuantificado las nuevas necesidades, la necesidad de "dinero nuevo" es más limitada, lo que ilustra que los sistemas existentes ya proporcionan una cobertura mejor.

Allá donde hay debate a favor del cambio, nos sugiere deficiencias en el sistema actual de protección social, en los cuidados de larga duración en el hogar o en residencias que no parecen estar completamente cubiertos. En Alemania, fue una preocupación explícita de los políticos el hecho de que tantas personas tuvieran que recurrir a este tipo de asistencia al ver que no podían hacer frente a los costes de los cuidados de larga duración. La dependencia era considerada como un riesgo normal de la vida, de la misma manera que el deterioro de la salud. En varios países de la región central de la UE existe un elevado nivel de co-pagos por parte de las propias personas mayores para financiar estos servicios de cuidados de larga duración, a veces teniendo que recurrir a recursos familiares (por ejemplo Luxemburgo, Francia, Bélgica, Alemania). A veces los recursos financieros de las personas mayores deben haberse agotado por completo para poder recurrir a la asistencia social. En los países del Sur, la oferta de servicios residenciales y comunitarios es sustancialmente más baja.

Así, hasta ahora ha habido un claro problema de infraprotección en el ámbito de los servicios personales (sea esta pública o privada). "Una proporción demasiado alta de estos costes deben ser cubiertos por los ingresos actuales o los ahorros" fue la conclusión de nuestro informe del año 2000, a modo de indicador de infraprotección social ante la dependencia. Una forma alternativa de financiar estos ser-

vicios es a través de un sistema de seguros de cuidados a largo plazo como el aquí planteado. Algunas de las preguntas planteadas giran en torno a si los cuidados de larga duración para personas mayores dependientes, en el hogar o en residencias, deben ser incluidos en los sistemas existentes de aseguramiento social, o si deben planificarse o establecerse nuevos sistemas de seguros para cuidados de larga duración. Los estados miembros con sistemas de protección social con orientación Beveridge parecen tener los cuidados a largo plazo integrados en los servicios socio-sanitarios personales ya existentes, sean estos de nivel alto o moderado. Los estados miembros con estados de bienestar de orientación Bismarck están experimentando, o han concluido, un largo debate sobre la creación de un sistema de cuidados de larga duración específico. En los Países Bajos existe desde hace varios años un sistema de seguro específico para gastos médicos extraordinarios. En Austria, Alemania y Luxemburgo, los sistemas son más recientes. En Bélgica hay una larga lista de propuestas y nuevas iniciativas y, finalmente, en 2001 se comenzó con un sistema de seguros de cuidados de larga duración en Flandes (Bélgica). Incluye una paga a las personas dependientes (no hay criterio de edad) en los servicios comunitarios y residenciales para personas mayores. Además de ello, hubo una mejora implícita del seguro al incluir una tasa creciente del riesgo de cuidados de larga duración en la Seguridad Social y al mejorar las prestaciones monetarias a las personas mayores dependientes. Sin embargo, como se muestra más arriba, la base de financiación de cuidados de larga duración es evidente, lo que requiere nuevas medidas.

En Francia, el debate institucional sobre cómo organizar y financiar los cuidados de larga duración requirió 15.000 muertes adicionales debidas a la ola de calor del verano de 2003 para conseguir un proyecto definitivo, dotado de más recursos, para el seguro de cuidados de larga duración.

En 1998, una Comisión Real sobre cuidados de larga duración fue establecida en el Reino Unido. Los cuidados de larga duración tienen características de la Seguridad Social (activada sobre todo por razones médicas, y organizada por proveedores similares) y el seguro de vejez (pensiones). En el Reino Unido, esos sistemas se han organizado de forma diferente dentro del sistema de protección social: Seguridad Social bajo el sistema de reparto, financiada por el Estado, El Servicio Nacional de Salud (NHS) de tipo universal, y un sistema de pensiones financiado de manera privada. Con ambas experiencias y tradiciones en ese país, el resultado del trabajo de la Comisión Real podría contribuir a un mejor entendimiento de la naturaleza de los seguros de cuidados de larga duración: sean estos públicos o privados. La conclusión fue que dicho sistema debería permanecer en el sistema público de servicios sociales y en el NHS. El estudio más reciente sobre la viabilidad del sistema socio-sanitario elaborado por Wanless confirma nuestras conclusiones del año 2000, aunque también revela inconsistencias entre el NHS y los servicios sociales. Un sistema de cuidados de larga duración donde una parte demasiado alta de la población debe vender su patrimonio para poder financiar los cuidados de larga duración resulta política y socialmente inestable y necesita ser remplazado por un sistema más universal, incluso cuando existe una tradición Beveridge de condicionar el acceso a dichos servicios a una comprobación de recursos previa. El riesgo de precisar cuidados de larga duración es un riesgo como el de la salud, que puede afectar al conjunto de la población (de las personas mayores de 90 años, un 50% utiliza asistencia residencial) por lo que se necesitan sistemas de protección social universales.

En los países mediterráneos ha habido hasta la fecha menos debate sobre la necesidad de un seguro de cuidados de larga duración, quizás porque hay más arraigo de la familia (cuidados ofrecidos en el seno de la familia y por ella misma), o porque esos países se centraban más en la disciplina presupuestaria. Pero la presión a favor de establecer un seguro de cuidados de larga duración también existe en la actualidad. Aunque está orientado hacia un sistema de Estado de Bienestar basado en la familia, aquellos que se lo pueden permitir se sirven de cuidados profesionales. En algunos países, incluso se señala que una creciente economía sumergida de trabajo sumergido en el sector de las prestaciones sociales se está desarrollando. El interés que hemos observado a partir de mediados de los años noventa con los "planes gerontológicos" culminará a mediados de esta década con la creación del sistema español de cuidados de larga duración (Rodríguez Cabrero, 2006).

En los países nórdicos no está en la agenda porque los estados de bienestar están altamente desarrollados, incluso son objeto de debate para su contención. En muchos de esos países ha surgido la política de la desinstitucionalización, aunque a veces también vemos una reducción sustancial de la asistencia comunitaria (por ejemplo en Suecia, OCDE, 2005: 41).

Resulta más instructivo distinguir las características comunes de la protección social de personas mayores en Europa que el resaltar las tipologías y diferencias entre estados miembros. Hay similitudes en un gran número de áreas a pesar del hecho de que la protección social se ve determinada por el contexto de la subsidiariedad y tienen raíces nacionales históricas. A veces, la dirección de nuevas soluciones emana del sistema nacional ya existente, al igual que otros que alcanzan soluciones emanadas de otros estados miembros, llegando así a la convergencia. Por ejemplo, los sistemas basados en las prestaciones del Estado pueden requerir de la intervención del sector privado y de sistemas de financiación relacionados con los ingresos por pensiones. Pero la convergencia o la similitud de sistemas no significan la equalización de los niveles de protección social. Esto queda pendiente de aclarar en función del nivel de gasto público en cuidados de larga duración en la UE y los países de la OCDE. Nuestro anterior estudio (Pacolet, Bouten, Versieck y Lanoye, 2000) revela cómo las personas con grados similares de dependencia e ingresos disfrutaban de niveles diferentes de protección social.

Las diferencias permanecen en los aspectos organizativos de la protección social (estados de bienestar con orientación Bismarck o Beveridge, mayor o menor grado de prestaciones del Estado) pero el punto fundamental es la cantidad total de servicios formales disponibles. Aunque el punto central de este estudio comparativo es ofrecer una visión global de esta disponibilidad, las cifras deben ser tratadas con cuidado. Dada esta advertencia, los niveles de asistencia residencial difieren en una escala del 1 al 5, y entre 1 y 3 en el caso de atención comunitaria. El rango para diferencias financieras es todavía mayor. Los países nórdicos y los mediterráneos están situados en los extremos más altos y más bajos respectivamente en esa escala.

Un aspecto de la convergencia es que, ya a mediados de los años noventa, había una tendencia a pasar de la prestación de servicios a las prestaciones monetarias. Tanto la OCDE como las autoridades de EE.UU. han confirmado su interés por la orientación hacia la elección por parte del beneficiario de los servicios de CLD (Wiener et al., 2003; Lundsgaard, 2005; OCDE, 2005). Pero a pesar de este discurso, de hecho, a parte de las pensiones, la prestación de servicios sigue constituyendo la parte principal de la

protección social de personas mayores. Los niveles y tipos de servicios formales difieren, pero para casi todos los países, se menciona una larga lista de servicios. Casi todos los estados miembros también hacen referencia al pago por los cuidados o prestaciones similares. Los subsidios para el alquiler son bastante comunes.

La tendencia gira en torno a la sustitución de cuidados formales por los informales, pero en muchos países hay límites a esta sustitución. En Bélgica, por ejemplo, observamos que en términos de horas, los cuidados informales son cinco veces más importantes que los cuidados formales. Muchos países han introducido algún tipo de pago por la asistencia, a veces a modo de subsidio pagado a la persona asistida, o en ocasiones pagada al cuidador informal.

La expansión cuantitativa de las prestaciones básicas tocó a su fin a causa de la austeridad presupuestaria. Esto está en contradicción con las nuevas necesidades demográficas. Una solución posible sería la diversificación y la diferenciación dentro de los sistemas más maduros. Por ejemplo, los cuidados en una residencia son más baratos que los cuidados en un hospital; la provisión de vivienda protegida es más barata que la atención en una residencia asistida, dependiendo siempre de cómo uno ve el tema de la dependencia; los cuidados informales retribuidos son más baratos que los cuidados formales pagados. Sin embargo, existen límites en la contribución de la diversificación de los recursos asistenciales a la contención de costes; las viviendas protegidas necesitan más servicios, existe una convergencia creciente entre los servicios en pisos, las residencias de la tercera edad y las residencias de cuidados asistidos que, eventualmente, acaban teniendo las mismas necesidades para los mismos grupos de personas mayores. La próxima década se convertirá en un periodo de expansión cuantitativa: la necesidad de un seguro de cuidados de larga duración se ha convertido en una característica común en muchos estados miembros de la UE. Pero es todavía más evidente que una expansión cuantitativa de los servicios está menos determinada por aspectos demográficos y más por la presión de los costes, que dependen a su vez del crecimiento económico general, o incluso pueden sobrepasar los costes debido a las presiones de costes adicionales y las expectativas de la población.

El desarrollo pasado y futuro de los cuidados de larga duración tendrá lugar en el contexto del desarrollo general del Estado de Bienestar en Europa. Los resultados de nuestro proyecto longitudinal sobre la situación del Estado de Bienestar en la UE recogieron importantes líneas comunes de interés político. Cada vez parece más claro que el sistema de Seguridad Social de cada país necesita un desarrollo diferente, por lo que pueden observarse diferentes tendencias a nivel europeo (centralización vs. descentralización, expansión vs. contracción). Este desarrollo depende de factores autónomos tales como las condiciones económicas, demográficas, el punto de partida así como aspectos institucionales. Sin embargo, concluimos que una integración económica europea no alteraría esos determinantes específicos. Pero facilitaría los "cambios de régimen" y la difusión de nuevas políticas. El debate europeo facilita también la difusión de cambios estructurales a lo largo de ciertas líneas o, por ejemplo, de subsidios ocupacionales, la privatización o una mayor competitividad. Esta armonización "blanda" y la convergencia toman quizás más tiempo, así que sus efectos podrán observarse después de un periodo más largo, aunque los efectos pueden ser igual de esenciales. La contracción del gasto social no tuvo lugar en los países de la eurozona desde que se produjo la consolidación fiscal con un incremento de los impuestos. Después de instaurar la moneda única, se interpretó el Pacto por la estabilidad muy

ampliamente. Desde entonces, las reducciones en los impuestos, o bien se están dando ya o bien se han anunciado. Podrían también imponerse por una competitividad adicional en el mercado interno o en el mercado global. La presión por la contención de costes persistirá. Pero también hay claros ejemplos que indican lo contrario. El más evidente es la expansión del gasto sanitario y de cuidados de larga duración. Esperamos que el seguimiento mutuo de las políticas sanitarias y de cuidados de larga duración, tal y como se acordó en el Método Abierto de Coordinación (MAC) y el compromiso europeo de estándares de calidad en materia sanitaria y cuidados de larga duración estimulen la expansión. La actualización inmediata del sistema sanitario es probablemente todavía más cara en muchos países que las futuras demandas debido al envejecimiento de la población. La creación de un nuevo seguro de cuidados de larga duración (ver cuadro 3) es una garantía para emprender dichas medidas.

CUADRO 3
Iniciativas recientes para el seguro específico de CLD en Europa

1/7/1993	Austria	Pflegegeld.
1/1/1995	Alemania	Pflegeversicherung.
19/6/1998	Luxemburgo	Creación de seguro de CLD.
2001	Flandes (Bélgica)	Zorgverzekering (I seguro de CLD para subsidios en metálico en el hogar o en residencia).
1/7/2004	Francia	Mejora del "Subsidio Personalizado de Autonomía".
2006-2007	España	Sistema Nacional de Dependencia.

En los estados de bienestar de la UE 15 con orientación Beveridge, el seguro de cuidados de larga duración está enmarcado en los sistemas existentes de Seguridad Social, mientras que en los estados de bienestar con orientación Bismarck se ha aplicado una estrategia para crear nuevos y específicos sistemas de aseguramiento, aunque Bélgica integró el riesgo en gran parte en el sistema sanitario. Este desarrollo integrado tiene sus ventajas. En muchos países, la falta de integración y coordinación tanto en la financiación como la organización es significativa (Casey et al., 2003). Especialmente en situaciones límite, y éstas son frecuentes ya que los cuidados de larga duración se encuentran tan cerca de la sanidad, las diferencias en los tratamientos, la financiación o la elegibilidad pueden ser problemáticas. Esto ha sido confirmado por un estudio recientemente publicado en Inglaterra (Wanless, 2006) en el que se constata una situación extrema derivada de la existencia de una diferente percepción entre el NHS (gratuito para los beneficiarios en el momento del uso) y la exigencia de falta de recursos para acceder a los CLD. Esto es cada vez más problemático y menos comprendido por la población, donde los grupos de riesgo de renta media deben afrontar la infraprotección así como costes demasiado altos y el riesgo de mermar su patrimonio. La solución propuesta pasa por un sistema más armónico de seguro social menos sometido a la comprobación de recursos. Problemas límite similares se han producido en el seguro de cuidados de larga duración en Alemania.

Estos problemas pueden evitarse cuando los principios del seguro de cuidados de larga duración son parecidos a los de la Seguridad Social, cosa que defendemos en nuestro estudio comparativo de la UE abogando por unos CLD cercanos o incluidos en la Seguridad Social organizada en base a los mismos principios (Pacolet, Bouten, Lanoye Et Versieck, 2000).

Pero tan importantes son los cambios institucionales como la cantidad y estructura de gasto para los cuidados de larga duración en los sistemas existentes de protección social. En muchos países, esos gastos están sometidos a debate, al igual que la viabilidad y alcance de los sistemas recientemente creados. La conclusión de nuestros informes sobre la situación del Estado de Bienestar es que éste debe ser receptivo a las necesidades cada vez mayores de cuidado de las personas mayores, a las nuevas necesidades de cuidados de niños, así como a los instrumentos para facilitar la conciliación de la vida laboral y familiar. Sin embargo, la cantidad de necesidades por cubrir sigue sin estar clara, no siempre debido a la falta de financiación pública, sino también a veces debido a la capacidad de gestión de las organizaciones que operan en el sector. Pero la mayoría de las veces, dichas necesidades son causadas por una escasez de recursos y la conclusión de nuestro estudio comparativo previo sigue siendo válida: el progreso social y la mejora de las prestaciones son posibles cuando hay financiación adicional ("Dinero nuevo", Pacolet et al. 2000). Esta necesidad inmediata de recursos adicionales parece ser todavía mayor que las futuras necesidades previstas debidas a los efectos demográficos⁴.

La conclusión principal de nuestro estudio comparativo internacional parece que se confirma: "aunque el coste de los cuidados de larga duración es enorme para las personas mayores que tienen que pagarlo ellos mismos, el seguro de cuidados de larga duración, cuando existe, parece ser asequible a nivel macro" (Pacolet et al., 2000: 15). Es prometedor para el progreso económico, social y humano en este campo.

3.10. CONCLUSIONES

Existe una gran receptividad de los estados de bienestar europeos con respecto a los riesgos del envejecimiento ya que para esto fueron diseñados. Pero, según la información fiable de la que disponemos, también hay una gran diferencia en los niveles de protección social del riesgo. La mera existencia de un seguro específico de cuidados de larga duración no altera este hecho. Parece estar relacionado con el estadio de desarrollo del Estado de Bienestar. Sin embargo, esperamos un camino de crecimiento común. Hay evidencias cada vez más claras de que, aunque muy elevados para el individuo, el coste total de los cuidados de larga duración para la sociedad actual y para la futura, será asequible. Esta observación es prometedora y alentadora de un futuro progreso económico y social. "Podemos permi-

4) Un buen ejemplo es cómo el nuevo escenario del artículo de Wanless para la Revista Social Care (2006) ilustra que las necesidades adicionales para actualizar en 2002 las prestaciones sociales apuntando a un "nivel más alto (razonable) de atención y seguridad personal y una sensación mayor de bienestar" aumentaría el gasto actual de un día para otro de un 1,1% del PIB a un 1,4%, con un incremento todavía mayor hasta 2026 (sobre todo por razones demográficas) de un 2%. Así que los próximos 25 años requerirían un 0,6% más del PIB, mientras que las necesidades inmediatas para mejorar las prestaciones sociales necesitaría de un 0,3%.

tirnos envejecer"⁵. Los sistemas de protección social están en etapa de transición. Despacio, pero con paso firme, están caminando hacia sistemas pilarizados, o incluso privados. Probablemente será inevitable. Pero esto no se contradice con el razonamiento de un primer pilar de calidad. La sostenibilidad de esos sistemas de protección social de "primer pilar" deberían emanar de este artículo. De lo contrario, nos encontraríamos ante la "privatización por defecto".

3.11. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baumol, W.J. (1993): "Health care, education and the cost disease: a looming crisis for public choice", *Public Choice*, vol. 77, pp. 17-28.
- Casey, B.H. (2003): "Coordinating Coordination: Beyond Streamlining", VDR/BMGS/MPI Follow-up Conference on the open method of coordination in the fields of pensions in the European Union –Quo Vadis?, Berlin.
- Casey, B.; Oxley, H.; Whitehouse, E.; Antolin, P.; Duval R. & Leibfritz, W. (20 november 2003): "Policies for an ageing society: Recent measures and areas for further reform", *Economics department working papers*, vol. n.º 369, OECD/OCDE.
- Czarnitzki, D.; Fier, A.; Heneric, O.; Hussinger, K.; Licht, G.; Müller, E. y Sofka, W. (2004): "European competitiveness report 2004", Competitiveness and benchmarking, European Commission, Mannheim.
- Casey, B. y Yamada, A. (2002): "Getting Older, getting Poorer? A Study of Earnings, Assets and Living Arrangements of Older People in Nine Countries", *Labour Market and Social Policy. Occasional Papers*, vol. 60, OECD, Paris.
- Costello, D. y Bains, M. (2001): "Budgetary challenges posed by ageing populations: the impact on public spending on pensions, health and long-term care for the elderly and possible indicators of the long-term sustainability of public finances", EPC/ECFIN/, vol. 655/01-EN final, Economic Policy Committee, Brussels.
- Commission of the European Communities (2003): *Streamlining open coordination in the field of social protection*, Communication from the Commission to the Council, the European Parliament, the European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions, nr. Strengthening the social dimension of the Lisbon strategy, Brussels.
- Commission of the European Communities (2005): *The community Lisbon programme*, Communication from the Commission to the Council and the European Parliament. Common actions for growth and employment, Brussels.
- Disney, R. (1996): "Can we afford to grow older?", MIT Press, Massachusetts.
- Economic Policy Committee (2005): *Increasing growth and employment, Annual report on structural reforms 2005*, vol. N° 12, European Commission, Brussels.
- The European Convention (2003): "Text forwarded by Ms Anne Van Lancker and other members of Convention working group on "Social Europe"", Conv, vol. 780/03, <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/03/cv00/cv00780en03.pdf>.
- Bonde J.-P. (2005): "The proposed EU constitution. The reader-friendly edition", [www.EUabc.com/European Parliament](http://www.EUabc.com/EuropeanParliament), Brussels.
- Commission européenne (2004): "La situation sociale dans l'Union européenne 2004. Vue d'ensemble", nr. *Europe: état & avenir de la protection sociale*, Commission européenne, Bruxelles.

5) Una respuesta positiva al libro de Disney, 2006.

Economic Commission for Europe (2002): *Regional Implementation Strategy for the Madrid International Plan of Action on Ageing*, UNECE Ministerial Conference on Ageing, Berlin (Germany), 11-13 september 2002.

Economic Policy Committee, Report European Economy. European Commission Directorate-General For Economic and Financial Affairs (2006): "The impact of ageing on public expenditure: projections for the EU25 Member States on pensions, health care, long-term care, education and unemployment transfers (2004-2050). Report prepared by the Economic Policy Committee and the European Commission (DG ECFIN)", *Special Report* n.º 1/2006.

European Commission (2005): *The social agenda 2005-2010. A social Europe in the global economy. Jobs and opportunities for all*, Directorate General for Employment, Social Affairs and Equal Opportunities of the European Commission, Brussels.

European Convention (2003): "A revised version of the final report of the "Social Europe"" Working Group, Conv , vol. 516/1/03, The European Convention - The secretariat.

Huber ,M.; Hennessy, P.; Izumi, J.; Kim, W. & Lunsgaard, J. (2005): *Long-term care for older people*, OECD Publications, Paris.

Institut für Sozialarbeit und Sozialpädagogik e.v. (28 - 29 june 2004): *Social services of general interest in the EU. Assessing their specificities, potential and needs*, Bundesministerium für Familie, Senioren, Frauen und Jugend/Social Platform/Observatory for the Development of Social Services in Europe, Brussels.

Kok, W. (2004): *Facing the challenge. The Lisbon strategy for growth and employment*, European Commission, Brussels.

Lundsgaard, J. (11 may 2005): "Consumer direction and choice in long-term care for older persons, including payments for informal care: how can it help improve care outcomes, employment and fiscal sustainability", *OECD Health working papers*, vol. n.º 20, OECD/OCDE, Paris.

Natali, D. (2004): "The hybridisation of pension systems within the enlarged EU. Recent reforms in old and new members", *Belgisch tijdschrift voor sociale zekerheid*, vol. 46, n.º 2, pp. 349-373.

Natali, D. (2004): *La MOC Pensions: un résumé historique*, Service public fédéral sécurité social, Brussels.

OECD (2005): *Long-term care for older people*, OECD, 137 p.

OECD (2006): "Projecting OECD health and Long-term care expenditures: what are the main drivers?", *Economics Department Working Papers* n.º 477, OECD.

OECD (2005): "Ensuring quality long-term care for older people", *Policy Brief*, vol. march 2005, OECD, <http://www.oecd.org/publications/policybriefs>.

Österle, A. (1996): "Payments for care and equity", *ERI Occasional Paper*, vol. No 3, European Research Institute.

Pacolet, J.I.S.M. y Van De Putte (ed.): (13 maart 1998): "Debate on Systems of Social Security in the European Countries", in EUCDW (ed.), *Debate on Systems of Social Security in the European Countries*, Strasbourg, European Parliament.

Pacolet, J. (ed.): (16 oktober 2002): "Stabilising Solidarily Financed Social Security Systems. How Is Social Progress Possible?", in EUCDW (ed.), *Financing of Social Security Systems in the EU*, Oeiras, Lissabon, Motel Continental

Pacolet, J. (2003): *The state of the welfare state anno 1992 and five year later*, HIVA-K.U.LEUVEN - K.U.Leuven, Leuven.

- Pacolet, J. & Debrabander, K. (1997): "The State of the Welfare State in Belgium - Anno 1992", in Pacolet, J. en Versieck, K. (eds.): *The State of Welfare State Anno 1992. Volume 2: The Member States - EU 12 B, D, DK, E, F, G, I. Working Documents* (1995), HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet, J. & Marchal, A. (2003): "Undeclared work: a threat to the welfare state, proceedings of a Belgian-European colloquium", *Belgian Review on Social Security*.
- Pacolet, J. & Versieck, K. (1997): *The State of the Welfare State Anno 1992. Volume 1: Comparative Report*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet, J. & Versieck, K. (1997): *The State of the Welfare State Anno 1992. Volume 2: Report on the Member States, EU 12 B, D, DK, E, F, G, I*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet, J. & Versieck, K. (1997): *The State of the Welfare State Anno 1992, volume 3: Report on the Member States, EU 12 IRL, L, NL, P, UK; EU 15 A, FIN, SWE*, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet, J. & Versieck, K. (1997): "The State of Welfare Anno 1992. First Conclusions of the Comparative Study", in Pacolet J. en Versieck K. (eds.), *The State of Welfare State Anno 1992. Volume 1: Comparative Study*. Working Documents (1995), HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet, J. & Versieck, K. (1995): *The State of the Welfare State Anno 1992. First Conclusions of the Comparative Study*, Paper to be presented at the CEPS Workshop Business and the Welfare State, Brussels, September 22 1995, HIVA-K.U.Leuven, Leuven.
- Pacolet, J. ed. (2006): *The State of the Welfare State Anno 1992. Ten Years Later with Ten New Member States*, Leuven, HIVA.
- Pacolet, J. ed. (2006): "The State of the Welfare State Anno 1992. Ten Years Later with Ten New Member States", Brussels, *Belgian Review of Social Security*.
- Pacolet, J. & Versieck, K. (1998): «The State of the Welfare State Anno 1992", in Paraskevopoulos C.C. (ed.), *Global Trading Arrangements in Transition*, Edward Elgar, Northampton.
- Pacolet, J.; Bouten, R.; Lanoye, H. & Versieck, K. (2000): *Social Protection for Dependency in Old Age. A Study of the Member States and Norway*, Ashgate, Aldershot.
- Pacolet, J. & Wilderom, C. (eds.) (1991): *The Economics of Care of the Elderly*, Avebury, London, pp. 109-127.
- Pacolet, J.; Deliège, D.; Artoisenet, C.; Cattaert, G.; Coudron, V.; Leroy, X.; Peetermans, A. & Swine, C. (2005): "Vieillesse, aide & soins de santé", *Rapport de synthèse*, FOD Sociale Zekerheid, Brussel.
- Rodríguez Cabrero, G. (2006): "The welfare State in Spain between 1998 and 2003", in J. Pacolet (ed.): *The state of the welfare state anno 1992 and ten years later with ten new member states*, Leuven.
- Sapir, A. (2003): *An agenda for a growing Europe. Making the EU Economic System Deliver*, E.C.
- Wanless, D. (2006): "Securing Good Care for Older People. Taking a long-term view", *Wanless social care review*, King's fund, London.
- Wiener, J.M.; Tilly, J. & Cuellar, A.E. (2003): *Consumer-directed home care in the Netherlands, England and Germany*, Public Policy Institute, Washington.

Capítulo 4: La atención integral como base de los sistemas emergentes de asistencia de larga duración en Europa*

Kai Leichsenring
European Centre for Social Policy and Research, Viena

4.1. INTRODUCCIÓN

El aumento de personas que son dependientes de cuidados de larga duración en los estados miembros de la UE es una consecuencia lógica de las sociedades envejecidas, en las que el aumento de la esperanza de vida implica una demanda creciente de cuidado. En particular, cada vez más personas mayores necesitan distintos tipos de servicios sanitarios y sociales, aumentando, por tanto, la complejidad de éstas situaciones en la medida que tareas de gestión y coordinación tienen que ser planificadas, realizadas y financiadas por distintas organizaciones y profesionales, a menudo con la ayuda añadida de cuidadores de familia.

Los ancianos que viven solos necesitan a menudo una serie de diferentes servicios debido a discapacidades funcionales tras una enfermedad o tras ser dados de alta del hospital. Otro reto para la coordinación del cuidado de personas de tercera edad son los ancianos en riesgo de perder su autonomía —en casa o en una residencia de la tercera edad— debido a enfermedades crónico-degenerativas u otras. Muchas de estas situaciones se hacen visibles y tienen lugar sólo en un plazo breve. Estas son "horas de la verdad" para los sistemas de protección social y de sanidad en cuanto a su habilidad para responder a las necesidades de cuidados de larga duración de las personas mayores. En todos los países, el objetivo general de las políticas es promover el cuidado comunitario de cara a prevenir al máximo la atención en residencias asistidas.

No obstante, los sistemas de atención social y sanitaria no están en realidad diseñados y equipados adecuadamente para satisfacer las necesidades específicas de las personas mayores y sus familiares cuidadores. Esto se puede observar a varios niveles, llegando desde el nivel político y estructural hasta las culturas organizativas y profesionales de los proveedores, y finalmente hasta los niveles inferiores.

- Las responsabilidades políticas y financieras están fragmentadas entre departamentos sociales y sanitarios y entre entidades nacionales, regionales y locales.
- Mientras los sistemas de atención sanitaria están más diferenciados, profesionalizados, y relativamente bien financiados sobre bases de derechos de ciudadanía, los sistemas de atención social están menos profesionalizados y mal financiados. En particular, la ayuda residencial aún recibe mayores presupuestos que los equipamientos de cuidados comunitarios.
- Los fragmentados sistemas de educación no prevén el trabajo interdisciplinar que sería necesario en los cuidados de larga duración.
- En la práctica diaria, esta situación crea problemas para los clientes y sus familiares, por ejemplo, si el hospital da el alta a una persona anciana que necesita cuidados de larga duración un viernes por la tarde sin avisar previamente a familiares o proveedores de atención comunitaria.
- De igual modo, los servicios de atención comunitaria a menudo atienden a un anciano sin evaluación de necesidades en múltiples dimensiones y por tanto sin un plan individualizado de cuidado. Otro ejemplo sería que la enfermera a domicilio reconociera problemas de higiene en el hogar de sus pacientes pero no informará de ello al servicio de ayuda a domicilio o a los familiares.

* Traducido por María Bruquetas Callejo.

- También aparecen bastantes problemas en la conexión entre la atención primaria y la atención comunitaria, por ejemplo, si el médico de cabecera prescribe una radiografía a un anciano que vive sólo sin informarle de la disponibilidad de servicios de transporte.

"Provisión de servicios integrados de sanidad y bienestar social para personas ancianas en Europa" (PROCARE) fue un proyecto de investigación (2002-2005) cofinanciado por el V Programa Marco de la Comisión Europea para buscar modos de trabajo que sean capaces de superar los problemas reseñados y otros similares. Con la participación de investigadores de Austria, Dinamarca, Finlandia, Francia, Alemania, Grecia, Italia, Países Bajos y Reino Unido, el proyecto reunió inicialmente en torno a 50 modelos de trabajo que compartían la meta de mejorar la cooperación, integración o trabajo conjunto con respecto a, al menos, una de las conexiones entre sistemas de atención social y de atención sanitaria donde pueden surgir conflictos y malentendidos, crearse "atascos" y largas esperas y aumentar la insatisfacción y la frustración de los usuarios. Fueron analizadas en profundidad 18 iniciativas con objeto de aprender de sus éxitos o fracasos y de desarrollar recomendaciones políticas para los niveles locales, nacionales y europeos.

Esta contribución está basada en los resultados de PROCARE y en una investigación propia adicional del autor de los últimos 15 años. Con esto se pretende ilustrar la tesis de que el creciente número de esquemas de atención de larga duración que pueden observarse en la mayoría de los países europeos desde los años 80 van a convertirse en auténticos sistemas de cuidados de larga duración. La nueva identidad emergente de los cuidados de larga duración, más allá de sistemas de atención sanitaria y social, se basará indudablemente en enfoques integrales, equipos multidisciplinares y experiencias que requieran trabajo conjunto con múltiples participantes para abordar necesidades complejas mediante la planificación, prestación y evaluación de servicios.

A continuación, describiré en primer lugar los esquemas de cuidados de larga duración en desarrollo en países seleccionados, incluyendo el marco político y legislativo así como algunos detalles relativos a la elegibilidad y cobertura de estos sistemas. La segunda parte, y principal, abordará el papel de la provisión integrada de cuidado en la organización de los sistemas de atención de larga duración en distintos países europeos, tanto a nivel conceptual (teorías y definiciones) como práctico (métodos y estrategias de implementación).

4.2. SISTEMAS EMERGENTES DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

Los cuidados de larga duración son un "*recién llegado*" en los sistemas de protección social. Las medidas han sido introducidas principalmente como reacción a carencias evidentes en áreas de políticas ya existentes, en vez de como un auténtico nuevo campo de protección social. Por ejemplo, por un lado cuando el aumento astronómico de costes de atención sanitaria se achacaba a pacientes de larga duración que estaban "ocupando camas", o cuando, por otra parte, personas con discapacidades protestaban por la medicalización e institucionalización de sus necesidades de asistencia de larga duración.

En especial durante las décadas pasadas, los estados miembros de la UE han introducido una serie de medidas relativas, por ejemplo, a la reforma de equipamientos de cuidado residencial (desde residencias de tercera edad hasta residencias asistidas), a la innovación en servicios de atención comunitaria (atención de día, asistencia de corta duración, etc.), al apoyo a familiares encargados del cuidado y a

ayudas económicas para personas que necesitan cuidados de larga duración. Sin embargo, el progreso está basado en las diversas tradiciones del Estado de Bienestar, recursos disponibles y legislación existente, es decir, de un modo incremental más que en el desarrollo sistemático y en el aprendizaje de experiencias entre estados miembros.

La pauta general de desarrollo puede ser descrita del siguiente modo: una vez reconocido un problema social que no puede ser considerado exclusivamente como un asunto de familia, la mayoría de los países siguieron un modelo de "institucionalización" que ha sido después complementado por servicios de atención comunitaria y la diferenciación emergente de otros servicios. Obviamente, esta pauta comenzó a desarrollarse en distintos momentos y en distintos contextos en los diferentes países. Mientras los países Nórdicos definieron servicios de atención de larga duración ya en los años 50 como parte del sistema de salud y bienestar, en el Sur de Europa estos servicios no se han convertido en una cuestión hasta los años 80. Lo que se ha explicado como una consecuencia de los diferentes regímenes de bienestar (Esping-Andersen, 1990), diversas éticas de familia y políticas de tercera edad (Walker y Naegele, 1999; Philp, 2003; Pacolet et al.,), es decir "la naturaleza de la división entre atención sanitaria y social" pero también en relación a tendencias sociales generales como, además del envejecimiento poblacional a través del incremento de la longevidad, la reducción de apoyo informal a través de las familias, por el incremento de la migración económica junto con la tendencia de las mujeres a permanecer más tiempo en el empleo remunerado.

En cualquier caso, no hay documento relacionado con políticas que no subraye que las personas que necesitan cuidados de larga duración deben ser mantenidas durante el mayor tiempo posible viviendo en el hogar: se deben reducir las residencias, apoyar diferentes tipos de proveedores y servicios (atención de día, asistencia de corta duración), desarrollar nuevos servicios, garantizar la inclusión social, ampliar servicios preventivos y ampliar la orientación y el asesoramiento personales. Además, la familia y el cuidado informal tienen que ser reforzados y el conjunto de provisos de cuidados coordinados. Todas estas recomendaciones y propuestas se hacen, sin embargo, en el contexto de estrategias de regulación crecientemente orientadas al mercado y en un intento general de reducir el gasto público en sus desembolsos sanitarios y de bienestar.

Resulta obvio que, debido a las distintas situaciones de desarrollo de los esquemas nacionales y regionales de cuidados de larga duración, el reto está en adaptar estos objetivos generales a los diferentes contextos y marcos. El Cuadro 1 ofrece una panorámica de ejemplos de prestaciones y subsidios para personas que precisan atención de larga duración en los países estudiados.

Por supuesto, estos esquemas son solamente una parte de los sistemas emergentes de cuidados de larga duración, puesto que no reflejan los desarrollos en el área de servicios, prevención, apoyo organizativo y técnico, donde las diferencias entre países son incluso más notables. Para dar un ejemplo: mientras en Europa del Norte la asistencia institucional llega hasta el 12% de la provisión en Europa del Sur se dan proporciones mucho menores de atención institucional –en torno al 3% de las personas ancianas viven en instituciones en Italia (Nesti et al., 2004) y en Grecia menos de un 1% (Sissouras et al., 2004). Por tanto, la expansión del cuidado institucional está en la agenda en mayor medida en estos países mientras que en Dinamarca la construcción de residencias se ha prohibido por ley y por tanto ha cesado. Mientras, en los Países Bajos se ha puesto en marcha una reforma fundamental en el sector ("extra-muralización", Ex et al., 2004) y en Francia y otros países se están promoviendo las

"pequeñas unidades" y esquemas de vivienda asistida (Frossard et al., 2004) en Europa del Sur los responsables políticos pelean por un aumento cuantitativo de las instituciones, en particular en relación con el sector privado de atención residencial, y en general con los gastos de atención sanitaria.

CUADRO 1

Prestaciones para personas con necesidades de cuidados de larga duración en los estados miembros seleccionados de la Unión Europea

País	Medida	Financiación	Derechos	Cobertura
Austria	Prestación de asistencia (<i>Pflegegeldgesetz</i> , 1993)	Impuestos generales	Prestación en metálico (7 niveles desde unos 150€ hasta 1.500€ al mes)	Todos los ciudadanos con necesidades de cuidado de larga duración de más de 50 horas semanales (4,8% de la población)
Dinamarca	Seguro de cuidados de larga duración (<i>Pflegeversicherung</i> , 1994)	Contribuciones de seguridad social	Prestaciones en metálico o servicios en especie (3 niveles de 200€ a 1.500€; en casos extremos hasta 1.900€ al mes)	Todos los ciudadanos con necesidades de cuidados de larga duración de más de 50 horas semanales (2,5% de la población)
Francia	Ayuda personalizada para la independencia (<i>Allocation Personnalisée à l'Autonomie - APA</i>)	Financiación pública mixta	Prestación en metálico orientada (voucher) entre unos 500€ y 1.100€ al mes	Todos los ciudadanos por encima de los 60 con necesidades evaluadas de cuidado (actualmente en torno al 1,1% de la población)
Italia	Prestación de asistencia (<i>Indennità di accompagnamento</i> , 1968)	Seguridad social (Pensión asegurada)	Prestación en metálico, pago único de unos 450€ al mes	Pensionistas de invalidez con necesidades evaluadas de cuidados de larga duración
Finlandia	Prestación para la atención a pensionistas	Seguridad social	Prestación en metálico (3 niveles entre 60€ y 260€ al mes)	Pensionistas que viven en su hogar con necesidades evaluadas de atención (sobre el 2,3% de la población)
	Prestación de cuidado informal	Impuestos generales	Prestación en metálico dependiendo del acuerdo con el ayuntamiento (mínimo en torno a € 220 al mes)	s/d
Países Bajos	AWBZ (Ley de gastos médicos extraordinarios, 1967)	Seguro social	Subsidio para servicios en especie o presupuesto personal	Todos los ciudadanos con necesidades evaluadas de atención de larga duración (también en residencias asistidas)
Reino Unido	Prestación de asistencia	Impuestos generales	Prestación en metálico (2 niveles de 240€ y de 330€)	Ciudadanos de más de 65 con necesidades evaluadas de atención (en torno al 2,2% de la población)
	Prestación para el cuidado de inválidos	Impuestos generales	Prestación en metálico de 250€ al mes	Cuidadores informales o personas en necesidad de más de 35 horas de cuidado semanal

Fuente: Ex et al., 2004; Grilz-Wolf et al., 2004; Salonen-Haverinen 2004; Frossard et al., 2004; Coxon et al., 2004; Nesti et al., 2004.

En este contexto aprender los unos de los otros significaría evitar los incentivos erróneos al continuar una pauta de desarrollo "preconcebida" y, en especial, un sistema sanitario diferenciado, por un lado y un sistema de atención social basado en la tradición de Leyes de Pobres, *Poor-law*, por otro.

En realidad, encontramos solamente unos pocos sistemas legales generales que cubran el cuidado de larga duración o la dependencia desde una única ley. El ya mencionado desarrollo incremental de este sector se refleja normalmente en medidas fragmentadas tanto en la legislación social como en la sanitaria, y tanto en los niveles local y regional como nacional, añadiendo, por tanto, un problema adicional a los enfoques integrales.

4.3. EL PAPEL DE LA "ATENCIÓN INTEGRAL" EN EL CONTEXTO DE LOS SISTEMAS DE CUIDADO EMERGENTES

4.3.1. DISTINTOS DISCURSOS TEÓRICOS Y NACIONALES

Cuando se trata de debates sobre la asistencia integrada como concepto de prestación de servicios en el cual las unidades actúan de modo coordinado con la finalidad de asegurar la eficiencia, la mejora de la calidad y el aumento del nivel de satisfacción tanto de los usuarios como de los proveedores de cuidados, podemos distinguir entre varios "discursos" o conjuntos de perspectivas y enfoques académicos y políticos.

El proceso de integración puede orientarse a conectar partes dentro un nivel de asistencia, por ejemplo, la creación de equipos multi-profesionales (integración horizontal) o a relacionar distintos niveles de atención, por ejemplo, atención primaria, secundaria y terciaria (integración vertical).

La integración en y entre servicios de atención es especialmente importante en la provisión de servicios para gente mayor. Los pacientes de la tercera edad tienden a estar enfermos crónicamente y a estar sujetos a morbilidad múltiple. Por tanto, tiene que cubrirse un amplio espectro de necesidades durante un largo periodo de tiempo. Para realizar esta tarea se puede elegir entre varias posibilidades: asistencia sanitaria o social, proveedores de atención formal o informal, servicio a domicilio vs. servicio en residencias, servicios basados en hospitales o en clínicas, y muchos más (Wendt, 2001; Audit Commission, 2002). Considerando este escenario, tanto la necesidad de integración como la diversidad de enfoques para lograr la integración se hacen evidentes e inevitables.

El concepto de atención integral puede encontrarse en diversos países y bajo distintos nombres, por ejemplo, atención continua o "sin costuras", *seamless care*, atención "que atraviese muros", *transmural care*, gestión de casos, gestión del cuidado y trabajo en red (Gröne y García-Barbero, 2001; Delnoij et al., 2001; Kodner y Spreuvenberg, 2002; Wistow et al., 2002). En general podemos observar dos grandes corrientes dentro del discurso de la atención integral. Por una parte, ha habido desarrollos en el ámbito sanitario, en particular el "discurso de la gestión del cuidado" y el "discurso de salud pública". Por otra, hay un enfoque más amplio que pone un énfasis creciente en los servicios sociales y en la integración social como son los enfoques "centrado en la persona" y "del sistema completo". Estas

perspectivas se complementan con el "discurso institucional" que está centrado principalmente en las estrategias organizativas para lograr integración y/o coordinación de servicios.

"DISCURSO DE LA GESTIÓN DEL CUIDADO"

Puesto que la gestión de la atención sanitaria cada vez se inclina más a reconciliar las demandas contradictorias de los roles médicos y gestores, la teoría y la práctica han explorado la "gestión de la salud" para aumentar la eficiencia y la calidad de los servicios de salud, en particular concernientes a la gestión hospitalaria (Haubrock et al., 2000; La Puma y Schiedemeyer, 1996). La atención integrada en este contexto se centra por tanto y ante todo, en las interconexiones organizativas dentro del sistema sanitario al tiempo que se aplican principios y lógicas respectivos en servicios de atención sanitaria y social primaria.

También la OMS ha adoptado este enfoque, al menos desde la implementación de una Oficina Europea para los servicios integrales de salud en Barcelona, entendiendo la atención integral como "un concepto que reúne inversiones, prestación, gestión y organización de servicios de diagnóstico, tratamiento, cuidado, rehabilitación y promoción de la salud. La integración es un modo de mejorar los servicios en relación al acceso, calidad, satisfacción y eficiencia" (Gröne y García- Barbero, 2001).

"DISCURSO DE LA SALUD PÚBLICA"

El enfoque de salud pública se centra particularmente en la integración entre atención primaria y secundaria, pero cada vez más incluye los niveles horizontales y verticales y por tanto la prestación de servicios sociales. La idea de la integración se refiere a un proceso dirigido a garantizar la orientación hacia la demanda, una continuidad de la provisión y un alto estándar de calidad (Grundbock et al., 1998). La interconexión entre hospital y asistencia comunitaria es particularmente el centro de atención, con sus consabidos problemas como, por ejemplo, el efecto "puerta giratoria", el bloqueo de camas hospitalarias y los problemas de comunicación. Esto ha dado lugar a menudo al establecimiento de proyectos piloto para introducir procesos de cambio (LBI, 2000). Esta aproximación es muy cercana a lo que ha sido llamado "atención intermedia" en el Reino Unido (Wistow et al., 2002), es decir, una gama de servicios para "facilitar la transición del hospital a casa y de la dependencia médica a la independencia funcional, donde los objetivos de cuidado no son fundamentalmente médicos, se anticipa el destino del paciente tras su alta y se pretende un resultado clínico de recuperación (o restauración de la salud)" (Steiner, 1997). También en esta corriente de pensamiento Kodner y Spreeuwenberg (2002) han hecho una contribución importante al ejercicio de definición a partir de un enfoque centrado en la atención sanitaria. Estos autores han adoptado una "visión de la atención integral centrada en el paciente", pero tomando en consideración la provisión de servicios de salud, sociales y ayudas relacionadas (por ejemplo, vivienda) en el momento y el lugar oportuno". Kodner (2003) ha refinado esta perspectiva destacando las metas de atención integral que son "mejorar la calidad de la atención y calidad de vida; y mejorar

la eficiencia de los sistemas para clientes cuyos complejos problemas atraviesan múltiples sistemas y proveedores".

Como ocurre con la mayoría de los conceptos, podemos encontrar una variedad de significados, enfoques, teorías y prácticas. En una perspectiva geográfica, el enfoque puede ser interpretado como noreuropeo, como dice Niskanen (2002): "La atención integral incluye los métodos y estrategias para vincular y coordinar los diversos aspectos de cuidado provisto desde distintos niveles de cuidado, atención primaria y secundaria. En Finlandia el concepto de integración se aplica también al de servicios sociales, puesto que los pacientes de larga duración necesitan un apoyo que también es responsabilidad del sector social". Salonen y Haverinen (2004) están usando el término "cadenas de servicio continuo", *seamless service chains*, para definir este tipo de atención integral, por ejemplo, "un modelo operativo, donde los cuidados sociales y sanitarios recibidos por un cliente están integrados dentro de una entidad flexible que satisfará las necesidades de los clientes con independencia de qué unidad operativa presta o implementa los servicios" (Ranta, 2001).

Para concluir, el discurso de la salud pública está centrado en los modos de prestar mejor atención para toda la población mediante la integración de varios proveedores, partiendo de una perspectiva de cuidados sanitarios.

"DISCURSO CENTRADO EN LA PERSONA"

Es indudablemente difícil establecer una línea de demarcación clara entre el "discurso de la salud pública" y lo que podríamos llamar el "enfoque centrado en la persona". En cualquier caso, el interés de este último se centra claramente en una "desmedicalización" de las perspectivas de atención integral, es decir, subraya la interdependencia de los servicios sociales y sanitarios en la atención de larga duración. Esto refleja la experiencia de que la perspectiva puramente médica evita que la prestación de cuidados de larga duración ponga al individuo en el centro de todas las intervenciones: "La integración de los servicios sanitarios y sociales implica que los servicios se prestan a todos los ancianos –independientemente de donde vivan– mediante equipos integrales de ayudantes a domicilio, enfermeras a domicilio, etc. La decisión de asistencia se hace a solicitud del médico de cabecera, de hospitales, de los ancianos o parientes" (Colmorton et al., 2004).

Esta definición está muy próxima a una noción que puede encontrarse tanto en la teoría y como en la elaboración de políticas públicas en los Países Bajos, que tiende hacia la construcción de sistemas de cuidado "a demanda" que, en resumen, están promoviendo la provisión de atención integrada: "La asistencia a demanda significa simultáneamente atención integral; cuando se cubren las necesidades y solicitudes que el cliente puede tener en varias áreas se está suministrando atención integral. Desde una perspectiva del cliente, la integración se logra cuando él o ella esperan recibir el tipo adecuado de atención y la cantidad adecuada de asistencia en el momento preciso" (Ex et al., 2001). Este concepto toma al individuo como punto de partida e intenta centrarse en la conexión entre vivienda independiente y atención ("atención *transmural*"; van der Linden et al., 2001), en el trabajo conjunto intersec-

torial y en el desarrollo de redes de servicios para garantizar la participación de las personas mayores en la sociedad. Por tanto, el enfoque va mucho más allá de los modelos de atención sanitaria específica.

Una variación de este enfoque puede encontrarse en el Reino Unido, donde se han utilizado un gran número de términos para describir la atención integral, como "trabajo conjunto", "partenariado" y "colaboración". Coxon y colegas (2004) destacan especialmente una definición reciente ofrecida por la *Audit Commission* que ha desarrollado un "modelo de sistemas" de partenariado organizativo. De acuerdo con esta definición "el funcionamiento del conjunto del sistema completo funciona cuando los servicios están organizados en torno al usuario, todos las partes reconocen que son interdependientes y comprenden que la acción de una parte del sistema tiene un impacto en el resto" (*Audit Commission*, 2002). Los usuarios deberían experimentar los servicios como un continuo y los proveedores compartir "la visión, los objetivos, la acción (incluyendo la reformulación de los servicios), los recursos y el riesgo". Este concepto es sin duda muy interesante aunque su traducción en la práctica requerirá grandes esfuerzos concernientes al desarrollo organizacional y la comunicación entre partes. Esta definición podría en cualquier caso ayudar a crear una visión compartida entre científicos, analistas de políticas y responsables prácticos.

"DISCURSO INSTITUCIONAL"

Queda pendiente la cuestión de si las definiciones presentadas hasta ahora realmente significan "integración", o más bien "vinculación", "coordinación", o "trabajo en red" como ha descrito Leutz (1999). Como Frossard et al. (2004) sugieren, "los servicios integrados son un conjunto de servicios puestos a disposición de un grupo de población específico en un área geográfica dada, por una compañía u organización particular, agrupados bajo una única autoridad decisora". Para que haya "integración real", debe crearse una organización estable para la completa cobertura de las necesidades de atención sanitaria de una población dada y ésta estaría probablemente dentro del sistema sanitario (Kodner, 2003). Otra preocupación relacionada es que los servicios sociales pierdan su identidad y autonomía o se medicalicen más aún. Debido a la fragmentación existente entre los sistemas de cuidados sanitarios y sociales las diferentes unidades estarían poco dispuestas a aceptar una autoridad única, verticalmente integrada.

Por esta razón, por ejemplo en Francia, es bastante menos atractivo el concepto de integración en la forma de "modelo de servicio directo consolidado" (Davis, 1992; Zawadski, 1983). En su lugar, en este país podemos observar una larga historia de teoría y práctica de "coordinación gerontológica" y trabajo en red: "Red o coordinación quiere decir una organización voluntaria de profesionales (que puede incluir trabajadores voluntarios) quienes ponen en común sus recursos para desarrollar información, atención social y sanitaria, y servicios de prevención diseñados para resolver problemas complejos o urgentes, que han sido identificados como prioridades en un área geográfica dada, de acuerdo con criterios decididos con antelación basados en consulta (...) una colaboración temporal o permanente entre distintas organizaciones que persiguen un objetivo específico" (Frossard et al., 2004).

Los términos "coordinación", "cooperación" y "trabajo en red" se suelen utilizar para describir modos de trabajo conjunto, tanto dentro como entre distintos sectores. La diferencia entre las tres expresiones es

el nivel de trabajo conjunto, que aumenta desde la coordinación hasta la cooperación y finalmente hasta el trabajo en red. Mientras coordinación todavía puede implicar la existencia de jerarquía, la cooperación implica de alguna manera trabajo conjunto en pie de igualdad, mientras que el trabajo en red requiere de cierta proximidad y continuidad (Leutz, 1999).

Debería mencionarse en este punto que ni el enfoque de "atención continua", *seamless*, ni el "centrado en la persona" se orientan a una toma hostil del sector social por parte del sistema sanitario. De hecho, también la coordinación persigue cierto nivel de integración estructural, es decir, una ventanilla única u oficina de atención al público con funciones de gestión de casos (agencia intermediaria, *brokerage agency*).

Otro aspecto de la integración institucional (horizontal) es el concerniente a la integración o coordinación de distintos tipos de proveedores, un tema que ha sido discutido en la mayoría de los países bajo el nombre de "economía mixta de bienestar" (Evers y Olk, 1996; Evers, 1990). Es particularmente evidente en aquellos países donde los mecanismos de mercado y la elección son parte de la ecuación (por ejemplo, Austria, Alemania, Italia y cada vez más el Reino Unido) y hay una fuerte discusión sobre si los numerosos tipos de proveedores vienen a añadir únicamente más complejidad a un ámbito que de por sí ha sido descrito como "entre los más complejos e interdependientes conocidos en la sociedad" (Kodner y Spreeuwenberg, 2002). De hecho, durante los últimos años se han introducido mecanismos de dirección hacia el tercer sector y otros proveedores privados, en particular donde estos nuevos proveedores solamente han comenzado a florecer, por ejemplo en Italia (Nesti et al., 2004).

En el Cuadro 2 abordamos el —científicamente— arriesgado experimento de clasificar la importancia relativa de diferentes conceptos en los países participantes. Obviamente, esta clasificación sólo se apoya en la experiencia subjetiva de los investigadores que participan en PROCARE y en la evidencia de los informes nacionales de este proyecto (Leichsenring y Alaszewski, 2004), pero esto puede ayudar a conocer en profundidad los distintos conceptos en juego.

Ninguno de los conceptos descritos arriba han sido construidos deliberadamente de un modo mutuamente excluyente, ya que, por ejemplo, parece lógico que un enfoque centrado en la persona incluya integración horizontal (es decir, integración a través de fronteras organizativas y a través de profesiones) y "atención *transmural*" (es decir, integración de los servicios residenciales y domiciliarios). Puede ser que la implementación de la integración horizontal sea el primer paso en el proceso de desarrollar un sistema de cuidados centrados en la persona. Aún más, puede haber caminos adicionales o alternativos hacia la atención integral, por ejemplo mediante el desarrollo de "coordinación gerontológica". En resumen, el cuadro debería ser leído como un intento de facilitar indicadores sobre el nivel de integración en los países individuales: no estamos intentando proponer las "mejores" estrategias de integración. De hecho, hay variaciones en métodos de organización de servicios tanto entre países como dentro de ellos.

Como corolario de esta sección podemos, a pesar de las distintas aproximaciones, considerar el término "atención integral" como un concepto útil para describir la coordinación, cooperación y trabajo en red entre los servicios sociales y sanitarios con el objetivo de mejorar los servicios y la calidad de vida desde el punto de vista de usuario (para un análisis en profundidad ver: Alaszewski et al., 2004; Leutz,

1999; Kodner y Spreeuwenberg, 2002). Aún así, depende de la mezcla específica de métodos o instrumentos y de las estrategias usadas para alcanzar estos objetivos.

CUADRO 2

Conceptos principales de la atención integrada en estados miembros seleccionados de la Unión Europea

Conceptos clave de la atención integrada	Austria	Alemania	Dinamarca	Grecia	Francia	Finlandia	Italia	Países Bajos	Reino Unido
Discurso de la salud pública	**	**	**			*	**		**
Discurso de la gestión del cuidado (sistema sanitario)	**	**	*		*	*	*	*	***
Integración horizontal (provisión mixta)	**	**		**	*	*	*	*	*
Integración vertical						**	**		**
Atención continua <i>seamless</i> / atención <i>transmural</i>	*					***			*
Coordinación gerontológica/ trabajo en red	*	*			***		*		
Enfoque del sistema completo									*
Enfoque centrado en la persona			***			**		***	**
*** Concepto más importante observado e implementado en la prestación. ** Concepto importante (parcialmente implementado). * Concepto en discusión y testado en proyectos experimentales.									

Fuente: PROCARE.

4.3.2. MÉTODOS Y ESTRATEGIAS UTILIZADOS EN ENFOQUES DE ATENCIÓN INTEGRAL

Las políticas y estrategias para lograr la integración pueden intentar utilizar diferentes formas de influencia y diversos puntos de partida para la creación de sistemas de atención integral. Kodner y Spreeuwenberg (2002) han propuesto un continuo de estrategias hacia la atención integral, que aborda los bien conocidos problemas en cinco dimensiones interdependientes: financiera, administrativa, organizativa, prestación de servicios y clínica. Kodner (2003) también ha contribuido a la comparación analizando las categorías de "consolidación administrativa, asignación de servicios, asistencia en red, gestión de casos, cadenas de cuidado y viviendas con dotación extra de servicios". En cualquier caso, a continuación nos referiremos sólo parcialmente a estas categorías dado que estamos intentando ir hacia un discurso verdaderamente centrado en la interdependencia entre los servicios sociales y sanitarios de larga duración. Por lo tanto, nos gustaría destacar aquellos méto-

dos y estrategias que se usan para superar los atascos de las varias conexiones entre los ámbitos del cuidado sanitario y social.

GESTIÓN DE CASOS Y DE CUIDADOS

El método más genuino dentro del discurso de la atención integrada quizá sea el que se ha descrito como gestión de casos y de cuidados, una técnica derivada del sector de la atención social que aspira a hacer coincidir la oferta y la demanda para las personas en situaciones complejas. La idea es construir una red de recursos a lo largo del tiempo y a través de los servicios y capacitar al paciente y a sus familiares para que la empleen de forma autosuficiente. Los métodos utilizados están orientados al cliente y, por lo tanto, a la demanda. Debe subrayarse que en este contexto el término "caso" se refiere a la situación en que se encuentra la persona, no a la persona en sí misma (Davies, 1992; Wendt, 2001). Este planteamiento fue también adoptado en otros ámbitos, como el sector sanitario, en particular, donde es más conocido con el nombre de "gestión del cuidado". La idea es maximizar las prestaciones derivadas de una determinada cantidad de dinero. Este objetivo se alcanza mediante la coordinación de la prestación de cuidados, que evite la pérdida de información y los tratamientos dobles y —finalmente— conduzca a un recorte de la utilización de los servicios de cuidado. Actualmente no está claro si esta estrategia conduce, incluso, a un recorte en la utilización de los servicios necesarios, aunque caros (véase por ejemplo Barr, 1996). Otro problema de definición se refiere al término "gestión del cuidado" que, nos referimos a Roth y Reichert (2004), significa la coordinación de la ayuda y de redes de proveedores de servicios a nivel general en una región de atención, mientras que en otros contextos significa la gestión del proceso del cuidado individual.

En cualquier caso, el instrumento es empleado en la mayoría de los países, aunque con diferentes interpretaciones. Mientras que en el Reino Unido, los Países Bajos y los países Nórdicos, los gestores de casos podrían caracterizarse como un servicio mayoritario, en Alemania, Austria, Italia y Francia, la gestión de casos se aplica principalmente en proyectos piloto. Otras diferencias atañen a los objetivos, a la financiación y al marco organizativo. Por ejemplo, en el Reino Unido los gestores de casos cumplen también una función de portería. El médico de cabecera cumple esta función en lo referente al cuidado sanitario, y los "gestores de casos" empleados por los servicios sociales adquieren cuidados sociales en nombre de los clientes siguiendo una valoración de la "necesidad" social. En Austria y Alemania, los gestores de casos suelen trabajar en proyectos en la conexión entre la asistencia hospitalaria y la comunitaria.

En teoría, los gestores de casos deben seguir la situación del cliente desde el momento inicial en que la persona necesitada de cuidados solicita ayuda. Así, en algunos países se han desarrollado "ventanillas únicas" y centros de información, la mayoría como proyectos de diferentes ámbitos organizativos (municipio, centro de atención sanitaria, residencia de ancianos).

En relación con otros instrumentos de la atención integrada, un tema clave es quiénes son los "gestores de casos y de la asistencia", qué conocimientos profesionales tienen (¿enfermería en vez de trabajo social?), qué clase de formación han obtenido y si se les conceden recursos y competencias reales

para "conducir" los procesos y actuar como "defensores" del cliente. En los Países Bajos, por ejemplo el *ouderenadviseur* (asesor de los mayores) es un servicio muy extendido pero está más dedicado a informar y apoyar, que a influenciar y coordinar a los diferentes proveedores. Sin embargo, hay un proyecto piloto holandés donde el denominado *omtinker* combina la defensa con los instrumentos para coordinar a los proveedores en torno a las necesidades de un cliente individual (Ex et al., 2004). Otras cuestiones relativas a la gestión de los cuidados se refieren a su papel de "porteros" y/o su dedicación a la planificación de la asistencia individual y a la supervisión de los resultados: ¿Cómo debe organizarse la gestión de casos? ¿Debe permanecer la gestión de casos como una responsabilidad pública? ¿Podría el establecimiento de metas servir como un modo de comportamiento para los gestores de casos? ¿Cómo y quiénes deben implicarse para desarrollar la misión de los gestores de casos?

ESTRATEGIAS DE CUIDADO INTERMEDIO: LA INTERRELACIÓN ENTRE LA ASISTENCIA HOSPITALARIA Y LA MUNICIPAL

Como la necesidad de cuidado surge a menudo de forma inesperada (casi siempre en relación con una baja hospitalaria) y las personas mayores dependientes (y sus familias) no suelen saber a dónde recurrir, una intervención rápida y una ayuda carente de burocracia son factores importantes para lograr una atención centrada en el cliente. En esta conexión, los equipos de respuesta rápida (Coxon et al., 2004) pueden ser un instrumento para prevenir ingresos innecesarios en el hospital y/o la solicitud de una plaza en una residencia asistida. Este método forma parte de toda una amplia gama de intervenciones relativas a la "asistencia intermedia" que podrían complementarse con servicios de rehabilitación intensiva (situados en los hospitales o en los hogares) para ayudar a las personas mayores a recuperar su salud e independencia, con instalaciones de recuperación (asistencia de corta duración en una residencia asistida u otro alojamiento especial para facilitar la transición) y con rápido intercambio de información (formularios de transición).

Si bien estos instrumentos están incluidos en la estrategia gubernamental del Reino Unido para mejorar los servicios de asistencia sanitaria y social de las personas mayores (Coxon et al., 2004), también pueden encontrarse en otros países. En Dinamarca, por ejemplo, se han introducido las visitas preventivas al domicilio de todas las personas mayores, lo que debería ayudar tanto al personal sanitario como a los trabajadores sociales a mantenerse en contacto con los potenciales clientes y a organizar servicios ya desde una etapa inicial. Además de estos sistemas de prevención temprana, los contratos entre municipios y hospitales relativos a los procedimientos de alta, las reuniones entre el personal de enfermería a domicilio y el personal del hospital y los equipos geriátricos que realizan el seguimiento de las personas mayores en sus propios domicilios forman parte de la estrategia danesa para aumentar la integración entre la asistencia hospitalaria y la extrahospitalaria (Colmorton et al., 2004). Wistow et al. (2002) también subrayan la necesidad de "concebir la asistencia intermedia en términos de un sistema de servicios que está construido en torno a las necesidades y aspiraciones de las personas mayores relacionados con sus estilos de vida (...) en modos que aumentan su capacidad

para cubrir sus necesidades sociales y psicológicas además así como para lograr un nivel óptimo de funcionamiento físico."

Aunque no se puede dar por sentado que los distintos contextos (hospital/comunidad) sean reconocidos, o que el trabajo asociado entre agencias de asistencia sanitaria y social sea siempre exitoso, los gestores de la asistencia hospitalaria pueden también contribuir a una mejor preparación del alta del hospital si son capaces de crear una red adecuada en torno a las necesidades del cliente (Grilz-Wolf et al., 2004).

EL COMIENZO DE UNA RELACIÓN COMPLEJA: EVALUACIÓN DE LAS NECESIDADES Y PLANIFICACIÓN CONJUNTA

Si es importante fijar un único punto de referencia para las personas que se han convertido en enfermos crónicos y/o dependientes de cuidados, es al menos igualmente importante contar con una evaluación de las necesidades que considere ambos aspectos, el social y el médico y tanto los factores psicológicos, mentales, como los físicos, es decir, un equipo interdisciplinario y pluridimensional. Con objeto de proporcionar una atención integrada parece lógico que desde el mismo momento en que un organismo proveedor de servicios se haga cargo de una persona, sus necesidades generales sean evaluadas y contrastadas con los recursos existentes. Si las necesidades sólo se evalúan en relación con los requerimientos médicos, lo más probable es que únicamente se prescriban remedios médicos (enfermería a domicilio, medicinas, etc.), y viceversa, si sólo se evalúan las necesidades sociales, se emplearán intervenciones de cuidado social. Además, si las necesidades no se evalúan correctamente, los clientes/ pacientes podrían tender a hacer uso de servicios más caros, pero quizás menos eficientes y satisfactorios, pasando por alto problemas fundamentales.

Muchos países han introducido equipos interdisciplinarios de evaluación y/o agencias responsables de guiar al ciudadano en la "jungla" de los proveedores de servicios. Las "unidades de evaluación geriátrica" multidimensionales dentro del sistema sanitario italiano (Nesti et al., 2004) son un ejemplo, pero, en realidad, sólo suelen iniciar su actividad cuando las personas mayores solicitan una plaza en un centro residencial y cuando son reenviados por otros profesionales de la atención social o sanitaria. En los Países Bajos (Ex et al., 2004), los Consejos Regionales de Evaluación (RIOs) son un punto de partida muy importante para las estrategias de atención integrada: sus miembros interdisciplinarios deciden a qué tipo de cuidados, servicios o ayudas tiene derecho la persona. Se asigna una función similar al "Proceso único de evaluación" en el Reino Unido, cuyo ejemplo es una versión mejorada denominada "Equipos de evaluación comunitaria y rehabilitación (CART)" (Coxon et al., 2004), y a los "Centros Locales de Información y Coordinación" (CLIC) en Francia (Frossard et al., 2004).

En la mayor parte del resto de países, el proceso de evaluación de las necesidades de cuidados de larga duración sigue estando bastante fragmentado y basado genuinamente en el conocimiento médico. Por ejemplo, en Austria y Alemania, médicos específicamente formados llevan a cabo la evaluación de las necesidades, es decir, comprueban los derechos de acceso al seguro de cuidados de larga duración

(Alemania) o a la prestación para cuidados de larga duración de Austria. Por lo tanto, las personas que, de acuerdo con sus derechos, eligen servicios como ayuda a los cuidados familiares, a menudo tienen que someterse a una evaluación más, duplicada, referida a las necesidades de servicios y a la planificación individual. Un enfoque integrado, por ejemplo podría servir para reducir este tipo de "acciones paralelas".

LA LIBRE ELECCIÓN DEL USUARIO: PRESUPUESTOS PERSONALES Y PRESTACIONES PARA LOS CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La evaluación de las necesidades por expertos (médicos) es un asunto tan debatido como las prestaciones en metálico para el cuidado de personas dependientes. Sin embargo, mientras el primero ha sido siempre una parte fundamental del debate sobre la atención integrada, "el cuidado dirigido por el consumidor parece ser la antítesis de la asistencia integrada" (Kodner, 2003). La entrega de dinero a las personas con necesidades de cuidado es, sin duda, un fenómeno que se ha extendido en los últimos quince años (Pacolet et al., 2000; Evers et al., 1994). Está enraizado en la reivindicación de una vida independiente -un movimiento formado, sobre todo, por personas con discapacidades en edad de trabajar- pero también en los sistemas tradicionales de prestaciones en metálico para las personas con discapacidad (prestaciones de invalidez) que han existido en muchos países. Además, las prestaciones en metálico se destinaban también a apoyar a los cuidadores informales y familiares con esquemas que dan derecho a los cuidadores a prestaciones específicas. Y, desde luego, las prestaciones en metálico son un medio atractivo para los elaboradores de políticas públicas ya que facilita el control presupuestario.

En la práctica, podemos encontrar enfoques bastante diferentes, ya sea en el nivel de financiación, ya sea en relación con los derechos, que varían desde pagos únicos de 150 € hasta 1.700 € al mes en función de las necesidades evaluadas, la clase de servicios o los centros utilizados. En Alemania, las personas que tienen derechos pueden elegir entre las prestaciones en metálico, servicios en especie o una mezcla de ambos; la mayoría de los usuarios opta por las prestaciones en metálico. En Austria, el beneficiario puede decidir si utiliza las prestaciones para adquirir servicios o para "pagar" a cuidadores informales o a familiares. En Francia, la Ayuda a las Personas Mayores (APA) se asemeja más a un sistema de vales, puesto que la prestación tiene que emplearse para el pago de cuidados (informales) o en el copago del cuidado residencial. También las diferentes formas de "presupuesto individual" holandés están más o menos destinadas al cuidado; sólo una pequeña fracción de este presupuesto individual puede usarse a discreción por el beneficiario, si bien la fracción principal debe emplearse en la adquisición de servicios, por lo general con el apoyo de una Agencia Aseguradora. Aun así, esta forma de subsidio está orientada a aumentar la libre elección del usuario y su independencia.

Con miras a la atención integrada para las personas mayores, es evidente que este mecanismo podría conducir a una situación en la que la persona con necesidades de cuidado (y/o su cuidador familiar) se convierte en una especie de gestor de casos, cambiando así la responsabilidad. Otra consecuencia podría ser que el subsidio termine por formar parte de los ingresos regulares del hogar, de manera que

su uso específico para los gastos relacionados con los cuidados no pueda ser rastreado y, por lo tanto, genere un supuesto "mal uso" de fondos públicos y, quizás, fomente el "trabajo sumergido". Al mismo tiempo, los subsidios en metálico podrían ser un primer paso hacia un enfoque más general, hacia una asistencia regida por la demanda y una mayor diferenciación, en lugar de orientarse hacia grupos *target* pretendidamente homogéneos, como el de las "personas mayores". Con el fin de aprovechar todas las ventajas de los servicios dirigidos al consumidor, tienen que cumplirse determinadas condiciones previas (Kodner, 2003; Ex et al., 2004):

- La libre elección de los consumidores sólo puede garantizarse si éstos logran tener una considerable visión de conjunto de la oferta; dado que la transparencia perfecta no existe, podría llevarse a cabo mediante una "consulta paritaria", un asesoramiento independiente, centros de contacto inicial o de intermediación (véase Alemania) o un *omtinker* (véanse los Países Bajos).
- Una competencia suficiente entre los proveedores es otro aspecto importante, en particular debe promoverse bastante diferenciación de los servicios.
- El personal tiene que estar entrenado para capacitar a los usuarios y los proveedores de servicios tendrán que desarrollar más servicios orientados al usuario.
- Deben diseñarse servicios dirigidos al consumidor mediante la mayor implicación posible de los grupos a los que va dirigido, y
- Las prestaciones en metálico deben combinarse con otras herramientas de prestación de atención integrada (gestión de casos y cuidados, presupuestos mixtos, trabajo conjunto etc.).

TRABAJO CONJUNTO: QUIEBRA DE LA DIVISIÓN CULTURAL

Quien haya trabajado alguna vez con grupos mixtos compuestos por profesionales médicos, médico-sociales y sociales conoce las divisiones culturales entre estos grupos, pero también que las divisiones estructurales y jerárquicas son a menudo mucho más significativas. Una vez que los distintos profesionales comienzan a hablar entre sí, los conflictos y las diferentes perspectivas se pueden resolver a menudo. Sin embargo, las jerarquías siguen dividiendo y suelen entorpecer el establecimiento de una comprensión común, por ejemplo la definición de "autonomía" o un concepto compartido de cuidado. En particular, la orientación médica hacia la "curación" choca a menudo con las necesidades de las personas que dependen de la atención de larga duración. También, los incentivos erróneos presentados, por ejemplo, por la financiación hospitalaria de grupos de diagnóstico afin, han contribuido a la denominada división "cultural" entre los sistemas de asistencia sanitaria y social. Además, las diferencias de situación y de jerarquía, que cada vez son más cuestionadas por las profesiones de enfermería, complican la cooperación entre las profesiones de medicina, enfermería y servicios sociales (Roth y Reichert, 2004).

En relación con ello, un grupo específico que hay que abordar en esta conexión es el de los médicos de familia (médicos de medicina general) quienes, aun teniendo un papel potencialmente decisivo de guía

y apoyo a las personas que necesitan cuidados de larga duración, también en relación con su aseguramiento, se abstienen de cumplir el papel de persona de referencia general ("guía") para los clientes/pacientes y otros proveedores de servicios, debido a restricciones de tiempo, falta de conocimientos y de reconocimiento por esta labor.

El sistema danés de cuidados a las personas mayores ofrece algunas soluciones potenciales para estas cuestiones. En primer lugar, los municipios tienen que pagar por los pacientes de hospitales que han terminado su tratamiento y están a la espera de una plaza en una residencia asistida. En segundo lugar, algunos municipios han firmado contratos de cooperación con hospitales en los que se estipula que los servicios de atención comunitaria tienen que ser comunicados al menos 3 días antes de dar de alta a un paciente, si éste/a necesita asistencia sanitaria o social en su domicilio. En tercer lugar, las experiencias con los "equipos geriátricos", las "reuniones mixtas previas al alta hospitalaria", la atención municipal integrada las 24 horas del día y la formación mixta, aportan algunos primeros pasos hacia el trabajo conjunto en pie de igualdad. Pero por lo que respecta a los médicos de medicina general, el modelo danés rara vez los ha hecho participar en una cooperación formalizada con el hospital o el municipio, a menos que hayan de tratarse enfermedades específicas.

Casi todos los proyectos piloto que intentan de una y otra manera combinar servicios sociales y sanitarios arrojan además resultados positivos en relación con el trabajo conjunto y la mejora de la comprensión recíproca. El mero hecho de que las diferentes partes interesadas se reúnan en torno a una mesa ayuda muchas veces a crear un intercambio intensivo de ideas, confianza en las capacidades del otro y una nueva comprensión del trabajo de los demás sectores (Grilz-Wolf et al., 2004). En Francia, las políticas reglamentarias tienen una dilatada historia de incentivos para respaldar los "mecanismos de coordinación". Tomando como base las experiencias de los proyectos de ejecución local que promueven la "coordinación gerontológica", Frossard et al. (2004) subrayan que, desgraciadamente, el proceso de mejora de la comunicación exige bastante tiempo y requiere jefes de proyecto muy comprometidos. En un proyecto, llevó alrededor de dos años conseguir que los médicos y los trabajadores sociales trabajaran juntos y crearan una nueva visión en determinadas situaciones.

Otro enfoque del trabajo conjunto en el nivel del fomento del flujo de información y coordinación entre las diferentes organizaciones e instituciones implicadas, es el relatado desde Alemania, donde se han establecido conferencias de coordinación de cuidados, mesas redondas y grupos de trabajo en varias zonas. En un sentido más amplio, esto atañe también a la planificación y estructuración de la prestación de cuidado, y a los acuerdos sobre procedimientos a escala regional o local.

APERTURA DE LAS INSTITUCIONES: HACIA UNA INTEGRACIÓN DE VIVIENDA, BIENESTAR Y CUIDADOS

Las tendencias futuras de la política social y sanitaria han de tener en cuenta que la importancia tradicional concedida a los grupos destinatarios y a las soluciones correspondientes se enfrentarán cada vez más con la atención concedida a la solución de los problemas sociales y sanitarios que afectan a

diferentes grupos destinatarios con el mismo tipo de necesidades. Además, la creciente movilidad de los miembros de la familia provocará la necesidad de nuevos tipos de sistemas de ayuda dentro de la vecindad y de la comunidad. Las tradicionales residencias asistidas o de mayores ("instituciones totales") sobrevivirán a duras penas en este escenario, a menos que se conviertan en centros vecinales proactivos, abiertos e innovadores que proporcionen toda clase de servicios e instalaciones al público, y/o especializados en grupos específicos –por ejemplo, en personas que sufren demencia u otros problemas cognitivos.

El planteamiento del gobierno holandés con respecto a la asistencia orientada a la demanda trata de hacer frente a este desafío mediante la promoción del concepto de "distritos pro-cuidados", es decir zonas en las que se concede una atención explícita a la mejora del hábitat, la infraestructura y las instalaciones existentes (Ex et al., 2004). En general, este planteamiento atañe a la interrelación entre la vivienda y los cuidados que ha sido a menudo descuidado en el modelo medicalizado. De hecho, si se ha de apoyar al cuidado a domicilio, tanto las políticas de vivienda como las organizaciones de vivienda se convierten en factores importantes para proporcionar la atención integrada. En la realidad holandesa, las políticas correspondientes han conducido a la asociación de las partes interesadas, por ejemplo entre el Ministerio de Vivienda, Planificación y Medio Ambiente y el Ministerio de Salud, Bienestar Social y Deportes. Los "acuerdos de estímulo de vivienda protegida" respectivos han provocado varias iniciativas. Por ejemplo, las corporaciones de vivienda, en cooperación con los municipios y las instituciones de cuidado y bienestar, están modernizando las residencias de personas mayores y asistidas para convertirlas en nuevos centros de cuidado. También están creando nuevas instalaciones asistenciales protegidas, preferentemente en cooperación con los financiadores privados.

También los "Centros Asistenciales Abiertos para las Personas Mayores" (KAPI) griegos ponen el acento en la vecindad y su capital social para reconstruir la solidaridad social como parte de la prestación de asistencia integrada. Los KAPI pretenden evitar el aislamiento de los mayores; deben contribuir a incrementar la capacidad de los ciudadanos mayores para seguir siendo miembros activos de la sociedad. Como centros mediadores, los KAPI conectan a las personas mayores con y dentro de su entorno social y fomentan así un centro integrado para la prevención, la promoción de la salud y la integración social (Sissouras et al., 2004).

APOYO AL CUIDADO INFORMAL (FAMILIAR)

El papel de las familias y/o de los cuidadores informales en la creación de redes de atención integrada es decisivo para su éxito. Esto afecta tanto a la prevención como al proceso de cuidado real, puesto que ningún sistema de cuidado será nunca capaz de cubrir todas las necesidades de cuidados de larga duración mediante unos servicios profesionalizados. Aunque durante mucho tiempo la existencia de cuidadores informales fue dada por descontado por los proveedores de servicios, ahora existe un cierto número de iniciativas para mejorar la situación. Estos mecanismos de apoyo varían desde las prestaciones en metálico (el Reino Unido, algunas regiones de Italia) y la concesión de pensiones (Alemania), hasta la formación e información, el empleo (los países Nórdicos) y los servicios de respiro, como la atención de

día o temporal, que puede encontrarse en casi todos los países, aunque la disponibilidad de estos servicios suele ser muy escasa.

Es importante mencionar que, debido a las "éticas familiares" prevalecientes, en aquellos países donde el cuidado familiar es más importante (en particular en los países Mediterráneos) se están observando solamente pequeños esfuerzos para integrar a los cuidadores familiares en los sistemas de provisión (Sissouras et al., 2004). Conceptos promovidos por la UE como por ejemplo la inclusión social, subsidiaridad y solidaridad podrían ayudar a mejorar esta situación.

La integración de la atención informal sigue siendo, en consecuencia, un ámbito decisivo para la prestación de asistencia integrada, en parte porque los cuidadores familiares no suelen definirse a sí mismos como tales, y en parte porque los profesionales con frecuencia consideran a la familia de la persona necesitada de cuidados más como un adversario que como un recurso. Así, las mejoras son difíciles de lograr en ambos niveles: por una parte, apoyando a los cuidadores familiares o informales para integrar los distintos servicios que recibe su cónyuge o parientes ancianos (información, formación específica); por la otra, incluyéndolos en los sistemas formales de cuidados, incluso o en particular si estos forman parte de un sistema integrado de servicios.

Con el aumento de cuidadores informales ajenos a la familia que a menudo son inmigrantes extracomunitarios, -y con los consiguientes problemas de "mercado laboral sumergido", "inmigración ilegal" y la consecuente discontinuidad de los cuidados-, se hace cada vez más urgente desarrollar estrategias de integración y colaboración con el sistema formal de atención sanitaria y social (Nesti et al., 2004; Motel-Klingebiel et al., 2004).

¿GESTIÓN DE LA CALIDAD COMO INSTRUMENTO PARA GENERAR RESULTADOS MUTUAMENTE ACORDADOS?

El considerable éxito de los sistemas de certificación de la calidad industrial (ISO 9000, EFQM, *Total Quality Management*, *Business Re-engineering*) ha tenido un impacto significativo en la prestación de servicios sociales personales durante los 90, con la consecuencia de que el interés por la gestión de casos y las cuestiones de coordinación -uno de los conceptos más discutidos en la investigación de política social durante los 80- se han relegado a un segundo plano. Con la actual orientación hacia el mercado y la gestión parecía como si los servicios públicos y en particular los servicios sociales pudieran actualizar su imagen profesional y societal sólo por la asunción de los "enfoques profesionales" derivados del mundo empresarial. Esto ha tenido ciertamente bastantes efectos positivos en la cambiante "cultura del cuidado" como, por ejemplo, una orientación creciente hacia el usuario, una orientación más clara hacia objetivos y resultados, procesos de reorganización para la mayor autonomía de los equipos y grupos de trabajo así como en detrimento de la toma de decisiones jerárquica y la planificación y control burocráticos.

Ciertamente la gestión de la calidad puede también ayudar a mejorar la coordinación inter-organizativa si, por ejemplo, se definen en actas mutuamente acordadas los indicadores y estándares relativos

a la estructura, el proceso, y los resultados de diferentes proveedores o agencias, y si las especificidades de la prestación de servicios sociales y sanitarios son reconocidas durante este ejercicio.

Podemos encontrar ejemplos de dicha aproximación en Finlandia, tanto en términos de una estrategia de arriba-abajo, *top-down*, como en modelos de abajo-arriba, *bottom-up*. El Ministerio finlandés de Asuntos Sociales y Salud ha abordado la cuestión de la calidad desde el año 2000 mediante la creación de un "Marco nacional para la atención y los servicios de alta calidad para personas mayores" y recomendaciones para la mejora de la calidad implicando a los municipios. Municipios y proyectos han utilizado métodos de gestión de la calidad en procesos de reestructuración y reforma en marcha, por ejemplo el proyecto "Kuopio" (Salonen y Haverinen, 2004).

También el Marco nacional de servicios para personas mayores del Reino Unido pretende crear cotas de referencia de calidad a través de un amplio espectro de servicios de salud, atención social y otros para personas mayores, incluyendo la ampliación de su integración (DoH, 2002).

En general, la gestión de calidad y los procesos de certificación han sido introducidos principalmente por organizaciones individuales (la certificación ISO por proveedores sin ánimo de lucro de Austria, Alemania, Italia y el Reino Unido), mientras que procesos de desarrollo estratégico para la integración mediante la garantía de la calidad se han presentado en menor medida. En Alemania, se aplican cada vez más instrumentos de gestión de calidad (Reis y Schulze-Boing, 2000) tanto en el sector sanitario como en conexión con la introducción de los seguros de cuidados de larga duración. Al mismo tiempo, la introducción de una economía mixta del bienestar en Italia conlleva el desarrollo de sistemas de acreditación regional para los servicios sociales que generalmente están basados en enfoques de gestión de la calidad (Nesti et al., 2004).

DISTINTAS ESTRATEGIAS NACIONALES PARA LOGRAR ATENCIÓN INTEGRAL EN LOS ESTADOS MIEMBROS SELECCIONADOS DE LA UNIÓN EUROPEA

El Cuadro 3 intenta esbozar la situación de las innovaciones clave o estrategias que indican la implementación de enfoques de atención integral en los países participantes. Esta evaluación está basada en los informes nacionales PROCARE (Leichsenring y Alaszewski, 2004) y debería pues ser leída como un trabajo en marcha. Sin embargo, la visión de conjunto permite explicar diferencias y similitudes que generalmente se oponen a las divisiones usuales de regímenes de Estado de Bienestar. Por ejemplo, el hecho de que en un país "recién llegado" como Italia la gestión de calidad y los sistemas de acreditación están en la agenda tan claramente como en Alemania o el Reino Unido es al menos tan sorprendente como el hecho de que Grecia es el único país, además de Dinamarca, donde se ha desarrollado una orientación explícita hacia la prevención.

CUADRO 3

El estatus de distintas estrategias e instrumentos para lograr sistemas de atención integral en estados miembros seleccionados de la Unión Europea

	Austria	Alemania	Dinamarca	Grecia	Francia	Finlandia	Italia	Países Bajos	Reino Unido
Gestión de casos y de cuidados	*	*	***			**	*	**	***
Cuidados intermedios	*	*	**			**	*	**	**
Evaluación multiprofesional y planificación conjunta			**		**	**	**	**	***
Servicios orientados al consumidor: presupuesto personal/prestaciones para el cuidado de larga duración	***	***	*		**			***	*
Trabajo conjunto	*	*	***		*	**	*	**	**
Prevención y orientación del ingreso		*	***	**				**	**
Integración de vivienda, bienestar y cuidados	*	*	***	*	*	**	*	**	*
Integración de cuidados familiares (incluyendo esquemas de respiro, de empleo)	*	**		*	**	**	*		*
Asesoramiento independiente	*	**			*			**	*
Conferencias sobre coordinación de los cuidados		*	**		*				**
Gestión y garantía de calidad	*	**	*		**	**	**	*	**
*** Ampliamente percibido y aplicado como un método mayoritario: estándar nacional. ** Parcialmente implementado a nivel local o regional. * Aplicado en una etapa experimental (proyectos piloto).									

Fuente: PROCARE.

Una vez más, esta revisión pretende mostrar que se pueden utilizar distintas combinaciones de "instrumentos" o métodos como punto de partida para lograr la atención integral, dependiendo de las tradiciones nacionales y las condiciones locales. En cualquier caso se puede sugerir que en países donde se han adoptado más métodos de integración, la voluntad política de lograr una provisión de servicios integrada es probablemente más fuerte.

4.4. CONCLUSIONES: ¿CAMINOS HACIA LA INTEGRACIÓN EN LUGAR DE UNA DEFINICIÓN ÚNICA?

Dada la diversidad entre países y dentro de cada país referente a estructuras, procedimientos y resultados de los sistemas de asistencia sanitaria y social parece difícil imaginar un proceso de reforma en el cual las visiones, estrategias y políticas compartidas lleven al desarrollo de una cultura compartida entre la atención social y sanitaria. No obstante, los retos emergentes en las sociedades envejecidas requieren cada vez más estructuras, formación y mecanismos de financiación conjuntos. Ciertamente la atención integral "por ley" no será suficiente y los mecanismos de mercado tienen menos probabilidades de mejorar el trabajo conjunto y el desarrollo de visiones compartidas. Pueden identificarse algunos de los caminos más prometedores:

- Reformas que buscan integrar los servicios de bienestar y de salud deberían basarse en la integración de sistemas financieros y en la superación de barreras institucionales, especialmente entre cuidado hospitalario y extrahospitalario, entre servicios sanitarios y sociales, y entre atención profesional e informal.
- Las exploraciones geriátricas y la evaluación multidimensional forman parte de la modernización del sistema en muchos países (por ejemplo, Alemania, Italia, Francia, Finlandia, los Países Bajos, el Reino Unido y Dinamarca) –se pueden incorporar en la práctica sin muchas dificultades, tienen un elevado nivel de aceptación y ayudan a implicar a distintos tipos de profesionales y a mejorar la comunicación entre ellos.
- La atención integral, guiada por la demanda, tiene que luchar para aumentar el control de los clientes sobre el proceso de cuidado, por ejemplo, mediante los "presupuestos individuales" u otros medios que incrementen su capacidad adquisitiva o de negociación.
- Un servicio central de asesoramiento, información y ayuda es útil para apoyar a los clientes a aclarar sus necesidades de asistencia y a mejorar la cooperación entre distintas organizaciones que operan de acuerdo con lógicas diferentes y tienen distintos tipos de personal. Es de la mayor importancia ayudar al personal a desarrollar una nueva comprensión del trabajo de los otros sectores.

Muy probablemente se incrementará la mercantilización generalmente observada con más sistemas de bonos, pagos por asistencia y mecanismos de dirección que intentan emplear mecanismos de oferta y demanda. Sabemos, sin embargo, que la salud y el cuidado no son más que cuasi-mercados con sus propias características y criterios. Por tanto, será importante aumentar la regulación (mecanismos de acreditación, garantías de calidad) con respecto a los proveedores y en particular, en relación al empleo y el desarrollo de recursos humanos para reducir el trabajo sumergido y mejorar el control de los clientes sobre su proceso de cuidados.

El proceso de integración potenciará sin duda la importancia de la gestión y de las tareas relacionadas. Por una parte, tanto el personal social como el sanitario tendrán que realizar más trabajo de gestión además del de atención directa, lo cual puede también conllevar nueva especialización y nuevos perfiles laborales, por ejemplo con respecto a la gestión de casos y cuidados. Por otra parte, la necesidad

de desarrollar mecanismos de dirección a nivel nacional, regional y local requerirá más toma de decisiones de gestión con respecto al encargo, contratación, adquisición, planificación, evaluación y mecanismos de garantía de calidad.

Estos desarrollos pueden acompañarse por una introducción más firme de tecnologías de la información, también en el área de los cuidados. Por supuesto, la "línea tecno" ya ha empezado en relación con instrumentos de tele-asistencia, con la introducción de tecnología de la información en la organización de los procesos de cuidado y la construcción de "hogares inteligentes".

Pero incluso la tecnología más avanzada no será capaz de reemplazar los recursos humanos y la inclusión social local. En consecuencia, otras dos líneas de evolución pueden ser de interés para el desarrollo de la atención integral. Por una parte, nuevos tipos de voluntariado y nuevas formas de redes de apoyo (intra e intergeneracional) pueden ser recursos interesantes a levantar. Por otra, la escasez de mano de obra en las profesiones de cuidado, la inmigración ilegal y el mercado de trabajo sumergido en el sector del cuidado pueden conllevar nuevas formas de integración e incluso una noción más extensa de redes de cuidado.

Me gustaría concluir con una breve consideración referente a la práctica común de proyectos piloto como una de las estrategias aplicadas más frecuentemente para desarrollar redes de cuidado integral. Dichos proyectos vienen a menudo acompañados y evaluados por una investigación científica. Aún así, muchos de estos proyectos quedan sin ninguna documentación o evaluación y, en muchos casos, no hay suficiente financiación para una verdadera evaluación de resultados y de lecciones a aprender. En comparación con la investigación médica, la investigación científica relativa a la atención comunitaria o a la prestación de servicios integrales está pobremente financiada y prácticamente sin publicar. Dinamarca, Finlandia y el Reino Unido son países donde se pueden identificar programas I+D en esta dirección y tienen alguna influencia en las prácticas de organización de servicios. En la mayor parte del resto de países, la investigación continúa estando apartada de la práctica y los proyectos de desarrollo en el área de la organización de la atención integral dependen en gran medida de los responsables de políticas o de la financiación selectiva de proyectos. Con objeto de desarrollar soluciones basadas en evidencias empíricas será necesario por tanto mejorar la investigación y el desarrollo, en particular con respecto a los métodos de evaluación y en relación al hecho de que los procesos de cambio complejos precisan de habilidades especiales y sus respectivas medidas de acompañamiento (Broome, 1998).

Nuestra investigación ha mostrado que las estructuras y prácticas de prestación de atención sanitaria y social existentes están desarrollando lentamente un nuevo paradigma de cuidados de larga duración que está subordinado en menor medida al modelo de cuidados intensivos. Existen distintos caminos hacia este nuevo paradigma dependiendo de las políticas sociales nacionales, la "cultura gerontológica" local y las tradiciones profesionales. La coordinación, el trabajo en red y la integración son parte de este nuevo y emergente paradigma, pero estos procesos tienen que ser desarrollados mediante visiones compartidas por todas las partes interesadas – una de las perspectivas más útiles en este contexto es la que sitúa a los usuarios en el centro-. Se requieren urgentemente prácticas de gobernanza para definir roles y funciones, procesos y protocolos estructurales, y para promover el cambio organizativo y en procesos de aprendizaje con relación al trabajo conjunto, al planteamiento global y a la orientación hacia el usuario.

4.5 REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alaszewski, A.M.; Billings, J. y Coxon, K. (2004): "Integrated Health and Social Care for Older Persons: Theoretical and Conceptual Issues" en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate, pp. 53-96.

Audit Commission (2002): *Integrated Services for Older People: Building a Whole System Approach in England*. Londres, Audit Commission.

Barr, O. (1996): "A Consideration of the Nature of 'Needs-Led Service' Within Care Management in the UK" en *Online Journal of Issues in Nursing*, junio (<http://www.nursingworld.org/ojin>).

Billings, J. y Leichsenring, K. (eds.) (2005): *Integrating Health and Social Care Services for Older Persons. Evidence from Nine European Countries*. Aldershot, Ashgate.

Brodsky, J.; Habib, J.; Hirschfeld, M.; Siegel, B. y Rockoff, Y. (2003): "Choosing overall LTC strategies: A conceptual framework for policy development" en Brodsky, J., Habib, J. y Hirschfeld, M. (eds) *Key policy issues in long-term care*. Ginebra, World Health Organization collection on long-term care, pp. 243-270.

Broome, A. (1998) *Managing Change*. London, MacMillan Press (Essentials of nursing management).

Colmorten, E.; Clausen, T. y Bengtsson, S. (2004): "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Denmark" en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate, pp. 139-180.

Coxon, K.; Billings, J. y Alaszewski, A. (2004): "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the United Kingdom" en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate, pp. 455-498.

Davies, B. (1992): *Care management, Equity and Efficiency: The International Experience*. Kent, University of Kent at Canterbury/PSSRU.

Delnoij, D.; Klazinga, N. y Glasgow, I.K. (2002): *Integrated Care in an international perspective: EUPHA proceedings December 2001. International Journal of Integrated Care*, vol. 2, n.º 2 (<http://www.ijic.org>).

Department of Health (2002): *National Service Framework for Older People: Supporting Implementation: Intermediate Care: Moving Forward*. Londres, Department of Health.

Esping-Andersen, G. (1990): *The Three Worlds of Welfare Capitalism*. New York, Polity Press.

Evers, A. y Olk, T. (1996): "Von der pflegerischen Versorgung zu hilfreichen Arrangements. Strategien der Herstellung optimaler Beziehungen zwischen formellem und informellen Hilfesystem im Bereich der Pflege älterer Menschen" en Evers, A. y Olk, T. (Eds.) *Wohlfahrtspluralismus*. Opladen, Westdeutscher Verlag, pp. 347-372.

Evers, A. y Ungerson, C. (eds.) (1994): *Payments for Care. A European Overview*. Aldershot, Ashgate.

Evers, A. y Wintersberger, H. (eds.) (1990): *Shifts in the Welfare Mix*. Aldershot, Campus/Westview.

Evers, A. (1997): "Quality Development – Part of a Changing Culture of Care in Personal Social Services" en Evers, A., Haverinen, R., Leichsenring, K. y Wistow, G. (eds.) *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments*. Aldershot, Ashgate, pp. 9-24.

Ex, C.; Gorter, K. y Jansen, U. (2004): "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in the Netherlands" en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate. Págs. 415-454.

- Frossard, M.; Genin, N.; Guisset, M.J. y Villez, A. (2004): "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in France – An Old Idea with a Great Future" en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate, pp. 229-268.
- Grilz-Wolf, M.; Strümpel, Ch.; Leichsenring, K. y Komp, K. (2004): "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Austria" en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate, pp. 97-138.
- Gröne, O. y García-Barbero, M. (2001): "Integrated care: A position paper of the WHO European office for integrated health care services" en *International Journal of Integrated Care* 2001, vol. 1, n.º 3 (<http://www.ijic.org>).
- Grundböck, A. et al. (1998): "Ganzheitliche Hauskrankenpflege – ein Modellprojekt des Wiener Roten Kreuzes", en Pelikan, J. M. et al. (eds.): *Virtuelles Krankenhaus zu Hause – Entwicklung von Qualität und Ganzheitlicher Hauskrankenpflege*. Viena, Facultas., pp. 91-112.
- Haubrock, M.; Hagmann, H. y Nerlinger, T. (2000): *Managed Care. Integrierte Versorgungsformen*. Bern, Hans Huber.
- Huntington, J.A. (1997): "Health Care in Chaos: Will We Ever See Real Managed Care?" en *Online Journal of Issues in Nursing*, Enero. (www.nursingworld.org/ojin).
- Kodner, D.L. y Spreeuwenberg, C. (2002): "Integrated care: Meaning, logic, applications, and implications: A Discussion Paper" en *International Journal of Integrated Care* vol. 2, noviembre. (www.ijic.org).
- Kodner, D.L. (2003): "Consumer-directed services: Lessons and implications for integrated systems of care" en *International Journal of Integrated Care*, vol.3, junio. (www.ijic.org).
- Kodner, D.L. (2003): "Long-term care integration in four European countries: a review" en Brodsky, J.; Habib, J. y Hirschfeld, M. (eds.): *Key policy issues in long-term care*. Ginebra, World Health Organization collection on long-term care, pp. 91-138.
- La Puma, J., y Schiedemeyer, D. (1996): *The McGraw-Hill pocket guide to managed care: Business, practice, law, ethics*. New York, McGraw-Hill.
- Leichsenring, K. y Alaszewski, A.M. (eds). (2004): *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons. A European Overview of Issues at Stake*. Aldershot, Ashgate.
- Leichsenring, K. (2004): *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons* en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds): *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate;.
- Leutz, W.N. (1999): "Five Laws for Integrating Medical and Social Services: Lessons from the United States and the United Kingdom" en *The Milbank Quarterly*, vol. 77, n.º 1, pp. 77-110.
- Ludwig Boltzmann-Institut für Medizin- und Gesundheitssoziologie (LBI) (2000): *Integrierte Versorgung. Organisation der Patientenbetreuung zwischen dem Donauspital und der Betreuung zu Hause – Abschlussevaluation*. Wien, LBI.
- Motel-Klingebiel, A.; Tesch-Roemer, C. y von Kondratowitz, H.-J. (2002): "The role of family for quality of life in old age – A comparative perspective" en Bengtson, V. y Lowenstein, A. (eds.). *International Perspectives on Families, Aging, and Social Support*. New York, de Gruyter.
- Mutschler, R. (1998): "Kooperation ist eine Aufgabe Sozialer Arbeit: Zusammenarbeit und Vernetzung als professionelle Verpflichtung – Regionale Arbeitsgruppen als Standard beruflicher Sozialarbeit" en *Blätter der Wohlfahrtspflege* (3/4), pp. 9-52.

Nesti, G.; Campostrini, S.; Garbin, S.; Piva, P.; Di Santo, P. y Tunzi, F. (2004): "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Italy" en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.): *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate, pp. 371-414.

Niskanen, J. (2002): "Finnish care integrated?" en *International Journal of Integrated Care*, vol. 2, junio, pp. 1-10.

Pacolet, J.; Bouten, R.; Lanoye, H. y Versieck, K. (2000): *Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway*. Leuven, HIVA.

Philp, I. (ed.) (2001): *Family care of older persons*. Amsterdam, IOS Press.

Pijl, M. (2003): "The support of carers and their organizations in some Northern and Western European countries", en Brodsky, J.; Habib, J. y Hirschfeld, M. (eds.): *Key policy issues in long-term care*. Ginebra, World Health Organization collection on long-term care, pp. 25-60.

Pollitt, C. (1997): "Business and Professional Approaches to Quality Improvement: A Comparison of their Suitability for the Personal Social Services" en Evers, A.; Haverinen, R.; Leichsenring, K. y Wistow, G. (eds.): *Developing Quality in Personal Social Services. Concepts, Cases and Comments*. Aldershot, Ashgate, pp. 25-48.

Ranta, H. (ed.) (2001): *Sosiaali- ja terveydenhuoltolainsäädäntö 2001 (Statutory social welfare and health care services 2001)*. Helsinki, Kauppakaari/Talentum Media Oy.

Reis, C. y Schulze-Böing, M. (eds.) (2000): *Planung und Produktion sozialer Dienstleistungen. Die Herausforderung neuer Steuerungsmodelle*. Berlin, ed. Sigma.

Roth, G. y Reichert, M. (2004): "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Germany", en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.): *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate, pp. 269-328.

Salonen, P. y Haverinen, R. (2004): "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Finland" en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.) *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate, pp. 181-228.

Schubert, H.-J. y Zink, K.J. (1997): *Qualitätsmanagement in sozialen Dienstleistungsunternehmen*. Neuwied usw., Luchterhand.

Seng, T. (1997): "Managed Care – Instrumente und institutionelle Grundlagen" en *Sozialer Fortschritt*, vol. 12, pp. 289-293.

Sissouras, A.; Ketsetzopoulou, M.; Bouzas, N.; Fagadaki, E.; Papaliou, O. y Fakoura, A. (2004): "Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons in Greece", en Leichsenring, K. y Alaszewski, A. M. (eds.): *Providing Integrated Health and Social Care for Older Persons*. Aldershot, Ashgate, pp. 329-370.

Steiner, A. (1997): *Intermediate Care: A Conceptual Framework and Review of the Literature*. London, King's Fund Publishing.

Van der Linden, B.A.; Spreeuwenberg, C. y Schrijvers, A.J.P. (2001): "Integration of care in The Netherlands. The development of transmural care since 1994" en *Health Policy*, vol. 55, n.º 2, pp. 111-120.

Vaughan, B. y Lathlean, J. (1999): *Intermediate Care: Models in Practice*. London, King's Fund Publishing.

Walker, A. y Naegele, G. (eds.) (1999): *The politics of old age in Europe*. Buckingham, Open University Press.

Wendt, W.R. (2001): *Case Management im Sozial- und Gesundheitswesen*. Freiburg i.B., Lambertus.

Wistow, G.; Waddington, E. y Lai Fong Chiu (2002): *Intermediate Care: Balancing the System*. Leeds, Nuffield Institute for Health.

Zawadski, R.T. (1983): "The long-term care demonstration projects: what they are and why they came into being" en *Home Health Care Services Quarterly*, vol. 3, n.º 4, pp. 3-19.

SECCIÓN II: SISTEMAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EUROPEOS

Capítulo 5: Evolución de la política para las personas mayores dependientes en Francia*

Barbara Da Roit
Universiteit Utrecht

Claude Martin
Director de Investigación de CNRS, IEP de Rennes
LAPSS-ENSP

Blanche Le Biham
LAPSS-ENSP

5.1. INTRODUCCIÓN

Aparte de la cobertura de atención médica y hospitalización que ofrece el seguro de enfermedad en Francia, la principal política dirigida a personas mayores dependientes consiste, desde 1997, en el pago de una prestación social: la Prestación de Dependencia Específica (PDS), que se puso en práctica entre enero de 1997 y diciembre de 2001, y que fue remplazada por la Asignación Personalizada a la Autonomía (APA) a partir de enero de 2002. Destinada a personas mayores dependientes, la APA permite financiar los servicios teniendo en cuenta el grado de dependencia y el nivel de ingresos del beneficiario. La prestación puede ser también utilizada para remunerar a un miembro de la familia (a excepción del cónyuge) encargado del cuidado de la persona dependiente.

En este capítulo, nos proponemos presentar las principales tendencias demográficas que han conducido a la adopción de esta política, así como detallar las diferentes fases de su elaboración, identificando las decisiones políticas adoptadas y su impacto, tanto sobre las necesidades de los beneficiarios, como de sus asistentes¹.

5.2. TENDENCIAS DEMOGRÁFICAS Y PROYECCIONES

Como todos los países europeos, Francia se enfrenta a un envejecimiento progresivo de su población, con independencia de que la situación en este país sea menos problemática que en otros estados miembros de la UE como Italia, Suecia o España. Entre 1980 y 2003, la población de más de 60 años pasó de 9,1 a 12,3 millones (del 17% al 20,6% de la población). En los próximos treinta años, el aumento del número de personas de más de 60 años podría alcanzar entre el 60 y el 70% de la población total, en función de la evolución de la tasa de mortalidad, con un aumento más sensible todavía del número de personas de edad más avanzada (de 80 años en adelante). Según el INSEE, la proporción de la población de más de 80 años se habrá duplicado en número entre 2000 y 2020, pudiendo alcanzar los 7 millones de personas en 2040 (Brutel y Omalek, 2002; Pison, 2003; Bontout, Colin y Kerjosse, 2002).

Tres factores contribuyen al envejecimiento global de la población en Francia: una tasa de fecundidad inferior al nivel de reemplazo, la reducción de la tasa de mortalidad de las personas mayores y la llegada a la edad de jubilación de la generación del "baby-boom". Con respecto al primer indicador, la situación de Francia es relativamente positiva (parecida a la de Irlanda), con un índice coyuntural de fecundidad de 1,9 en 2003, comparado con el de mediados de los 90 (1,65) y particularmente con el del resto de la UE 25, donde la media es aproximadamente de 1,5. Con respecto a la tasa de mortalidad, ésta ha descendido en Francia de 10,2 a 9,1, ostentando las mujeres francesas, junto con las españolas, el record de longevidad en Europa con una esperanza de vida de 83 años (en comparación con la de 75,6 años de los hombres –según datos de 2002). En resumen, el nivel de dependencia (de acuerdo con datos obtenidos a primeros de enero entre los mayores de 60 años y la población entre 15 y 59 años) era de 24,6

* Traducción por José Núñez Fernández.

1) Este artículo recoge y actualiza varias publicaciones. Ver bibliografía.

en 2000 (24,3 en la UE 15). Las estimaciones de esta ratio para 2010 son las siguientes: 25,5 para Francia y 27,3 para la UE 15 (31,3 para Italia, 30,3 para Alemania, 29,2 para Grecia y 29,1 para Suecia).

Si bien el envejecimiento de la población es menos rápido que en otros países europeos, los poderes públicos en Francia se muestran preocupados por el impacto del mismo en el gasto sanitario y sobre la demanda de servicios sociales. En efecto, el número de personas mayores consideradas dependientes aumentó de manera considerable. A finales de los años noventa, la encuesta sobre Invalidez-Incapacidad-Dependencia (IID) del INSEE evaluó a 800.000 de las consideradas personas mayores dependientes (lo que equivalía al 6,6% de la población de más de 60 años), es decir, aquéllas que necesitaban una ayuda cotidiana para levantarse, vestirse y lavarse (véase la tabla 1) y que podían beneficiarse de una asignación específica. Si tomamos en consideración a las personas que padecen problemas mentales, el número estimado de personas dependientes de más de 60 años sería de 844.000: de ellos 333.000 (39%) son físicamente dependientes, 295.000 (35%) padecen simultáneamente problemas físicos y mentales, y 216.000 (26%) son psicológicamente dependientes. Alrededor de 160.000 personas que sufren problemas mentales no pueden optar a la obtención de la APA, puesto que se les ubica en los niveles 5 y 6 del Baremo Gerontológico de Autonomía de Grupos de Recursos Equivalentes (AGGIR), que es el baremo nacional utilizado para evaluar el nivel de dependencia² (Cuadro 1).

CUADRO 1

Número de personas mayores dependientes según la encuesta HID y la escala AGGIR (en millones, 1999)

	Domicilio	Instituciones	Total
GIR 1	22	47	69
GIR 2	133	129	262
GIR 3	137	64	201
Subtotal GIR 1-3	292	240	532
GIR 4	232	32	264
Subtotal GIR 1-4	524	272	796
GIR 5	346	44	390
GIR 6	10.692	163	10.855
GIR desconocido	24	21	43
Total de personas de 60 y más	11.586	498	12.084

Fuente: INSEE, encuesta HID 1998-1999, cálculo DREES (Kerjosse, 2003).

2) Todos los profesionales del sector socio-sanitario utilizan esta escala para evaluar la dependencia de las personas mayores. Esta escala comprende seis niveles (de grupos con recursos equivalentes) que van del 1 para los más dependientes hasta el 6 para los menos dependientes, y sólo los cuatro primeros niveles de la escala GIR permiten obtener una ayuda en la forma de asignación por dependencia. Esta escala ha tendido a subestimar las minusvalías mentales y los fenómenos de desorientación asociados al envejecimiento. Para compensar este fenómeno, los profesionales han recurrido a veces a las escalas complementarias utilizadas especialmente en los establecimientos de alojamiento para personas mayores (EPA).

En cuanto a las proyecciones para el futuro, y según se adopte un enfoque más o menos optimista, el número de personas mayores dependientes podría aumentar de 850.000 personas en 2000, a un millón en 2020 y entre 1,3 y 1,5 millones en 2040 (Bontout et al., 2002). Una vez más, este aumento concierne sobre todo a las personas muy mayores (ver Cuadro 2).

CUADRO 2

Evolución de las personas mayores dependientes (de 60 años en adelante) en Francia en función de grupos de edad (en %)

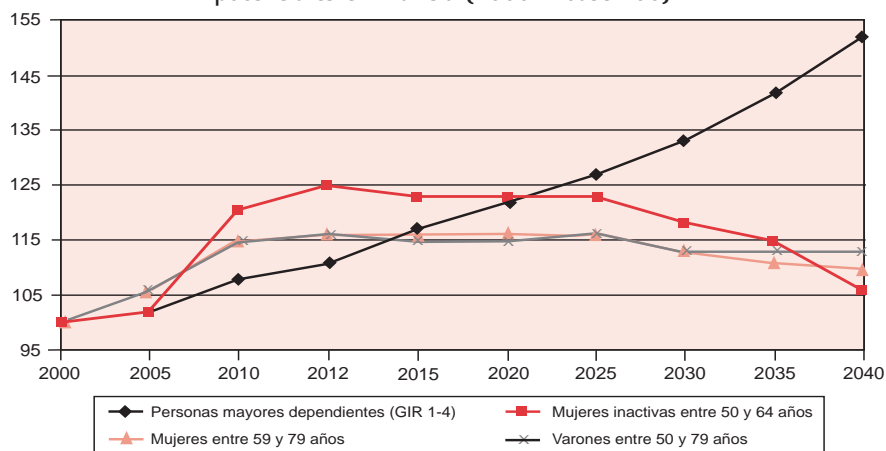
	60 a 79 años	De 80 años en adelante
Evolución entre 2000 y 2020 (GIR 1 a 4)	- 7 %	+ 45 %
Evolución entre 2020 y 2040 (GIR 1 a 4)	- 4 %	+ 40 %
Evolución entre 2000 y 2040	- 10%	+ 103 %

Fuente: INSEE, encuesta HID 1998 y 1999 y proyecciones demográficas 2001 – cálculos DREES (Bontout et al., 2002).

Estas proyecciones muestran que la demanda de servicios amenaza con aumentar considerablemente en el futuro. Como ocurren en los demás países europeos, los poderes públicos muestran preocupación ante el riesgo de "déficit de asistencia", es decir, de insuficiencia de una oferta informal de cobertura que permita hacer frente al aumento de necesidades. Tres factores principales contribuyen a este déficit: La transformación de las redes sociales y de solidaridad familiar ligada al aumento de inestabilidad conyugal y del número de segundas familias tras divorcios o separaciones; la evolución del contrato entre los géneros y de la división del trabajo en las familias; y el aumento de la proporción de mujeres incorporadas a la vida activa que tiende a reducir su disponibilidad para cumplir con las tareas de cuidado.

GRÁFICO 1

Evolución del número de las personas mayores dependientes y de cuidadores potenciales en Francia (2000 = base 100)



Fuente: INSEE, HID y DRESS.

En Francia, como en todos los países familiaristas, las mujeres constituyen las principales asistentes de las personas mayores dependientes de la familia y tales cuidados, que se podrían considerar "informales", representan los principales proveedores de este tipo de ayuda cotidiana. 3.230.000 personas mayores (el 28% de la población de más de 60 años) reciben ayuda regular para hacer frente a una minusvalía o a problemas de salud (tres cuartas partes de los mismos reciben esta ayuda en su domicilio). En un 50% de los casos, los principales proveedores de ayuda son los miembros de la familia; el 30% de las personas mayores dependientes reciben a la vez una ayuda formal e informal y el 20% no recibe más que una ayuda profesional. El número total de estos asistentes es de alrededor de 5,9 millones, mientras que los asistentes profesionales representan el 60% del total (Dutheil, 2001). La mitad de los asistentes informales son los cónyuges (la mujer en dos tercios de los casos), y un tercio lo constituyen los hijos (en las tres cuartas partes de estos casos, las hijas). La edad media de estos asistentes familiares es de 71 años para las esposas y de 55 años para los hijos. El 80% de los asistentes informales tiene una edad comprendida entre 50 y 79 años, y la mayoría de ellos son mujeres.

Bontout, Colin y Kerjosse (2000) han estimado la evolución del número de estos asistentes potenciales en el curso de los próximos cuarenta años (ver Gráfico 1). Hasta 2010, se estima que el número de mujeres inactivas de entre 50 y 64 años (las principales ayudantes potenciales) va a crecer rápidamente, más deprisa incluso que el número de personas mayores dependientes. Pero después de 2020, su número va a decrecer, mientras que el número de personas mayores dependientes va a aumentar rápidamente, lo que provocará que la distancia entre la demanda y la oferta de cuidados se amplíe. "En total, entre el 2000 y el 2040, el número de mujeres inactivas de entre 50 y 64 años va a aumentar en un 6%, es decir 9 veces menos rápido que el número de personas mayores dependientes, dentro de un escenario medio." (Bontout et al., 2000, p. 9)

Estas estimaciones son evidentemente discutibles, puesto que no tienen en cuenta los cambios que pueden afectar a la duración del trabajo o al nivel de actividad de las mujeres, o aquellos cambios que pueden traer consigo el desarrollo de los sistemas de seguro (privados y públicos) en materia de dependencia. Pero en todo caso, las cifras sugieren que la conciliación entre el trabajo asalariado y las responsabilidades de cuidado al final de la jornada profesional, corre el riesgo de ser cada vez más delicada. Incluso si resulta difícil hacer tales pronósticos sin tener en cuenta los cambios potenciales de normas y de prácticas sociales, los datos analizados ofrecen elementos para plantear una hipótesis de "déficit de cobertura" en Francia.

5.3. LA DEFINICIÓN DE UNA POLÍTICA EN FAVOR DE LAS PERSONAS MAYORES DEPENDIENTES: UN PROCESO MUY LENTO

El planteamiento de la dependencia de personas mayores como un problema público es un fenómeno relativamente reciente en Francia (ver Ennuyer, 2002). La cuestión no se incorporó a la agenda política hasta mediados de los años 80³. A partir de este momento, la cobertura de las personas minusválidas

3) La dependencia se convirtió en una cuestión específica en 1986 con la preparación del informe de Théo Braun de la Comisión Nacional del Estudio de la Dependencia de las Personas Mayores, cuyo objetivo era precisamente analizar las causas exactas de este fenómeno e identificar el modo de responder al mismo (Kessler, 1994).

das, con discapacidades, o consideradas dependientes, cualquiera que sea el término utilizado, se convirtió en una apuesta central. En esta primera fase la principal ayuda de la cual se podían beneficiar las personas es esa situación fue concebida como una cobertura de la minusvalía: la asignación compensatoria para un tercero. Esta prestación social se asignaba sin controlar su utilización final, lo cual suscitó vivas críticas por parte de los profesionales y sobre todo de los financiadores locales.

El debate político sobre estas cuestiones se ha estructurado en torno a ciertos puntos principales. En primer lugar, sobre el tipo de dispositivo al que se debería recurrir: ¿un seguro obligatorio, o facultativo?, ¿una prestación de asistencia, o de ayuda social?, ¿una respuesta mercantilizada? En segundo lugar, respecto a la financiación y regulación de esta política, se planteaba si la misma debía correr a cargo del Estado, de la Seguridad Social, de uno o varios colectivos territoriales, o de una combinación de estas instituciones. En tercer lugar, en relación a qué sector de la protección social debía albergar esta política de dependencia: ¿la protección a la enfermedad, a la vejez o a la familia, sin tener en cuenta la dimensión laboral? En definitiva, esta discusión ha puesto de relieve la cuestión acerca del papel que desempeñan el Estado, la familia, el mercado y el tercer sector en el sistema de protección social.

No obstante, el principal obstáculo de cara a definir esta política fue financiero. En un contexto de recorte presupuestario y de reducción de los fondos públicos, resultaba difícil para el legislador proponer una política cuyo coste no podía ser exactamente evaluado debido a la ausencia de una estimación precisa sobre el número de personas que se verían afectadas por la misma (hasta la aparición de la encuesta HID en 1998).

Estas dificultades explican sin duda la lentitud del proceso de toma de decisiones. Harían falta cerca de diez años de debates, la entrega de numerosos informes oficiales y proyectos de ley para que, progresivamente, se fueran definiendo los principios de una política, a menudo prometida y pospuesta, a pesar del vasto consenso existente sobre su urgencia como consecuencia de la presión demográfica y las críticas a las medidas existentes.

Para hacer frente a las numerosas dificultades el gobierno Balladur propuso en 1995 la puesta en marcha de experimentos territoriales dirigidos a atribuir a los colectivos locales un rol de promoción y de acción. Las principales características de esta Prestación Experimental de Dependencia (PED) fueron definidas por el Estado, pero su aplicación se dejó a la iniciativa de los departamentos, de tal manera que se pudieran evaluar y generalizar después al conjunto del territorio.

En suma, el método propuesto para instaurar un dispositivo operacional era una combinación de experimentación-evaluación, dentro de una lógica de institucionalización de la acción colectiva (con un enfoque "bottom-up"). El gobierno decidió movilizar los recursos locales, principalmente la buena voluntad de ciertos colectivos, socios y operadores sociales locales, para introducir una reforma entendida desde una lógica de coproducción de la acción pública. Pero esta lógica experimental realmente no se pudo llevar a término debido al calendario político (Martín, 1998; 2000).

La elección de un sistema basado en una prestación monetaria permitió suministrar una respuesta adaptada a las necesidades de los demandantes, teniendo en cuenta sus condiciones de vida y sus preferencias (Joel y Martín, 1997 y 1998). Los demandantes podían elegir entre recurrir a una ayuda fami-

liar utilizando la prestación para remunerar a un pariente que procurase el cuidado, o bien solicitar la ayuda de profesionales empleándolos directamente o recurriendo a la intermediación de los servicios y asociaciones de ayuda a domicilio.

Un segundo objetivo, más implícito, de esta política tenía que ver con la creación de empleo en el sector de servicios para personas consideradas con potencial para desarrollar un "nicho laboral sin explotar". Pero en la práctica, este nuevo dispositivo parece haber creado más inseguridad de empleo que nuevos puestos de trabajo.

5.4. LA PRESTACIÓN ESPECÍFICA DE DEPENDENCIA (1997-2001): UN IMPACTO MUY CONTROVERTIDO SOBRE LOS CUIDADORES

La ley de 1997 marcó una cierta ruptura con el modelo de experimentación, instaurando la Prestación Específica de Dependencia. Sin esperar a los resultados de las evaluaciones y tras las promesas electorales de Chirac durante la campaña para la Presidencia de la República en 1995, el gobierno Juppé retomó la iniciativa proponiendo una nueva ley (Martín, 2003), de carácter provisional, "esperando a la ley instauradora de una prestación de dependencia." (Diario Oficial de 25 de enero de 1995, p. 1280 a 1284).

La entrada en vigor de este nuevo dispositivo trajo consigo una serie de problemas en términos de disparidad territorial, así como de impacto sobre los asistentes profesionales y familiares. Con esta ley, Francia se mantuvo en la línea de los países que privilegiaban la asistencia, dejando a las familias la carga de ocuparse de sus parientes mayores, concentrándose el Estado en los más desfavorecidos (Hennessy, 1995).

5.4.1. CARACTERÍSTICAS Y PUESTA EN PRÁCTICA DEL DISPOSITIVO PSD

La PSD es una prestación sometida a una condición de recursos acordada para personas mayores dependientes que residan en su domicilio o en una institución, cuyo nivel de dependencia, evaluado de acuerdo con la escala AGGIR, corresponda a los tres primeros niveles de la misma. Los beneficiarios de la PSD son todas aquellas personas mayores de 60 años residentes en Francia, cualquiera que sea su nacionalidad.

El dispositivo autoriza a recurrir a la sucesión por muerte de la persona, si los bienes transmitidos exceden de los 45.700 euros. La PSD se asigna por los Consejos Generales de los departamentos. La solicitud de la prestación, dirigida al Presidente del Consejo General, es examinada por un equipo socio-sanitario que evalúa el nivel de dependencia y propone, de acuerdo con la familia, un plan de ayuda adaptado a las necesidades del mayor.

El montante de la prestación depende del contenido del plan de ayuda, teniendo en cuenta que existe una cantidad máxima establecida por la escala nacional, pero no así un umbral mínimo. La prestación se debe utilizar para obtener los servicios necesarios (en la familia o a través de una asociación de

ayuda a domicilio); esta utilización es susceptible de ser controlada por la administración para garantizar que se utiliza de manera adecuada.

Al finales de 2001, 150.000 personas recibían la PSD con un coste global de 3.500 millones de francos, frente a un número de personas mayores dependientes estimado en unas 800.000. En suma, tan solo aproximadamente el 15% de los beneficiarios potenciales recibió esta ayuda. El montante medio de la prestación otorgada fue de 3.500 francos (533 €) para las personas que vivían en su domicilio, y de 1.900 francos (290 €) para las personas residentes en instituciones.

5.4.2 LAS REACCIONES DE LOS PROFESIONALES

Esta política suscitó numerosas críticas, debido a que no ha respondió a las promesas hechas, ni a las esperanzas suscitadas. Un "Libro negro de la PSD" (CNRDP, 1988) fue redactado por las principales asociaciones profesionales del sector en 1998, para denunciar el aumento de las disparidades territoriales y el hecho de que ciertos beneficiarios se encontrasen excluidos de dicho dispositivo. La crítica no parte sólo del hecho de que la prestación quede limitada a las personas más dependientes (aquellas que se ubican en los tres primeros niveles de la GIR), sino también de que las cantidades asignadas resultan insuficientes para cubrir las necesidades más básicas de los mayores dependientes, calculadas entre 1.525 y 2.290 €. Excluir a las personas con dependencia media (correspondiente al nivel 4 de la escala AGGIR), supone que cerca del 40% de los beneficiarios quedan excluidos de este tipo de ayuda. En resumen, se han denunciado diversas formas de exclusión del acceso a este dispositivo: aquella que descarta a las personas ligera o medianamente dependientes, así como la que excluye a las personas de ingresos medios, sin contar con el hecho de que algunos potenciales beneficiarios rehúsan solicitar la prestación sobre la base del proceso de recuperación por sucesión.

5.4.3 EL IMPACTO SOBRE LOS ASISTENTES

La política introducida en el marco de la PSD no ha tenido tampoco consecuencias positivas para los asistentes. En lugar de traducirse en creación de nuevos puestos de trabajo, las decisiones tomadas han producido una precarización de los empleos existentes y han favorecido el desarrollo de un nuevo sector de trabajo no cualificado. Tanto los asistentes profesionales como los no profesionales se han encontrado en una situación de inseguridad más grave que la que existía anteriormente (en razón, fundamentalmente, de los problemas ligados a la alta rotación del personal, las dificultades para encontrar a terceros con quienes discutir sobre los problemas vividos en el día a día, la insuficiente formación, las dificultades de organización de permisos, vacaciones, etc.). Los asistentes no concebían la política implantada como un intento de profesionalización, sino como una aceptación más o menos implícita de que no era necesaria ninguna cualificación para llevar a cabo las tareas de cuidado que les eran encomendadas. La buena voluntad, la instauración de una relación de confianza y la capacidad "natural" de las mujeres para ocuparse de las tareas domésticas eran consideradas, mayoritariamente, como habilidades más importantes que la obtención de un diploma o que la formación.

En la mayoría de los casos las asistentes son mujeres, ya que las esposas, hijas y nueras son las primeras en asumir las tareas de cuidado⁴. En el marco de la PSD las asistentes informales, a excepción de los cónyuges, podían recibir una remuneración en contrapartida por las tareas asumidas cotidianamente⁵, lo que podría considerarse como una forma de reconocimiento del trabajo que suponen las actividades de cuidado desarrolladas por estas ayudantes informales. Sin embargo, la situación se puede analizar de manera distinta en la medida en que ello no supone que a estas mujeres se les otorgue un estatus real de identidad profesional y tampoco se cuestione, por tanto, el principio de obligación familiar o conyugal.

Los diferentes informes de expertos relativos a los servicios de ayuda a domicilio redactados a mediados de los años noventa señalaban, sin excepción, dos elementos esenciales: el impacto efectivo de las medidas adoptadas (exoneraciones fiscales y ventajas financieras) sobre la disminución del trabajo informal no reconocido, y la ausencia de cualificación de los empleos así creados y en lo sucesivo declarados⁶.

Aunque resulta difícil distinguir las dotaciones para la ayuda a domicilio de las personas mayores del conjunto del sector de la ayuda a domicilio, los elementos observados ofrecen un cierto número de indicadores de las características y la evolución del "filón de empleo" que representa este sector. Se ha constatado, en efecto, un desarrollo del empleo a domicilio, pero sería más acertado hablar de un empleo declarado, puesto que en la mayoría de los casos no se trata de empleos nuevos y raramente de empleos verificables.

Según la Dirección de Promoción de la Investigación, Estudios y Estadísticas (DARES) del Ministerio de Trabajo francés, el número de empleadores en el sector de la ayuda a domicilio pasó de 51.000 a finales de 1991, a 771.000 en 1996, con un aumento particularmente importante del número de personas que utilizaban los "cheques de servicio de empleo". Paralelamente a esta evolución, el número de empleados pasó de 383.000 a 475.000. Esas ayudas a domicilio se destinan a las personas mayores (a domicilio y en institución), pero ello es igualmente cierto para los niños, de los que en el 99% de los casos se ocupan las mujeres. Estos empleos son cada vez más precarios: el 65% de los empleados no tiene cualificación alguna, están escasamente remunerados (el salario medio a principios de los años noventa era de alrededor de 305 € al mes) y poco reconocidos socialmente. El informe Hespel-Thierry (1998) señalaba ya el riesgo de precarización de este colectivo.

En efecto, la PSD distingue tres tipos de régimen de servicios: el régimen prestatario, en el que la asociación o servicio de ayuda a domicilio es el empleador de la persona encargada del cuidado; el régimen mandatario, que permite a la persona mayor obtener una ayuda a domicilio mediante la intermediación de una asociación que sería el empleador de la persona encargada del cuidado; y el régimen de libre elección, caracterizado por el reclutamiento directo por parte de la persona mayor de un cui-

4) Los hombres se ocupan también en ocasiones de su/s pariente/s mayor/s. Suelen participar en este tipo de tareas en un 10-20% de los establecimientos de ayuda, particularmente en los casos en los que no hay hijas en la familia, o en los casos en los que los hombres que ayudan son célibes, o no tiene hijos. (Bouget et Tartarin, 1990; Lesemann et Martin, 1993).

5) Ese fue ya el caso de L'ACTP, pero no existía la formalización de esta remuneración para la ayuda prestada por los miembros de la familia. El cambio introducido por la PSD fue la creación de un salario oficial.

6) Ver Causse et al. (1998) para el caso francés. Para una comparación internacional, ver los trabajos realizados por Susan Christopher para la OCDE (1997).

dador de su elección encargado de atenderle. A cada uno de estos regímenes le corresponde una tarifa horaria de intervención (Cuadro 3), que ha favorecido la elección de los regímenes mandatarios y de elección libre, en detrimento del de servicios prestatarios.

CUADRO 3

Cuota media horaria en 1999-2000 en función del régimen de servicios (en €)

Tipo de régimen	Cuota horaria
De elección libre	8,36 €
Mandatario	10 €
Prestatario	11,5 €

Según los resultados de la encuesta "Condiciones de la vida doméstica" del INSEE, el sector de ayuda a domicilio aumentó un 5,5% de media anual entre 1992 y 1995. Este crecimiento se debió fundamentalmente al desarrollo del servicio mandatario. Así, en 1995, se contabilizó el equivalente a 95.000 empleos a tiempo completo en la modalidad de servicio prestatario, con un aumento anual del 0,8 % entre 1992 y 1995, y el equivalente a 13.000 empleos a tiempo completo en el servicio mandatario, con un aumento anual del 28%, todo ello antes de la creación de la PSD. No resulta por tanto sorprendente que al final de la fase de experimentación, el empleo en el servicio mandatario representase el 70 % de las horas financiadas por la prestación experimental de dependencia; mientras que el de libre elección y el prestatario representasen tan sólo el 10%.

Si el dispositivo de la PSD ha permitido la legalización de un cierto número de empleos (legalizando incluso el trabajo de cuidado informal realizado por los miembros de la familia para con los suyos) y también ha favorecido la reducción del trabajo sumergido, a la inversa ha provocado la precarización de la actividad de los profesionales previamente empleados por las asociaciones o que trabajaban en régimen prestatario beneficiándose de ciertas ventajas (como las posibilidades de sustitución, la continuidad de su actividad en caso de hospitalización o muerte de la persona mayor, el seguimiento de su actividad y la participación de grupos de apoyo, las posibilidades de formación, etc.). Pero el coste del servicio en régimen prestatario y el hecho de que se diese a las familias la posibilidad de elegir el tipo de régimen que suscribían supuso una valorización del servicio mandatario, mucho menos costoso y, por lo tanto, obligó a muchos profesionales a aceptar horas de intervención en el régimen mandatario, con unas condiciones de trabajo mucho más precarias que las existentes hasta ese momento.

En ciertos departamentos franceses los servicios administrativos tomaron conciencia de este riesgo y del juego de competencias engendrado por las diferentes tarifas. Para paliar estas dificultades, se pusieron en práctica programas de formación para el personal no cualificado, aunque las iniciativas de este tipo no fueron suficientemente generalizadas y el paso de la Prestación experimental a la PSD acentuó estas tendencias hacia la precarización⁷.

7) Ver CNRDP. 1998.

5.5. LA ASIGNACIÓN PERSONALIZADA A LA AUTONOMÍA (APA): ¿UN COMPROMISO HÁBIL?

Las numerosas críticas suscitadas al respecto de la PSD hicieron necesaria la reforma del sistema de la cobertura de las personas mayores dependientes. En diciembre de 1999, la ministra socialista de Empleo y Solidaridad, Martine Aubry, confió a Jean-Pierre Sueur la misión de reflexionar sobre las posibles modalidades que podía adoptar esta reforma sobre la base de la consigna de no desarrollar el principio de un seguro, algo rechazado desde el inicio por el gobierno. El informe presentado en 2000 indicaba claramente el camino a seguir: Despejar las constricciones presupuestarias impuestas en el momento en que se definió la PSD y aumentar el número de beneficiarios. Se propone la creación de una nueva prestación, siempre bajo la autoridad del Consejo general departamental: la Asignación Personalizada a la Autonomía (APA).

La reforma se fundamentaba en la redefinición de los criterios de atribución de la prestación con objeto de abrir el acceso a un mayor número de personas mayores dependientes. Para empezar, la APA se asignó a los cuatro primeros niveles de la escala GIR, y no sólo a los tres primeros como había hecho la PSD. De igual modo el principio de recuperación por sucesión fue suprimido. Finalmente, el nuevo procedimiento garantiza la equidad de acceso en el conjunto del territorio. Así, a cada nivel de dependencia le corresponde un fondo de financiación dentro del plan de ayuda: un máximo de 1.076 € para el nivel 1 de la GIR, 915 € para el nivel 2, 686 € para el nivel 3, y 457 € para el nivel 4 de la GIR.

La reforma introdujo también el principio de copago por parte del usuario de los servicios propuestos en el plan de ayuda: por debajo de un determinado umbral de ingresos⁸ los beneficiarios contribuyen a la financiación del plan de ayuda, proporcionalmente a su nivel de ingresos. El objetivo es la creación de una prestación universal, accesible a todos y atribuida en función del nivel de dependencia. No obstante, y a pesar del carácter universal de la prestación, la gestión individualizada de las situaciones sigue siendo una prioridad y los planes de ayuda, propuestos por los equipos socio-sanitarios se ajustan a las necesidades específicas del demandante.

Para la implantación del dispositivo de la APA, el gobierno se fijó como objetivo aumentar el número de beneficiarios, pasando del 15% de la población de mayores dependientes cubierta por la PSD, al 80% de este grupo, es decir unos 800.000 beneficiarios según las cifras del ministerio. El coste de esta medida fue estimado inicialmente entre 2.300 y 2.600 millones de € para los dos primeros años de su puesta en marcha. El gobierno planificó asignar los fondos necesarios utilizando una partida de la Contribución Social Generalizada (CSG) (por encima de 770 millones de €) y dejando el resto de financiación (1.680 millones de €) a cargo a los Consejos generales departamentales, lo que supone 380 millones de € suplementarios respecto del coste de la PSD. Con el fin de anticipar el aumento de coste de la nueva prestación, el gobierno decidió crear un fondo nacional para la autonomía, el cual fue previsto para englobar los ingresos ligados a la CSG y la contribución de la Seguridad Social.

8) Por debajo de un umbral de 914 € al mes, el plan de ayuda queda íntegramente cubierto.

5.5.1 EL ÉXITO DE LA APA

El dispositivo de la APA reemplazó al de la PSD a partir de enero de 2002⁹ y la nueva prestación obtuvo rápidamente un éxito verificable. El número de demandantes aumentó desde el primer año de puesta en marcha del dispositivo: 1.390.000 personas solicitaron la APA entre enero de 2002 y junio de 2003, y 723.000 personas se beneficiaron de la misma. Este rápido aumento topó con problemas de financiación, lo cual acarreó consecuencias políticas importantes, tanto a nivel nacional, como a nivel local. Después del giro político de las elecciones de abril de 2002, marcadas por el retorno a un gobierno de derechas el fracaso del plan de financiación del dispositivo de la APA por el gobierno precedente fue el objeto de todas las críticas. En abril de 2003, el gobierno tomó la decisión de modificar el umbral de renta por debajo del cual la financiación del plan de ayuda se cubría de manera integral por los poderes públicos. Se revisó la base y se pasó de 943 a 623 € de ingresos mensuales. El gobierno trataba así de aumentar el número de beneficiarios que contribuían a la financiación del plan de ayuda, al tiempo que reducía los costes ligados a la prestación.

En abril de 2004¹⁰, se contaban 827.000 beneficiarios, lo cual representaba 181 beneficiarios por cada 1000 habitantes de más de 75 años¹¹. Se puede asimismo considerar que la mayor parte de las necesidades quedan cubiertas por la nueva prestación. Los beneficiarios se clasificaban del siguiente modo: 58% vivían en su propio domicilio y el 42% restante residían en una institución; 45% fueron evaluados con un nivel 4 de la escala GIR (53% de los que vivían en su domicilio y 26% de los que residían en una institución); 83% de los beneficiarios tenían más de 75 años, y el 75% eran mujeres. En definitiva, el montante medio de la APA ascendía a 489 € mensuales (Cuadro 4 de la página siguiente).

Los planes de ayuda se organizaron de la siguiente manera: Los servicios de ayuda a domicilio representaban el 94% de su contenido; la prestación cubre el coste del 91% del plan de ayuda propuesto por el equipo socio-sanitario, lo que deja a cargo del usuario solamente el 9%.

La reforma de abril de 2003 tuvo un impacto real sobre el coste de la prestación: antes de esa fecha la prestación financiaba íntegramente el plan de ayuda del 67% de los beneficiarios, mientras que a partir de la reforma del sistema tan sólo el 36% de los beneficiarios recibía dicha ayuda sin contribuir directamente a su financiación.

Al igual que para la PSD, la utilización de la prestación se somete al control de la administración departamental que debe asegurarse de que el montante percibido sea adecuadamente utilizado para financiar los servicios propuestos en el plan de ayuda. En la práctica, sin embargo, resulta difícil verificar las situaciones de todos los beneficiarios, y solamente al 30% de los mismos es instado a rendir cuentas de sus gastos haciéndoles aportar sus facturas ante los servicios del Consejo General.

9) Ley de 20 de julio de 2001.

10) En abril de 2004, los montantes máximos correspondientes a cada uno de los niveles de la escala GIR aumentaron ligeramente: 1.125,58 € para el nivel 1 de la escala GIR, 964,79 € para el nivel 2, 723,59 € para el nivel 3, y 482,39 € para el nivel 4 de dicha escala.

11) De enero a abril de 2004, el 7% de los beneficiarios dejaron de percibir la prestación, en 8 de cada 10 casos por muerte del beneficiario.

CUADRO 4
Montante mensual de la APA (2004)

Montante de la APA a domicilio (en €)			
	Contribución de los consejos generales	Contribución de beneficiarios (y % de beneficiarios ligados a la configuración)	Total
GIR 1	768	93 (46%)	861
GIR 2	616	78 (51%)	694
GIR3	497	52 (50%)	549
GIR4	319	30 (50%)	349
Total	442	47 (50%)	489
Montante de la APA en distribución			
	Contribución de los consejos generales	Contribución de beneficiarios	Total
GIR1 y 2	324	125	449
GIR3 y 4	162	118	280
Total	256	122	378

Fuente: DREES, Ministerio de Asuntos Sociales (Kerjosse, 2004).

5.5.2. EL IMPACTO DE LA PRESTACIÓN SOBRE LOS CUIDADORES

Al igual que la PSD, la APA se utilizó para financiar las tareas de cuidado de personas mayores dependientes realizadas por profesionales y por familiares¹². Las estadísticas muestran que el 89% de los beneficiarios recurrieron a servicios profesionales, el 8% a familiares y el 3% a una combinación de ambos tipos de recursos. Parece que las personas mayores que recurren a sus familiares son más dependientes y se benefician de un número mayor de horas de ayuda a domicilio que aquellos que recurren únicamente al servicio de profesionales.

La APA ha tenido un fuerte impacto sobre los cuidadores, afectando a tres elementos principales: el tipo de servicio utilizado, la cualificación de los asistentes y el número de ayudantes que intervienen junto a las personas mayores dependientes. Así, el reparto de las horas de intervención entre los tres regímenes existentes- el de libre elección, el mandatario y el prestatario- se ha visto modificado (Mette 2004) y la mayoría de los beneficiarios se acogió al servicio prestatario (Cuadro 5). El 55% de los bene-

12) Una hija o un hijo, en el 60% de los casos, en los que el asistente informal constituye el principal proveedor de cuidado; en un 20% de los casos, un yerno o una nuera; en el 19%, algún otro miembro de la familia (como un hermano o hermana), o un amigo o vecino.

ficiarios han recurrido al régimen prestatario de tal modo que ya no son empleadores directos de ayudas a domicilio, sino que dependen de los servicios de ayuda a domicilio (asociación o CCAS). Esta evolución corresponde a una de las prioridades asumidas por la política destinada a favorecer a las personas mayores dependientes, concretamente el aumento del nivel de profesionalización y de calidad de los servicios de ayuda a domicilio.

No obstante, este desarrollo del régimen prestatario, constatado a nivel nacional, no afectó por igual al conjunto del territorio francés (Bellanger, Le Bihan, 2003). Existen en efecto, diferencias entre los distintos departamentos, de modo que en el departamento de L'Herault, el Consejo General dio prioridad al régimen prestatario, que representaba el 80% de las horas de atención realizadas, mientras que en otros departamentos como el de Ille-et-Vilaine, el objetivo planteado era evitar las situaciones en las que la carga de cuidado era asumida por un único miembro de la familia. Estas disparidades territoriales muestran que, en la práctica, el dispositivo de la APA deja un cierto margen de manobra a los departamentos y permite la flexibilidad necesaria para dotar de cobertura a cada situación individual.

CUADRO 5

Reparto de los beneficiarios de la APA en función del tipo de servicio y del nivel de dependencia

	Prestatario	Mandatario	De libre elección	Otros	Total
GIR1	44	13	29	14	100
GIR2	47	19	25	9	100
GIR3	53	16	23	7	100
GIR4	63	15	19	4	100
Total	55	16	22	7	100

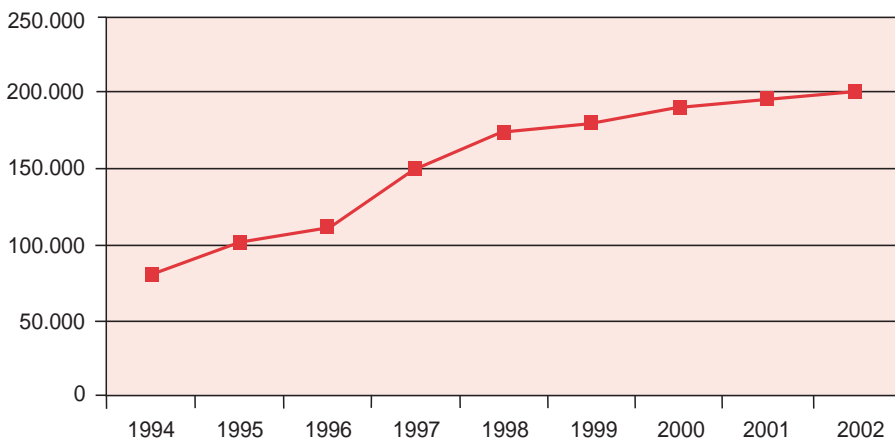
Fuente: DREES, 2003.

La segunda consecuencia del dispositivo APA, fue el desarrollo de la cualificación de los asistentes profesionales (Bressé, 2004). Es preciso distinguir los servicios contratados directamente por los individuos y ligados a cargas domésticas, jardinería, o pequeñas labores, etc., de aquellos que requieren la obtención de un consentimiento informado, entre los que se encuentran aquellas tareas destinadas a la ayuda de personas dependientes que padezcan algún tipo de minusvalía o tengan una edad muy avanzada. En términos generales, 700.000 personas trabajaban en este sector de "empleo familiar" y los 7.000 servicios que habían obtenido una certificación de calidad empleaban a 210.000 personas en 1999, entre los que se contaban 194.000 asistentes de ayudas a domicilio.

Si se toma en consideración la cuestión del género, la APA no supuso ninguna evolución: las mujeres continúan representando el 99% de las ayudas a domicilio, y el 80% de las mismas trabajan con mayores. Su actividad engloba las tareas domésticas y la ayuda a la persona (levantarla, lavarla, des-

plazarla, etc.). Por otro lado, estos empleos son siempre empleos a tiempo parcial: la media del número de horas mensuales así estimada es de 70, y la mitad de las cuidadoras a domicilio no alcanzan las 62 horas de trabajo mensuales. Sólo el 5% de las cuidadoras a domicilio lo son a tiempo completo, es decir, trabajando 165 horas mensuales. Hasta marzo de 2002, no existía más que un diploma de cualificación para desempeñar estas tareas, el Certificado de Aptitud para el Desempeño de Funciones de Ayuda a Domicilio (CAFAD). A partir de esa fecha se creó un nuevo diploma, el Diploma de Estado de Auxiliar de Gestión Doméstica (DEAVS), ofreciendo una formación adaptada a la actividad de ayuda a domicilio. En 1999, el nivel de cualificación del cuidado a domicilio era bajo, ya que tan sólo el 18% de dichas tareas era realizado por personal cualificado, y sólo en el 9% de los casos los empleados disponían del CAFAD.

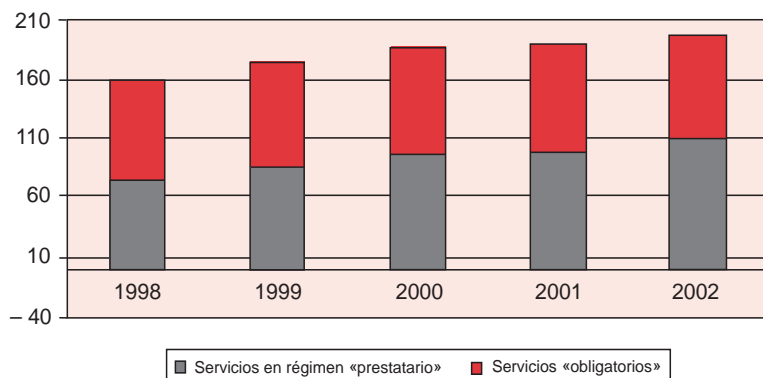
La tercera consecuencia de dicha Ley fue el aumento del número de ayudas a domicilio. Todavía hoy la actividad de cuidado sigue siendo una actividad insuficientemente cualificada, pero la política que a favor de las personas mayores dependientes, fundamentalmente desde la creación de la APA, ha favorecido el aumento del número de empleados que trabajan en este sector. Entre 1994 y 2002, el número de ayudas a domicilio prácticamente se triplicó, pasando de 70.000 a 200.000 (Gráfico 1). Paralelamente, el número total de horas de intervención prestada por los servicios cualificados aumentó de 160 millones en 1998, a casi 200 millones en 2000 (Gráfico 3). Este aumento se explica en gran medida por el incremento del número de horas trabajadas en régimen prestatario, que pasó de 78 a 110 millones entre 1998 y 2000. Si las cifras son reveladoras de una tendencia general, por el momento resulta difícil evaluar de una manera verdaderamente precisa las consecuencias de la aplicación del dispositivo de la APA, y en particular de la creación del nuevo diploma, el DEAVS, en marzo de 2002.

GRÁFICO 2**Evolución del número de asistentes a domicilio entre 1994 y 2002**

Fuente: INSEE.

GRÁFICO 3

Número de horas del personal acreditado de los servicios de las organizaciones
(en millones)



Fuente: DARES.

5.6. CONCLUSIÓN

En el transcurso del verano de 2003, Francia padeció una ola de calor de consecuencias dramáticas, que provocó 6.500 muertos entre el 4 y el 10 de agosto. Entre el 10 y el 13 de agosto, la temperatura se mantuvo muy alta, alrededor de los 25, 5° C de mínima por la noche, lo que aumentó el número de muertos, estimado en 10.000 personas. El 25 de septiembre siguiente, las cifras confirmadas por los servicios del INSERM elevaron el número de fallecidos como consecuencia del calor a 15.000: 42% de ellos murieron en el hospital, 19% en residencias y el 3% en hospitales privados. Frente a este drama, ciertos políticos y algunos periódicos no dudaron en denunciar la responsabilidad de las familias acusándolas de haber dejado a su/s pariente/s mayor/es sin ayuda durante el periodo de vacaciones de verano. Este argumento se ha extendido ampliamente, a pesar de las advertencias de los expertos en sentido contrario, recordando que la familia continúa siendo la principal fuente de ayuda para el cuidado de las personas mayores dependientes.

Los distintos informes oficiales publicados con posterioridad han demostrado que la responsabilidad del drama provocado por la ola de calor deben atribuirse al gobierno y a los servicios administrativos que no supieron reaccionar con rapidez y de manera coordinada. El episodio de la ola de calor también demostró que era necesario combinar los recursos de ayuda formal e informal, y desarrollar la coordinación de servicios socio-sanitarios. Asimismo también, se ha advertido que se pasó por alto la importancia de la reacción de los poderes locales para hacer frente a esta situación, así como la necesidad de prepararse para este tipo de fenómenos.

A partir de esos hechos el gobierno adoptó nuevas medidas en favor de los mayores en situación de dependencia. Así, en abril de 2003, el gobierno Raffarin, crítico con la ausencia de control de gastos por el gobierno de Jospin, había bajado el umbral de ingresos con objeto de reducir el número de beneficiarios y en septiembre de 2004 anunció un plan para garantizar la financiación de la APA y para

reforzar la capacidad de respuesta del dispositivo frente a las necesidades de las personas mayores dependientes. El plan de ayuda para las personas mayores se organizó en torno a tres dimensiones principales: la introducción de un programa que tenía por finalidad anticipar la repetición de una situación de este tipo (instalación de aire acondicionado en residencias y hospitales, reclutamiento de personal, etc.), una mejora del sistema de vigilancia epidemiológica, y un nuevo dispositivo para garantizar la financiación de la política a favor de las personas mayores dependientes y la creación de un nuevo fondo. Este último se nutrió de dos principales fuentes de financiación: una contribución de los empleadores a cambio de la supresión de un día festivo (lo que correspondía al 0,3% de los salarios de las personas que trabajan ese día), y 0,1 % de la CSG.

Esta nueva contribución de los empleadores (0,3% de la masa salarial) y de los trabajadores, que deben renunciar a una jornada de descanso al año para nutrir una nueva partida de financiación de la política de dependencia se describió, al principio, por parte de ciertos actores políticos y de ciertos medios de comunicación como la institucionalización de un quinto pilar de aseguramiento. Sin embargo, esta interpretación es totalmente errónea. Resulta evidente que el gobierno de Jean-Pierre Raffarin trató de copiar el sistema alemán pero sin mantener la dimensión bismarckiana. La nueva Caja Nacional de Solidaridad por la Autonomía (CNSA) es más un fondo que permite contribuir a la financiación global de esta política, que una verdadera caja de aseguramiento social, ya que la lógica paritaria de cogestión por los agentes sociales queda totalmente excluida. Las organizaciones profesionales del sector han quedado totalmente apartadas de la gestión de esta nueva caja, que ha quedado al mando de los representantes del Estado y de los Consejos Generales departamentales. Los representantes de todas las Cajas de aseguramiento de la Seguridad Social se opusieron frontalmente a la creación de esta nueva caja, y han aludido incluso al "desfiguramiento de la Seguridad Social".

Estos desarrollos recientes indican que el proceso de definición de una política dirigida a las personas mayores dependientes está lejos de haber terminado. Para algunos, el objetivo debe ser, en lo sucesivo, la instauración de un verdadero "quinto pilar de aseguramiento social" y de una nueva rama de la protección social; para otros, resulta imaginable extender esta "nueva gobernanza" mixta de la política de dependencia a otras ramas de la Seguridad Social. Una vez más, estas opciones dependerán directamente del calendario político y de las "ventanas de oportunidad" que éste creará.

Pasemos a valorar las lecciones que se pueden sacar de esta evolución. De un lado, la prestación francesa (APA, pero sobre todo la PSD) es similar a aquella que los autores como Clare Ungerson (2002) han calificado de "*routed wage*", es decir, un salario encaminado, dirigido. En efecto, la asignación aportada a las personas mayores que precisan atención y no disponen de los recursos necesarios para financiarla, se concibe como un complemento de recursos cuya vocación es procurar que estas personas reciban los servicios que necesiten comprándolos a proveedores externos, y convirtiéndose así en sus empleadores. Pero contrariamente a la situación que prevaleció en Reino Unido, esta lógica de mercantilización de la ayuda a domicilio (Ungerson, 1997) en Francia está fuertemente anclada en las administraciones locales, que podían asimismo entregar directamente la prestación a los organismos empleadores de asistentes profesionales. Lo que determina el control por parte de los departamentos de la aplicación de los planes de ayuda a domicilio es precisamente esta lógica de profesionalización y

de creación de empleo de servicios. La calidad de prestaciones de servicio de ayuda a domicilio supone contrarrestar esta lógica de "salario dirigido". De hecho, las personas mayores son cada vez con menos frecuencia los empleadores directos de sus asistentes.

Desde otro punto de vista, se puede señalar que la APA representa prácticamente un "objeto no identificado" de la protección social, ya no se trata tanto de un dispositivo de asistencia para los más desfavorecidos, como de un sistema de vocación universalista, no se trata de un sistema de aseguramiento social. Nos encontramos aquí con un sistema de protección social intermedio que utiliza ciertos elementos del léxico del aseguramiento social, como el "ticket moderador" tomado directamente del vocabulario del seguro de enfermedad para evocar la lógica del co-pago.

Por el momento, la lógica del quinto pilar de aseguramiento social es descartada por el legislador, pero parece bastante evidente que el debate no está cerrado. Así, el gobierno de Villepin encargó en 2006 una misión de reflexión a la Inspección General de los Asuntos Sociales, con objeto de valorar las consecuencias (en particular las financieras) del paso a un sistema de seguro social de dependencia. Que ello sirva para promover los empleos de cuidado personal en los hogares, o para hacer frente a un futuro episodio de ola de calor, o incluso para acompañar a los asistentes familiares, lo cierto es que la dependencia aparece inscrita de manera duradera en la agenda política como un nuevo "riesgo social" ineludible.

5.7. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Attias-Donfut, C. (ed.) (1995): *"Les solidarités familiales entre générations. Vieillesse, familles, Etat"*, Paris, Nathan.
- Bontout, O; Colin Christel, & Kerjose, R. (2002): "Personnes âgées dépendantes et aidants potentiels : une projection à l'horizon 2040", *Etudes et résultats*, n°160, Paris, DREES.
- Bouget, D. & Tartarin, R. (eds.) (1990): *"Le prix de la dépendance"*, Paris, La Documentation Française.
- Boulard, J.C. (1991): *"Vivre ensemble. Rapport d'information déposé par la Commission des Affaires culturelles, familiales et sociales sur les personnes âgées dépendantes"*, Assemblée Nationale n.º 2135, Juin 1991, Paris.
- Bressé, S. (2004): "Le personnel des services d'aide à domicile en 1999", *Etudes et résultats*, n.º 297, Paris, DREES.
- Brutel, C. & Omalek, L. (2002): "Projections démographiques pour la France, ses régions et ses départements à l'horizon 2030", in *Données sociales. La société française*, Paris, INSEE.
- Causse, L.; Fournier, C. & Labruyère, C. (1997): "Le développement des emplois familiaux. Effets sur les métiers de l'aide à domicile", *CEREQ, Série Observatoire*, document n.º 121.
- Causse, L.; Fournier, C. & Labruyère, C. (1998): *"Les aides à domicile: des emplois en plein remue-ménage"*, Paris, Syros.
- Christopher, S. (1997): "Childcare and Elderly Care: What Occupational Opportunities for Women?", *Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n.º 27.
- CNRDP (Comité national des retraités et personnes âgées) (1998) *"Le Livre noir de la PSD. Document ronéoté remis au Ministre de l'Emploi et de la Solidarité"*.

- Dutheil, N. (2001): "Les aides et les aidants des personnes âgées", *Etudes et résultats*, n.º 142, Paris, DREES.
- Ennuyer, B. (2002): *"Les malentendus de la dépendance"*, Paris, Dunod.
- Evers, A.; Pijl, M. & Ungerson, C. (eds.) (1994): *"Payments for Care. A Comparative Overview"*, European Center, Vienna, Avebury.
- Hennessy, P. (1995): "Social protection for Dependent Elderly People: Perspectives from a Review of OECD Countries", *Labour Market and Social Policy Occasional Paper*, n.º 16.
- Hespeil, V. & Thierry, M. (1998): "Synthèse des constats et propositions de la mission sur les services d'aide aux personnes", *Inspection générale des affaires sociales et Inspection générale des finances*. Rapport n.º 1998-132, IGAS, septembre.
- Hochschild, A.-R. (1995): "The Culture of Politics: Traditional, Post-modern, Cold-modern, and Warm-model Ideals of Care", *Social Politics*, vol. 2, n.º 3, pp. 331-345.
- Joël, M.E. & Bungener, M. (1991): "Le financement de la prise en charge de la dépendance des personnes âgées", *Rapport MIRE*, Paris, Ministère des Affaires Sociales.
- Joël, M.-E. & Martin C. (1994): "Payment for Care: The Case of France", in Evers, A.; Pijl, M.; Ungerson, C. (eds): *"Payments for Care. A Comparative Overview"*, European Center, Vienna, Avebury, pp. 165-189.
- Joël, M.-E. & Martin, C. (1997): "La part des arbitrages économiques et familiaux dans l'organisation du soutien à domicile des personnes âgées dépendantes", *Revue française des affaires sociales*, n.º hors série, octobre, Paris, La documentation française, pp. 95-108.
- Joël, M.-E. & Martin, C. (1998): *"Aider les personnes âgées dépendantes. Arbitrages économiques et familiaux"*, Rennes, Editions de l'ENSP.
- Kerjosse, R. (2004): "L'allocation personnalisée d'autonomie au 31 mars 2004", *Etudes et résultats*, n.º 321, Paris, DREES.
- Kerjosse, R. & Lebeauupin A. (1993): "Un million et demi de personnes âgées dépendantes", in *"La Société française"*, Données sociales 1993, INSEE, pp. 536-540.
- Kerschen, N. & Mercat-Brunns, M. (1993): "Towards Reform of Long Term Care in France", *Ageing international*, vol. XX, n.º 2, pp. 20-26.
- Kessler, F. (ed.) (1994): *"La dépendance des personnes âgées: un défi pour le droit de la protection sociale"*, Presses universitaires de Strasbourg.
- Kessler, F. (1995): "Quelles prestations pour les personnes âgées dépendantes? Panorama des propositions de réforme", *Droit social*, n.º 1, pp. 85-94.
- Laroque, G. et al. (1993): *"Rapport sur la dépendance des personnes âgées"*, Paris, Inspection générale des Affaires sociales.
- Lebeauupin, A. & Nortier, F. (1996): "Les personnes âgées dépendantes : situation actuelle et perspectives d'avenir", in *INSEE, La société française, Données sociales*, pp. 468-473.
- Le Bihan, B. & Martin, C. (2007): "Payment for Care in the French Welfare State: a Skilful Compromise?", in C. Ungerson & S. Yeandle (eds), *Commodified Care Work in Developed Welfare States*, London, Palgrave.
- Lesemann, F. & Martin, C. (eds.) (1993): *"Home-based Care, the Elderly, the Family and the Welfare State: An International Comparison"*, Ottawa, University of Ottawa Press.

- Lewis, J. & Glendinning, H. (1996): *"Implementing the New community Care"*, Open University Press.
- Long, M. (1997): "La prestation d'autonomie: une nécessité reportée", *Revue française des affaires sociales*, n.º hors série, octobre, Paris, La documentation française, pp. 247-262.
- Martin, C. (1998): "L'expérimentation territoriale de la prestation dépendance: fenêtre d'opportunité ou rendez-vous manqué?", *Politiques et management publics*, vol. 16, n.º 3, pp. 69-91.
- Martin, C. (2000): "Atouts et limites de l'expérimentation: l'exemple de la prestation dépendance", *Revue française des affaires sociales*, n.º 1, pp. 47-58.
- Martin, C. (2001): "Le genre des politiques de prise en charge des personnes âgées dépendantes", *Travail, genre et sociétés*, n.º 2, L'Harmattan.
- Martin, C. (ed.) (2003): *"La dépendance des personnes âgées. Quelles politiques en Europe ?"*, Presses universitaires de Rennes.
- Martin, C.; Jourdain, A.; Mohaer, F. & Schweyer, F-X. (1996): *"La prestation expérimentale dépendance en Ille et Vilaine. Leçons d'un apprentissage"*, LAPSS/ENSP, éditions ENSP, 177 pages.
- Martin, C. & Le Bihan, B. (ed.) (2000): "La mise en œuvre de la prestation spécifique dépendance dans six départements", *Document de travail*, DREES, n.º 8, 115 pp.
- Martin, C.; Math, A. & Renaudat, E. (1998): "Caring for Very Young Children and Dependent Elderly People in France: Towards a Commodification of Social Care", in J. Lewis (ed.): *"Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe"*, Aldershot, Ashgate Publishers, pp.139-174.
- Mette, C. (2004): "Allocation personnalisée d'autonomie à domicile: une analyse des plans d'aide", *Etudes et résultats*, n.º 293, Paris, DREES.
- Pison, G. (2003): "La population de la France en 2002", *Population et sociétés*, n.º 388, mars.
- Schopflin, P. (1991): *"Dépendance et solidarité. Mieux aider les personnes âgées. Rapport de la Commission du Commissariat Général du Plan"*, Paris, La Documentation Française.
- Ungerson, C. (1997): "Social Politics and the Commodification of Care", *Social Politics*, vol. 4, n.º 3, pp. 362-382.
- Ungerson, C. (2002): *"Cash and Care: Whose Independence?"*, Paper presented for the 6th Global Conference on Ageing, Perth, Western Australia, october.

Capítulo 6: *Taylor, target, tinker, tune.*
Estrategias recientes en la protección de la
dependencia en la vejez bajo el modelo
escandinavo del Estado del Bienestar*

Sven Olaf Daatland
NOVA, Norwegian Social Research

6.1. DEPENDENCIA

¿Cómo es la protección para la dependencia organizada en el modelo escandinavo? ¿Cuáles son los rasgos característicos, las tendencias recientes y los desafíos actuales? Estas son las preguntas que guiarán este capítulo, que concluirá con algunas reflexiones sobre las cuestiones de la convergencia y la sostenibilidad: ¿Debemos esperar una convergencia entre los modelos de Estado de Bienestar en respuesta a presiones similares provenientes del envejecimiento de la población y los cambios en las familias? ¿Qué modelo es más sostenible, considerando los desafíos que encaramos en la actualidad?

En primer lugar necesitamos aclarar cómo se conceptualiza la dependencia en este capítulo, y por qué y cómo necesitamos limitar los grupos y áreas a los que se dirige. La "dependencia" es al mismo tiempo un concepto muy concreto y elusivo. Es concreto en el sentido de que reconocemos la verdadera dependencia cuando la vemos, pero es elusivo cuando tratamos de perfilar los límites más adecuados entre tipos y grados de dependencia y su relevancia para las políticas sociales. Todos los seres humanos somos en algún sentido dependientes de otros, pero aquí me referiré a la dependencia en un sentido mucho más limitado, como dependencia en el manejo de la vida cotidiana, excluyendo, por tanto, las dependencias normales de la infancia. Aun así, es difícil encontrar una definición estándar para este estado más allá del que se refiere a algún tipo de incapacidad o alguna falta de ajuste entre la competencia personal y las demandas ambientales, que hacen a la persona incapaz de realizar las tareas y rutinas cotidianas por sí mismo/a, y de aquí que necesite ayuda exterior para tales rutinas.

La frontera entre la dependencia y la autonomía (autosuficiencia) se entiende mejor como una cuestión de grado. Desde luego, algunos son totalmente dependientes de otros para realizar sus actividades cotidianas, pero serán pocos en comparación con la cantidad mucho mayor de los que sufren dificultades para realizar sus tareas cotidianas y son por ello a menudo reconocidos como necesitados y merecedores de ayuda exterior. Quizá realicen sus tareas cotidianas por sí mismos, pero sólo con dificultad, y con esfuerzos o sufrimientos que están más allá de lo que se considera decente bajo los estándares normales del Estado de Bienestar al que pertenecen. Dónde se sitúa exactamente esa línea de decencia varía a través del tiempo y del espacio pero, en general, ha tendido a expandirse junto con las ambiciones del Estado de Bienestar por incluir más necesidades y personas en sus sistemas de protección social.

Uno podría, en paralelo con la categorización de las necesidades sociales de Bradshaw (1977), hablar de dependencia normativa, sentida, expresada y comparativa. Una definición normativa incluiría quizá sólo aquellos que están incapacitados para realizar al menos una de las actividades personales de la vida cotidiana, como bañarse o vestirse. Una definición más amplia, quizá añadiría a aquellos que necesitan ayuda para una o más actividades instrumentales, como hacer la compra y limpiar. El primer criterio podría cubrir quizá alrededor del 25 % de los mayores de 65 años, y el segundo, podría añadir otro 15-20%, con ciertas variaciones de un país a otro. El porcentaje de dependencia subjetiva (sentida) podría ser incluso más alto que éste, o en algunos casos más bajo, variando con las expectativas de los individuos. Las demandas de ayuda (dependencia expresada) variarán más o menos con las opor-

* Traducción por Beatriz Rodríguez Escudero.

tunidades percibidas de recibir tal ayuda. Así también con la dirección de dichas demandas, que tenderán a estar guiadas por las oportunidades percibidas de ser aceptadas y respondidas con el apoyo necesitado. La dirección de las demandas está también guiada normativamente hacia la persona o agencia que en un momento o lugar determinado es percibida como la principal responsable.

La mayoría de las necesidades de las que hablamos se dirigen, durante la mayor parte de la historia moderna, y aún hoy en muchos estados del bienestar, hacia la familia. Antes, aquellas personas que carecían de familia eran recogidas por algún tipo de colectividad, ya fueran iglesias, asociaciones caritativas o gobiernos locales, y eran cuidados habitualmente en instalaciones de baja calidad, primero en casas de pobres, y después en asilos y similares. La idea de que estas necesidades debían ser vistas como un derecho ciudadano a los servicios por parte de un estado responsable fue surgiendo junto con el Estado de Bienestar en el siglo anterior, y fue desarrollada más profundamente en el modelo escandinavo, hasta el punto de que una creciente, y en este momento una gran mayoría, percibe al Estado como el principal responsable de la ayuda a la dependencia. La mayoría declara también una preferencia por los servicios (profesionales) sobre la ayuda (informal) de la familia en tales situaciones (Daatland, 1990). Estas expectativas no son, sin embargo, cubiertas siempre en la práctica, pero esa es otra historia.

No existen criterios estandarizados para definir la dependencia o la autosuficiencia a lo largo de ninguna de esas dimensiones por lo que cualquier definición debe ser relativa a normas establecidas de acuerdo con una convención. La referencia en este capítulo será el Estado de Bienestar, por lo que aquí hablaremos de las personas que son dependientes de cuidados de larga duración para el desarrollo de las actividades cotidianas del tipo y grado que les cualifica para recibir prestaciones sociales por parte del Estado de Bienestar. Las personas no necesariamente demandarán dicha ayuda, o la recibirán cuando la soliciten, ya que los estados del bienestar difieren de manera importante en sus mecanismos de acceso, niveles de prestaciones y concepciones de merecimiento. La necesidad debe ser sin embargo tenida en cuenta aquí como un aspecto relevante para la intervención del Estado de Bienestar de modo que queden excluidas las necesidades percibidas por parte de los grupos más acomodados que quisieran ser atendidos por encima del nivel de atención estándar, así como los deseos de recibir ayuda para la realización de actividades que la persona es perfectamente capaz de asumir por sí misma. También excluimos las necesidades de ayuda de corta duración y los tratamientos médicos durante las enfermedades agudas y, aunque el Estado de Bienestar surgió de la necesidad de protección contra la dependencia económica, y las pensiones y otras transferencias de rentas todavía suponen la partida de gasto más importante del Estado de Bienestar, nos ceñiremos aquí a una definición más reducida, concentrada en la dependencia personal en la vida cotidiana.

Nos quedamos, por tanto, con la dependencia como la necesidad de cuidados y ayuda de larga duración, la mayoría de la cual se presenta entre los mayores. La protección de la dependencia en la vejez será, por tanto, el foco principal de este capítulo. Los servicios disponibles, en su mayoría, son hoy neutrales respecto a la edad, al menos en principio, pero históricamente hablando y en términos de prestación de servicios, a menudo se ha diferenciado entre usuarios mayores y jóvenes y, entre los últimos, entre los discapacitados físicos y psíquicos. Cada uno de estos grupos merece ser analizado por sepa-

rado, lo cual supera con mucho las limitaciones de espacio de este capítulo. Me concentraré, en consecuencia, en la protección para los mayores bajo el modelo de bienestar escandinavo, haciendo especial referencia al caso noruego.

6.2. EL MODELO ESCANDINAVO

Parece ser una tendencia general que la responsabilidad del Estado de Bienestar hacia los mayores empiece típicamente con la protección económica (pensiones), sumándose los servicios posteriormente. Entre los servicios, la prioridad se da normalmente a las necesidades médicas en el contexto del cuidado institucional. Los servicios sociales y los cuidados comunitarios han recibido habitualmente una menor atención, dado que el cuidado de los mayores ha sido visto tradicionalmente como una responsabilidad de la familia en la que las iglesias, las organizaciones del tercer sector y los gobiernos locales intervienen de manera residual cuando el apoyo familiar falla. Los mayores dependientes sin apoyo familiar eran atendidos en instituciones, a menudo con estándares de calidad bajos, mientras las familias cuidaban de los dependientes en el hogar. El Estado se mostraba reticente a implicarse en un ámbito que había sido tradicionalmente de las familias.

Una de las características del desarrollo del Estado de Bienestar escandinavo fue la adopción de una más amplia y directa responsabilidad estatal en la provisión de las necesidades y derechos individuales. Todavía se esperaba de las familias que cumplieran con su parte, pero de una manera más informal. Las obligaciones legales intergeneracionales fueron eliminadas de la legislación en los años cincuenta y sesenta del pasado siglo, y el contrato del bienestar fue redefinido desde un acuerdo entre el Estado y la familia, a un contrato entre el Estado y el ciudadano.

Esta es una de las principales razones por las que los países escandinavos, en comparación con otros Estados de Bienestar modernos, desarrolló, no sólo más servicios en esta área, sino en particular, más servicios comunitarios y domiciliarios, como la ayuda a domicilio y la asistencia domiciliaria. El cuidado institucional fue también desarrollado, pero los servicios comunitarios lo fueron mucho más en comparación con otros sistemas de protección social. Los datos comparables y rigurosos sobre la provisión de servicios resultan difíciles de encontrar, pero tanto las estadísticas administrativas como los datos generados por las investigaciones sociales señalan en la misma dirección (Pacolet et al., 2000; Daatland, 2001; OCDE, 2005). Países como Inglaterra y los Países Bajos, seguidos más tarde por Alemania, tienen niveles intermedios de servicios comunitarios, por debajo de los de Escandinavia, pero considerablemente más altos que los de países como Irlanda, Italia o España, donde el cuidado por la familia constituye todavía el modo de cuidado legislado y socialmente esperado. Algunos de estos, como Alemania o España pueden tener altos niveles de servicios profesionales dirigidos a las "necesidades médicas", que son reconocidas como necesidades de atención profesional. Los cuidados de larga duración, sin embargo, son percibidos en muchos países como "necesidades sociales" y, como tales, considerados responsabilidad de la familia, con la sociedad civil y el Estado en posiciones residuales y subsidiarias. El desarrollo de niveles generosos de servicios comunitarios y domiciliarios parece estar relacionado con la adopción de políticas sociales individualistas, sin obligaciones legales familiares

entre generaciones de adultos. La mayoría de los Estados de Bienestar tienen todavía tales obligaciones en sus legislaciones (Millar & Warman, 1996), pero pueden estar experimentando un proceso de individualización y "modernización" de sus prácticas.

La variación entre países en el perfil de su gasto social ilustra cómo las políticas están formadas por las elecciones (prioridades), y no sólo por las necesidades. Los países con obligaciones legales familiares tienden a tener servicios sociales menos desarrollados, incluyendo cuidados de larga duración para los mayores y, por tanto, servicios menos desarrollados en el ámbito de la atención domiciliaria. Estos países se muestran más reacios a proporcionar servicios (o a financiar con recursos públicos) en un ámbito considerado como responsabilidad de la familia. El Estado debe asumir una responsabilidad secundaria y residual en relación con aquellas personas que carecen de apoyo familiar, como se establece en el principio de subsidiariedad. Esta tradición familiarista puede ser católica como en los países mediterráneos, donde el cuidado familiar ha sido, por así decirlo, una "orden divina", o puede ser conservador, basado en familias patriarcales con un único ingreso y un ama de casa cuidando de la familia, como en Alemania. Ambas tradiciones son reacias a servicios que pueden ser percibidos como un sustituto del cuidado familiar. Se inclinan más por el apoyo dado por cuidadores en la familia y por las inversiones en modelos de pagos a cambio de cuidados, más que en servicios. El seguro alemán de cuidados de larga duración es un ejemplo de esta preferencia (Alber, 1996). El beneficiario puede elegir entre dinero o servicios. Cuando la mayoría elige recibir una prestación monetaria puede ser un indicador de que los servicios están pobremente desarrollados, o de que la mayoría de los mayores (aún) se identifica con la tradición familiarista y prefiere una solución más "local" a sus problemas de cuidado. Los sistemas de pagos a cambios de cuidados se expanden también en otros países, incluso en Escandinavia (OCDE, 2005). Parte de la razón detrás del crecimiento de estos dispositivos es que supuestamente permite a la persona dependiente una mayor libertad de elección, pero las transferencias de dinero son también utilizadas como una salida más barata y una excusa para no desarrollar servicios profesionales (Timonen et al., 2006).

Los partidos socialdemócratas fueron los partidos en el gobierno durante los años de fundación del Estado de Bienestar escandinavo sobre las ruinas de la II Guerra Mundial, y tenían, en consecuencia, una preferencia "natural" por las prestaciones universales provistas por un Estado sobre el que ellos ejercían una considerablemente influencia. Las prestaciones deberían ser universales y estar basadas en derechos de ciudadanía, no en la caridad. Existía de hecho un consenso prácticamente completo sobre el desarrollo del Estado de Bienestar entre todos los partidos políticos, hasta el punto de que un conocido político noruego llegó a afirmar que "todos somos socialdemócratas". Las organizaciones del tercer sector también apoyaron el desarrollo de los servicios públicos, que vinieron a convertirse en una de las principales vías para la integración femenina en el mercado de trabajo y para el incremento de la autonomía personal y económica de las mujeres. Los servicios públicos han implicado una expansión de los derechos sociales, en particular para las mujeres, según concluyen Anttonen & Sipilä (1996), quienes encontraron una estrecha correlación entre el volumen de servicios públicos en un país y la tasa de participación laboral de las mujeres.

Suecia salió reforzada de la II Guerra Mundial, al haber escapado de la destrucción de la guerra en tanto que país neutral, actuando como pionero en el desarrollo del "modelo escandinavo", pronto seguido por Dinamarca y Noruega. Los servicios fueron introducidos en la década de los cincuenta, se

expandieron enormemente durante los años 60 y 70, y se estabilizaron en volumen de los años 80 en adelante. En los años 50 y el periodo de entreguerras estuvieron dominados por una ideología segregacionista, donde los diferentes tipos de dependencia se cubrían en servicios diferenciados para cada grupo y categoría, a menudo en grandes instituciones, cuando no bajo la custodia de la familia. Un ejemplo apropiado serían las instituciones centralizadas para los "retrasados mentales". Se siguió una política de normalización e integración durante los años 60 y 70 que fue materializada más tarde en una política de desinstitucionalización y el desarrollo de sistemas de residencias locales, como una alternativa a las instituciones segregadas y centralizadas. La descentralización y la desinstitucionalización se convirtieron en la norma para la protección contra la dependencia. Esto era parte de una ideología integracionista, y una extensión de los derechos ciudadanos para incluir personas dependientes, fueran mayores o jóvenes, física o mentalmente discapacitados. Estos desarrollos incluyeron un reconocimiento de dichas dependencias no simplemente como individuales, sino como problemas contruidos socialmente. Las discapacidades fueron definidas en términos sociales y relativos, como resultado de una mala adecuación entre las competencias individuales y las demandas ambientales, y como tales, se reconocieron como una responsabilidad social. Los ideales están, sin embargo, lejos de ser perfectamente aplicados en la práctica, de modo que la distancia entre ellos y la realidad resulta todavía considerable.

En resumen, los Estados de Bienestar escandinavos están caracterizados, en contraste con los modelos anglosajones y continentales, por los derechos universales, la financiación a través de impuestos, el fuerte énfasis en la redistribución, y una responsabilidad pública directa y amplia en la provisión de servicios. No existen responsabilidades legales entre generaciones adultas, de ahí que el Estado, y no la familia, se considere el principal responsable durante la dependencia en la vida adulta.

6.3. EL CUIDADO DE LOS MAYORES EN ESCANDINAVIA

Los cuidados de larga duración para los mayores dependientes está organizado en instituciones (residencias geriátricas y residencias asistidas), varios tipos de centros especializados y servicios domiciliarios, apoyados por un abanico de dispositivos intermedios tales como centros de día, sistemas de apoyo a los familiares cuidadores, comidas a domicilio, ayudas técnicas y prestaciones monetarias para ayudar y compensar a los cuidadores familiares. La inicial posición dominante del cuidado institucionalizado ha sido gradualmente reemplazada por un abanico más amplio de servicios con el objetivo de apoyar el envejecimiento en el propio hogar y el cuidado comunitario. La responsabilidad de los servicios en las dos últimas décadas ha sido descentralizada e integrada en el nivel del gobierno local (municipal), y son todavía de provisión principalmente pública, aunque crecientemente complementada con servicios privados, con y sin ánimo de lucro. La financiación es principalmente a través de impuestos, complementada por un copago (bastante moderado) asumido por los beneficiarios. Las residencias asistidas noruegas retienen alrededor de tres cuartas partes de la pensión básica, y un 85% de los ingresos adicionales, lo que supone entre un 15 y un 20 % de los costes reales, pero variando en función de los ingresos de los residentes. La asistencia médica domiciliaria y las ayudas técnicas son gra-

tis para los beneficiarios, mientras que la ayuda domiciliaria (ayuda en el hogar) tiene un coste moderado para los usuarios. Los copagos varían en función de los ingresos, y suponen entre un 10 y un 15% de los costes totales. También hay copagos para las medicinas y los tratamientos médicos cuando la persona vive en su domicilio, pero estos gastos están incluidos para los residentes en instituciones. Los servicios proporcionados y los copagos varían entre países, pero los precios para los usuarios han tendido a incrementarse en los últimos años, en parte como consecuencia de los aumentos de los ingresos entre los pensionistas, pero en parte también con el objetivo de reducir costes para el erario público.

Es difícil manejar datos comparativos fiables sobre los niveles y estándares de los servicios ya que tanto los servicios como la generación de estadísticas están organizados de forma diferente en cada país escandinavo. Así, también en el caso escandinavo, cuya situación actual presenta el Cuadro 1, se diferencia entre el acceso al cuidado residencial, de un lado, y la ayuda domiciliaria, de otro. El "cuidado residencial" incluye tanto las instituciones tradicionales (residencias para ancianos, asilos) como las más modernas residencias; de hecho ahora, tanto Suecia como Dinamarca, han redefinido sus "instituciones" más antiguas (residencias asistidas) como "pisos tutelados", donde los residentes pagan un alquiler y son tratados como ciudadanos corrientes hasta donde esto resulta posible. La tradicional distinción entre residencias geriátricas de un lado, y "pisos tutelados" de otro, está haciéndose más borrosa, si bien Noruega (así como Finlandia e Islandia) siguen inclinándose hacia el modelo tradicional de residencias asistidas en mayor medida que Suecia y Dinamarca.

El porcentaje de mayores de 65 años que reside en "pisos tutelados" (instituciones o residencias de diversos tipos) en los países escandinavos varía entre el 7 y el 12%, y entre el 9 y el 25% en el caso de los mayores de 80 años (Cuadro 1 de la página siguiente). El acceso a este tipo de servicios es, por tanto, mayor en Escandinavia que en la mayoría de los países de la OCDE donde entre el 4 y el 6% de los mayores de 65 años reside en este tipo de instituciones (OCDE, 2005). Los porcentajes de ayuda domiciliaria en Escandinavia son incluso mayores comparativamente hablando, con porcentajes entre el 8% en Suecia y el 25% en Dinamarca para los mayores de 65, y entre el 19% en Suecia y el 50% en Dinamarca para los mayores de 80. La mayoría de los países de la OCDE tiene porcentajes de cuidados domiciliarios entre el 5 y el 12% para los mayores de 65, y en caso de algunos países incluso menores.

La diferencia en el perfil del cuidado domiciliario de Suecia y Dinamarca está producido principalmente por los diferentes caminos seguidos en los últimos 10 ó 15 años. En este periodo Suecia adoptó una política más selectiva, de modo que el acceso a estos servicios ha sido restringido aproximadamente a la mitad de su nivel anterior, mientras que el menor número de beneficiarios reciben más ayuda. Dinamarca tiene un acceso más generoso, con relativamente menos ayuda para cada usuario. Noruega y otros países escandinavos como Finlandia e Islandia han dado tradicionalmente menos prioridad al cuidado comunitario y relativamente más a la atención institucionalizada.

Todos los países escandinavos, a excepción de Finlandia, se encuentran entre los países que más recursos dedican al cuidado de los mayores, dedicando entre el 2 y el 3% de su PIB a este ámbito de políticas. Países como el Reino Unido o Alemania están entre los que tienen un gasto moderado (1,5% del PIB), mientras que países como España, Irlanda y Japón son actualmente los que menos dinero gastan (menos del 1%), aunque están aumentando. El gasto particularmente alto en el cuidado de los mayo-

res en Suecia (2,9% del PIB) puede ser hasta cierto punto explicado por el envejecimiento de la población, siendo el 5,6% de la población mayor de 80 años, comparado con el 4% de Dinamarca y el 4,5% de Noruega. El nivel de gasto en el cuidado de los mayores se correlaciona considerablemente con la proporción de mayores de 80 años en la población (OCDE, 2005).

CUADRO 1

	Dinamarca	Finlandia	Islandia	Noruega	Suecia
Instituciones y pisos tutelados					
Número de residentes de 65 o más	63.600	54.700	3.100	72.000	124.600
% de población de 65 o más	9,1	6,9	9,1	11,9	8,1
% de población de 80 o más	20,3	19,3	29,7	25,3	19,4
Ayuda domiciliaria					
Número de usuarios de 65 o más	172.100	84.300	6.700	91.700	125.200
% de población de 65 o más	24,6	10,6	19,9	15,2	8,2
% de población de 80 o más	49,6	35,4	—	29,7	18,7
Gasto en cuidado de los mayores como % del PIB	0,9	1,7	2,2	2,9	
% de mayores de 80% en la población	4,0	3,6	2,8	4,5	5,6

Fuente: Szebehely, 2005 y OECD, 2005.

Los datos estadísticos deben verse como "aproximadamente correctos".

La relativa generosidad de los Estados de Bienestar escandinavos en este área resulta visible no sólo en el acceso a los servicios, sino también en los estándares de calidad. El ratio de personal por paciente en las clínicas para ancianos escandinavos está hoy en una persona por cada residente, un poco mayor en las "pisos tutelados" para mayores con demencia. Las instituciones escandinavas tenían en los años noventa de dos o tres veces más personal que las residencias asistidas francesas, británicas y alemanas, de acuerdo con Rostgaard & Fridberg (1998). En las instalaciones de las residencias en Escandinavia prácticamente todos los residentes tienen habitaciones individuales, o incluso pisos de dos habitaciones. El Reino Unido está, de acuerdo a la OCDE (2005), cercano a este nivel, mientras que países como Alemania o los Países Bajos están muy por debajo, y ofrecen habitaciones individuales a menos del 50% de sus residentes.

Los perfiles de los servicios y los niveles, sin embargo, varían también dentro de y entre los países escandinavos, de igual modo que la legislación, que en el caso noruego descansa en la normativa de sanidad y de servicios sociales municipales. La Ley del Servicio de Salud Municipal establece que todos los municipios tienen la responsabilidad de "proveer los servicios sanitarios para todos los residentes o

residentes temporales en el municipio". Esta responsabilidad incluye a) la promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, b) el diagnóstico y el tratamiento, c) la rehabilitación, y d) la asistencia y el cuidado. El derecho a los servicios sanitarios necesarios está también subrayado en la Ley de los Derechos de los Pacientes. La Ley de Servicios Sociales está incluso más directamente referida a los tipos de dependencia de los que estamos hablando aquí, y localiza la responsabilidad en el nivel del municipio (gobierno local) con objeto de "promover la seguridad social y financiera (...) y de contribuir a facilitar oportunidades individuales para vivir y residir independientemente y conseguir una existencia activa y plena en la comunidad". Esta obligación general debe concretarse a través de una serie específica de servicios como a) asistencia práctica y formación, incluyendo asistencia personal, para aquellos con especial necesidad de ayuda debida a enfermedad, incapacidad, vejez u otras razones, b) sistemas de apoyo para personas y familias haciendo trabajos de cuidados especialmente duros, c) contactos de apoyo para las personas y sus familias, d) cuidado en instituciones o residencias, y pago por cuidados ("salarios del cuidador") para los cuidadores familiares. La legislación y la gran mayoría de los servicios regulados por ella son neutrales respecto a la edad y están organizados por los municipios mientras que el cuidado médico especializado, como los hospitales, está a cargo del Estado o de los condados.

La Ley de Servicios Sociales especifica que las personas que están "incapacitadas para cuidar" de sí mismas debido a la enfermedad o a la discapacidad, o que son "completamente dependientes" de la ayuda práctica o personal para el manejo de sus tareas cotidianas, tienen "derecho a la ayuda". Los cuidadores familiares con "trabajos de cuidado especialmente duros" pueden ser retribuidos con un pago municipal por cuidados (salario). Hay, por tanto, un derecho a estos servicios, pero siendo una responsabilidad municipal, los servicios realmente prestados pueden variar considerablemente a lo largo del país. El asesoramiento de la dependencia y la traducción de necesidades en tipos y niveles de beneficios está bajo el control y discreción de las organizaciones locales de servicios. Las necesidades y los derechos son, por tanto, cuestiones relativas, lo que confiere una flexibilidad considerable a las decisiones locales, por ejemplo, en respuesta a las restricciones presupuestarias. Tenemos, sin embargo, pocos ejemplos de conflictos judiciales en este área, donde los beneficiarios y los municipios estén en conflicto sobre los derechos sociales. El caso más conocido en Noruega garantizó a una mujer de 57 años con una gran discapacidad el derecho a permanecer en su casa con los servicios necesarios. El municipio fue obligado a proveer entre 50 y 60 horas de ayuda domiciliaria por semana con el fin de hacer esto posible. Al municipio no se le permitía escudarse en problemas financieros, ni podía alegar que el cuidado en instituciones sería más barato y, en consecuencia, mejor para el sistema público de cuidado. Casos judiciales como éste son, sin embargo, escasos, pero probablemente han sido un impulso para el desarrollo de sistemas de asistencia personal para las personas más jóvenes con discapacidades, a través de los cuales pueden contratar su propio "asistente personal", pagado por el municipio. Tales dispositivos están actualmente disponibles para los mayores. Los conflictos sobre derechos y estándares están, por lo demás, dirigidos a la oficina de sanidad del condado y/o al defensor del pueblo local. La mayoría de los conflictos, sin embargo, se resuelven informalmente. Hay una gran tradición de consenso en Escandinavia, quizá como resultado de ser países muy homogéneos e igualitarios, con una alta confianza en el gobierno. Con la heterogeneidad de la población que está surgiendo ahora a causa del aumento de la inmigración y con el rápido cambio cultural, puede que esto cambie. De especial

interés son los desarrollos y tendencias durante las últimas décadas y las estrategias escogidas en respuesta a los desafíos actuales y futuros que provoca el envejecimiento de la población, de lo que me ocuparé en la siguiente sección.

6.4. TENDENCIAS Y ESTRATEGIAS RECIENTES

6.4.1 AUMENTO DE LAS NECESIDADES

La presión sobre el Estado de Bienestar se atribuye normalmente al envejecimiento de la población, en concreto al creciente número de personas muy mayores con necesidad de cuidados, pero otros factores son igualmente importantes. Por un lado, las demandas en aumento sobre el Estado de Bienestar tienen sus raíces también en cambios estructurales y normativos en la familia. El número creciente de mayores comparado con las generaciones más jóvenes representa un declive en la capacidad de la familia para cuidar. Lo mismo sucede con la reducción de hogares compartidos por los padres mayores y los adultos con niños y el correspondiente crecimiento de los hogares unipersonales entre los mayores. Además, la igualdad entre los géneros y los crecientes porcentajes de trabajadores entre las mujeres hace que la dedicación al cuidado familiar sea menos esperable y valorada. La gran mayoría en Escandinavia, tanto de los jóvenes como de los mayores, prefieren ahora los servicios públicos al cuidado familiar en el caso de que se convirtieran en personas dependientes en la vejez. Este es el caso de una (más moderada) mayoría también en países como Inglaterra y Alemania, pero de una minoría de los mayores en España. Las generaciones más jóvenes, sin embargo, están más en línea con las generaciones jóvenes de otros países, lo que implica que España puede estar en el proceso de convergencia con los valores familiares del norte (Daatland & Herlofson, 2003).

La presión sobre los recursos está también generada desde dentro del Estado de Bienestar, por los mayores costes por unidad debido a los mayores niveles salariales, las jornadas de trabajo más reducidas y los niveles de calidad más altos. Los desarrollos profesionales no están produciendo sólo mejores tratamientos, sino también un aumento de los costes. Las demandas sobre las pensiones, que constituyen la mayor parte del gasto público en las personas mayores, se ven presionadas también por el creciente desempleo y las jubilaciones más tempranas. En resumen, las demandas sobre los recursos del Estado de Bienestar están expandiéndose por varias razones, de las cuales, el envejecimiento de la población es sólo una de ellas, y quizá ni siquiera la más importante.

Estos factores están, sin embargo, afectando a todos los Estados de Bienestar modernos, pero en grados diferentes. Los países escandinavos atravesaron pronto la transición demográfica, y pueden esperar un envejecimiento de la población más moderado que países como España o Italia, en parte porque las tasas de fecundidad son mucho más bajas en estos dos últimos países. El desafío demográfico actual está principalmente producido por la baja fertilidad, no por el aumento de la esperanza de vida.

Las familias y estructuras de los hogares modernas también aparecieron pronto en Escandinavia, así como la participación femenina en la fuerza de trabajo. Los países escandinavos, por tanto, se han ajustado

tado ya a los cambios en la familia que la mayoría de los países de familia tradicional tendrán que acomodar en los próximos años. La tendencia a pasar de hogares compartidos entre generaciones a hogares separados parece ser global y universal (ONU, 2005).

Uno podría también asumir que los servicios ya establecidos, que son comparativamente más generosos en Escandinavia, necesitarían menos expansión que los programas menos desarrollados de otros países. Los servicios ya establecidos podrían, sin embargo, tener sus pros y sus contras, si están pobremente adaptados a los desafíos actuales y futuros, y si han generado expectativas que quizá sean difíciles de satisfacer cuando los recursos sean más escasos.

Todos los países modernos experimentarán demandas más altas sobre recursos limitados en los próximos años, pero tanto las causas como el tipo y magnitud de los problemas variarán. En general, los países escandinavos se enfrentaron a esos problemas pronto, y el futuro aumento de presión de las necesidades puede, en consecuencia, ser más moderado aquí que en otros muchos países. Las demandas, sin embargo, están formadas por las expectativas, que pueden ser estimuladas, más que satisfechas, por servicios generosos.

Cómo respondan los países a estos desafíos dependerá no sólo de la presión de las necesidades, sino también de las políticas ya establecidas ("*path dependency*") y de las formas de pensar (mapas cognitivos). De ahí que incluso si los desafíos fueran similares, los países tenderían a aproximarse a ellos de forma diferente y, por tanto, en un modo congruente con las tradiciones ya establecidas. Los nuevos problemas pueden, sin embargo, demandar nuevas respuestas, de ahí que las políticas pueden llegar a ser el equilibrio entre tradición e innovación. Lo mismo sucede en Escandinavia, donde las tendencias y estrategias más recientes pueden resumirse bajo los títulos de adaptaciones, "*targeting*"*, y ajustes.

La primera estrategia consiste en la adaptación de los servicios a las necesidades con el fin de crear una mejor combinación de servicios y un "continuum de cuidado" más adaptado a las diferentes necesidades y demandas. La segunda aproximación tiene que ver con el "*targeting*", la otra cara de la moneda, y que apunta a la necesidad de mejorar la adecuación de las necesidades a los servicios. La tercera estrategia es la más radical, y se refiere a la revisión de las responsabilidades y la reorganización de los sistemas de servicios: ¿cómo deberían repartirse las responsabilidades y organizarse la provisión de servicios?

6.4.2. ADAPTANDO UN MEJOR EQUILIBRIO DE SERVICIOS

156

Aunque el envejecimiento en el propio hogar ha sido la política oficial desde 1950, el cuidado institucional continuó absorbiendo la mayoría de los recursos al menos hasta finales de la década de los ochenta. Mientras que las necesidades variaban a lo largo del espectro, desde la dependencia total a alguna necesidad de ayuda práctica y apoyo, a cada beneficiario se le asignaban o unas cuantas horas a la semana de ayuda, o servicios 24 horas dentro de las instalaciones de las residencias asistidas, cla-

* La traducción literal de "target" sería fijar un objetivo o hacer algo dirigido a alguien. Se mantiene el término en inglés porque su uso se ha hecho convencional en las publicaciones sobre políticas sociales (N.T.).

ramente, una pobre adecuación entre la variación de necesidades de una parte, y la estandarización de los servicios de la otra. Un problema del modelo medicalizado, con la residencia asistida como forma más completa de servicio, es que la propia vejez tiende a ser conceptualizada como una enfermedad, y los beneficiarios definidos como pacientes (pasivos). Así, el régimen institucional tradicional tendería a producir dependencias aprendidas más que a estimular la auto-ayuda. El sesgo hacia el cuidado institucional era además caro, y hacía difícil invertir en servicios alternativos. Se transfirieron, en consecuencia, más recursos a los servicios domiciliarios y se desarrollaron instalaciones residenciales para llenar el hueco entre servicios y necesidades, y posiblemente retrasar o prevenir la institucionalización.

Suecia tenía a principios de 1970 un volumen de cuidado institucional muy por encima de lo que hoy es considerado razonable (alrededor del doble del volumen actual) en términos del número de camas en instituciones de cuidado por cada 100 personas de 80 o más años. Dinamarca y Noruega tenían volúmenes más modestos, pero también redujeron el volumen de cuidado institucional substancialmente durante las siguientes décadas, dando prioridad a las residencias y a los servicios de apoyo sobre las residencias asistidas (Daatland, 1999). Estas tendencias respondían también a las mejoras en salud de las nuevas cohortes de mayores comparadas con las anteriores, y a un cambio ideológico general. La desinstitucionalización se convirtió en una tendencia general, incluso internacional, por ejemplo en la reforma de la atención psiquiátrica. Las residencias asistidas que pervivieron fueron reservadas para aquellos beneficiarios con necesidades más importantes, en concreto para los mayores con demencia. Dinamarca y Suecia finalmente reemplazaron las "instituciones" por "pisos tutelados" en sus legislaciones. La frontera entre los dos tipos de sistemas es de hecho relativamente difusa. Las residencias asistidas modernas pueden tener estándares de alojamiento cercanos al de las residencias, mientras que las residencias pueden tener más o menos el mismo personal que las residencias asistidas.

Entre los factores que motivaron estos cambios podemos señalar la política de descentralización, a través de la cual los servicios fueron integrados al nivel del gobierno local (municipio), con paquetes de ayudas y regulación indirecta desde el Estado, y con fuertes incentivos para que los gobiernos locales eligiesen las soluciones más eficientes. Estas reformas fueron introducidas en Dinamarca en los años 70, en Noruega en los 80 y a principios de los 90 en Suecia. Un buen número de planes de acción estimularon estos desarrollos que, en conjunto, han producido un mejor ajuste entre necesidades y servicios. El último Plan de Acción noruego (1998-2003), por ejemplo, financió la construcción de casi 25.000 nuevas unidades residenciales, e hizo posible la modernización de las residencias asistidas existentes para proveer habitaciones individuales a todos los residentes.

Una política de desinstitucionalización puede llevarse demasiado lejos si no está suficientemente compensada por un aumento de personal. Las residencias asistidas de hoy necesitan mejor personal porque los residentes son más frágiles y el sector del cuidado comunitario debe expandirse para compensar la reducción de camas en instituciones. Si no, las familias pueden ser sobrecargadas, y los mayores dependientes aislados en sus casas. La existencia de tales tendencias se confirma ahora en Suecia (Johansson et al., 2003), que es el país que más radicalmente combinó una adaptación de los servicios con un "*targeting*" para una provisión de servicios más eficiente.

6.4.3. "TARGETING" PARA UNA DISTRIBUCIÓN DE SERVICIOS MÁS SELECTIVA

La otra cara de la moneda de ajustar los servicios a las necesidades es ajustar las necesidades a los servicios: ¿hacia quién deben dirigirse los recursos limitados?

El "*targeting*" se ha convertido en un concepto clave, y su aplicación más radical se ha dado en Suecia. El generoso acceso a los servicios, que solía ser un rasgo distintivo del cuidado de los mayores en Escandinavia, ha sido radicalmente reducido, por ejemplo, desde un 20% de ayuda a domicilio para los mayores de 65 años, a menos de un 10% hoy. A cambio, los niveles de servicios para los pocos beneficiarios que permanecen en dichos esquemas se han incrementado. Dinamarca y Noruega tienen hoy un acceso más amplio a los servicios, pero con un volumen menor para cada persona, aunque estos países están también en proceso de convertirse en más selectivos en su provisión de servicios.

La creciente selectividad en la asignación de servicios ha protegido a los más necesitados, y es parcialmente el resultado de los niveles de institucionalización más bajos, pero los servicios preventivos y de apoyo pueden entonces tener una prioridad de intervención demasiado baja como para proteger de la dependencia a largo plazo. A las necesidades normativas, en tanto que asesoradas por profesionales, se les da más peso que a las necesidades sentidas y a las preferencias, y se puede ejercer más responsabilidad sobre los mayores y sus familias. Si el "*targeting*" se hace demasiado estricto puede también ser disfuncional para el desarrollo de un *continuum* de cuidado integrado a causa de la tendencia a transferir clientes de un nivel de servicio a otro para encajar con las necesidades de los servicios. El "*targeting*" debe, en consecuencia, ser compensado por una mayor flexibilidad en la prestación de servicios.

Un último dilema en la presente búsqueda de una distribución de servicios más concentrada es que una creciente cantidad de recursos está siendo utilizada para el mismo proceso del "*targeting*". Como los recursos se han hecho más limitados, la necesidad de justificar el uso de recursos escasos ha crecido, y en este proceso, tiempo y personal son crecientemente utilizados para el asesoramiento, la coordinación, el control de calidad y la administración del sistema de servicios, en lugar de la prestación directa de servicios (Szebehely, 2005).

Así, el aumento del "*targeting*" ha producido tanto beneficios como pérdidas. Los emplazamientos prematuros en instituciones se han reducido y los recursos se han adaptado más estrechamente a las necesidades. Sin embargo, más recursos que podrían ser utilizados en la provisión directa de servicios se utilizan en el propio proceso de "*targeting*". La asignación más estricta puede también provocar más cargas para las familias, y puede haber producido nuevas desigualdades, porque las necesidades insatisfechas son ahora más a menudo dirigidas hacia el mercado.

Para algunos estas reformas constituyen un desafortunado ajuste de un sistema bien desarrollado que funcionaba bien, mientras que otros lo consideran un ajuste necesario del Estado de Bienestar a nuevas realidades.

6.4.4. AJUSTANDO LA DEFINICIÓN DE RESPONSABILIDADES

Se pueden observar dos tendencias en el intento de reorganizar y coordinar los servicios: un impulso hacia más cuidado privado, y una tendencia hacia la descentralización dentro del sector público.

El sector público ha tenido un rol más directo y dominante en los países escandinavos que en otros estados de bienestar occidentales. Las agencias públicas no sólo financian, regulan y controlan los servicios, sino que también son los principales proveedores de servicios. Las familias y las organizaciones voluntarias están contribuyendo, como también hacen las empresas privadas, pero no en el mismo grado que en otros regímenes de bienestar, es más, los dispositivos de provisión privada con ánimo de lucro han sido desincentivados hasta los últimos años.

En las últimas décadas es posible apreciar una tendencia hacia un sistema más pluralista. La crítica de la administración pública ha tomado a menudo dos líneas: una crítica de la burocracia e ineficiencia pública, y una crítica de los riesgos morales de las intervenciones estatales, que, se dice, desincentivan la responsabilidad cívica y personal. Un sistema más pluralista debería, en consecuencia, no sólo ser más eficiente, sino también tener ventajas sociales y morales. Los dispositivos públicos son también criticados por el paternalismo profesional, mientras que los privados, en concreto el mercado, se supone que son más receptivos a las elecciones y preferencias individuales.

La crítica del sistema de cuidado público, sin embargo, es a menudo burda e ideológica. Pocos estudios, si acaso alguno, han sido capaces de demostrar empíricamente las ventajas e inconvenientes relativos reales de las diferentes combinaciones de provisión pública y privada. La discusión es, además, confusa y usa una terminología difusa. "Público" es a menudo utilizado para referirse al Estado-Nación, cuando los servicios públicos son de hecho provistos por los gobiernos locales, que pueden ser relativamente pequeños e informales. El sector "privado", por otra parte, incluye una gran variedad de actores, tanto en tipo, como en tamaño y organización, desde la familia cercana hasta las grandes corporaciones y organizaciones. De ahí que la provisión de servicios privada no sea necesariamente menos burocrática que la pública, ni más receptiva a las necesidades y preferencias cambiantes de los usuarios.

A pesar de ello, un movimiento hacia más provisión privada de servicios es perceptible en el caso escandinavo en una creciente tendencia a introducir competición entre proveedores de servicios, y a contratar la provisión de servicios de compañías privadas y organizaciones. La tendencia comenzó en Suecia, probablemente en respuesta a la crisis económica en este país en la década de los noventa que motivó una política de recorte del gasto público. Los motivos ideológicos pueden haber jugado también un papel, al ser introducidos estos cambios por el gobierno conservador en aquel momento, pero fue, por así decirlo, desvestido de ideología y continuado cuando el gobierno socialdemócrata asumió el poder. Dinamarca recientemente ha introducido una política de "libre elección", donde los municipios están obligados a ofrecer al "cliente", ahora a menudo presentado como un "consumidor", una elección entre proveedores de servicios. Esta política se ha introducido también en Noruega y Suecia, pero actualmente en las ciudades grandes fundamentalmente.

Los servicios públicos, sin embargo, son todavía dominantes en los tres países. Más que haber exportado la provisión de servicios al mercado privado, estas reformas han importado mecanismos e ideolo-

gías de mercado al sector público. Otras estrategias hacia un perfil de más cuidado privado son los apoyos a los cuidadores familiares, tanto en términos de pagos por cuidados (dinero), como de servicios complementarios, tales como esquemas de apoyo para los familiares y centros de día. El cuidado familiar es menos dominante en el modelo escandinavo que en el liberal y el conservador donde la provisión de servicios está menos desarrollada. La solidaridad familiar es, de todos modos, todavía considerable, pero tiende a tomar formas adaptadas a la vida moderna y a una población más envejecida. Los hijos adultos, por ejemplo, son activos en la organización y control de los servicios profesionales para sus padres mayores (Daatland & Lowenstein, 2005; Motel-Klingebiel et al., 2005). Hay buenas razones para apoyar el cuidado familiar, dado que el cuidado de los mayores será siempre alguna forma de asociación entre las familias y los estados de bienestar, pero el riesgo actual es que el fuerte "targeting" de servicios descargue más responsabilidades en las familias de las que éstas pueden aguantar, y desde luego mucho más de lo que los mayores mismos prefieren.

Las principales estrategias hacia un sistema de cuidado más coordinado en Escandinavia todavía se encuentran dentro del sector público. La responsabilidad de la provisión de servicios se ha descentralizado e integrado en el nivel local. A los gobiernos locales (municipios) se les ha dado más poder en las decisiones prioritarias dentro de estándares bastante generales controlados por la administración central del Estado que ha asumido así un papel más indirecto, al tiempo que los municipios han sido animados a desarrollar un sistema de provisión de servicios más eficiente. Al hacerlo así, como se describía en secciones anteriores, el perfil de los servicios es hoy bastante diferente al de hace algunas décadas. En lo que se refiere a la vida interna de los sistemas de servicios, los municipios más grandes están ahora importando prácticas e ideologías del mercado, y puede, por tanto, que contribuyan a cambiar el Estado de Bienestar en una dirección consumista desde dentro (Vabø, 2006). En conclusión, los estados de bienestar escandinavos han cambiado sus sistemas de provisión de servicios considerablemente durante las últimas décadas. La adaptación de los servicios ha producido una adecuación más estrecha entre servicios y necesidades, mientras que el "targeting" ha reducido el acceso a los servicios, pero provisto con más ayuda a los que han continuado cubiertos por dichos sistemas. Los volúmenes de servicios y gasto se han mantenido más o menos altos, pero los perfiles han cambiado, hacia un Estado de Bienestar más reducido, con más responsabilidades privadas y familiares para los menos dependientes.

6.5. ¿HACIA UNA CONVERGENCIA EN UN ESPACIO INTERMEDIO?

La pregunta acerca de cuál es la atribución de responsabilidades más razonable y productiva en el ámbito de la atención a la dependencia ha sido tema de disputa durante décadas y probablemente lo seguirá siendo. Los diferentes estados de bienestar han desarrollado diferentes equilibrios, y tienden a tener apoyo para esos equilibrios entre sus poblaciones. ¿Podemos esperar ahora una convergencia entre modelos en respuesta a desafíos similares de envejecimiento de la población?

Algunas convergencias entre estados de bienestar pueden ser observadas en el gasto total en las últimas décadas. Las diferencias en gasto social (como porcentaje del PIB) son ahora más moderadas entre

muchos de los países de la OCDE, pero mientras los niveles están haciéndose más similares, las diferencias prevalecen en los perfiles. Los países escandinavos, por ejemplo, le dan una gran prioridad a los servicios, mientras que países como Francia y Alemania tienen niveles (más) bajos en servicios y (más) altos en las transferencias monetarias. El Reino Unido y los Países Bajos están en posiciones intermedias, mientras que los estados de bienestar mediterráneos han concentrado hasta ahora sus modestas inversiones en transferencias de rentas (Esping-Andersen, 1999), aunque un país como España está en el proceso de expandir sus servicios más hacia el nivel nórdico.

Los estados de bienestar también difieren considerablemente en la prioridad dada a las prestaciones sociales para los mayores, de un lado, y para los niños, de otro. Países como Italia, Austria, Francia y Alemania están más orientados a dar prestaciones a los mayores que el Reino Unido, los Países Bajos y Escandinavia, que tienen políticas sociales más amplias (Anttonen & Sipilä, 1996). Países como Italia y Austria están, por otra parte, fuertemente sesgados hacia las pensiones de jubilación, y podrían llamarse "estados de pensionistas", más que "estados del bienestar", de acuerdo con Esping-Andersen (1997). Lo mismo vale para Japón y Estados Unidos si miramos fuera de Europa.

Esta diversidad no puede ser atribuida a diferencias en las necesidades y recursos solamente. Son también resultado de tradiciones culturales y prioridades políticas. El nivel del Estado de Bienestar puede ser visto en los gastos, pero el carácter surge a través de sus perfiles. La "*path dependency*" de los dispositivos ya establecidos y de las formas de pensar ha inducido a los países a responder de forma diferente, incluso cuando los problemas son similares.

Mientras la teoría funcionalista tiene dificultades para explicar las respuestas divergentes a problemas similares, las teorías institucionales, tales como la teoría de la "*path dependency*" tiene dificultades para explicar los cambios. Las reformas están, de cualquier modo, guiadas por algo más que la "*path dependency*". La innovación puede tener lugar cuando los incentivos para el cambio son fuertes (Hemerijk, 2002). Los cambios observados en Escandinavia señalan en la dirección de un sistema más pluralista, y un papel más indirecto del Estado, como el que encontramos en los estados de bienestar continentales, mientras que el "*targeting*" más estricto puede verse como una convergencia, si bien leve, hacia un papel más residual del Estado en línea con el modelo anglosajón. La introducción de seguros obligatorios de cuidados de larga duración en países como Alemania, Austria y Luxemburgo (y en Japón para mirar fuera de Europa), puede, de otro lado, ser visto como una expansión de la responsabilidad del Estado y, por tanto, como un movimiento hacia el perfil escandinavo. Sucede lo mismo con el desarrollo de servicios de cuidados de larga duración en un país tradicionalmente caracterizado por los bajos niveles de servicios como España. Lo cual, por cierto, puede considerarse como un reconocimiento político de que el cuidado de los mayores no puede dejarse por más tiempo a la familia solamente.

Puede que hayamos exagerado la resistencia institucional "*path dependency*" y subestimado el poder de presión de las necesidades y ajustes funcionales. Cuando los modelos de Estado de Bienestar se han desarrollado de manera tan diferente, puede que respondieran a problemas y necesidades bastante distintas. El temprano desarrollo de servicios para los mayores en Escandinavia, por ejemplo, ha sido producto de la temprana transición demográfica en estos países. La presión demográfica del envejecimiento de la población está aumentando ahora en los países continentales y Mediterráneos, y no

puede seguir solucionándose únicamente con el cuidado proporcionado por la familia. Esto es aún más cierto cuando estos países están siendo afectados también por rápidos cambios sociales e ideológicos que, antes y más suavemente, afectaron también a los países del Norte. La familia se ha modernizado, las generaciones viven separadas, las mujeres demandan derechos iguales a la educación y el trabajo. Estos desarrollos aparecieron antes en el Norte, pero ahora continúan en la mayoría de los países del Sur y llaman a una revisión de las políticas sociales. Las diferencias culturales no van a desaparecer, pero estos desarrollos puede que hagan las diferencias más moderadas y, por así decirlo, en una dirección escandinava en lo que se refiere al cuidado de los mayores, incluyendo inversiones en servicios que ofrecerán tanto a hombres como mujeres la posibilidad de combinar trabajo y vida familiar. Si no, la tasa de fecundidad probablemente continuará siendo baja y crecerá la distancia entre las demandas y los recursos en este sector.

Las diferencias de perfil probablemente prevalecerán, pero hay razones para esperar más convergencia entre los países europeos como resultado de una confluencia de necesidades, una convergencia de recursos y, posiblemente también una convergencia de valores y prioridades. Estas tendencias difícilmente nos llevarán hacia una "carrera a la baja" o a soluciones de Estado de Bienestar mínimo (Kvist, 2004), sino más seguramente a una convergencia "en un espacio intermedio".

Un modelo tradicional familiarista difícilmente puede ser sostenible en un contexto futuro de envejecimiento de la población e igualdad entre sexos. Un modelo familiarista tampoco sería congruente con lo que los mismos mayores, presentes y futuros, prefieren. Las poblaciones están apoyando más responsabilidad del Estado de Bienestar, no menos, aunque pueden diferir en sus opiniones sobre cómo deben ser diseñadas estas políticas. La solución escandinava fue construida sobre una población homogénea y con confianza en el gobierno. Poblaciones más heterogéneas, derivadas de la diversidad étnica y social, puede que no sean capaces de construir la idea de que "a tu vecino como a ti mismo", y puede que Escandinavia se mueva hacia dispositivos más selectivos y basados en seguros, como aquellos que encontramos en los modelos más pluralistas en el continente. El tiempo lo dirá.

6.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Alber, J. (1996): "The debate about long-term care reform in Germany", in: *Caring for frail elderly people. Policies in evolution*. Paris, OECD, Social policy studies, n.º 19.

Anttonen, A. & Sipilä, J. (1996): "European social care services: Is it possible to identify models", *Journal of European Social Policy*, 6, 2, pp. 87-100.

Bradshaw, J. (1977): "The concept of social need", in M. Fitzgerald (ed.), *Welfare in action*, London, Routledge & Kegan Paul, pp. 33-36.

Daatland, S.O. (1990): "What are families for? On family solidarity and preference for help", *Ageing and Society*, 10, 1-15.

– (1999): "Similarities and contrasts in Scandinavian care policies", in G. Naeyegele & R.M. Schütz (eds.), *Soziale Gerontologie und Sozialpolitik für ältere Menschen*, Wiesbaden, Westdeutscher Verlag, pp. 408-424.

– (2001), "Ageing, families and welfare systems: Comparative perspectives", *Zeitschrift für Gerontologie und Geriatrie*, 34, pp. 16-20.

Daatland, S.O. & Herlofson, K. (2003): "Lost solidarity or changed solidarity: a comparative European view of normative family solidarity", *Ageing and Society*, 23, 5, pp. 537-560.

Daatland, S.O. & Lowenstein, A. (2005): "Intergenerational solidarity and the family welfare state balance", *European Journal of Ageing*, 2, pp. 174-182.

Esping-Andersen, G. (1997): "Welfare states at the end of the century. The impact of labour market, family and demographic change", in Family, market and community. Equity and efficiency in social policy, Paris, OECD, *Social Policy Studies*, n.º 21, pp. 63-80.

– (1999): *"Social foundations of post-industrial economies"*, Oxford, Oxford University Press.

Hemmerijk, A. (2002): "The self-transformation of the European Social Model(s)", in G. Esping-Andersen et al. (eds.): *"Why we need a new welfare state"*, Oxford, Oxford University Press.

Johansson, L.; Sundström, G. & Hassing, L. (2003): "State provision down, off-springs up: the reverse substitution of old-age care in Sweden", *Ageing and Society*, 23, 2, pp. 269-280.

Kvist, J. (2004): "Does EU enlargement start a race to the bottom? Strategic interaction among EU member states in social policy", *Journal of European Social Policy*, 14, 3, pp. 301-318.

Millar, J. & Warman, A. (1996): *"Family obligations in Europe"*, London: Family Policy Studies Centre.

Motel-Klingebiel, A.; Tesch-Römer, C. & von Kondratowitz, H.-J. (2005): "Welfare states do not crowd out the family: Evidence for a mixed responsibility from comparative analyses", *Ageing and Society*, 25, pp. 863-882.

OECD (2005): *"Long-term care for older people"*, Paris, OECD.

Pacolet, J.; Bouten, R.; Lanoye, H. & Versieck, K. (2000): *"Social protection for dependency in old age. A study of the fifteen EU member states and Norway"*, Aldershot, Ashgate.

Rostgaard, T. & Fridberg, T. (1998): *"Caring for children and older people. A comparison of European policies and practices"*, Copenhagen, The Danish National Institute of Social Research, report 98:20.

Szebehely, M. (ed.) (2005): *"Äldreomsorgsforskning i Norden. En kunskapsöversikt"*, København, Nordisk Ministerråd, TemaNord 2005:508.

Timonen, V.; Convery, J. & Cahill, S. (2006): "Care revolutions in the making? A comparison of cash-for-care programmes in four European countries", *Ageing and Society*, 26, pp. 455-474.

UN (2005): *"Living arrangements of older persons around the world"*, New York, UN Department of Economic and Social Affairs, Population Division.

Vabø, M. (2006): "Caring for people or caring for proxy consumers?", *European Societies*, 8, 3, pp. 403-422.

Capítulo 7: Seguros sociales de cuidados de larga duración en Alemania*

Bernd Schulte

Max-Planck Institute for Foreign and International Social Law

7.1. INTRODUCCIÓN

La sanidad y el sistema de Seguridad Social son componentes fundamentales en los sistemas de protección social. Estos servicios de atención social y médica son esenciales para la protección de la vida, de los derechos humanos y de la dignidad de los ciudadanos. El sector de la atención médica y de los cuidados sociales empleaba en 2001 a un 9,7% de los trabajadores de la Unión Europea (CE, 2003), situándose como uno de los mayores mercados de empleo en la Unión. Sin esta cobertura sanitaria y social, muchas familias se verían obligadas a contratar servicios de atención médica y social privados, con el riesgo de caer en situaciones de pobreza. Los países miembros de la UE se enfrentan a una serie de retos para garantizar el acceso de todos los ciudadanos a servicios médicos y de cuidados de calidad, y que sus sistemas de protección social sean sostenibles económicamente. En este sentido el envejecimiento de la población constituye un reto fundamental ya que la población europea es cada día más longeva.

Asimismo, el fenómeno del envejecimiento de la población da lugar a nuevos patrones de mortandad. Así, la incidencia de enfermedades crónicas y degenerativas ha experimentado un gran aumento. La población afectada demandará en el futuro una mayor y mejor atención médica y también un incremento de los servicios de rehabilitación y cuidados primarios. El sistema sanitario se verá por lo tanto obligado a amoldarse a nuevos esquemas de enfermedades que afectan a los más mayores, y consecuentemente tendrá que mejorar los sistemas que facilitan la atención a personas dependientes de larga duración.

El coste de los servicios médicos será mayor cuanto más ricos, más educados y mayor acceso a información tengan los individuos. Esto hará que los individuos exijan cada vez más a los profesionales de atención médica y de cuidados sociales. Por lo tanto, la mayor exigencia de los consumidores es un factor más en el aumento del coste de los servicios de atención médica. Parece por tanto evidente que el aumento de la demanda de servicios de cuidado de larga duración crecerá debido a una combinación de factores sociales y económicos.

Históricamente en todos los países europeos las políticas sociales orientadas a los ancianos se han centrado en asegurar un determinado nivel de renta a estos ciudadanos, así como en proporcionar la atención médica que precisan estas personas. Todos los países miembros de la UE ofrecen atención médica universal, o casi, a sus ciudadanos. Los sistemas de financiación de la atención médica y la forma en la que los ciudadanos acceden o tienen derecho a la atención médica en los estados de la UE se organizan básicamente de dos maneras. En un primer grupo la financiación viene de los impuestos y las personas acceden a los servicios por su ciudadanía o a través del sistema de empadronamiento. En un segundo modelo, la financiación viene de las contribuciones a la Seguridad Social a través de las contribuciones sociales descontadas de las nóminas de los trabajadores y aportadas por los empleadores. En este último grupo son los trabajadores y sus familias quienes acceden a la atención sanitaria. En la práctica, las diferencias de estos dos modelos son cada vez más insignificantes ya que los sistemas de cobertura sanitaria de cotización por empleo se han ido convirtiendo gradualmente en sistemas de cobertura sanitaria por contribuciones tributarias.

* Traducción por Gloria Fortín Menor.

En las próximas décadas se prevé que el número de ancianos aumente de manera acusada y que el número de trabajadores descienda drásticamente. La incorporación de las mujeres al mercado de trabajo, la mayor movilidad geográfica de las personas, los cambios estructurales en la familia como institución social y una menor cantidad de personas en el mercado laboral harán que los cuidados que tradicionalmente proporcionaba la familia en el ámbito doméstico disminuyan drásticamente.

En lo que se refiere a los sistemas de cuidados de larga duración es evidente que el crecimiento de la población de edad más avanzada hará que en las próximas décadas sean cada vez más las personas que demanden este tipo de cuidados. Esto se debe a que las personas mayores requieren mayor atención médica, de cuidados y de servicios sociales que las personas más jóvenes que sufren menos enfermedades graves. El análisis del gasto público en atención médica muestra que el gasto es mucho mayor en personas mayores que en los grupos de población más jóvenes. Este desarrollo también hará que los patrones de atención se tengan que amoldar a las nuevas necesidades médicas de los pacientes más mayores (otras enfermedades, mayor incidencia de enfermedades crónicas, demencia, etc.). Además, los sistemas sanitarios tendrán que poner más énfasis en estrategias de prevención, así como en fomentar una vida activa, saludable e independiente en las personas mayores.

Los cuidados de larga duración se definen por la asistencia a personas que no pueden llevar una vida autónoma y, por lo tanto, dependen de la ayuda de una tercera persona en su vida diaria. Sus necesidades van desde ayuda para la movilidad, hacer la compra, preparar la comida, o realizar las tareas del hogar y alimentarse¹. Según la OCDE las personas necesitan cuidados de larga duración cuando necesitan de asistencia durante un periodo largo de tiempo, lo que limita su habilidad para llevar a cabo las tareas de cuidado personal recogidas en el manual "Las Actividades de la Vida Cotidiana" que recogen las actividades mínimas para una vida independiente (OECD, 2004). El riesgo de que la dependencia de los sistemas de cuidado, de servicios sociales y de atención a las personas aumente siempre ha existido como un fenómeno social a tomar en consideración. Esta dependencia surge por razones médicas o debido a un accidente, una enfermedad laboral o simplemente, debido a la edad.

Los sistemas de atención de larga duración dependen en gran medida de los presupuestos de los Estados. Por lo tanto una tarea de los estados miembros de la UE será la de adaptar los muy diversos sistemas que se dan en cada país, para así ser capaces de atajar los retos comunes que se han identificado más arriba. Tradicionalmente, la atención de dependientes de larga duración ha constituido un área relativamente marginal de las políticas sociales. En muchas ocasiones esta atención ha sido proporcionada por las autoridades en condiciones de excepcionalidad, o proveídas por instituciones caritativas (seculares o religiosas), o por voluntarios. Este tipo de atención ha sido tradicionalmente identificada con el altruismo por parte de las instituciones públicas o privadas. Los beneficiarios de este tipo de asistencia han sido usualmente personas con necesidades de atención especiales, o personas con familias incapaces de proporcionar estos servicios a los parientes dependientes. Normalmente, los servicios que

1) Consultar el documento del Consejo de Europa. V Conferencia de los Ministros Europeos de Asuntos Sociales del Consejo de Europa, Lisboa, 29-31 de Mayo 1995, Estrasburgo 1995. (Council of Europe, Vth Conference of the European Social Security Ministers of the Council of Europe).

acabamos de mencionar han sido considerados como una expresión de la voluntad altruista, tanto de las instituciones privadas, como de las públicas. Estas iniciativas han dado respuesta a las familias que no tenían la posibilidad de proporcionar la atención y la asistencia que los parientes precisaban. Además, en algunos países europeos este modelo de asistencia social extendía la responsabilidad financiera de los cuidados especiales para las personas afectadas, pero también para los miembros de la familia dependiente en forma de salario o ventajas fiscales, como en Bélgica, Francia, Luxemburgo o Alemania. Los cuidados de larga duración se han empezado a reconocer recientemente como un servicio elemental que debe proporcionar el sistema de protección social.

En Alemania el Código Civil (*Bürgerliches Gesetzbuch*) estipula la obligatoriedad del mantenimiento mutuo familiar. El cumplimiento de este mantenimiento familiar puede ser obligado por las autoridades. Es por ello que la financiación de los cuidados de larga duración ha tenido un fuerte componente privado en buen número de países europeos. En cambio, los servicios de salud y los beneficios económicos para personas mayores han sido financiados y suministrados por las políticas sociales públicas.

7.2. LA SITUACIÓN DEMOGRÁFICA, ECONÓMICA Y SOCIAL EN ALEMANIA

Hoy en día Alemania cuenta con una población total de 81 millones de habitantes, de los que casi dos millones necesitan algún tipo de cuidado de larga duración. De entre ellos, un tercio vive en residencias asistidas con atención médica. El resto recibe asistencia en su domicilio por parte de familiares, personal sanitario profesional, o voluntarios.

Un cambio social de doble naturaleza ha dado lugar a esta situación. Por un lado la población anciana está creciendo de forma constante. En 1960 la población de más de 75 años representaba un 3,5% de la población de Alemania Occidental, en 1990 el número se había incrementado hasta el 7%. Se estima que en 2020 un 10% de la población de Alemania tendrá más de 75 años, y un 3% tendrá más de 85 años. Este desarrollo hace que el riesgo de convertirse en una persona dependiente las 24 horas del día aumente considerablemente. Hoy en día el porcentaje de ancianos que reciben atención en sus hogares es del 3% en edades comprendidas entre los 70 y los 74 años, del 11% en edades del 75 a 79 años, del 11% en edades comprendidas de 80 a 84 años y de más del 25% en personas de más de 85 años. Si tenemos en cuenta que más del 15% de personas de más de 85 años están institucionalizadas extraemos la conclusión de que el riesgo de convertirse en dependiente a partir de los 85 años es de un 50%.

En el pasado, la familia ha sido por norma la que se ha encargado de cuidar de los miembros de la familia dependientes, en particular las mujeres dentro del ámbito doméstico, fenómeno conocido como el de la "hija enfermera". Sin embargo, el bajo índice de natalidad y la incorporación masiva de las mujeres al mercado de trabajo ha reducido drásticamente la capacidad de cuidar de estas mujeres en el seno de la familia. En la llamada generación de las "hijas enfermeras" es decir, mujeres que hoy tienen entre 45 y 59 años, había 5.000 cuidadoras potenciales para los individuos dependientes de más de 75 años. En 1990 este número se redujo a 2.200. Las previsiones de población para la próxima década reducen aún más la capacidad de las familias para proporcionar cuidados a los parientes dependientes. De esta manera, exis-

te una creciente necesidad de servicios sociales que sustituyan los tradicionalmente proporcionados por la estructura familiar. Desde mediados de 1990 estas alternativas han tenido un lento desarrollo en Alemania. En parte, los cuidados en el ámbito doméstico por parte de familiares han sido priorizados, y de alguna forma institucionalizados legalmente por el sistema alemán de Seguridad Social.

El campo de los servicios sociales ha estado tradicionalmente gobernado por el amparo constitucional al principio de subsidiariedad, recogido en el sistema alemán de Seguridad Social. Esto implica que tanto el gobierno federal como otros niveles de la administración (regiones, municipios o instituciones de asistencia social) deben asumir la responsabilidad del bienestar de los individuos tan sólo cuando la familia es incapaz de prestar los servicios que se requieren. Así, el papel del Estado en esta materia ha estado más que limitado en todos los campos que afectan a la vida familiar. Hoy en día las políticas sociales que conciernen los cuidados de larga duración siguen reflejando el mencionado principio de subsidiariedad además de la convicción en el principio de la solidaridad familiar. La preferencia por los cuidados a domicilio sobre los cuidados en instituciones es uno de los principios básicos que definen el seguro de larga duración (ver más abajo) que tiene su origen en estas asunciones básicas antes referidas.

Los retos más importantes que el sistema de protección social ha de asumir debido al crecimiento de la dependencia y a otros factores como los demográficos, sociales y económicos son:

- Envejecimiento de la población debido a la baja natalidad y una alta esperanza de vida.
- Reducción en la creación de empleos remunerados debido a la sustitución del trabajo por capital y tecnología.
- Incremento de la participación femenina en el ámbito laboral.
- Reducción del tamaño de la familia y aumento de las familias monoparentales.
- Reducción de la capacidad de las familias para aportar asistencia y ayuda, algo que todavía hoy constituye la base de la protección social informal a las personas dependientes, debido a la incorporación de la mujer al mercado de trabajo lo que les impide quedarse en casa cuidando a familiares.
- Incremento de los costes de salud y de atención social. Este incremento es más alto que el incremento de los salarios.
- Globalización, "Europeización" como retos externos (Kaufmann, 1997).

Hasta mediados de la década de los 90 el sistema de sanidad cubría el coste de los profesionales necesarios para atender a las personas dependientes en sus domicilios hasta un máximo de 4 semanas al año, o un total de 900 €. Al comienzo de 1991 el seguro por enfermedad también cubría los gastos de los servicios en instituciones de cuidado y atención domiciliaria hasta un máximo de 25 visitas al mes o un total de 375 €.

El sistema de salud elemental se basa en una distinción fundamental entre atención sanitaria (cubierta por este sistema) y atención no-médica u otros servicios sociales que no están cubiertos. Cuando este sistema de salud fue modificado, al tiempo que se incorporaron beneficios sociales, la cobertura se limitó a la atención domiciliaria dejando fuera del seguro los cuidados en residencias. La introducción del seguro de cuidados sociales de larga duración (*Soziale Pflegeversicherung*) a mediados de la década de los

noventa vino motivado por las preocupaciones de las personas dependientes de larga duración, pero también fue visto como un intento de aliviar los problemas financieros de las autoridades locales que tenían que hacerse cargo de las facturas de gasto social dentro del marco asistencial administrado y financiado por las comunidades (por ejemplo *Städte y Gemeinden*). La lógica de creación de este seguro era la asunción de que una proporción pequeña de personas con dependencia son asistidas y que por tanto necesitarán asistencia financiera y social, además de los beneficios que ya provee la Seguridad Social.

De hecho el nuevo seguro de cuidados sociales de larga duración tenía como objetivo responder ante este nuevo reto económico. Hasta 1995 no había existido un régimen general de protección que cubriera las necesidades de las personas dependientes de larga duración. Tan sólo existían beneficios derivados del marco básico y obligatorio de Seguridad Social por accidente en el trabajo o enfermedad laboral, así como la compensación a las víctimas de guerra o para los funcionarios del Estado. Como todo el mundo corre el riesgo de precisar de atención médica por un periodo largo de tiempo, sobre todo durante la vejez y después de la jubilación, la ausencia de protección social en esta etapa de la vida se consideró inaceptable.

La Seguridad Social alemana estableció así una quinta rama en sus prestaciones para dar cobertura a las personas que necesitan atención de larga duración con las mismas bases financieras. Por motivos administrativos éstas se han constituido dentro del marco administrativo e institucional del sistema básico y obligatorio de cobertura sanitaria.

Esta decisión hace que ni los individuos ni las familias de las personas dependientes tengan que pagar los costes de los cuidados de larga duración, estando cubiertos por fondos del seguro para cuidados de larga duración financiado por la Seguridad Social hasta una cantidad máxima (de hecho las personas con necesidades extremas de cuidados no están totalmente cubiertas por dicho seguro).

7.3. MARCO POLÍTICO Y LEGAL

7.3.1. EL SISTEMA DE PROTECCIÓN SOCIAL

El concepto de economía social de mercado (*soziale Marktwirtschaft*) en el que se basa el sistema alemán de "Estado social" (*Sozialstaat*) define al sistema de bienestar alemán, y se diferencia de otros sistemas por la vocación social del Estado (*soziales Staatsziel*) que aparece recogida en la propia Constitución. Este marco legal combina por un lado elementos de economía de mercado con una fuerte regulación del mercado de trabajo y con un sistema de protección social comprensivo. Este último se basa sobre todo en el principio de cobertura social que intenta mantener la calidad de vida de la persona protegida por el seguro en caso de adversidad o riesgo de pérdida de rentas como enfermedad, maternidad, invalidez, accidente laboral, enfermedad laboral, desempleo o jubilación. Por otro lado, garantiza un mínimo para la subsistencia a personas sin trabajo, personas ancianas o que no pueden trabajar, al tiempo que proporciona asistencia a las familias. Este modelo social y económico se construyó en el marco de un fuerte consenso entre los partidos políticos y los actores sociales particularmente patronal y sindicatos.

El sistema alemán de Seguridad Social está integrado por una serie de complejas estructuras independientes y por una serie de políticas y de esquemas de acción que se basan en el llamado principio de "pago por servicio". Este principio no depende directamente de la administración del Estado sino que está en las manos de organismos de derecho público plenamente independientes. El aseguramiento obligatorio, la estructura legal y la regulación pública del aseguramiento distingue claramente a los seguros sociales de las formas privadas de aseguramiento.

La organización del sistema de la Seguridad Social alemana se divide en 5 ramas diferentes y plenamente independientes: enfermedad y maternidad, atención social, vejez e invalidez, accidentes y enfermedades laborales y desempleo. Esta división tiene por objeto definir claramente las responsabilidades y competencias de cada una de esas ramas, garantizar que las estructuras del sistema de protección sean claras, y que aquellas personas que constituyan un mayor riesgo para el sistema de aseguramiento contribuyan más a la financiación del mismo. Esta subdivisión significa también que diferentes proveedores de servicios co-existen dentro del sistema de Seguridad Social. En el caso de pensiones por invalidez, vejez y supervivencia (*Rentenversicherung*) se aplica el llamado 'principio de los 3 pilares' por el que quedan incluidos 3 tipos de prestaciones: ocupacionales, privadas y obligatorias. Éste último esquema era el encargado tradicionalmente de administrar los seguros de pensión obligatorios y hacerse cargo de las pensiones para las personas mayores. Los seguros obligatorios por accidente (*gesetzliche Unfallversicherung*) proporcionan cuidados en el ámbito doméstico, en instituciones, o como alternativa beneficios de atención a las personas, en función de la gravedad de su enfermedad, en el caso de que ésta haya sido causada por un accidente o enfermedad laboral. Las leyes de servicio público (*Öffentliches Dienstrecht*) proporcionan cobertura a los funcionarios, jueces y militares si precisaran cuidados de larga duración. En el caso de prestarse servicios de atención en el hogar, un porcentaje de los costes por atención médica serán pagados por la administración siempre dependiendo de la situación civil y la antigüedad en el puesto del paciente. Como alternativa se proporcionarán beneficios. En el caso de que sean instituciones médicas las que proporcionen los cuidados necesarios al paciente, los costes médicos, de alojamiento y de alimentación serán asumidos por la administración en proporción variable.

Si la necesidad de cuidados de larga duración se deriva de situaciones en las que se puede considerar que la sociedad tiene una particular responsabilidad (*soziale Entschädigung*), como por ejemplo víctimas de guerras, servicio militar, prestación social sustitutoria, o víctimas de vacunaciones obligatorias, y siempre dependiendo de la gravedad del caso, se garantizará un complemento. En caso de que los cuidados sean recibidos en casa, se pagan los costes de atención de la enfermera o asistente personal. En el caso de recibir cuidados en instituciones, se financian los costes de alojamiento y alimentación al tiempo que la pensión que se paga a la persona afectada será reducida.

Algunas regiones (*Länder*) proporcionan beneficios fiscales a las personas dependientes, a los ciegos, y a las personas con discapacidades severas (*Pflegegeldgesetze*).

Si la necesidad de cuidados a personas dependientes produjera situaciones de dificultad económica, la asistencia social (*Sozialhilfe*) proporciona subsidios económicos condicionados a la comprobación de recursos de que dispone el afectado y destinados a la cobertura de los costes en el caso de dependencia de larga duración. En el caso de necesitar asistencia en el hogar, el Estado se encargará de pagar

los costes de estos servicios. En el caso de que la condición del paciente alcance una severidad extrema, el Estado tendrá que proporcionar el pago de prestaciones de enfermería y cuidados. Estos beneficios económicos tendrán que ser solicitados cuando los beneficios para la atención de personas dependientes introducidos recientemente (ver más abajo) no sean suficientes.

Hasta 1995 no existía una cobertura comprensiva para las personas que estuvieran en riesgo de dependencia. Las estructuras sociales de cobertura sanitaria y social mencionadas más arriba sólo daban servicio a sectores considerablemente reducidos de la población. El seguro social obligatorio para personas enfermas que se lleva administrando desde el 1 de Abril de 1995 cuenta sólo con beneficios limitados en los casos de dependencia más severos y sólo si la persona afectada vive en casa (ver el punto 2 más arriba). De esta forma, se comprende la necesidad de reformar el sistema alemán de seguridad y protección social para casos de dependencia de larga duración. Se estima que aproximadamente 1.650.000 personas, es decir, un 2% de la población alemana se encuentra en esta situación. Se ha asumido que para el año 2010 el número de personas de más de 60 años se incrementará en unos 2,8 millones de personas más. Esto quiere decir que el incremento de personas dependientes será de unos 250.000 en los próximos 20 años.

En el debate público se han propuesto diversas soluciones para el problema de la dependencia de largo plazo:

- Subvención pública de instituciones y servicios para personas dependientes.
- Mejora del sistema de asistencia social en el que se garantice la asistencia específica y los medios adecuados para las personas que necesitan atención médica constante.
- Seguro de asistencia privado para personas dependientes (con la posibilidad de que sea obligatorio); seguro obligatorio para personas dependientes de largo plazo (ya sea como una nueva rama del sistema alemán de Seguridad Social, o como parte del ya existente sistema de salud, invalidez o de prestaciones para las personas ancianas).

El nuevo seguro social y médico para personas dependientes está especialmente vinculado al esquema de cobertura sanitaria básica obligatoria.

7.3.2. COBERTURA SANITARIA BÁSICA OBLIGATORIA

La cobertura sanitaria básica obligatoria (*gesetzliche Krankenversicherung*) es un elemento fundamental en el sistema de salud que cubre al 90% de la población alemana. Los únicos grupos sociales que están exentos de esta cobertura sanitaria obligatoria son los funcionarios, las personas con sueldos altos y los autónomos que se asegurarán voluntariamente o serán miembros de seguros privados. Este seguro sanitario básico obligatorio se financia a través de las contribuciones de los trabajadores y de los empleadores. En el caso de los trabajadores autónomos se subvenciona a través de sus prestaciones. Las contribuciones se realizan sobre un porcentaje de los salarios basándose en unos tramos por honorarios que se ajustan anualmente, dependiendo del salario que reciba el contribuyente. Existen de

este modo dos tipos de tomadores de la cobertura sanitaria básica obligatoria: miembro obligatorio o miembro voluntario. Para convertirse en miembros del seguro obligatorio no se tiene en cuenta qué tipo de empleo se tiene y esta obligatoriedad se aplica legalmente desde el momento en que una persona inicia una relación laboral contractual. En general, las personas aseguradas obligatoriamente son asalariados, empleados, pensionistas, estudiantes universitarios y personas desempleadas cobrando el subsidio por desempleo. Las personas que estuvieron obligatoriamente aseguradas y que por haber excedido el salario mínimo exigido en este tramo deben de abandonar este seguro, o las personas que sufren una minusvalía grave (u otro tipo de condiciones), pueden obtener el seguro médico voluntario. Las esposas y los hijos de las personas aseguradas también están cubiertas por este seguro, siempre y cuando no excedan una cantidad máxima establecida (el llamado seguro familiar –*Familienversicherung*–).

Los fondos de garantía por enfermedad están organizados según el esquema mencionado anteriormente y también cuentan con una serie de fondos locales. De esta manera, no existe un único proveedor de salud dentro del sistema de seguro médico, sino que co-existen varios fondos y proveedores por enfermedad. Estos fondos proporcionan beneficios tanto económicos como en servicios.

La cobertura sanitaria básica obligatoria ha estado gobernada tradicionalmente por el llamado 'principio de servicios similares' (*Sachleistungsprinzip*). Según este principio los fondos de garantía por enfermedad han de garantizar el tratamiento médico necesario, estancia en el hospital, medicinas y otro tipo de terapias o ayudas necesarias. Habitualmente, este seguro también cubre los cuidados a pacientes en centros de día, pero nunca la atención domiciliaria por razones de otra índole que no sean de enfermedad (como sería por ejemplo la vejez). Para poder prestar los servicios adecuados, estos fondos de garantía por enfermedad tienen que cooperar con otros fondos y también con los centros de asistencia sanitaria, es decir, funcionan dentro de una red extremadamente compleja de legislación, contratos y regulaciones. Las personas aseguradas tienen derecho a elegir a los médicos que desean que les traten así como a los dentistas, siempre y cuando estén registrados dentro del esquema sanitario básico obligatorio. Dentro de este esquema del seguro sanitario existe una estructura muy competitiva en la que se dan diferentes categorizaciones de enfermedades. Además existe la posibilidad adicional de que una persona pueda contratar seguros médicos privados (este es el caso de los empleados autónomos, los funcionarios y las personas con salarios altos).

7.4. SERVICIOS DE ATENCIÓN PARA LAS PERSONAS EN RIESGO DE DEPENDENCIA O DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La ley de seguro social y médico para pacientes de larga duración (*Pflegeversicherungsgesetz*), incluida en el Libro XI del Código de la Seguridad Social (*Sozialgesetzbuch*), sigue las líneas generales de la tradición de protección social de Alemania. Está basada fundamentalmente en el seguro médico y social básico, pero también aporta algunos elementos estructurales nuevos a los ya establecidos en este esquema de protección social. En 1988 se introdujo por primera vez la atención a pacientes en su domicilio como parte del seguro por enfermedad recogida en el Libro V del Código de Seguridad Social (*Sozialgesetzbuch – SGB*). El objetivo de esta medida era que los pacientes pudieran permanecer en sus

casas, evitando tener que ser ingresados en instituciones de cuidado y atención médicas. Este seguro médico cubría la atención de una enfermera o profesional de asistencia en el domicilio por un máximo de 4 semanas y 1.800 marcos al año. Desde 1991 este seguro médico también ha cubierto la atención de profesionales de la medicina en el hogar del paciente hasta un máximo de 25 visitas al año y de 750 marcos al mes. También se recogía la posibilidad de cobrar la ayuda económica en vez de recibir estos servicios en casa si la persona afectada ya recibiera estos servicios de cuidados por otras vías.

El seguro de enfermedad establecido por la nueva Ley reconoce como personas susceptibles de recibir estas prestaciones a los individuos que no pueden vivir de manera independiente. En otras palabras, incluye a las personas que, tanto de manera temporal como permanente, precisan de la ayuda de terceras personas para llevar a cabo las rutinas diarias básicas, desde la higiene personal, hasta la alimentación, movilidad, limpieza del hogar, etc. Las personas susceptibles de este tipo de cuidados normalmente no participan activamente en la vida social y laboral y en muchos casos no se espera que su condición de salud mejore.

7.4.1. EL MARCO DE COBERTURA SANITARIA PARA PACIENTES DE LARGA DURACIÓN

El marco de cobertura sanitaria para pacientes de larga duración se implementó en dos etapas: la primera se inició el 1 de Enero de 1995 y en ella se estableció que las personas aseguradas obligatoriamente debían pagar las contribuciones. Las prestaciones para recibir cuidados a domicilio empezaron a procurarse desde el 1 de Abril de 1995 y las prestaciones para cuidados en residencias a partir del 1 de Julio de 1996. Los beneficiarios de estas prestaciones tienen derecho a sustituir estos servicios por prestaciones económicas en el caso de que algún familiar estuviera realizando las tareas de cuidado que el paciente precisa. Esta posibilidad ha hecho que la mayoría elijan esta última modalidad de cuidados informales en lugar de la ayuda de profesionales. Esto a pesar de que la cantidad de dinero que el Estado decidió dar es deliberadamente ajustada. Esta preferencia por los cuidados informales (o los cuidados que otorga un familiar) se refleja también en la Ley de pensiones por vejez o invalidez y en las ayudas para la maternidad o en los periodos de baja para cuidar a personas dependientes. Esto es así porque estos periodos son reconocidos como periodos de trabajo remunerado, y por lo tanto cuentan para el cálculo de las pensiones. Esta preferencia por recibir los cuidados en el entorno doméstico responde a las preferencias de la población que se han mostrado anteriormente.

En principio los cuidadores son principalmente los familiares. A pesar de esto es necesario dotar de un número adecuado de residencias para pacientes de larga duración. Normalmente estas residencias han sido gestionadas por instituciones autónomas de voluntarios o por instituciones de asistencia social (*Verbände der Freien Wohlfahrtspflege*). Estas organizaciones no gubernamentales (ONG) han tenido normalmente un carácter religioso-ideológico, como la católica *Cáritas*, la protestante *Diakonisches Werk*, la judía *Wohlfahrtsstelle der Juden in Deutschland*, o *Arbeiterwohlfahrt*, una organización del movimiento sindicalista. Todas ellas pertenecientes al movimiento social de base *Paritätische Wohlfahrtsverband* o a la Cruz Roja. Todas estas organizaciones están incluidas bajo el 'paraguas' de una

organización federal (*Bundesarbeitsgemeinschaft der Freien Wohlfahrtspflege*). Además de estas organizaciones del tercer sector, también han desempeñado un papel fundamental en los cuidados de larga duración los seguros sociales de larga tradición en Alemania (que datan de la década de 1880). Aunque otras soluciones para el problema de la dependencia de larga duración fueron planteadas y discutidas, no resulta demasiado sorprendente que al final se haya descartado la vía del 'mercado' o la creación de un sistema universalista financiado por el Estado, y se haya optado finalmente por un sistema de aseguramiento social.

Este esquema de aseguramiento social funciona de modo que en el seno del marco de atención para pacientes de larga duración el término 'cuidado' o 'atención' abarca todo lo que se refiera a la ayuda en las tareas diarias básicas (es decir todas aquellas que no sean del ámbito sanitario). Atención y cuidado por lo tanto implican que el beneficiario es dependiente del cuidado del otro, ya sea por una enfermedad física, por una enfermedad mental, por una discapacidad física o debido a la avanzada edad. A pesar de que se prevé que los más beneficiados sean las personas ancianas, están cubiertas todas las edades, incluso los niños.

El seguro de atención de larga duración constituye una quinta rama independiente del sistema de Seguridad social. El plan se financia a partes iguales entre las aportaciones de los trabajadores y de los empleadores. Las prestaciones las proporciona el fondo para la atención de larga duración, a través de los fondos por enfermedad. Estos últimos reciben un reembolso por los gastos de administración. Todo residente en Alemania está legalmente obligado a participar en el seguro obligatorio de larga duración, así como en el seguro obligatorio de salud. La gran mayoría de la población de Alemania, un 90% aproximadamente, está ya dentro de este sistema de aseguramiento social. Las personas que están exentas del seguro obligatorio de salud también lo están del seguro de atención de larga duración, siempre y cuando demuestren que contribuyen a otro seguro privado de las mismas características.

La dotación de las prestaciones se basa en dos principios básicos: 1) la prevención y la rehabilitación se primará sobre la atención, y 2) la atención en el hogar se primará sobre la atención en centros o en instituciones. En relación al primer aspecto, se intentan aplicar medidas para prevenir en lo posible la necesidad de cuidados a largo plazo. Sin embargo, las prestaciones de cuidados no se centran suficientemente en la rehabilitación ya que los fondos de atención no están relacionados con los fondos para la rehabilitación física. Es decir, los fondos de salud se hacen cargo de los costes, pero los beneficios van a parar a los fondos de atención y cuidados.

La tendencia es la de mantener, en la medida de lo posible, los cuidados que proporciona el entorno familiar. Así, el seguro de dependencia sólo cubre las necesidades de atención hasta una cierta cantidad y frecuencia. Además, ha de señalarse que los beneficios de este esquema de seguros no están destinados a cubrir la totalidad de las necesidades del asegurado, sino que tienen como intención proveer de un suplemento para desahogar a la familia financieramente o en términos de tiempo.

Las prestaciones y beneficios para la atención domiciliar se miden en una escala del I al III. La persona asegurada elegirá qué tipo de beneficios desea recibir, por ejemplo, una agencia de cuidados,

servicios de atención domiciliaria, o prestación económica. También es posible recibir una combinación de prestación económica y de cuidados. Así el sistema de atención puede diseñarse a medida de las necesidades del asegurado. La atención de larga duración está subdividida en tres categorías, o niveles de prestación de cuidados, divididos por el grado y la frecuencia de los cuidados requeridos por la persona beneficiaria. Estas tres categorías, evaluadas por los servicios médicos de los fondos de seguros de salud (*Medizinischer Dienst der Krankenkassen*), se definen de la siguiente manera:

Categoría I: Personas con una necesidad considerable de atención de larga duración (*erheblich pflegebedürftige Personen*). Son personas que necesitan ayuda al menos dos veces al día para realizar las tareas básicas de higiene, alimentación y movilidad. También necesitan atención para hacer las tareas del hogar unas cuantas veces a la semana.

Categoría II: Personas con una necesidad severa de atención de larga duración (*schwerpflegebedürftige Personen*). Personas que necesitan ayuda al menos tres veces al día para realizar diferentes tareas básicas. También necesitan atención para hacer las tareas del hogar unas cuantas veces a la semana.

Categoría III: Personas con una necesidad extrema de atención de larga duración plazo (*schwerstpflegebedürftige Personen*). Personas que necesitan ayuda constantemente, incluso por la noche.

En general se han vertido muchas críticas sobre la efectividad de los criterios médicos cuando estos se aplican en la evaluación de cuestiones de carácter más asistencial. Asimismo, el departamento de servicios médicos del seguro de salud ha de evaluar el domicilio del asegurado/a para determinar si la persona necesita servicios de larga duración y de qué tipo. Si estiman que la persona requiere de estas prestaciones se le asignará uno de los 3 siguientes niveles de prestaciones a recibir:

Nivel I, una media de 90 minutos al día todos los días de la semana para la asistencia en las tareas básicas domésticas. El cuidador deberá usar más de 45 minutos del tiempo asignado proveyendo servicios básicos de atención.

Nivel II, una media de 3 horas al día, todos los días de la semana, para la asistencia en las tareas básicas domésticas. El cuidador deberá destinar al menos 2 horas de ese tiempo a servicios básicos de atención.

Nivel III, una media de 5 horas al día, todos los días de la semana, con al menos 4 horas de ese tiempo para servicios básicos de atención.

En la evaluación de la atención a niños se refleja cuánto tiempo extra necesita el niño asegurado comparado con un niño saludable de la misma edad. Además, la persona asegurada recibirá, sin tener en cuenta en qué nivel está clasificado, las medidas de prevención y rehabilitación necesarias para reducir, prevenir, o rescindir las necesidades de cuidado a largo plazo. Una vez más se prioriza la atención en el hogar sobre la atención en centros e instituciones. Si la persona necesitara de cuidados en centros o instituciones, el seguro de larga duración paga la atención primaria, de servicios sociales y el tra-

tamiento necesario acorde con su nivel de necesidad en estas instituciones. Las ayudas económicas establecidas son 1.023 € mensuales para el Nivel I; 1.279 € mensuales para el Nivel II; y 1.432 € para el Nivel III (con objeto de responder a situaciones económicas de particular dificultad, en el Nivel III se pueden aportar hasta 1.688 € mensuales). Estas ayudas económicas no serán abonadas en su totalidad si se dan alguno de los siguientes supuestos: en primer lugar, nunca se darán más de 1.279 € al mes (excepto en casos extremos). En segundo lugar, el asegurado debe hacerse cargo de al menos el 25% de los costes de la atención institucionalizada.

Si no fuera posible recibir la atención necesaria en el propio domicilio, la persona asegurada podría recibir atención en instituciones a media jornada, en un centro que tenga atención de día y de noche. Si esto no fuera suficiente el asegurado podrá ingresar en un centro de atención de corta duración. En estos casos, el seguro de atención de larga duración cubrirá de manera indefinida los costes de cuidados y atención primaria, servicios sociales, y el tratamiento en un centro de atención de día y noche dependiendo del nivel de cuidado necesitado por el asegurado, o hasta un máximo de 1.432 € por cuatro semanas de cuidado de corta duración en un año.

En lo que respecta al rango de ayudas que se conceden, hay que diferenciar entre las que se proporcionan en instituciones/residencias y en casa y por el otro los beneficios que se dan en dinero o en beneficios en servicios. Para la mayoría de las personas dependientes resulta fundamental poder escoger el lugar en el que quieren vivir, y generalmente prefieren permanecer en el entorno familiar el máximo tiempo posible. Por lo tanto, la nueva Ley se centra fundamentalmente en mejorar la atención primaria y de cuidados en el hogar. Esta ayuda se recibe en forma de beneficios económicos o de asistencia domiciliaria. En este último caso, el asegurado puede elegir una prestación monetaria mensual en vez de beneficios en servicios, lo que se conoce como la prestación para cuidados (*Pflegegeld*), que le permitirá al asegurado contratar él mismo los servicios que necesite. Esta prestación para cuidados podrá ser recibida por el familiar que cuide de la persona dependiente. Si esta prestación es insuficiente, o inadecuada para cubrir las necesidades de la persona al cuidado, se le dará la posibilidad de obtener atención primaria y de cuidados en el hogar, dentro del esquema que facilita los beneficios en servicios de atención. Si es imposible garantizar la asistencia en el hogar, existe la posibilidad de que el asegurado reciba los servicios necesarios en un centro de día, ya sea por la mañana o por la noche. También podrá ser admitido en uno de estos centros por un periodo limitado de tiempo, si así lo necesita. Además, siempre y cuando no exceda la cantidad máxima concedida, se podrá combinar la prestación de cuidados y de servicios de atención mediante la obtención de una visita diaria por el servicio de atención a domicilio. Si la persona asegurada no reclama lo que le corresponde del total de los beneficios en servicios a los que tiene derecho legalmente, podrá reclamar una prestación por servicios inadecuados. El nivel de esta prestación de carácter mensual es fijo y equivale a la mitad exacta de los beneficios de los tramos o categorías I, II y III (es decir 205 €, 410 € y 665 € respectivamente).

Tan sólo los residentes en Alemania pueden acceder a estas prestaciones, ya que la ley alemana no admite la 'exportación' de prestaciones sociales. Sin embargo, según la ley de la Comisión Europea, norma número (EEC) 1408/71 y 574/72 de trabajadores emigrantes (que tiene jurisdicción sobre la ley alemana), se obliga a que se pague a los trabajadores que residan en cualquier país miembro, como

indica la sección 34 del Código Social, Libro Onceavo, Atención para la Seguridad Social (SGB CI) que no permite que se den estas prestaciones fuera del territorio alemán².

La responsabilidad en la administración del seguro de atención social pertenece a las instituciones aseguradoras por enfermedad. Los fondos para la administración del seguro de atención social vienen de las contribuciones de los trabajadores y los empleadores (cada uno contribuye con 0,85% de la masa salarial). Según este seguro de atención social, los aseguradores tienen derecho a recibir atención a domicilio que incluye los beneficios en servicios o la prestación mensual, o una combinación de estas dos. Los máximos mensuales a recibir dependen de la categorización de la necesidad de atención, de modo que para la categoría I se puede abonar hasta un total de 384 €, 921 € para la categoría II y hasta un total de 1.432 € para la categoría III. Además se recogen casos que debido a la extrema severidad podrán recibir hasta un total de 1.918 €, siempre dentro de la Categoría III.

Según la Ley de las personas con necesidad de atención y cuidados (*pflegebedürftig*) si la persona en cuestión necesita atención constante y diariamente por un periodo prolongado (o sea, por 6 meses o más) se le dará lo que se conoce como asistencia, consistente en la ayuda de una persona para asistir o supervisar las rutinas diarias que la persona dependiente no puede realizar por sí sola. Esta asistencia está sobre todo orientada a que la persona asegurada pueda recuperar la independencia lo antes posible. La lista de tareas rutinarias que están cubiertas bajo este esquema incluyen la higiene personal (lavarse, peinarse, higiene dental, afeitarse, hacer las necesidades), la alimentación (alimentarse, cocinar, facilitar el masticado de la comida), la movilidad (acostarse y levantarse de la cama, vestirse y desvestirse, andar, permanecer de pie, subir escaleras, salir y entrar de casa), y las tareas del hogar (hacer la compra, cocinar, limpiar, fregar los platos, hacer la colada).

A partir del 1 de Abril de 2002 el sistema de sanidad determinó que las personas con necesidad de asistencia de larga duración "necesitan un nivel significativo de cuidado atención y supervisión" más allá del existente y por lo tanto les otorga una prestación adicional de 460 € al año. En este grupo se incluye a las personas que sufren demencia senil y enfermedades mentales. Esta prestación sólo podrá ser utilizada para contratar a un profesional (enfermera, asistente social) que preste cuidados de corta duración a los asegurados. También podrán ser contratados asistentes de bajo nivel.

Se considera asistentes informales a aquellas personas que prestan servicios de cuidados en el domicilio del asegurado por lo menos durante 14 horas semanales. Los cuidados en el domicilio suelen ser tareas muy duras en cuanto a tiempo y atención, y suelen ser las mujeres quienes las desempeñan. Este tipo de cuidadores suelen abandonar sus trabajos remunerados para poder cuidar a la persona dependiente o si no, reducirán la jornada laboral en sus trabajos pagados. Para dar respuesta a este hecho, la nueva legislación ha incluido beneficios sociales para estos cuidadores. Si la persona a cargo de la persona dependiente no tiene empleo o no trabaja más de 30 horas semanales tendrá derecho a un seguro de pensión obligatoria y sus contribuciones las pagará el fondo de seguro para atención de personas dependientes. El nivel de la contribución dependerá del tiempo de atención que este asistente

2) ECJ), Ver la Corte de Justicia para las Comunidades Europeas, Sentencia del 5 de Marzo de 1989, del Caso C-160/97 (Molenaar) 1999 ECR I-843.

preste a la persona dependiente. Si el cuidador/a se va de vacaciones o no puede, por la razón que sea, hacerse cargo de la persona a la que atiende, tiene derecho a una sustitución por un máximo de 4 semanas al año. Para acogerse a esta medida tendrá que demostrar que lleva prestando estos servicios por un periodo de al menos 12 meses. Si el sustituto es un profesional de ayuda a domicilio, el fondo de seguros de larga duración cubrirá hasta un máximo de 1.432 € al año con este fin. Si el sustituto se trata de un vecino, o de un familiar lejano (nunca podrá ser un familiar directo o político) podrá recibir también esta ayuda económica.

Otros beneficios adicionales que proporciona el seguro de atención a pacientes dependientes incluyen ayudas para equipos de enfermería como camas especiales, prestaciones para pagar los gastos de la obra de modificación del domicilio para que pueda acomodar mejor las necesidades del paciente (hasta un máximo de 2.557 €), y cursos gratuitos de atención a pacientes dependientes para familiares y voluntarios.

Los seguros privados obligatorios de dependencia sólo ofrecen beneficios en forma de dinero en efectivo y no proporcionan por tanto servicios o prestaciones. En el caso de los asegurados en estos esquemas, ellos deben contratar a los asistentes por su cuenta y el seguro reembolsará la cantidad convenida. La cantidad a percibir por el asegurado se calculará en base al tiempo que lleva dado de alta en la compañía de seguros, y no en base al salario que perciba. Por ley, la cantidad a recibir por la aseguradora no podrá exceder el máximo que se recoge en el seguro obligatorio de dependencia. La cantidad a percibir será igual tanto para hombres como para mujeres, y los menores recibirán cobertura gratis (también es gratuita dentro del seguro básico obligatorio de larga duración). Las personas que se hacen cargo de los pacientes no tendrán que pagar los costes de las contribuciones del seguro por enfermedad o accidentes.

Según lo establecido en la Sección 34 (1) del SGB XI, el derecho a recibir la prestación se suspenderá si el asegurado permaneciera en el extranjero o incluso si la necesidad de atención apareciera durante el tiempo de estancia en el extranjero. Sin embargo, las ayudas tanto a la persona dependiente como al cuidador se darán durante periodos de vacaciones, es decir, se pagarán los beneficios económicos hasta un máximo de seis semanas. Además, tendrá que ser tomada en consideración la legislación de la Unión Europea.

La Agencia Federal de Servicios de Empleo (*Bundesagentur für Arbeit*) se hará cargo de cubrir las contribuciones de las personas desempleadas que reciben la pensión II (*Arbeitslosengeld II*) o el subsidio de desempleo. Los fondos que se hacen cargo de las personas en rehabilitación se harán cargo también de pagar las contribuciones de éstos.

Desde Enero de 2005 se han reconocido con carácter especial las ayudas para el cuidado de los niños. Las contribuciones de las personas sin hijos han subido un 0,25%. Es decir, de una contribución de un 0,85% se ha pasado a un 1,1%. La Corte Constitucional Federal ha estimado que esa es la diferencia real de las contribuciones de los contribuyentes con o sin hijos.

Hoy en día uno de los retos a los que nos enfrentamos es la carencia de personal debido a las restricciones económicas que impiden la contratación de más personal. También, se da una gran preocupación entre los consumidores por la percibida falta de información.

Los fondos para el tratamiento de la dependencia tienen como objetivo mejorar los servicios y la calidad de la atención a personas dependientes de larga duración. Tienen la responsabilidad de proporcionar atención y cuidados de calidad. De la misma forma existe la percepción de que los cuidados son servicios de menor valor que los servicios médicos en general.

Se sobreentiende la necesidad de mejorar los estándares de atención médica y social, como por ejemplo, en lo que se refiere a la infraestructura, el personal y la manera en la que se implementan los servicios. Donde quiera y cuando quiera que un paciente acceda a los servicios de atención, ha de asegurarse que recibe el mejor tratamiento y atención posible. Por lo tanto es vital que se apliquen medidas de control y evaluación de calidad en el contexto de la atención de larga duración. Hay que promover una ética de 'buenas prácticas' que sea rentable en la relación calidad precio y que estimule unos resultados positivos, no sólo en la mejor calidad de los servicios, sino también en la sostenibilidad financiera.

Hoy en día se da una falta de coordinación entre los cuidados médicos y los servicios sociales. Como resultado de estos problemas, los procedimientos se duplican, desperdiándose recursos económicos. Este punto es especialmente relevante en lo que concierne a los pacientes con enfermedades crónicas. También se debe poner énfasis en crear grupos de atención interdisciplinar sobre todo para pacientes de geriatría, al tiempo que se mejora la cooperación entre instituciones a nivel nacional, regional y local con las organizaciones municipales, de voluntarios y otras empresas y organizaciones del tercer sector que se dedican al cuidado de personas dependientes. Asimismo se debe reforzar el rol de los pacientes como agentes con más poder en la toma de decisiones, para que sientan que sus deseos, opiniones, y preocupaciones son tomados en consideración. De esta forma se deberán establecer de manera legal los derechos de los pacientes y las obligaciones de los profesionales de la sanidad.

Por lo tanto necesitamos mantener la estabilidad financiera y la calidad de la atención en un contexto en el que los costes siguen subiendo. El envejecimiento de la población hará que más personas usen los servicios médicos en el futuro. Los patrones de mortandad y de incidencia de enfermedades variarán considerablemente. Esto hará que suban los costes de la atención médica y que crezca la necesidad de aumentar el personal sanitario y de administración, lo que pondrá sin duda en peligro la estabilidad financiera del sistema. Una de las formas para reducir los costes será la de fomentar la atención domiciliaria dando mayor protagonismo a la atención de no profesionales a las personas dependientes. La mayor competitividad entre profesionales de la salud y asegurados hará que la calidad suba y los costes se moderen. Por último, la coordinación entre las instituciones a nivel nacional, regional y local con las organizaciones municipales, de voluntarios y otras empresas que se dedican al cuidado será esencial para reducir costes.

7.5. PRESTACIÓN DE SERVICIOS

Hasta la década de 1980 no se empezó a tomar en consideración este área de la sanidad y la atención social. Sin embargo, en aquella época ya era posible encontrar servicios profesionales de calidad a pesar de los bajos salarios y las penosas condiciones laborales de éstos. Cuanto más grande es la necesidad

de este tipo de cuidados y atenciones, más importante se hace mejorar las condiciones laborales del personal que presta atención domiciliaria a personas dependientes.

La atención a pacientes en instituciones está cada día más organizada de forma competitiva. Para que la atención a pacientes dependientes esté asegurada, el fondo de seguros médicos ha iniciado conversaciones con instituciones y profesionales del área. A través del llamado "contrato de servicios" (*Versorgungsverträge*), algunas de las residencias están incorporándose al sistema público, con los beneficios y los derechos legales que esto conlleva. Estas instituciones reciben dinero del fondo social a cambio de servicios. La atención en residencias de pacientes dependientes sólo será posible si se firma un contrato con la persona asegurada. Mientras que el asegurado decide qué institución quiere contratar, la persona dará prioridad a la institución que aporte un servicio de más calidad al mejor precio. En la nueva ley, ya no se priorizan las residencias u organizaciones sin ánimo de lucro. En el pasado las comunidades locales responsables de financiar los servicios sociales priorizaban el sector público o el de organizaciones sin ánimo de lucro. Por lo tanto, se daba una gran competitividad entre el sector público y el de voluntarios con el privado. Al mismo tiempo, los responsables de financiar la atención social han sido las comunas, con lo cual siempre han tenido un gran interés en mantener los costes lo más bajos posible.

Hoy en día casi dos tercios de los centros de atención son sin ánimo de lucro, aunque se está experimentando un crecimiento del sector privado. En cualquier caso no existen datos ni estudios de confianza que evalúen este fenómeno. La preferencia por centros sin ánimo de lucro se ha basado en la asunción de que estos dan un mejor servicio y de más calidad. De hecho, se ha asumido que las instituciones privadas, al buscar el beneficio, tratan de maximizar éste poniendo en peligro de explotación por fines económicos al paciente, (además hay que tener en cuenta que normalmente los pacientes son personas de edad con dificultad para discernir). Por otro lado, se plantea también que precisamente el hecho de que las organizaciones sin ánimo de lucro no busquen el beneficio implica que carecen del incentivo para prestar la mejor atención de mayor calidad. Tampoco cuentan con una plantilla especializada y en muchos casos, padecen un déficit de personal especializado (cuando se trata de pacientes con discapacidades mentales esta escasez tiende a ser sustituida por medicación).

Según SGB XI, en 2004 recibieron asistencia por dependencia y de cuidados casi 2 millones de personas en Alemania. En 2003 existían unos 30.000 prestadores de servicios, de los que 12.000 proporcionaban servicios a domicilio y 9.000 en centros o residencias. Unas 4.800 personas trabajaban prestando servicios de cuidados de corta duración, y unas 2.300 prestando servicios de media jornada en instituciones de atención. En el sector de atención en centros más del 50% de las instituciones son privadas. En el sector que da servicios a domicilio más del 50% de las organizaciones son de carácter caritativo. Aproximadamente hay unos 57.000 trabajadores a tiempo completo en centros de asistencia y 94.000 a tiempo parcial. Además de 40.000 personas que trabajan en este sector con distintos estatus, desde prácticas, becarios y ayudantes, a objetores de conciencia o personas prestando servicios comunitarios. Además se estima que unas 20.000 personas trabajan en este sector de manera no reglada, lo que se conoce como el 'sector gris', la mayoría procedentes de Europa Central y del Este.

El control de la calidad de la atención es continuo y se conoce como supervisión de casas (*Heimaufsicht*), sobre todo en lo que se refiere a la calidad de los edificios, supervisión económica, etc. Estos con-

troles de calidad no son tan efectivos como deberían, ya que son las autoridades locales las que precisamente gestionan estos hogares de atención y también los encargados de realizar los controles de calidad. Así, se dan también controles por organizaciones independientes, tanto de las instituciones del tercer sector, privadas, residencias, y también los seguros. Se ha sugerido que estos organismos de supervisión estén compuestos no sólo por representantes de los asegurados, sino también por expertos independientes.

En los años venideros se prestará mucha atención a los aspectos económicos de este tipo de atención que, de hecho, ya ocupa una gran parte del debate público. En este caso, se está discutiendo sobre todo acerca de los temas tocantes a los servicios que se prestan, la calidad de estos servicios, el control de la misma, la capacidad de elección de los asegurados, los derechos de los beneficiarios, etc. Mientras que este tipo de seguros no excedan un máximo específico, seguirá habiendo un vacío en los casos que necesitan cuidados excepcionales y que se completan con seguros privados de largo plazo. Esto quiere decir que por un lado, sí que existe una alternativa privada que dota de servicios a las personas con este tipo de seguros privados y, por otro, que estos seguros privados pueden completar las carencias en la cobertura del seguro social público.

En lo que toca a la alternativa de un seguro privado para cuidados por larga duración por maternidad y enfermedad, estos se caracterizan por la afiliación obligatoria. Esto quiere decir que la ley prohíbe que estos seguros privados elijan a los asegurados de entre las personas que desean afiliarse. Legalmente tienen la obligación de asegurar a todas las personas que han sido aseguradas por maternidad y enfermedad. Con este marco legal de lo que se trata es de prevenir que las aseguradoras nieguen la contratación de los servicios por cuestión de edad, sexo y condición de salud en el momento en el que se expira el contrato.

Si tomamos en cuenta cuestiones demográficas y epidemiológicas, la necesidad de centros de atención e instituciones de asistencia para pacientes dependientes o de larga duración crecerá en los próximos lustros. Todavía permanece abierto el interrogante de si esta demanda podrá ser asumida por los profesionales y voluntarios que habrá disponibles en el futuro.

7.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Comisión Europea (2003): *"Empleo en Europa 2002"*, Bruselas.

Deutscher Bundestag (ed.) (1992): *"Einführung einer gesetzlichen Pflegeversicherung – Öffentliche Anhörung des Ausschusses für Arbeit und Sozialordnung des Deutschen Bundestags am 21. 22. Mai und 3. Juni 1992"*, Bonn.

Kaufmann, F.-X. (1997): *"Aktuelle Herausforderungen des Sozialstaates"*, Frankfurt/Main.

Linzbach, Ch.; Lübking, K.; Scholz, St. & Schulte, B. (eds.) (2005): *"Die Zukunft der sozialen Dienste vor der Europäischen Herausforderung"*, Baden-Baden.

OECD (2004): *"Health Working Papers, n.º 13"*, July.

Scheil-Adlung, X. (1995): "Social security for dependent persons in Germany and other countries: Between tradition and innovation", in *International Social Security Review* (I.S.S.R), p. 48.

Schulte, B. (1997): "*Die soziale Absicherung bei Pflegebedürftigkeit in Deutschland*" (Country Report Germany for the Research Project, Social Protection for Dependency in Old-Age in the Member States of the European Union and Norway, Leuven/Belgien: Hoger Instituut voor de Arbeid.

– (ed.) (1997): "Soziale Sicherheit in der EG", *Verordnungen* (EWG) Nr. 1408/71 und Nr. 574/72 und verwandte Vorschriften, 3rd ed., Munichl.

Capítulo 8: El Estado de Bienestar holandés y la dependencia*

Erik de Gier
Institute for Applied Social Sciences
Radboud University, Nijmegen

8.1. INTRODUCCIÓN

Las políticas de dependencia en los Países Bajos están inmersas en un debate político más amplio sobre la transformación del Estado de Bienestar holandés. Antes de 1990 la naturaleza del Estado de Bienestar holandés de post-guerra era principalmente universalista y estaba dirigida a la redistribución colectiva por medio de prestaciones y servicios sociales. Posteriormente, se inició un proceso de reforma fundamental, con consecuencias de largo alcance. Este proceso se puede caracterizar como "liberalización directa" (Van der Veen, 2005). En términos generales, la "liberalización directa" supone un cambio de un Estado de Bienestar redistributivo a un estado de inversiones sociales en el cual los ciudadanos son exhortados a tomar una responsabilidad más directa por su propio bienestar. En lugar de suavizar la incidencia de riesgos sociales, la seguridad social se ha convertido más bien en un elemento subordinado de las políticas activas de mercado laboral y los servicios sociales han sido parcialmente privatizados poniendo menos acento en la oferta de servicios y más en el lado de la demanda. En general, los gastos sociales colectivos han disminuido sustancialmente a lo largo del tiempo. En este contexto, se ha incrementado significativamente la responsabilidad individual y con ella, ha ganado importancia el papel del cuidado informal y de los seguros privados.

En la primera parte de esta contribución describiré con más detalle los principales antecedentes de la transformación que por el momento está sufriendo el Estado de Bienestar holandés con respecto a las prestaciones y servicios sociales. Después me centraré más específicamente en las políticas de seguridad social dirigidas a reducir la dependencia de las prestaciones sociales de los trabajadores discapacitados, los parados de larga duración y los mayores, y en la liberalización de los servicios sociales. Un ejemplo importante y representativo de liberalización de los servicios sanitarios, el *Presupuesto Personal*, se elaborará en el contexto de los cambios relevantes en la legislación (la Ley de Gastos Médicos Extraordinarios, *AWBZ*, y la nueva Ley de Apoyo Social, *WMO*). Terminaré formulando algunas conclusiones sobre política social y dependencia¹ en los Países Bajos.

8.2. EL ESTADO DE BIENESTAR HOLANDÉS, DE LA REDISTRIBUCIÓN UNIVERSAL A LA INVERSIÓN SOCIAL²

Aunque los fundamentos del Estado de Bienestar holandés se encuentran en los años anteriores a la guerra, como en muchos países europeos, su completa realización tuvo lugar entre el final de los sesenta y 1976. Fue entonces cuando se desarrolló la mayoría de la legislación, tanto en seguridad social como en aseguramiento sanitario. Casi todos los riesgos sociales, como desempleo, incapacidad, salud, vejez y supervivencia, fueron cubiertos de forma universal y, al mismo tiempo, relativamente generosa. El sistema era mixto, combinando seguros sociales de tipo bismarckiano basados en el empleo y seguros públicos y asistencia social garantizada por el Estado. El Estado de Bienestar resultante tenía, y aún tiene, rasgos de los estados de bienestar de tipo socialdemócrata y corporativista (Para su genealogía, ver Gráfico 1).

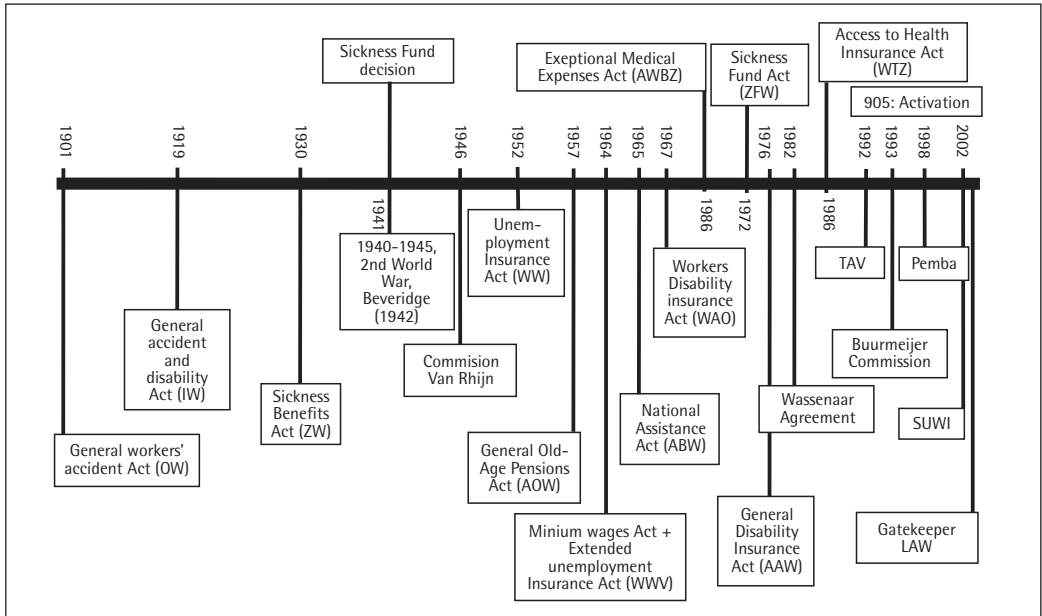
* Traducción por Beatriz Rodríguez Escudero.

1) Aquí, dependencia se define como dependencia del sistema del bienestar. Por lo tanto, se emplea como un concepto más amplio que la necesidad de cuidados de larga duración para las personas mayores y discapacitadas.

2) Basado parcialmente en De Gier, De Swaan y Ooijens, 2004.

GRÁFICO 1

Acontecimientos clave en el desarrollo del sistema de Seguridad Social holandés



La primera reacción tuvo lugar poco después de 1976 cuando el número de receptores de la Ley de Seguro de Incapacidad Laboral (*WAO*) continuó creciendo rápidamente hasta casi un millón de personas en los noventa. En ese momento esto coincidió con un fuerte incremento del desempleo. El problema no fue sólo el fuerte incremento de los gastos sociales colectivos, sino también el incremento de los trabajadores discapacitados con dependencias de larga duración y de los desempleados. El bien desarrollado sistema de aseguramiento del desempleo pero aún más la comparativamente más atractiva *WAO*, posibilitaron a muchos de los trabajadores mayores de baja cualificación, en colaboración con sus empleadores, usar estos esquemas como una vía de salida temprana del trabajo remunerado. Esto incitó a los sucesivos gobiernos a comenzar con la reforma del Estado de Bienestar holandés. Reducir costes disminuyendo la dependencia se convirtió en el primer objetivo, seguido por una nueva y ambiciosa reformulación de la administración del sistema de la seguridad social y del sistema de atención sanitaria.

En el cambio de siglo, la naturaleza del sistema de seguridad social holandés había pasado de, principalmente, la redistribución a la prevención de riesgos y la rápida reintegración en el mercado de trabajo de los desempleados y los discapacitados. Aparte de esto, los trabajadores mayores fueron desincentivados para aceptar las vías de salida rápida con la ayuda de la seguridad social o eligiendo una pre-jubilación. Esto dio lugar al llamado milagro del empleo holandés, con altos porcentajes de participación y niveles muy bajos de desempleo, en la segunda mitad de los noventa (Visser & Hemerijck, 1997). Comparado con los días de auge del Estado de Bienestar universalista, de ese momento en adelante el papel del Estado ha sido más limitado y la responsabilidad de las autoridades locales, entidades privadas y ciudadanos individuales ha aumentado sustancialmente.

Este no es el final de la historia de las reformas sociales. Varias tendencias, como el envejecimiento, la individualización, la internacionalización, el cambio del rol de las mujeres en el mercado de trabajo, la inmigración, los avances tecnológicos y un replanteamiento adicional del rol del Estado frente a los interlocutores sociales, entidades privadas y ciudadanos individuales ha puesto más presión en la sostenibilidad y arquitectura del Estado de Bienestar holandés. Tras el cambio de siglo se han completado nuevas reformas legales con respecto a los desempleados de larga duración, discapacitados y trabajadores mayores y el seguro de atención sanitaria, combinado con otras reformas administrativas. Al mismo tiempo, el actual debate político en marcha sobre el peso de la responsabilidad individual, la significación de las reformas orientadas al mercado y la introducción de una gobernanza pública ha dado un nuevo ímpetu a la política social.

En retrospectiva, durante los noventa, la parte del sistema de seguridad social orientada al trabajador fue transformada en un exitoso complemento de las políticas activas en el mercado de trabajo. "Trabajo primero" (*work first*) se ha convertido en la máxima dominante y sólo se garantizan prestaciones sociales como último recurso o temporalmente. Lo que se transformó no fue tanto la arquitectura del sistema de seguridad social como la organización de la administración de la seguridad social. En los años noventa, varias reformas legales cambiaron el sistema administrativo de forma sustancial, tanto la asignación de prestaciones sociales como el servicio de empleo público. La tradicional influencia de los sindicatos y las asociaciones de empresarios en la administración de la seguridad social fue mermada, a la vez que se reforzó la del Estado. Por otro lado, en el servicio de empleo público el Estado se distanció y la influencia de los interlocutores sociales se mantuvo fuerte. Además, el rol de las autoridades locales se hizo mucho más prominente en los casos de los parados de larga duración (asistencia social y servicio de empleo). Si miramos las diferentes leyes de seguridad social, el principal objetivo de la política social en los noventa era hacer estos, en conjunto, menos generosos y universales. Los niveles de acceso se elevaron, los niveles de prestaciones se redujeron y las duraciones de las prestaciones se acortaron, en combinación con políticas activas de reintegración.

Junto con las reformas de la seguridad social, que principalmente caen bajo la jurisdicción del ministro de Asuntos Sociales y Empleo, en los noventa también surgió la preparación para la reforma posterior del seguro de asistencia socio-sanitaria, que finalmente fue implementada a partir del 2006. Al contrario de lo que sucede en muchos otros países, el seguro médico de atención sanitaria es un compartimento casi separado del Estado de Bienestar holandés, que no pertenece al sistema de seguridad social formal, orientado a la protección de los ingresos. En este caso, es el ministro de Sanidad el principal responsable político. A diferencia del debate político en torno a la seguridad social, el debate político con respecto al seguro de atención sanitaria no se caracterizó por la máxima "trabajo primero", sino por uno distinto, el de "competición y liberalización" de servicios. No obstante, tanto "trabajo primero" como "competición y liberalización" tienen en común la orientación a la reducción de la dependencia de las provisiones garantizadas por el Estado.

Tras las discusiones iniciales, principalmente en el políticamente importante Partido Demócrata Cristiano (CDA), al igual que dentro de algunas organizaciones administrativas, el debate sobre la "competición y liberalización" con respecto a la atención sanitaria y otros servicios sociales se volvió serio

cuando la *RMO* (Consejo para el Desarrollo Social), un *think tank* gubernamental para cuestiones de política social, publicó un informe titulado "Bevrijdende kaders" ("Liberalizar las estructuras")³. En este informe el Consejo defendía un nuevo paradigma de gobernanza para el Estado de Bienestar holandés que armonizara mejor que el existente con las cambiantes circunstancias sociales, conteniendo la fuerte influencia del gobierno central. El Consejo proponía dos nuevos conceptos de gobernanza. En primer lugar, el Estado debería retirarse de la ejecución de las políticas y concentrarse en la gobernanza activa sobre líneas principales, manteniéndose más en segundo plano. En segundo lugar, el Consejo propuso una "horizontalización", esto es, una interacción más horizontal entre las principales partes interesadas (organizaciones administrativas, empresas y ciudadanos), en lugar de la vertical interacción corporatista más tradicional entre el estado central, las organizaciones administrativas, las empresas y los ciudadanos (*RMO*, 2002).

Este informe fue seguido de muchos otros elaborados desde otros ámbitos. El más importante en este sentido fue el consejo del prestigioso Consejo Científico para la Política del Gobierno (*WRR*) en 2004, llamado "Bewijzen van goede dienstverlening" ("Muestras de buenos servicios"). El *WRR* afirmaba en este informe que la calidad de los servicios sociales podría mejorarse sustancialmente descentralizando la preparación y ejecución de las políticas sociales, bajo la condición de dar mayor peso al lado de la demanda de servicios y al mismo tiempo por la horizontalización de la gobernanza. De acuerdo con el *WRR*, los cambios propuestos deberían también implicar un refuerzo de los profesionales y los clientes *vis-à-vis* con el Estado. El análisis en el que se basan las recomendaciones del *WRR*, es una evaluación crítica de la llamada "división del estado" o la escisión entre política y administración, como se había propuesto con anterioridad por parte del *RMO* y otros. Las principales objeciones contra la división del estado son:

- La destrucción de conocimiento sustancial relevante mediante la orientación por el rendimiento y el resultado.
- Un acento demasiado grande en la medida y la evaluación y, por tanto, la introducción de una "dictadura del promedio".
- La ilusión del consumidor soberano bien informado, capaz de tomar las decisiones correctas en todas las ocasiones.
- La desaparición del debate político-normativo debido a una abrumadora atención hacia la administración, gestión y control.
- El amontonamiento de las tareas de inspección externa y responsabilidad interna, con la consecuencia de que el control se convierte en una meta en sí mismo.

Con todo, el *WRR* está fuertemente a favor de la revitalización de las organizaciones de servicios sociales y de los profesionales empleados en ellas. Para ser capaz de cumplir esto, el *WRR*, sugiere un sistema de controles y equilibrios que tenga en cuenta la naturaleza mixta y relacional de los servicios sociales y que al mismo tiempo posibilite mejoras e innovación de los servicios. Los puntos de referencia para tal sistema son cinco:

3) Véase para una revisión del debate hasta 2006: Hooge y Faber, 2005.

- Organizar alianzas de conocimiento.
- Invertir en variaciones y prácticas innovadoras.
- Organizar adversarios activos y comprometidos.
- Cuidar de la responsabilidad pública.
- Organizar un sistema de inspección externa y de control coherente (WRR, 2004).

Finalmente, en 2006, el *RMO* hizo público un informe de seguimiento de su informe de 2002 en el cual refinaba aún más sus argumentos, discutiendo parcialmente el análisis y recomendaciones del *WRR*.

El título del nuevo informe del *RMO* es "*Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid na de verzorgingsstaat*" ("Marcar la diferencia. Responsabilidad personal tras el Estado de Bienestar") (RMO, 2006). Aunque el análisis de los problemas sociales reales de la sociedad holandesa es separado en buena medida también por el *RMO*, el *RMO* no toma como punto de partida la posición y el rol de los profesionales de los servicios sociales y sus organizaciones, sino los clientes o ciudadanos individuales en sí mismos. Para ser capaz de transformar el Estado de Bienestar en un estado de inversión social o en términos del primer ministro cristiano suplente Jan Peter Balkenende, los ciudadanos individuales necesitan primero tomar por completo su propia responsabilidad personal en la solución de los problemas sociales. En este momento, los ciudadanos todavía cargan demasiada responsabilidad en los servicios sociales públicos y en la seguridad social, originando no sólo un estado del bienestar demasiado caro, sino también creando demasiado dependencia y apatía. A los ojos del *RMO* el estado del bienestar ha llegado a sus límites económicos, institucionales y político-ideológicos fundamentales.

El concepto de responsabilidad personal será la característica clave para las futuras reformas sociales porque conecta dos debates públicos diferentes. El primer debate trata de la relación entre Estado y ciudadanos y el segundo se refiere a la relación entre los ciudadanos mismos. Para decirlo de otra manera, se trata de cómo enlazar las críticas al Estado de Bienestar y las molestias que experimentan los ciudadanos por el comportamiento de otros causando tensiones en varios ámbitos del bienestar, tanto en el sistema de seguridad social como en el sistema de servicios sociales colectivos en educación, bienestar sanitario y cultura.

El *RMO* no critica las políticas sociales concretas del gobierno dirigidas a aumentar la responsabilidad individual como tal, sino su orientación unilateral en el uso de incentivos económicos, creando individuos calculadores y, por tanto, introduciendo toda clase de sistemas y mecanismos de control (por ejemplo, cuerpos de inspección y sistemas de monitorización). Uno de los ejemplos dados en este sentido por el *RMO* y el *WRR* es la introducción del Presupuesto Personal en atención sanitaria (ver sección 4)⁴. En lugar de eso, el *RMO* sugiere una nueva forma de ciudadanía policéntrica, en la cual un ciudadano es mucho más que un "hombre económico".

4) Otro ejemplo es el llamado presupuesto de integración (en 2006, 250 millones de €) transferido en el marco de la nueva Ley de Trabajo y Bienestar (WWB) a los municipios para apoyarlos en la reintegración efectiva de los desempleados de larga duración. El dinero es parcialmente destinado a compañías privadas especializadas en la reintegración de desempleados de larga duración en el mercado de trabajo.

Para resumir, en el debate que sobre los servicios sociales se ha iniciado en torno al cambio de milenio, principalmente por parte de los políticos democristianos, *think tanks* gubernamentales y otros, los participantes tienen en común una fuerte crítica hacia el Estado de Bienestar existente. Tres puntos son extremadamente importantes en este sentido:

Para empezar, la excesiva dependencia de las prestaciones y servicios sociales por parte de los ciudadanos ha de disminuirse reforzando la importancia de la responsabilidad personal de los ciudadanos.

En segundo lugar, los servicios sociales y las organizaciones de servicios sociales tienen que marcar una mayor distancia respecto al estado. Al mismo tiempo, el papel de los profesionales tiene que reforzarse.

Finalmente, el estado central tiene que retirarse, casi completamente, de la ejecución y administración de los servicios sociales y la seguridad social y limitarse a desarrollar los principios y estructuras del estado de inversión social. Al mismo tiempo el estado tiene que conservar la responsabilidad de controlar e inspeccionar las organizaciones de servicios sociales y la calidad de la actuación de los servicios sociales.

El *WRR* y el *RMO* están de acuerdo en esto, pero proponen algunas correcciones dirigidas a los modos de llevar a la práctica e interpretaciones demasiado unilaterales de las reformas sociales para crear una inversión social o un estado participativo.

8.3. SEGURIDAD SOCIAL Y DEPENDENCIA

El principal objetivo del sistema de seguridad social holandés tras la II Guerra Mundial ha sido siempre garantizar una protección temporal de ingresos en caso de incidencia de riesgos sociales, tales como desempleo, incapacidad y vejez. El sistema floreció en los setenta, garantizando una cobertura casi universal, en particular en el caso de los trabajadores mayores. Ya sea por incapacidad o desempleo, los trabajadores recibían una prestación relativamente alta, del 80% del último salario hasta la edad de jubilación de 65 años. El sistema contribuía a una casi total dependencia del sistema de seguridad social. La consecuencia fue un sistema de seguridad social muy caro que finalmente minó un saludable crecimiento económico en los ochenta. Las estadísticas de desempleo llegaron en aquel momento a más del 10% de la población activa. Aparte de esto, una parte sustantiva de la población activa estaba formalmente discapacitada, pero de hecho desempleada ("desempleo oculto"). Para cambiar la situación el gobierno inició las primeras reformas del sistema de seguridad social a mediados de los ochenta, con el objetivo de disminuir la dependencia del mismo. Con el paso del tiempo, se tomaron toda clase de medidas, que van desde la mejora de las condiciones de trabajo (prevención), la introducción de incentivos económicos tales como la disminución del nivel de prestaciones, la introducción de total responsabilidad económica para empleadores en los dos primeros años de enfermedad-absentismo y la reducción de los periodos de prestaciones de acuerdo con la Ley Portero, *Gatekeeper* (Wet Poortwachter), la abolición de leyes enteras, reorganizaciones de la administración de la seguridad social y la introducción y posterior desarrollo de políticas laborales activas.

En torno a 2005, 505.000 personas estaban desempleadas y en torno a un millón recibía una prestación por incapacidad laboral. Aproximadamente un tercio de la población entre 55 y 65 años estaban todavía trabajando, si bien en los años siguientes el número de personas con más de 65 años se doblará y el número de personas entre 30 y 50 años caerá.

La ley más importante que experimentó muchas adaptaciones fue la Ley de Seguro de Incapacidad Laboral (*WAO*). No obstante, hasta fechas muy recientes el gobierno no ha tenido éxito en la obtención de reducciones sustanciales en el número de beneficiarios de la *WAO*. Sólo mediante la exclusión de la influencia directa de los interlocutores sociales en las instituciones administrativas, en combinación con una influencia *de facto* más fuerte del Estado en los cuerpos administrativos y la introducción de toda una nueva filosofía tras el derecho a las prestaciones ("trabajo primero" o "trabajo por encima de ingresos") el gobierno dominó finalmente el problema al comienzo del nuevo siglo (véase Cuadro 1).

CUADRO 1

La nueva filosofía gubernamental que soporta las prestaciones sociales y la activación laboral

- Las reformas "gubernamentales" del trabajo y los ingresos están dirigidas a establecer nuevos equilibrios en los que una nueva versión de la solidaridad juegue un papel central. Esto significa asegurar la seguridad social a las personas que realmente necesitan apoyo, logrando un mejor equilibrio entre derechos y deberes en el sistema de la seguridad social y una transformación del cuidado (una prestación de la seguridad social) en prevención (previniendo el desempleo o la discapacidad laboral).
- La filosofía subyacente y la perspectiva de las reformas implementadas: un sistema de seguridad social activo, un mercado de trabajo que ofrece oportunidades, trabajo que ofrece un futuro atractivo y calidad y soluciones a medida en su implementación.
- La responsabilidad personal es crucial en una sociedad basada en una solidaridad sostenible.
- Todo el mundo capaz de trabajar debe hacerlo.
- Una sociedad basada de verdad en la solidaridad funciona sobre la asunción de que todo el mundo tiene capacidades y talentos que pueden ser usadas para encontrar trabajo. El gobierno apoya esta idea generando igualdad de oportunidades. El campo de juego debe ser lo más ecuánime posible para asegurar que las personas tienen oportunidad de tomar determinadas elecciones. Al mismo tiempo, las personas son responsables de las consecuencias de sus propias elecciones.

Fuente: Agenda política 2006, Ministerio de Asuntos Sociales y Empleo.

En 2006, como última pieza legislativa, la existente *WAO* fue completamente sustituida por la nueva Ley de Capacidad Laboral (*WIA*). La *WIA* cubre dos tipos de regulaciones diferentes para la sustitución de ingresos previos, una para los denominados trabajadores parcialmente discapacitados (*WGA*) y otra

para los trabajadores completamente discapacitados (*IVA*)⁵. La discapacidad completa, desde este momento, sólo es reconocida como parte de la administración de la seguridad social si la persona carece totalmente de capacidad para cumplir con cualquier clase de trabajo pagado. Las personas que están parcialmente discapacitados (de 0 a 35%) no reciben ya una prestación social y el empleador está obligado a hacerse cargo de estas personas manteniéndoles en el trabajo activo. A las personas discapacitadas con un porcentaje de discapacidad laboral entre el 35 y el 85% les cubre la *WGA* y reciben una prestación parcial como complemento de su salario o prestación de desempleo. Comparado con el pasado, los derechos se han reducido fuertemente. El criterio de discapacidad resultante no estará ya, como en tiempos pasados, basado en el nivel de incapacidad laboral sino al revés, en la capacidad de trabajo que se conserva. En resumen, la nueva legislación sobre discapacidad consiste en tres partes complementarias:

- Ningún ingreso sustitutivo en el caso de discapacidad por debajo del 35%.
- La Ley de Trabajo e Ingresos de acuerdo con la Capacidad Laboral (*WIA*) da derecho a los trabajadores discapacitados entre el 35 y el 80% a prestación parcial basada en un nuevo seguro privado del empleador o en un seguro público y complementado por los restantes ingresos laborales o prestación por desempleo.
- La nueva provisión de ingresos para la discapacidad completa (*IVA*) para los totalmente discapacitados para el trabajo (80-100% de discapacidad basada en el criterio de capacidad de trabajo que se conserva) garantiza una prestación social del 70% del último ingreso laboral.

Sobre la base de esta nueva legislación y de las reformas anteriores centradas en intensificar los esfuerzos de integración, el número de beneficiarios de una prestación por discapacidad ha sido y será significativamente reducido. Hasta el momento el número ha bajado de casi un millón de beneficiarios en 2003 hasta 760.000 en la actualidad.

Desde 2002, el año en que se introdujo la Ley Portero Mejorada, *Improved Gatekeeper*, cargando con más responsabilidad económica por el coste del absentismo y la incapacidad laboral en los empleadores individuales, el número de nuevos casos de incapacidad laboral ha tenido una caída pronunciada, desde aproximadamente 100.000 cada año, a 60.000 en 2004. Al mismo tiempo el número de personas que abandonan la provisión se mantuvo en torno a 80.000. Como consecuencia, el número de personas con prestaciones ocupacionales está en descenso hasta alcanzar en el momento apropiado aproximadamente 550.000.

Otras reformas han cambiado la posición de los desempleados de larga duración. La mayoría de ellos reciben asistencia social. Recientemente, en 2004, la Ley de Asistencia Social (*ABW*) fue sustituida por la nueva Ley de Trabajo y Bienestar (*WWB*). Las autoridades locales se han hecho mucho más responsables que en el pasado de la reintegración en el mercado laboral de los desempleados de larga duración. Más concretamente, las autoridades locales se han convertido en responsables de las políticas y

5) Los empleadores están obligados a pagar salarios de enfermedad o discapacidad durante los dos primeros años de absentismo (desde el 1 de junio de 2004). Después de este tiempo el *WIA* se hace efectivo.

de los costes que supongan. Cuanto más éxito tienen las autoridades locales en la reintegración de los desempleados de larga duración, más dinero público ahorran, dinero que en consecuencia puede ser utilizado para otros fines. De esta manera, para ellos se ha creado una relación económica directa entre el éxito en la reintegración de personas y el ahorro de recursos públicos. Comparada con la anterior *ABW*, la *WWB* es extremadamente exitosa en la disminución de la dependencia de los parados de larga duración del Estado de Bienestar holandés.

El número de receptores de prestaciones de acuerdo con la *ABW* y la *WWB* no ha seguido el pronunciado ascenso del desempleo en Holanda de 2002 en adelante. Realmente, el número dependiente de las prestaciones cayó en 2003, 2004 y 2005, mientras que el número de desempleados aumentó en 2003 y 2004 y cayó ligeramente en 2005.

A continuación, el gobierno ha intentado prevenir las salidas tempranas del mercado de trabajo de trabajadores mayores con la abolición reciente de toda clase de regulaciones y provisiones a nivel sectorial (*VUT* y regulaciones prejubilación a nivel de compañía o sector) para las prejubilaciones. El fin de esta política era estimular a los trabajadores mayores a trabajar más tiempo hasta la edad formal de jubilación, los 65 años. El nivel de participación de los trabajadores mayores era muy bajo, comparado con el de otros países europeos. Esto no es solamente caro para la economía nacional, sino que también disminuye la base económica para pagar las pensiones de jubilación en una sociedad en proceso de envejecimiento. Hasta el momento la participación de los trabajadores mayores está aumentando significativamente.

Finalmente, las futuras reformas se destinarán a más adaptaciones de la Ley de Prestaciones por Desempleo (*WWW*). Los periodos temporales se reducirán aún más y hay un intenso debate sobre la modulación de las bastante bien organizadas protecciones por despido en los Países Bajos.

Todas las reformas descritas encajan muy bien con la actual filosofía de políticas de activación para todas las categorías de trabajadores (en concreto jóvenes y mayores, mujeres, discapacitados, desempleados de larga duración) en lugar de otorgar prestaciones sociales en caso de incidencia de riesgos sociales. De esta manera, el sistema de seguridad social se ha posicionado de forma muy diferente en el contexto del Estado de Bienestar holandés, si se compara con el periodo anterior a las reformas. Ha perdido autonomía y ha quedado más imbricado con las políticas (activas) del mercado laboral y responsabilidad personal.

8.4. SERVICIOS SOCIALES Y DEPENDENCIA

En esta sección me centraré principalmente en los seguros y servicios de atención sanitaria, en concreto en el rol que está jugando el Presupuesto Personal.

Desde el 1 de enero de 2006, los Países Bajos han introducido un sistema parcialmente nuevo de aseguramiento sanitario. Tradicionalmente, el sistema moderno de seguros de salud holandés consistía en dos secciones diferentes, pero complementarias. Una parte se refería al seguro de atención normal; el otro destinado a los gastos médicos excepcionales. El sistema de aseguramiento sanitario normal con-

sistía en un fondo público de seguro de enfermedad para aquellos con ingresos más bajos y un seguro médico privado para los de mayores ingresos. Los seguros para gastos médicos excepcionales están organizados a través de un seguro público, accesible para todos los ciudadanos. Las reformas están teniendo lugar en dos pasos consecutivos, ambos dirigidos a reducir la dependencia del sistema de seguros y al mismo tiempo a aumentar la responsabilidad personal.

La primera ola de reformas se ocupó del sistema de seguro sanitario normal. Después de más de una década de intenso debate político y social, en el comienzo del nuevo siglo se decidió eliminar la distinción entre seguros sanitarios privados y públicos privatizando los últimos. Desde el 1 de enero de 2006 los Países Bajos sólo conocen un sistema de seguros privados basados en la nueva Ley de Seguros de Atención (ZVW), aunque con la obligación legal de aceptar a todos los ciudadanos para el llamado paquete básico, garantizado legalmente, que cubre los gastos médicos básicos (por ejemplo, asistencia dental básica, asistencia médica básica, psicoterapia básica). A esto se añade la posibilidad para las compañías de seguro privadas de ofrecer paquetes de seguros médicos complementarios para cubrir gastos adicionales no básicos. Esta posibilidad introduce el principio de libre elección para los ciudadanos y la competencia entre las compañías de seguros sanitarios, dado que pueden ofrecer diferentes paquetes con diferentes primas. Como las compañías de seguros sanitarios normalmente no organizan ni ofrecen atención sanitaria por sí mismas, tienen que comprarla directamente a los proveedores, tales como hospitales y grupos médicos profesionales. Esto ofrece también la oportunidad de negociar el coste de la atención médica con los proveedores de la misma.

Todos los ciudadanos asegurados están obligados a pagar la prima básica por el paquete básico del seguro. Estas primas son nominales e independientes de los ingresos, y se acuerdan anualmente. Los ciudadanos son libres para elegir seguros complementarios.

Comparado con el sistema anterior de seguros sanitarios para los gastos médicos normales, el actual paquete básico del nuevo seguro más o menos equivale al paquete ofrecido por el anterior fondo público. No obstante, muchos observadores esperan que en el nuevo sistema las primas se elevarán con más facilidad que en el antiguo sistema. Otro riesgo es la reducción del paquete básico en favor de los paquetes complementarios.

En suma, el nuevo sistema de seguros sanitarios para los gastos médicos regulares hace a los ciudadanos más conscientes de los costes de la atención sanitaria por el hecho de que, en conjunto, tendrán que pagar mayores primas si escogen una combinación de seguros básicos y complementarios. En otras palabras, se han hecho más responsables y menos dependientes del aseguramiento sanitario colectivo. La primera ola de reformas del seguro sanitario, por tanto, encaja muy bien en el marco más amplio de reforma del Estado de Bienestar holandés descrito en la sección 2.

La segunda ola de reformas del seguro sanitario se dirige al seguro de gastos médicos excepcionales. Como se ha dicho, al contrario que el seguro para gastos médicos regulares, éste está organizado desde 1964 por medio de un seguro público nacional, llamado Ley de Gastos Médicos Extraordinarios (AWBZ). Esta ley cubre los gastos médicos excepcionales para los ciudadanos, tales como los cuidados de larga duración y las medicinas de alto precio. En 1991 se introdujo, dentro del contexto del AWBZ, el llamado Presupuesto Personal.

Las nuevas reformas de la *AWBZ*, desde el 1 de enero de 2007 conciernen al paso de los servicios y provisiones cubiertos hasta entonces por el *AWBZ* a una nueva ley, llamada Ley de Apoyo Social (*WMO*). Primero nos ocuparemos del Presupuesto Personal.

Principalmente, el *AWBZ* ofrece cuidados en especie, tales como cuidados de larga duración para las personas mayores. El Presupuesto Personal, en cambio, es una asignación monetaria. Dentro de la estructura del *AWBZ*, después de una breve fase preparatoria, se introdujo de forma experimental en 1991. El presupuesto podía gastarse sólo en cuidados de larga duración (cuidados de enfermería, personales y de ayuda en tareas domésticas). El Presupuesto Personal en aquel momento era una cantidad limitada de dinero que se daba directamente a los clientes o pacientes. Esta cantidad de dinero hacía posible contratar ayuda de cuidadores, profesionales o no profesionales (familia, vecinos y amigos). En 1995 el Presupuesto Personal fue primero implementado a nivel nacional para cuidados de larga duración (enfermería y cuidados). Desde 1996 los clientes no reciben más la suma de dinero directamente de las organizaciones administrativas, sino sólo una pequeña parte, la llamada cantidad fija. La parte restante del presupuesto necesitado, era redistribuida por la Asociación de Titulares del Presupuesto (*Verenigingen van Budgethouders*) y más tarde por el Banco de Seguros Sociales holandés (*SVB*). Los Presupuestos Personales no se limitaban a los cuidados de larga duración (cuidado y atención), sino que también se concedía en caso de los cuidados de enfermedades mentales (2001), de discapacitados psíquicos (1997) y discapacitados físicos (2002).

En abril de 2003 se introdujo un nuevo desarrollo, el Nuevo Presupuesto Personal (*PGB nieuwe stijl*). Este implicaba una vuelta, en parte, a la situación anterior en la que los clientes recibían en su totalidad la cantidad de dinero para la que eran elegibles y, por otra parte, la integración de los cuatro presupuestos antes separados para la atención médica de larga duración, los cuidados para los discapacitados mentales, los cuidados para enfermedades mentales y los cuidados para los disminuidos físicos.

Los siguientes datos y cifras aportan detalles más específicos del sistema del sistema del *PGB* en los Países Bajos (véase Cuadro 2 de la página siguiente).

La arquitectura del Nuevo Presupuesto Personal se basó parcialmente en los resultados de varios trabajos de evaluación llevados a cabo por el Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas (*ITS*) (Van den Wijngaart y Ramakers, 2003; Ramakers y Van den Wijngaart, 2000; 2001; 2002; 2003).

Los trabajos de evaluación del *ITS* señalaban un cierto número de problemas administrativos, tales como una información poco adecuada, problemas sustantivos con indicios de la cantidad de servicios, demoras, problemas con la trayectoria de los pagos y la necesidad de un servicio de apoyo consultivo para los clientes durante la aplicación del proceso.

Las reformas del *PGB* de 2003 pretendían simplificar el proceso administrativo en conjunto y ampliar la libertad de elección y de gestión de los beneficiarios. Más concretamente, contenía las siguientes medidas:

- Completa integración de los cuatro *PGB* anteriormente separados: para cuidados de larga duración (enfermería y cuidados), para los discapacitados psíquicos, para los enfermos mentales (*CGZ*) y para los discapacitados físicos.

CUADRO 2

Datos y cifras del sistema *PGB* en los Países Bajos

- En octubre de 2003 había 60.000 beneficiarios del Presupuesto Personal (modalidades antigua y nueva) y, en conjunto, recibían 750 millones de euros.
- El número de beneficiarios del Nuevo Presupuesto Personal aumentó entre el 1 de abril de 2003 hasta el 1 de julio de 2006 de cero a 86.618. Al mismo tiempo, el número de beneficiarios del antiguo Presupuesto Personal desde 51.239 hasta ninguno (CVZ, 2006).
- En 2005 el coste total del *PGB* era 884 millones de euros. En 2006 esta cantidad aumentó por encima de los 1.000 millones de euros, mientras que el máximo subsidio disponible oficialmente para ese año se limitaba a 1.000 millones. En aquel momento, no causó problemas específicos para los beneficiarios.
- El antiguo Presupuesto Personal finalizó formalmente el 31 de diciembre de 2005 y desde ese momento fue completamente sustituido por el Nuevo Presupuesto Personal y los beneficiarios del antiguo Presupuesto Personal pasaron automáticamente a ser beneficiarios del Nuevo Presupuesto Personal. La base oficial para distinguir entre antiguo y nuevo *PGB* dejó de tener validez. Los términos antiguo y nuevo se sustituyeron por el más general *AWBZ*.
- Si observamos la evolución del número de beneficiarios en un periodo largo, vemos un continuo incremento, desde unos 10.000 en 1998 hasta más de 86.000 de 2006.
- En 2004, el 26% de los beneficiarios era menor de 18 años, el 38% tenía entre 18 y 55 años, el 17% entre 56 y 65 años, el 10% entre 66 y 75 años y el 9% restante 76 años o más. El 52% tenía un sólo síntoma, mientras que el 48% tenía múltiples síntomas. El 67% solicitó atención doméstica, el 28% cuidado personal, el 16% enfermería a domicilio, el 15% de acompañamiento y un 14% apoyo para la activación y estancias temporales.
- El presupuesto medio era de 15.234 €. La media de contribución personal de los beneficiarios era de un 6,8% ó 1050 €.
- Por término medio los beneficiarios no gastaron el 15% de su presupuesto, para ser capaces de hacer frente, por ejemplo, a gastos imprevistos.
- En 2004 el gasto total del *PGB* fue 900 millones € (estimación) o alrededor del 4,5% del total de los gastos del *AWBZ* (20.000 millones €) (VWS, 2005).
- El abuso y mal uso del *PGB* por parte de los beneficiarios parece ser raro. Se ha calculado que entre el 1% y el 5% de los beneficiarios lo hacen. Si se detecta fraude, los beneficiarios están obligados a devolver su subsidio.
- Otro punto de interés político es la llamada "monetización del cuidado doméstico", esto es, el uso del *PGB* para pagar el cuidado informal de familiares, vecinos y amigos, en lugar de contratar cuidados profesionales. En conjunto, el 64% de los beneficiarios pagan exclusivamente a cuidadores informales, el 22% sólo a cuidadores profesionales y el 14% adquiere una mezcla de cuidados profesionales e informales. El gasto en cuidado informal supone el 65% de los gastos del *PGB*.
- En principio, el responsable político (la Secretaría Estatal de Sanidad) no se opone al pago de cuidadores informales. No obstante, se van a investigar los contextos en profundidad. Lo que deja abierta la posibilidad de aplicar, a su debido tiempo, una política más estricta en el futuro. Una razón importante para permitir el cuidado informal con dinero del *PGB* es el descenso de la voluntad de los familiares para ocuparse de forma espontánea de los miembros de su propia familia (VWS, 2005).

- El cuidado se describe en términos de funciones: asistencia para tareas domésticas, cuidado personal, enfermería, supervisión de apoyo, supervisión de activación y estancias temporales.
- Las mejoras en el proceso de indicios de necesidad de cuidados necesitados por parte de los proveedores de servicios.
- Un papel más importante para las 32 Oficinas Regionales de Cuidados regionales (*Zorgkantoren*) en la determinación del nivel de prestaciones.
- La introducción de tipos de cuidados en lugar de la tarificación por horas y tipos de presupuesto (*PGB*).

El Cuadro 3 resume el proceso administrativo del Nuevo Presupuesto Personal en 8 pasos.

Una primera evaluación del Nuevo Presupuesto Personal, realizada por el *ITS*, muestra los siguientes resultados (Van den Wijngaart Et Ramakers, 2004). En esta evaluación, se trabajó con dos grupos de titulares del Presupuesto (titulares del antiguo *PGB* que fueron transferidos al nuevo y beneficiarios del nuevo *PGB*). Las tres preguntas centrales de la evaluación fueron:

- ¿Experimentan los titulares del *PGB* anterior al 2003 la mejora del Nuevo *PGB*?
- ¿Cómo valoran los beneficiarios el Nuevo *PGB*? ¿Son capaces de realizar un cuidado a medida y experimentan bastante influencia en el cuidado además de en el presupuesto?
- ¿Hasta qué punto hay diferencias de opinión en referencia al antiguo *PGB* anterior al 2003 y el Nuevo *PGB*?

CUADRO 3

El presupuesto personal en ocho pasos

1. El ciudadano asegurado solicita la comprobación de los síntomas a través del Centro de Comprobación-Determinación de Cuidados (*Centrum Indicatiestelling, CIZ*).
2. El *CIZ* establece cuánto cuidado necesita la persona asegurada (las funciones para las que tiene síntomas, en qué cantidad y de qué tipo tiene derecho y por cuánto tiempo).
3. La persona asegurada elige entre cuidados en especie y *PGB*.
4. La oficina de enlace asigna un *PGB*. Del *PGB* bruto se deduce una contribución en función de los ingresos personales.
5. La oficina de enlace paga el *PGB* mediante transferencia bancaria o giro al beneficiario. Se paga de una vez hasta 2.500 € anuales y hasta los 25.000 € anuales se pagan mensualmente.
6. El beneficiario contrata cuidados y es libre para elegir sus cuidadores (variando entre una institución profesional, un familiar o un vecino).
7. El beneficiario da cuenta de sus gastos en la oficina de enlace. Este gasto puede hacerse en: asistencia para tareas domésticas, cuidado personal, enfermería domiciliaria, acompañamiento, servicios de activación y estancia temporales (alojamiento).
8. El beneficiario devuelve el presupuesto no utilizado en la oficina de enlace.

Fuente: CVZ, 2005.

El proyecto cubrió las 15 regiones de los Países Bajos y 714 y 516 antiguos beneficiarios del antiguo Presupuesto Personal de viejo estilo participaron en la primera y segunda fase, así como 417 beneficiarios del Nuevo Presupuesto Personal en 2003 y 2004.

En general los resultados señalan en la dirección de una evaluación positiva de la reforma de 2003 por parte de los beneficiarios del nuevo sistema. Estos se muestran satisfechos con la posibilidad de gastar el presupuesto de acuerdo con sus propios criterios y sobre la relativa simplicidad de la regulación. Sin embargo, si tuvieran la posibilidad de elegir entre prestaciones en servicios o en dinero, un 87% de los titulares del Nuevo *PGB* habría preferido prestaciones en servicios.

Los beneficiarios del antiguo Presupuesto Personal, en cambio, son mucho más críticos con las reformas: desde su punto de vista, éstas no suponen una mejora administrativa sino un cambio a peor (más burocracia, menor presupuesto y mayores contribuciones personales).

La composición de ambos grupos de encuestados presentaba diferencias significativas: los beneficiarios del sistema antiguo eran con mayor frecuencia mujeres, mayores y solteros o en pareja más que los beneficiarios del nuevo sistema.

Los resultados del proyecto del *ITS* fueron ampliamente confirmados por otra investigación llevada a cabo por encargo del Ministerio de Sanidad (Hoeksma, Homans & Menting, 2004). Este proyecto se centraba concretamente en la calidad del cuidado contratado por los beneficiarios. Los 800 titulares del *PGB* contactados estaban muy satisfechos en general, aunque describían la calidad del cuidado de diferentes maneras, dependiendo del ámbito al que pertenecieran los cuidados contratados.

El 1 de enero de 2007 se introdujo una nueva ley que ha tenido ulteriores consecuencias para el fenómeno de la dependencia en el Estado de Bienestar holandés. En ese momento la Ley de Apoyo Social (*WMO*) había sustituido en parte a la *AWBZ* en los cuidados de larga duración. La *WMO* iba a sustituir además a las ya existentes Ley de Servicios para los Discapacitados (*WVG*) y la Ley de Bienestar Social (*Welzijnswet*). La responsabilidad administrativa de la *WMO* recae en las autoridades locales. Una diferencia importante con la situación anterior es que la *WMO* no es un seguro público en base al cual los receptores son elegibles, sino una regulación financiada por los ingresos de los impuestos. Esto supone que las autoridades locales tienen el poder de decidir quién es elegible para recibir cuidado profesional y quién no.

El objetivo de la *WMO* es crear el ambiente y las condiciones a nivel local para apoyar a la gente a la participación social y recuperar o estimular la capacidad de la gente para actuar de forma independiente. Los puntos más importantes de partida son:

- Menos reglas estatales.
- Implicación de los ciudadanos en la elaboración de las políticas.
- Una gran responsabilidad personal de los ciudadanos en la sociedad civil.
- Buena calidad de los cuidados para la gente con discapacidad.

El *WMO* se dirigía en particular a tres grupos objeto: personas vulnerables con necesidades de apoyo, personas con una necesidad de participar activamente en la sociedad y barrios vulnerables en los que la calidad de vida está amenazada por la inseguridad y la fragmentación de las relaciones sociales.

Se asume que hoy en día en torno al 15% de la población holandesa pertenece a los grupos objeto de personas vulnerables de la *WMO*. En conjunto, es un grupo bastante difuso. Para ser capaz de decidir sobre la provisión de servicios profesionales de cuidado a los ciudadanos, las autoridades locales tienen la posibilidad de determinar los indicios o síntomas y también de decidir sobre la contribución económica de los ciudadanos o clientes. Las autoridades locales tienen que aplicar en este sentido los denominados nueve campos de actuación (*prestatievelden*). Cuatro de estos campos son de particular importancia para las personas con minusvalías, enfermos crónicos y mayores:

- Facilitar información, consejo y apoyo a los clientes.
- Apoyo al cuidado de trabajadores voluntarios.
- Estímulo a la participación social así como al funcionamiento autónomo de las personas con minusvalías físicas o psíquicas.
- Dar servicios y prestaciones a las personas con una minusvalía o una enfermedad mental crónica dirigidos al mantenimiento de la participación y el funcionamiento autónomo.

Efectivamente, algunos componentes del *PGB* se han transferido el 1 de enero de 2007 desde el ámbito de la *AWBZ* al del *RMO*, en concreto el cuidado doméstico. Aparte de esto, el número de conexiones entre la atención sanitaria (*AWBZ*) y el cuidado social (*WMO*) aumentará seguramente (NIZW, 2006).

Desde el 1 de enero de 2007 alrededor de 37.000 beneficiarios únicamente solicitarán y recibirán cuidado doméstico el *PGB WMO*, 31.000 beneficiarios recibirán todavía un *PGB AWBZ* y unos 22.000 beneficiarios recibirán ambos *PGB (WMO+AWBZ)* (CVZ, 2006).

En resumen, el nuevo *WMO* será la pieza final provisional de las reformas dirigidas a reducir la influencia estatal y, al mismo tiempo, incrementar la responsabilidad personal. Junto con las recientes reformas del sistema de seguros sanitarios (*ZVW* y *AWBZ*) lo que supone una forma completamente nueva de gobernanza, primordialmente basada en la demanda en vez de en la oferta. Por tanto, también significa una reducción de la dependencia de las provisiones colectivamente organizadas del estado del bienestar.

8.5. CONCLUSIONES Y DISCUSIÓN

En este artículo he evaluado los desarrollos recientes del Estado de Bienestar holandés desde el punto de vista de la dependencia. En este sentido, se ha vuelto evidente que la política del gobierno holandés está dirigida a reducir, en la medida de lo posible, la dependencia de los ciudadanos del Estado de Bienestar. Comparado con el Estado de Bienestar que existía en los setenta y ochenta, el presente estado del bienestar es menos redistributivo y mucho más activador. La visión futura del Estado de Bienestar es de un Estado de inversión social o de un Estado de participación. La estrategia de fondo ha sido una estrategia de "liberalización dirigida". La traducción de esta estrategia a términos operativos significa dar más peso a la forma económica de pensamiento y el uso de incentivos económicos profusamente para el cumplimiento de los objetivos de estas políticas. Dentro de esta estructura de nueva gestión pública los ciudadanos son exhortados a tomar una responsabilidad más directa por su propio

bienestar. Este desarrollo está ocurriendo simultáneamente en el sistema de seguridad social y en el sistema de seguros sanitarios y servicios sociales.

El papel de la administración central está pasando de la organización y distribución de seguros y servicios sociales al seguimiento y control de los servicios sociales proporcionados.

El sistema de seguridad social se ha transformado en un sistema de "trabajo e ingresos" en el que la dependencia de las prestaciones se permite sólo en casos temporales en los que el trabajo pagado, por cualquier razón, es imposible. En otras palabras, el sistema de seguridad social se ha convertido más en un instrumento para la política de activación. En consecuencia, el número de beneficiarios desempleados y discapacitados está disminuyendo. También, los trabajadores mayores son incentivados para trabajar más allá de los 65 años e impelidos por impedimentos legales a no abandonar el mercado laboral a una edad más temprana.

Otra estrategia seguida por el gobierno y particularmente aplicada en el campo de los seguros sanitarios normales es privatizarlos parcialmente y, al mismo tiempo, estimular la competición entre los administradores privados de la nueva Ley de Seguros de Atención (*ZVW*). Como esto lleva a contribuciones personales más altas y menor provisión sanitaria colectivamente garantizada, implica menor dependencia de la asistencia sanitaria pública.

Una sección especial de los seguros de atención sanitaria (gastos médicos excepcionales) experimentó desde 1991 con el llamado Presupuesto Personal. En lugar de proveer cuidados institucionales de larga duración, el Presupuesto Personal es un presupuesto monetario que puede gastarse con más o menos libertad por parte de los clientes para diversos tipos de cuidados, como cuidados domiciliarios y de enfermería. Para el gobierno es una alternativa más barata para garantizar la provisión de cuidados. Ofrece, además, la oportunidad para experimentar más fácilmente con las contribuciones personales de los clientes. Una ventaja para los mismos clientes es el mayor margen de maniobra en la elección de provisión de atención. El desarrollo más reciente en este campo es dar más poder administrativo a las autoridades locales (cf. *WMO*, 2007). Una de las consecuencias previsibles de esta política será una compensación de los cuidados pública y formalmente garantizados por el cuidado informal, en concreto para aquellas personas que no puedan permitirse las más caras provisiones de cuidado privadas.

En resumen, a lo largo de las últimas décadas se ha dado una retirada gradual del Estado en lo que se refiere al Estado de Bienestar holandés, dando una responsabilidad más sustantiva por su bienestar al ciudadano individual y, al mismo tiempo, más poder administrativo a las autoridades locales y los empleadores individuales. No está claro todavía adónde conducirá este proceso. Como muestra la investigación de la Oficina de Planificación Social y Cultural (*SCP*), los mismos ciudadanos holandeses no están muy tranquilos con respecto a sus derechos futuros. Prevén para alrededor de 2020 un sistema de cuidados más pobre para los vulnerables y los enfermos de larga duración. Esto está en línea con las estimaciones numéricas. En 2020 el número de personas que demandarán servicios de cuidados y atención médica domiciliaria habrá aumentado de 1,2 millones a 1,6 millones de personas. Para entonces, visto desde la perspectiva de la presente *AWBZ*, en torno a la mitad de ellos tendrá cuidado profesional. La otra mitad será dependiente del cuidado informal por parte de miembros de la familia, amigos u otros cuidadores informales (pagados) (*SCP*, 2004).

8.6. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- CVZ (2005): *Personal budget. Purchase your own care in 8 steps*. Amsterdam, Diemen.
- CVZ (2006): *Uitvoeringsverslag PGB nieuwe stijl juli 2005 – juli 2006*. Amsterdam, Diemen.
- De Gier, E.; De Swaan, A. & Ooijens, M. (eds.) (2004): *Dutch Welfare Reform in an Expanding Europe. The Neighbours' view*. Amsterdam, Het Spinhuis.
- Hoeksma, Homans & Menting (2004): *Het PGB nieuwe stijl in beeld. Eindrapport*. Enschede.
- Hooge, E. y Faber, M. (2005): *Maatschappelijk ondernemen. Een verkenning van het debat*, S&D 7/8, pp. 20-25.
- Ministry of Health, Welfare and Sports (2004): *En route to a sustainable system of long-term care and social support*. 23 de abril, La Haya.
- Ministry of Social Affairs and Employment (2006): *Policy agenda 2006*. La Haya (www.minszw.nl).
- NIZW (2006): *De wet nader bekeken*. www.wetmaatschappelijkeondersteuning.nl
- Ramakers, C. y Van den Wijngaart, M. (2003): *Persoonsgebonden budget voor lichamelijke gehandicapten*. ITS-Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Ramakers, C. & Van den Wijngaart, M. (2000, 2001, 2002): *Persoonsgebonden budget in de geestelijke gezondheidszorg*. ITS-Radboud Universiteit, Nijmegen.
- RMO (2002): *Bevrijdende kaders. Sturen op verantwoordelijkheid*. La Haya.
- RMO (2006): *Verschil maken. Eigen verantwoordelijkheid in de verzorgingsstaat*. Amsterdam, SWP.
- SCP (2004): *In het zicht van de toekomst. Sociaal en Cultureel Rapport 2004*. La Haya.
- Van der Veen, R. (2005): *Interventie en Organisatie. Een sociologische analyse van het veranderend vermogen tot maatschappelijke interventie aan de hand van veranderingen in het gezondheidsbeleid*. Róterdam, Oratie, Erasmus Universiteit.
- Van den Wijngaart, M. & Ramakers, C. (2003): *Het persoonsgebonden budget in Nederland van 1990 - 2003. Een overzicht van ontwikkelingen, beleid en onderzoek*, Handboek Zorg Thuis, Elsevier Gezondheidszorg, Maarsse, pp. 45-60.
- Van den Wijngaart, M. & Ramakers, C. (2004): *Monitor Budgethouders pgb nieuwe stijl*. ITS-Radboud Universiteit, Nijmegen.
- Visser, J. & Hemerijck, A. (1997): *"A Dutch Miracle": Job Growth, Welfare Reform and Corporatism in the Netherlands*. Amsterdam University Press, Amsterdam.
- VWS, Ministry of Health (2005): *Beleidsbrief "het PGB gewogen" evaluatie en vooruitblik*. La Haya.
- WRR (2004): *Bewijzen van goede dienstverlening*. Amsterdam University Press, Amsterdam.

LISTA DE LAS PRINCIPALES ABREVIATURAS

<i>ABW</i>	Ley de Asistencia Social
<i>AWBZ</i>	Ley de Gastos Médicos Extraordinarios
<i>CIZ</i>	Centro de Indicación-Determinación de Cuidados
<i>GGZ</i>	Sector de Atención de Salud Mental
<i>ITS</i>	Instituto de Ciencias Sociales Aplicadas, Radboud Universiteit, Nijmegen
<i>IVA</i>	WIA-Provisión de ingresos en caso de discapacidad completa (80-100 por ciento)
<i>PGB</i>	Presupuesto Personal
<i>RMO</i>	Consejo para el Desarrollo Social
<i>SCP</i>	Oficina de Planificación Social y Cultural
<i>SVB</i>	Banco de Seguros Sociales
<i>VUT</i>	Regulación de la jubilación anticipada al nivel de compañía o sector
<i>WAO</i>	Ley del Seguro de Incapacidad Laboral
<i>WGA</i>	WIA-Regulación de ingresos sustitutivos en caso de discapacidad laboral parcial (35-80 por ciento)
<i>WIA</i>	Ley de Trabajo e Ingresos de acuerdo con la Capacidad Laboral, o Ley de Capacidad Laboral
<i>WMO</i>	Ley de Apoyo Social
<i>WVG</i>	Ley de Servicios para los Discapacitados
<i>WRR</i>	Consejo Científico para la Política Gubernamental
<i>WWW</i>	Ley de Prestaciones por Desempleo
<i>WWB</i>	Ley de Trabajo y Bienestar
<i>ZVW</i>	Ley de Seguros de Atención

Capítulo 9: Dependencia, exclusión social y vejez en el Reino Unido*

John Bond
Centre for Health Services Research
University of Newcastle

9.1. INTRODUCCIÓN

Desde una perspectiva política, el éxito que supone el incremento de la esperanza de vida y la prolongación de la vida humana es un reto para el desarrollo de políticas públicas en Europa y el resto del mundo. Para los políticos y los elaboradores de políticas públicas, el envejecimiento de la población es percibido como un problema social creciente, en parte debido a las asunciones prejuiciosas que aseguran que los mayores del futuro serán tan dependientes del Estado y otras instituciones nacionales como lo fueron los mayores de anteriores generaciones. Pero las futuras políticas sociales necesitarán tener en cuenta las posibles expectativas, demandas y preferencias futuras de la gente mayor en un mundo globalizado, así como el desarrollo de sus necesidades de protección social.

En el Reino Unido, como en otros estados europeos, la proporción de población de 65 años o más se ha incrementado considerablemente durante los últimos cincuenta años y se espera que siga creciendo en los cincuenta siguientes. En 1951, el 11 por ciento de la población tenía 65 años o más. En 2001 esta proporción había crecido hasta el 15,2% y se esperaba que creciese hasta el 24% en 2051 (Shaw, 2001). Este envejecimiento de la población se debe no sólo al incremento de la esperanza de vida sino también al fenómeno migratorio y a las cambiantes pautas de fecundidad entre las generaciones jóvenes. Esto ha afectado a las razones de dependencia —las proporciones relativas de población económicamente inactiva o económicamente activa, por ejemplo la población de 65 años o más como porcentaje de la población entre 15 y 64— incrementándolos para la tercera edad desde el 20% en 1971 hasta el 27% en 2001, con la previsión de que crezca hasta el 47% en 2051 (National Statistics Online, 2005c).

Desde el final de los conflictos de 1939-45 en Europa, la provisión de apoyos para la gente mayor ha crecido continuamente reflejando el incremento del Producto Interior Bruto (PIB), lo que permitió el establecimiento y crecimiento del Estado de Bienestar británico en los años de posguerra. Sin embargo, desde la crisis del petróleo de los setenta las instituciones de protección social han sido objeto de mayor presión, ya que los sucesivos gobiernos del Reino Unido se enfrentaron con el cambio en la estructura económica británica dentro de un contexto de globalización y de competencia de las economías en desarrollo como las del sudeste asiático.

Este capítulo comienza revisando las diferentes formas en las que la dependencia ha sido conceptualizada en el Reino Unido y proporciona información sobre el contexto de los ciudadanos ancianos. La parte principal del capítulo describe la estructura de los sistemas de protección social en el Reino Unido dando cuenta del desarrollo y declive histórico del Estado de Bienestar británico. Se concluye con un debate acerca de la agenda de 'modernización' y su impacto en futuras cohortes de ancianos en el Reino Unido.

* Traducción por Álvaro Martín Hernández.

9.2. DEPENDENCIA Y EXCLUSIÓN SOCIAL

Los analistas de política social y pública continuamente reflejan la retórica y el lenguaje de los políticos. Con la excepción de la idea específica de "razón de dependencia", el amplio concepto de dependencia en los últimos años de vida se ha subsumido bajo ideas más generales de exclusión e inclusión social. ¿Qué queremos decir con estos diferentes términos?

9.3. DEPENDENCIA

Muchos de los estereotipos negativos sobre los últimos años de vida se agrupan en una única palabra: dependencia. El prejuicio sobre la edad es manifiesto en la forma en que definimos dependencia en la tercera edad. Las imágenes sobre la etapa final de la vida destacadas por Butler (1987) en su análisis del envejecimiento son utilizadas a menudo metafóricamente en comparación con la infancia (Hockey y James, 1993). Al modo de Shakespeare en su citado verso de las siete fases del hombre (y de la mujer) de su obra *As You Like It*, la vejez "profunda" "*deep old age*" (a veces denominada "cuarta edad") es vista como la llegada de una segunda infancia. El uso de metáforas de la infancia nos ofrece marcos implícitos de referencia para la interacción social diaria y fomenta la infantilización y sus prácticas —el tratamiento de la gente mayor como si fueran niños. De esta forma, el uso del término dependencia está implícitamente infantilizando a la gente mayor.

Con todo, el término "dependencia" está institucionalizado en políticas públicas por su uso en la descripción de indicadores económicos conocidos como ratios de dependencia. Una cuestión clave para los diseñadores de políticas es el mantenimiento del crecimiento económico. Una de las barreras percibidas al crecimiento económico es el declive absoluto en la proporción de población económicamente activa. En los modelos económicos la idea es muy simple: cuanto mayor es la proporción de población económicamente activa, menor es la proporción de recursos que necesitamos derivar a los económicamente inactivos (población dependiente). De esta forma, para los elaboradores de políticas preocupados por la economía nacional, europea y mundial, cualquier caída en la proporción de gente económicamente activa o el inevitable envejecimiento de la población significa que la gente mayor será una carga económica creciente. En contraste los niños, el otro gran grupo de dependencia, son vistos como el futuro. Éste es también un argumento que frecuentemente se ha utilizado para defender el racionamiento de servicios sanitarios para la gente mayor (Callahan, 1987). Dada la hegemonía de los elaboradores de política económica, la falacia de este argumento es con frecuencia obviada.

Sería muy sencillo ser alarmista (Katz, 1992) sobre los cambiantes ratios de dependencia en el Reino Unido. Estos hacen pensar en la política de pensiones ya que está frecuentemente asumido que el envejecimiento de la población y los cambios asociados en los ratios de dependencia dañarán las economías incrementando el consumo de servicios sanitarios y de bienestar (Clark y Spengler 1980). Esta acepción de los ratios de dependencia no sólo refuerza el prejuicio sobre la edad sino que ignora las contribuciones invisibles que la gente mayor hace a la economía a través de su consumo y productividad. Las asunciones sobre el uso de los servicios sanitarios y de bienestar están basadas en datos his-

tóricos y no tienen en cuenta los cambios en las pautas de morbilidad y mortalidad al final de la vida. Asunciones similares sobre la participación de las mujeres y la gente mayor en la fuerza de trabajo están sujetas a cambio.

9.3.1. TIPOS DE DEPENDENCIA

Como Walker (1982) ha argumentado, la dependencia es un concepto socialmente construido y varios escritores británicos se han mostrado preocupados sobre la forma en que se utiliza el término dependencia. Wilkin (Wilkin, 1987; Wilkin y Thompson, 1989) ha revisado el significado del término dependencia reflejado en sus diferentes usos e identificado dos claras aproximaciones de clasificación. Primero, puede ser clasificada en términos de actividades de la vida diaria para las cuales un individuo es dependiente de otros y segundo, en términos de las causas de la dependencia. Walker (1982), en el desarrollo del concepto de dependencia estructurada (*structured dependency*) (Townsend, 1981; Walter, 1981) ha subrayado también varios usos del término. Su concepto de ciclo vital de la dependencia (*life-cycle dependency*) refleja a nivel individual el ratio de dependencia y es el concepto de dependencia central en los análisis de Hockey y James's (1993) sobre envejecimiento a lo largo de la vida. Walker (1982) también señala la dependencia política y económica. La dependencia política se relaciona con la pérdida de individualidad y ciudadanía debido al recorte o a las restricciones en la autonomía y empoderamiento individuales. La dependencia económica es la dependencia de los individuos en relación al apoyo financiero de las familias, de las redes sociales informales y del Estado. Así, los diferentes conceptos de dependencia reflejan las presiones de las estructuras económicas, políticas, psicológicas y sociales más que el envejecimiento biológico o cronológico. Los conceptos de dependencia física y psicológica (Wilkin, 1987) y de dependencia económica (Walker, 1982) son centrales en este documento. Las enfermedades crónicas, la discapacidad y la fragilidad mental o física son todas ellas atributos creadores de dependencia, y la mayoría de la gente que es física o psicológicamente dependiente es muy probable que experimenten también dependencia económica.

9.3.2. DEPENDENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA

En el centro de muchas concepciones de dependencia está la idea de que ésta es parte de una relación social. Por tanto, la dependencia física y psicológica se refiere a una necesidad física y social del individuo que deriva de una enfermedad, impedimento o discapacidad, dependiendo en gran medida el individuo de otros para la satisfacción de esas reconocidas necesidades en cuidados personales y salud. Pero la dependencia de otros no es necesariamente la única forma de relación social. Por ejemplo, los cuidadores de individuos dependientes pueden autorrealizarse como resultado de la prestación de cuidados. La reciprocidad es, por tanto, un elemento importante para entender la dependencia y subraya la importancia de la interdependencia en la vida actual.

Una idea innovadora desarrollada por Isaacs y Neville (1976), y que ha sobrevivido al paso del tiempo en la planificación de servicios para la población, intenta identificar categorías de necesidades perso-

nales y determina la dependencia que los individuos tienen de otros. El concepto central aquí es el "intervalo de necesidad", "*interval need*" definido por el intervalo de tiempo que un individuo puede ser dejado solo sin que sus necesidades de ayuda se manifiesten. La clasificación simple distingue necesidades personales y de salud en "largas", "cortas" o "críticas". Se ha empleado una clasificación más compleja para la planificación (Bond y Carstairs 1982). Las necesidades individuales son clasificadas de acuerdo a su nivel de salud, particularmente su nivel de discapacidad física o mental. La clasificación original identifica cuatro categorías: independiente ("independent"), dependencia de intervalo largo ("long-interval dependency"), dependencia de intervalo corto ("short-interval dependency") y depen-

CUADRO 1
Categorías de dependencia física o psicológica

Componentes de la dependencia					
Categorías de dependencia	Movilidad	Cuidado personal	Cuidado doméstico	Continencia	Salud mental
<i>Independiente</i>	Capaz de realizar todas las actividades de movilidad	Capaz de realizar todas las actividades de cuidado personal	Capaz de hacer todas las actividades de cuidado doméstico	Continente	Sin problemas de salud mental
<i>Intervalo largo</i>	Dificultad para caminar en superficies llanas fuera de casa Incapaz de viajar en autobús	Dificultad para: • Vestirse • Lavarse las manos o la cara Incapaz de: • Lavarse el pelo • Bañarse o ducharse	Dificultad para: • Tareas domésticas sencillas • Preparar/ cocinar la comida Incapaz de: • Hacer grandes compras • Lavar la ropa • Planchar la ropa	Sólo incontinencia urinaria	Discapacidad de memoria leve o leve depresión o ansiedad
<i>Intervalo corto</i>	Incapaz de caminar en superficies llanas fuera de casa	Incapaz de: • Ponerse los zapatos • Vestirse • Lavarse las manos o la cara	Incapaz de: • Tareas domésticas sencillas • Preparar/ cocinar la comida • Hacer la cama	No incontinencia de heces	Puede tener un leve trastorno
<i>Intervalo crítico</i>	Incapaz de: • Levantarse de una silla • Caminar	Incapaz de: • Usar el baño		Incontinencia urinaria o de heces	Graves problemas de memoria, depresión o ansiedad

Fuente: Bond J. y Carstairs V. (1982), Fig. 5.

dencia de intervalo crítico ("critical-interval dependency"). La gente que es independiente pueden tener o no alguna prescripción médica, pero experimentan una pequeña o nula incapacidad funcional. Una capacidad funcional del individuo puede verse afectada por enfermedades físicas (por ejemplo artritis) o mentales (por ejemplo demencia), o más probablemente por una combinación de ambas. Sin embargo una capacidad funcional puede verse afectada también por factores medioambientales y sociales como la calidad de la construcción del entorno, la presencia de una fuerte red social de apoyo tanto como por los factores personales y psicológicos. En cuanto a la gente definida como dependiente de intervalo largo, puede tener necesidades como hacer la compra o limpiar cuya realización es posible por parte de alguien en un tiempo inespecífico y no necesariamente a diario. Aquellos definidos como dependientes de intervalo corto pueden tener necesidades como ducharse, bañarse o lavarse que requieren ser realizadas en tiempos específicos del día y, al menos, una vez al día. Las diferentes perspectivas sociales y culturales implican que éstas no son categorías uniformes sino que están definidas a nivel individual. Sin embargo, en los estudios poblacionales es pragmático ignorar esta diversidad. La gente dependiente de intervalo crítico tiene necesidades impredecibles como la ayuda para ir al baño o la vigilancia a causa de un deterioro cognitivo y, probablemente, requiera supervisión las 24 horas. De nuevo las necesidades individuales variarán, quizá debido a las diferentes perspectivas de riesgo. El Cuadro 1 (en la página anterior) ilustra los intervalos de necesidades para diferentes incapacidades funcionales.

9.3.3. DEPENDENCIA ECONÓMICA

La dependencia económica o financiera ha llegado a referirse a dependencia del apoyo financiero del Estado. En el Reino Unido esto se ha asociado con la valoración de los ingresos y de la riqueza, y con una definición "oficial" de pobreza. Aunque tradicionalmente se ha empleado una definición basada en la pobreza relativa (Townsend 1970), ésta siempre ha estado a un bajo nivel y se ha fundamentado en criterios más severos que los de la definición oficial de línea de pobreza empleada por la Unión Europea. La línea de pobreza oficial del Reino Unido está definida por el nivel de apoyo pagado a individuos u hogares para completar ingresos, que antes de 1973 estaba basado en valoraciones políticas *ad hoc*. Después de 1973 este umbral fue ajustado primero por los ingresos medios y más tarde (desde 1979) por el nivel de precios con subidas ocasionales *ad hoc*. El nivel actual (septiembre de 2006) para la gente mayor (retirados del mercado laboral) de la prestaciones de pensión, *Pension Credit*, es de 114,05£ semanales si el solicitante está soltero y 174,05£ semanales si tiene cónyuge dependiente. Esto es sustancialmente inferior que la línea de pobreza de la Unión Europea del 50% de los ingresos medios (situada actualmente en torno a 349,6£, National Statistics Online, 2005a).

9.4. EXCLUSIÓN SOCIAL

Quizá en parte como respuesta a los estereotipos negativos a la hora de describir un rango de grupos sociales como dependientes, surgió un nuevo concepto de exclusión social en la retórica política y de políticas públicas desde mediados de los noventa. El concepto emergió también en una época en la que

las desigualdades de ingresos y la pobreza eran percibidas como inevitables por el gobierno Thatcher de la época que pretendía limitar los debates sobre la pobreza (Burchardt et al., 2002). Cuando el concepto fue adoptado por el gobierno Blair se aplicó primero a los grupos marginados tales como familias monoparentales o minorías. El núcleo de la política fue atender a dichos grupos "excluidos" en su entrada (o re-entrada) al mercado laboral mediante el apoyo de iniciativas para el cuidado de niños y el desarrollo de habilidades. Recientemente el concepto ha sido aplicado más ampliamente por el Departamento de Trabajo y Pensiones británico (DWP) incluyendo a la gente mayor. Este cambio en el uso coincide con la redefinición de gente mayor como personas de 50 años o más, en lugar de la tradicional definición administrativa basada en la edad legal de las pensiones para los varones (65 años).

El desarrollo del concepto de exclusión social en la política pública británica siguió la acepción inicial de los elaboradores europeos de política pública, quienes introdujeron el concepto con el propósito de desarrollar y armonizar una agenda "social" a través de los estados miembros de la Unión Europea además de la existente agenda económica. En el seno de la Unión Europea, Gran Bretaña se resistió a la agenda social durante muchos años y sólo desde 1997, tras la elección del gobierno Blair, se ha considerado seriamente por parte de políticos y elaboradores de políticas, aunque de forma secundaria respecto a la política económica. Se reconoció que la exclusión social señalaba más claramente los costes sociales para los individuos, familias y comunidades cuando están excluidos o desenganchados de la mayoría de la sociedad.

Al igual que el de dependencia, el término de exclusión social ha sido utilizado de diversas formas. El gobierno británico originalmente definió exclusión social como "un término que resume lo que puede suceder cuando personas o áreas padecen una combinación de problemas ligados entre sí, como desempleo, escasa preparación, bajos ingresos, infravivienda, alto índice de criminalidad, mala salud y ruptura familiar" (Social Exclusion Unit, 2001). Recientemente han definido exclusión social para los mayores de esta forma: "La exclusión entre los mayores se experimenta cuando una persona pierde varios de aquellos factores importantes para una buena calidad de vida. Definida resumidamente, es una experiencia caracterizada por la privación y la pérdida de acceso a redes, actividades y servicios que derivan en una baja calidad de vida" (Office of the Deputy Prime Minister, 2006, párrafo 1.3). La amplitud de esta definición incluye la exclusión de relaciones sociales, actividades culturales, participación ciudadana, servicios básicos, convivencia vecinal, productos financieros y bienes de consumo. La exclusión social ha sido también concebida en términos de pérdida de derechos ciudadanos, particularmente en relación al sistema democrático y legal, al mercado laboral, a la sanidad y al sistema de bienestar y a la comunidad y al vecindario (Berghman 1997). Las personas de avanzada edad han señalado la necesidad de inclusión a través de la participación y la integración más allá del mercado laboral, de la experiencia de la exclusión a través de la segregación espacial y de la exclusión mediante el desenganche de las instituciones formales (Scharf et al., 2001). Por supuesto que para la gente mayor la experiencia de la exclusión puede ser algo diferente a la de otros grupos excluidos. Ellos no representan una minoría pero sí un grupo muy diverso en el que algunos experimentan marginalización respecto de la sociedad mayoritaria. La actividad económica a través de la participación en el mercado laboral no es una opción frecuente, ya que la discriminación por edad en el lugar de trabajo y las espec-

tativas y preferencias de los jubilados los mantienen fuera del mercado laboral. Para los mayores la exclusión social es menos dinámica o fluida que para otros grupos excluidos, donde los cambios en las circunstancias vitales así como en la adquisición de nuevas habilidades incrementan las oportunidades de inclusión. Una consecuencia de la naturaleza estática de la exclusión social para la gente mayor es el riesgo de entrampamiento en el barrio, lo que remarca la importancia de la inclusión espacial, el compromiso institucional y la participación e integración (Scharf et al., 2004).

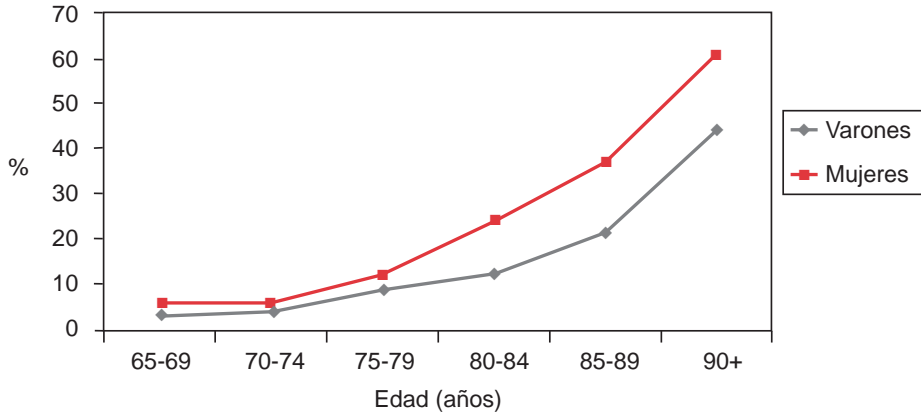
9.5. LOS MAYORES EN EL REINO UNIDO

De los 58,8 millones de habitantes en el Reino Unido en 2001, el 84% residían en Inglaterra, el 9% en Escocia, el 5% en Gales y el 3% en Irlanda del Norte (National Statistics Online, 2005b). Al igual que otros países del norte de Europa, la estructura demográfica del Reino Unido ha cambiado considerablemente durante el siglo xx como resultado de cambios en la mortalidad infantil, la fecundidad y el incremento de la esperanza de vida. En Inglaterra y Gales alrededor de 8,3 millones (el 16%) de la población tenía 65 años o más en el censo de 2001, el 8% tenía 75 años o más y el 2% igualaba o superaba los 85 años. La razón de feminidad de la gente entre 65 y 69 años era de 108 (esto es, por cada 100 hombres había 108 mujeres), pero aumentaba hasta 230 para la gente entre 85 y 89 años y hasta 432 para gente entre 95 y 99 años.

9.6. DEPENDENCIA FÍSICA Y PSICOLÓGICA

Los datos del Estudio del Consejo de Investigación Médica sobre Función Cognitiva y Envejecimiento, *Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study*, (MRC CFAS, 1999) ofrecen una estimación de la prevalencia de la dependencia física y psicológica en Inglaterra y Gales para la gente de 65 años o más. Sobre la base de una encuesta de población de alrededor de 10.000 personas de 65 o más años, el estudio MRC CFAS y el Estudio de las Implicaciones para los Recursos (RIS MRC CFAS, 1999) estimaron que aproximadamente 1,3 millones de personas (el 15,7%) eran discapacitados. Los índices de prevalencia fueron inferiores para los hombres (10,6%) que para las mujeres (19,2%), reflejando en parte el impacto de la mayor supervivencia de las mujeres. La discapacidad cognitiva estaba presente en alrededor un tercio de personas mayores discapacitadas. Tanto la prevalencia de la discapacidad física como la de la cognitiva aumentaban con la edad (ver Gráfico 1). Resumiendo la dependencia entre este grupo de edad, MRC CFAS encontró que de 1,3 millones de personas discapacitadas el 3% eran independientes, el 14% necesitaba apoyos o cuidados con frecuencia menor a la diaria (intervalo largo), el 62% necesitaba apoyo o cuidados varias veces al día (intervalo corto) y el 21% necesitaba apoyo o supervisión constante (intervalo crítico).

GRÁFICO 1

Proporción de hombres y mujeres con una discapacidad¹ por edad

¹ Las actividades de la vida cotidiana puntúan 11-18.

Fuente: Medical Research Council, Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS), 2001.

9.6.1. DEPENDENCIA ECONÓMICA

Durante generaciones la gente mayor en el Reino Unido ha estado en la pobreza o en los límites de la pobreza. Por ejemplo, en 1978 la Comisión Real para la Distribución de Rentas y Riqueza, *Royal Commission on the Distribution of Income and Wealth*, informó que una de cada tres familias de ancianos estaban en o por debajo del umbral de pobreza y que tres de cada cuatro familias vivían en los márgenes de la pobreza (Walter, 1993). Con el crecimiento de la vivienda en propiedad, los incrementos en las pensiones estatales durante los setenta y la introducción más general de planes de pensiones ocupacionales, había una creencia general de que las cohortes actuales de gente mayor estarían mejor que las generaciones anteriores y que las familias con hijos actuales. Para una minoría, probablemente los más jóvenes, los varones y los que hayan estado empleados con continuidad en una ocupación no manual, había evidencia de que éste era el caso (Falkingham y Victor, 1991). Sin embargo, para la mayoría de los ancianos significó una época de declive de su nivel de vida (Dilnot et al., 1994; Johnson y Falkingham, 1992; Walter, 1993). El descenso de la cuantía de las pensiones en relación a los ingresos medios desde 1984 (cuando la indexación con los ingresos medios fue reemplazada por la de los precios al consumo) continúa teniendo un impacto importante en los ingresos de la gente mayor, particularmente para las mujeres.

Las estadísticas publicadas periódicamente por la Encuesta de Recursos Familiares proporcionan información acerca de los ingresos actuales de los hogares de mayores (Semence et al., 2000: Cuadro 3.4). Estos hogares tienen ingresos muy inferiores que los hogares de los no pensionistas. Los hogares con uno o más adultos pensionistas tienen unos ingresos medios semanales de 290£ en comparación con los 560£ para adultos con niños (a precios de 1999).

Los ingresos de la gente mayor no están distribuidos uniformemente. La gente mayor del quintil superior en la distribución de ingresos es cuatro veces el ingreso mediano de la gente del quintil inferior. Las desigualdades entre ricos y pobres continúan creciendo (Dilnot et al., 1994), ya que el valor relativo de las pensiones públicas mínimas continúa decreciendo y los ahorros e inversiones de los más ricos proporcionan rendimientos superiores a la inflación entre 1970 y el 2000.

CUADRO 2
Ingresos de los pensionistas según fuente en 1996-2007
(Ingresos semanales, a precios de 2001-2002)

Quintiles de la distribución de ingresos						
	Inferior	2º	3º	4º	Superior	Media global
Parejas de pensionistas	£	£	£	£	£	£
Ingresos totales						
De los cuales:	152	193	245	342	687	324
Prestaciones	132	151	157	157	134	146
Pensiones ocupacionales	14	29	60	118	265	97
Ingresos procedentes de inversiones	7	9	16	45	166	49
Salarios	*	4	10	21	119	30
Otros ingresos	*	1	1	1	3	1
Pensionistas solteros:	£	£	£	£	£	£
Ingresos totales						
De los cuales:	84	115	135	174	321	166
Prestaciones	77	96	110	114	121	104
Pensiones ocupacionales	3	11	17	36	104	34
Ingresos procedentes de inversiones	5	7	7	17	69	21
Salarios	*	*	1	6	23	6
Otros ingresos	*	*	*	*	3	1

* Valores inferiores a 0,50£

Fuente: Davis et al. (2003: Cuadro A17).

Una gran proporción de la población mayor es dependiente de los ingresos del Estado y, por tanto, está peor que la gente más joven económicamente activa. Para una minoría, otras fuentes de ingresos provienen de pensiones ocupacionales, ganancias, ahorros e inversiones. El Cuadro 2 muestra el efecto relativo de las diferentes fuentes de ingresos para la gente mayor según los distintos quintiles de ingresos. Para el quintil superior los ingresos del empleo, las pensiones ocupacionales y los ahorros e inversiones son las fuentes de ingreso claves. Esto remarca la importancia de la experiencia laboral previa y,

particularmente, de la habilidad para acumular contribuciones de pensiones ocupacionales, así como la acumulación de ahorros y activos de inversión para el mantenimiento de unos adecuados ingresos en el último periodo vital.

Estos datos ocultan las importantes diferencias existentes entre varones y mujeres. Las políticas de jubilación del siglo xx, basadas en la experiencia laboral, favorecen a los varones. La inmensa mayoría de las mujeres que actualmente reciben pensiones o bien han estado en empleos no remunerados (trabajo doméstico y cuidados) o han experimentado trabajos a tiempo parcial, empleo remunerado discontinuo o ingresos más bajos que los varones. También es menos probable que las mujeres reciban una pensión ocupacional, y aquellas que las reciben tienen un ingreso significativamente más pequeño. En 1997, las mujeres entre 65 y 69 años recibieron unos ingresos medios por pensiones ocupacionales de 22£ por semana, en comparación con las 67£ por semana para los hombres (Phillipson 1998).

9.6.2. EXCLUSIÓN SOCIAL

REDES FAMILIARES Y SOCIALES

Los cambios en la estructura de la familia y de las redes sociales reflejan los cambios en la estructura y el envejecimiento de la población. La feminización de los grupos de edad superiores tuvo consecuencias para el estado civil y las formas de vida de la gente mayor. Debido al incremento de la longevidad y a la tendencia de los varones de casarse con mujeres más jóvenes que ellos, es más probable que las mujeres experimenten viudedad. Menos mujeres que hombres se vuelven a casar tras enviudar o divorciarse, y en consecuencia hay más mujeres mayores que hombres que viven solas. El Cuadro 3 muestra el impacto de los cambios en la demografía y otros factores sociales, como el incremento de la movilidad geográfica y de los recursos personales, en las últimas dos décadas.

CUADRO 3

Estructura de hogares de la gente mayor en Gran Bretaña, 1945-1998

	1945*	1962	1976	1980	1991	1998
	%	%	%	%	%	%
Viviendo solos	10	22	30	34	38	37
Viviendo sólo con su cónyuge	30	33	44	45	46	51
Viviendo con otros	60	44	27	22	15	12

* Estos datos no son representativos a nivel nacional. Ver Dale (1987) para más detalles.

Fuente: Dale et al. (1987: Cuadro 1); Goddard y Savage (1994); Bridgwood (2000).

La caída en la proporción de mayores que viven con otros es la tendencia significativa. Los datos de la Encuesta General de Hogares, *General Household Survey*, de 1998 muestran que aproximadamente sólo la mitad de la gente mayor vive con su cónyuge. Debido a la viudedad, la gente mayor con eda-

des de 85 años o más (hombres: 43%; mujeres: 72%) es más probable que vivan solos que los hombres y las mujeres de edades entre 65 y 84 (Cuadro 4).

CUADRO 4

Estructura de hogares de la gente mayor por edad en Gran Bretaña, 1998

	65-69 %	70-74 %	75-79 %	80-84 %	85 y más %	Total de 65 y más %
Mujer mayor sola	16	21	34	39	47	26
Hombre mayor solo	9	10	11	13	15	10
Viviendo sólo con su cónyuge	61	57	44	41	25	51
Viviendo con otros de la misma generación	9	7	5	3	4	7
Viviendo con otros de una generación más joven	5	5	6	4	9	6
Total	100	100	100	100	100	100
Base: n. absolutos	944	845	699	352	242	3.082

Fuente: Bridgwood (2000).

Durante las décadas de los cincuenta y los sesenta, los estudios de comunidad del East End de Londres idealizaron la familia extensa (Townsend, 1957; Young y Willmott, 1957). Pero también se reconoció que la calidad de vida de la gente mayor distaba mucho de ser perfecta. A comienzos del siglo xx la estructura de las redes familiares había cambiado con la institucionalización del matrimonio monogámico en serie y de un menor número de relaciones familiares, que se reflejan en los cambios en la fecundidad y en la formación de familias. La importancia de los amigos dentro de redes sociales, particularmente para las mujeres, (Jerome, 1993; 1984; Jerome y Wenger, 1999) es creciente al final de la vida. La mayoría de la gente mayor en la actualidad, sin embargo, está aún conectada a redes basadas en la familia (Phillipson et al., 2001). Las modernas redes familiares continúan proporcionando ayuda emocional, instrumental y financiera para los mayores y, a cambio, reciben apoyos. La interdependencia dentro de las redes actuales no es menos fuerte que en el pasado, a pesar de la baja prevalencia de la co-residencia y del incremento de la separación espacial de las redes familiares, no simplemente entre pueblos y ciudades sino también entre países y continentes.

Hay una considerable evidencia de que la familia y los amigos proporcionan cuidados o ayuda a los mayores, especialmente durante situaciones de enfermedad e incapacidad. Las familias bien integradas tienen asumido la mejora de la calidad de vida de sus miembros. Sin embargo, éste puede no ser el caso en todas las familias y semejante cohesión refleja a menudo expectativas familiares y, más ampliamente, culturales que preferencias individuales. En contraste, los individuos que interactúan rara vez con sus parientes más mayores pueden entablar contactos regulares en tiempos de crisis y a menudo se convierten en cuidadores informales de larga duración mientras se deteriora la salud de su parien-

te anciano. Aunque la idea de obligaciones fijas en la vida familiar ha cambiado (Finch y Mason, 1993), existe evidencia empírica para la idea de una jerarquía normativa de cuidadores informales (Qureshi y Walter, 1989; RIS MRC CFAS, 1999). Sin embargo, como Wenger (1984,1992) ha mostrado claramente, no todo el mundo está dotado con una red de apoyo social capaz de mantener a una persona mayor en la comunidad en el caso de elevada dependencia física o psicológica. Los diferentes tipos de redes sociales reflejarán la disponibilidad de los parientes cercanos, las proporciones de familia, amigos y vecinos involucradas y el nivel de interacción que la gente mayor tiene con los miembros de la red. Diferentes tipos de red tienen diferente potencial para proporcionar apoyos sociales. Pueden proporcionar un alto nivel de ayuda o, por el contrario, un nivel muy pequeño. Esta variación en las redes de apoyo social tiene una importante influencia en la calidad de vida de los mayores en la comunidad, particularmente en periodos de mala salud y enfermedad.

9.6.3. PARTICIPACIÓN SOCIAL

La idea de participación social se solapa con las redes sociales. La participación activa tanto formal como informal en la comunidad, como usuarios asiduos de espacios públicos locales o como miembros formales de las iglesias, clubs y sociedades, implica a otros en la red social de las personas mayores. Sorprendentemente, existen pocos datos acerca de las actividades diarias de los mayores y de su participación social. La mayoría de las encuestas recogen información sobre el contacto que la gente mayor tiene con sus parientes, amigos y vecinos. Aproximadamente tres cuartas partes de las personas de 65 años o más ve a un pariente o amigo al menos una vez a la semana, y sobre el 80% habla con un vecino al menos una vez a la semana (Bridgwood, 2000: Cuadros 40, 42). Las tasas de contacto disminuyen con la edad y la inevitable reducción de las redes sociales dado que los coetáneos de las personas mayores fallecen. Los datos del Programa de Investigación del Envejecimiento del ESRC del Reino Unido, *UK ESRC Growing Older Research Programme*, proporcionan elementos en detalle sobre la actividad social de la gente mayor. En términos de contacto social, una media diaria del 22% habla con un pariente por teléfono, el 13% lo ven, el 11% habla con un amigo por teléfono, el 13% lo ven, y el 36% habla con un vecino. En cuanto a las actividades culturales y físicas, en el mes anterior el 29% había ido al cine, el 40% había usado bibliotecas públicas, el 7% había asistido a actividades educativas como clases por la tarde, el 68% había paseado y el 59% se había dedicado a la jardinería. Considerando las actividades relacionadas con la ayuda y la prestación de cuidados, el 24% había cuidado a niños mientras el 17% había cuidado a alguien delicado o enfermo. Finalmente, en relación a las actividades cívicas, el 81% votó en las anteriores elecciones, el 16% había participado en trabajos voluntarios y el 29% había acudido a ceremonias religiosas (Victor et al., 2007: Cuadros 3.3 y 3.4).

9.7. EL ESTADO DE BIENESTAR BRITÁNICO

La historia del Estado de Bienestar británico en los sesenta últimos años está salpicada de cambios en el paisaje político de una democracia estable. Las bases del Estado de Bienestar fueron instauradas

durante los finales años cuarenta por un gobierno laborista que propuso protección social universal basada en impuestos y contribuciones a seguros sociales en función de los ingresos, siguiendo los principios enunciados por Beveridge (1942). El coste creciente de la reconstrucción de posguerra comprometió estos principios cuando afloraron demandas en competencia en gasto público. Los primeros años del Estado de Bienestar (hasta 1970) fueron un periodo relativamente estable con considerable consenso político entre gobiernos conservadores y laboristas sobre la filosofía general de protección social para los mayores. Esto no quiere decir que la controversia política estuviera ausente, pero sí bastante focalizada en los detalles de la provisión más que en los principios generales. Ahora bien, por supuesto que estos principios eran fuertemente criticados por los extremos más a la izquierda y a la derecha del espectro político, invocando por un lado más igualdad y centralización y, por otro, más libertad individual y de elección.

Todavía, en términos de comparación europea, el sistema sanitario y de bienestar británico ha sido descrito como un régimen de bienestar liberal (Esping-Andersen, 1990) caracterizado por la asistencia ligada a la comprobación de recursos, transferencias universalistas modestas y sistemas de seguros sociales también modestos. El régimen liberal de bienestar refuerza el papel del libre mercado y de la familia. El mercado es considerado el principal vehículo para la distribución de recursos y prestaciones de la seguridad social. Los derechos sociales están bastante limitados, particularmente en relación con la legislación del empleo, donde opera un mercado laboral flexible. Las familias y las redes sociales proporcionan un apoyo sustancial tanto en términos económicos como de cuidado y apoyo a los miembros vulnerables de la familia, tareas que muchas veces recaen en los miembros femeninos de la comunidad. El régimen liberal de bienestar también confía decididamente en las organizaciones no gubernamentales sin ánimo de lucro (ONG), que proporcionan apoyo y servicios a grupos particularmente vulnerables. Como veremos, la confianza en las instituciones del mercado y de la familia creció durante los años setenta pero, particularmente, desde 1979 con el establecimiento del gobierno conservador de Thatcher.

9.8. COMPETENCIAS SOBRE LAS POLÍTICAS PÚBLICAS Y SU IMPLEMENTACIÓN

La responsabilidad en el desarrollo e implementación del sistema de protección social en el Reino Unido es complicada por los diferentes niveles de autonomía política dentro de los cuatro países que conforman la unión. Inglaterra, con el 84% de la población, controla el paisaje político. Tanto Escocia como Irlanda del Norte tienen poderes legislativos independientes (actualmente suspendidos en Irlanda del Norte durante la resolución de los conflictos, "*troubles*"), mientras que Gales posee su propia asamblea política pero con poderes legislativos limitados. En consecuencia, el sistema de protección social en Inglaterra y Gales es el mismo, pero quizá con algunas diferencias en la implementación a nivel local. Es más, la diferencia en la implementación de las políticas entre Inglaterra y Gales no es mayor que las diferencias entre las diversas regiones de Inglaterra. En Escocia e Irlanda del Norte hay diferentes estructuras y políticas para la salud y el bienestar, aunque las políticas de pensiones y de empleo son

las mismas que para Inglaterra y Gales. A pesar de que hay algunas diferencias importantes en las políticas que afectan a los individuos, por ejemplo, el cuidado de larga duración gratuito en Escocia está bastante más basado en la comprobación de ingresos en Inglaterra y Gales, los principios generales de protección social dentro de los cuatro países se mantienen idénticos. Las pensiones, ingresos mínimos, *income support*, y sanidad del Reino Unido están controladas centralmente a través de los Departamentos de Salud mientras que la provisión de servicios de cuidados para la gente mayor es responsabilidad del gobierno local.

9.9. DESARROLLOS RECIENTES DEL ESTADO DE BIENESTAR BRITÁNICO

La elección del gobierno conservador de Thatcher en el Reino Unido en 1979 reforzó el modelo liberal de bienestar y condujo a una disminución del consenso político acerca de la protección social. Los principales conflictos políticos giraron en torno al papel del mercado en la financiación y provisión de la protección social, a la disminución del papel del gobierno local y a los inevitables conflictos entre la "Nueva Derecha" del gobierno conservador central y el laborismo tradicional del gobierno local. Las políticas de los gobiernos conservadores de Thatcher y Major entre 1979 y 1997 dejaron un fuerte legado. Persiguieron una filosofía firme de individualismo y economía de libre mercado. La mayoría de las industrias nacionalizadas fueron completamente privatizadas, se suprimió la actividad de los sindicatos, se redujo el gasto público y el instrumento clave para el control de la inflación fue un crecimiento de los tipos de interés sin precedentes (Hutton, 1995). Los beneficios atribuidos por esta filosofía fueron el control de la inflación, la mejora de las relaciones laborales y el incremento de la eficiencia en el sector público. Pero los costes de estos "éxitos" fueron sustanciales. Hubo un recorte masivo de los derechos de los trabajadores (la base de lo que fue llamado "mercado laboral flexible") y un incremento en el desempleo estructural, particularmente entre los trabajadores más mayores. Durante este periodo sólo el 40% de la fuerza de trabajo disfrutó de un empleo permanente a tiempo completo o de un autoempleo seguro, el 30% experimentó autoempleo inseguro, trabajo a tiempo parcial o eventual de forma involuntaria y el 30% fueron marginados con salarios de pobreza o prestaciones estatales de subsistencia. Como resultado, uno de cada tres niños creció en la pobreza. Las desigualdades entre los que "estaban peor" y los que "estaban mejor" se incrementaron mientras que la inversión en educación, formación, infraestructuras y protección social disminuyeron a expensas de las gratificaciones a corto plazo para los consumidores ricos, accionistas y directivos de industrias privadas (Hutton, 1995). Este periodo dejó un legado duradero que el nuevo gobierno laborista de Blair tiene que adoptar en su mayor parte.

9.10. POLÍTICA DE INGRESOS MÍNIMOS Y PENSIONES

En el Reino Unido las pensiones básicas estatales fue la principal fuente de ingresos para la mayoría de los pensionistas británicos desde 1948. La pensión básica estatal es un seguro de pensiones de cuantía

fija, *flat-rate*, basado en las contribuciones individuales mientras se trabaja. Para los ciudadanos cuyas contribuciones son insuficientes para optar a la pensión básica estatal, ha estado disponible una pensión basada en la comprobación de recursos (actualmente *Pension Credit*). Un segundo nivel o pilar de la provisión de pensiones surgió para algunos empleados durante el periodo en forma de pensiones ocupacionales, con esquemas desarrollados tanto para empleados del sector público como del sector privado. Para abordar la ausencia de pensiones ocupacionales para algunos empleados se introdujo en 1975 el Esquema Estatal de Pensiones Contributivas, *State Earnings-related pension écheme*, (*SERPS*), que alcanzó su completa madurez en 1998. En las dos últimas décadas ha emergido un tercer nivel o pilar de la provisión de pensiones en forma de pensiones privadas, incentivadas fiscalmente. La actual estructura de las pensiones británicas se resume en el Cuadro 5.

CUADRO 5

Los elementos nucleares del actual sistema de pensiones británico

Escalón o pilar	Tipo de pensión	Características	Principio
Primero	Pensión estatal básica	Obligatoria	Provisión de cuantía fija salvo los ingresos basados en contribuciones
Segundo	Segunda pensión estatal (SP2) Pensión ocupacional de salario final Pensión ocupacional por aportaciones monetarias Pensión personal, por ejemplo pensión de partícipe	Un tipo de pensión obligatoria	Pensión definida por beneficios Pensión definida por beneficios Pensión definida por contribuciones Pensión definida por contribuciones
Tercero	Pensión personal Contribuciones voluntarias adicionales	Voluntaria	Pensión definida por contribuciones Pensión definida por contribuciones

Los cambios clave en el sistema de pensiones del Reino Unido ocurrieron durante los ochenta, bajo el gobierno conservador de Thatcher. Hubo tres cambios fundamentales:

- Desvincular el cálculo del importe de la pensión básica de los ingresos medios en 1980. Desde entonces la pensión básica estatal ha permanecido indexada según el nivel de precios.
- Recortar a la mitad las prestaciones del Plan Estatal de Pensiones Contributivas (*SERPS*) en 1986.
- Incentivos mediante de reducciones fiscales para animar la transferencia de recursos personales desde las prestaciones de garantía o definición estatal hacia los sistemas de contribución de definición privada.

La implicación del sector privado ha sido el mayor cambio en la financiación de pensiones desde 1986. Sin embargo, esto ha tenido lugar no sin controversias, con el grave escándalo del fraude en las pensiones por parte de las compañías de seguros y de sus agentes, la pobre regulación financiera y la pérdida de adecuadas garantías para los inversores. Se ha estimado que aproximadamente tres millones de personas han sido víctimas de fraude en pensiones privadas y que habrían estado mejor dentro del plan estatal (Naegele y Walter, 2007).

Estos importantes cambios en la política de pensiones fueron conducidos ideológicamente e introducidos con escaso debate público. Trasladaron la política de pensiones británica desde la concentración o puesta en común de los riesgos y la redistribución de recursos entre generaciones hasta una basada aparentemente en el fortalecimiento de los mercados de capital. Sin embargo, el primer nivel permanece sustentado en las ideas colectivistas de concentración del riesgo mientras los niveles segundo y tercero están más relacionados con las inversiones de capital. El gobierno de Blair, desde 1997, ha continuado desarrollando el sistema de pensiones pero no ha resuelto la inherente contradicción existente en el sistema de pensiones heredado de las anteriores administraciones conservadoras.

Desde 1997 el *SERPS* ha sido sustituido por una nueva Segunda Pensión Estatal (SP2) dirigida a gente con ingresos relativamente modestos. Tras los escándalos de pensiones de los ochenta, el gobierno animó, con una regulación más fuerte, al sector privado a proporcionar planes de pensiones privados a personas con ingresos relativamente bajos y a aquellos que no tienen acceso a pensiones ocupacionales. Conocidas como pensiones participativas, *stakeholder pensions*, fueron introducidas como pensiones personales de bajo coste con comisiones administrativas fijadas en un máximo del 1%. Pocos proveedores de pensiones se comprometieron con el esquema y poca gente con bajos ingresos ha establecido su propia pensión participativa. La única demanda parece que surgió de la gente relativamente rica como una oportunidad de inversión.

Los ingresos mínimos con comprobación de recursos, *Income Support*, han continuado pero han sido mejorados primero por la introducción de una garantía de ingresos mínimos, *minimum income guarantee (MIG)*, conectada con los ingresos medios. En 2004 el *MIG* fue relanzado como *Pension Credit* en un intento de superar el estigma asociado con anteriores prestaciones asistenciales y su baja cobertura, *take-up*, los pensionistas susceptibles de solicitarlos. Las estimaciones oficiales sugirieron que 3 de los 4 millones de pensionistas en condiciones de solicitar *Pension Credit* lo harán a finales de 2006.

Los cambios en los planes de pensiones ocupacionales del sector privado han permanecido incuestionados por el gobierno. Se ha estimado que al menos la mitad de los planes del sector privado o se han cerrado completamente (con las prestaciones congeladas) o se han cerrado a nuevos miembros. Resta la sospecha de que el silencio del gobierno facilitará cualquier plan futuro para hacer recortes en los esquemas de pensiones ocupacionales del sector público.

En el 2002 el gobierno constituyó la Comisión de Pensiones para revisar el sistema privado de pensiones británico y los ahorros a largo plazo. Ésta informó en noviembre de 2005 y el gobierno elaboró un Libro Blanco describiendo la legislación propuesta para 2006. La Comisión de Pensiones concluyó que el actual sistema de combinar una pensión estatal con pensiones financiadas privadamente se hará cada vez más inadecuado y desigual. También concluyó que los retos de la provisión de pensiones del

Reino Unido no se resolverán cambiando el sistema estatal por sí solo ni con cambios incrementales que animen a la provisión voluntaria. La Comisión propuso tres estrategias clave:

- Introducir un nuevo Plan Nacional de Ahorro, *National Savings Plan*, que incluyera automáticamente a todos los empleados no cubiertos por otro plan de pensiones adecuadas (¿pero con el derecho a no hacerlo?).
- Revincular la pensión básica estatal a los salarios medios y el desarrollo de un sistema de pensiones en dos niveles que fuera más justo para las mujeres y menos asistencial, con la Segunda Pensión Estatal (SP2) gradualmente evolucionando a un sistema de cuantía fija.
- Incrementar la edad oficial de jubilación (edad a la cual se puede disponer de la pensión básica) en línea con la esperanza de vida de 69 años en el 2050 para contrarrestar el incremento en los costes de la provisión de pensiones básicas.

Como respuesta, el reciente Libro Blanco del actual gobierno sugiere que cualquier reforma de pensiones debe promover la responsabilidad personal, ser justa, simple, asequible y sostenible. De esta manera, el gobierno propuso:

- "Introducir cuentas personales de bajo coste para dar la oportunidad de ahorrar a aquellos sin acceso a planes de pensiones ocupacionales. La gente será automáticamente inscrita bien en el plan de pensiones del empleador, bien en una nueva cuenta personal, con la libertad de no hacerlo. Los empleadores ajustarán las contribuciones".
- "Mejorar los cimientos de todos mientras se continúa abordando la pobreza de los pensionistas." Ellos "reformularán el sistema de pensiones estatal mediante la mejora los elementos de garantía de los *Pension Credit* y de las pensiones estatales básicas de acuerdo con el incremento de los ingresos en lugar del de los precios." Ellos "harán las pensiones estatales más justas y de disponibilidad más amplia, y elevarán la edad para percibir las Pensiones Estatales acorde al incremento de la longevidad." (Department of Work and Pensions, 2006, p. 15).

Como siempre, la clave está en los detalles. El reestablecimiento de la conexión entre los ingresos medios y las pensiones estatales básicas no se contempla hasta 2012 y estará "sujeto a que sea asequible". La edad de la pensión estatal para las mujeres (actualmente 60 años) está ya legislada para incrementarse desde los 60 a los 65 años entre 2010 y 2020, acorde con la edad actual de jubilación para los hombres, 65 años. Está propuesto que desde el 2024 la edad de jubilación aumente gradualmente hasta los 68 años en el 2050. El gobierno también tendrá en cuenta si el Plan de Ahorros obligatorio se convierte en un plan estatal de ahorro nacional, como recomendó la Comisión de Pensiones, o en uno de tantos planes dirigidos por la industria de las pensiones.

9.11. ATENCIÓN SANITARIA

El Servicio Nacional de Salud, *National Health System*, (NHS) está financiado mediante impuestos directos y ha sido la piedra angular del Estado de Bienestar británico. La mayoría de los cuidados sanitarios del Reino Unido son gratuitos para todos los ciudadanos desde el punto de acceso. Hay excepciones importantes: pago de recetas para los económicamente activos, cuidados de salud dental y provisión oftalmológica. Los cuidados de la sanidad privada están disponibles para aquellos que estén dispuestos a ello y puedan pagarlo.

En el NHS los médicos generales o de cabecera (*GPs*) y los odontólogos (*GDPs*) son trabajadores autónomos independientes. El personal del hospital, las enfermeras y la plantilla de rehabilitación son normalmente empleados asalariados del NHS, pero los médicos de cabecera, como profesionales independientes, pueden dar empleo a un grupo de profesionales sanitarios como práctica general. Dentro del *NHS* los médicos de cabecera siempre han tenido un papel principal en el racionamiento de cuidados de la salud a través de su papel de "porteros" (*gate-keepers*) controlando el acceso a los servicios hospitalarios. Excepto para los accidentes y las emergencias, casos en los que se puede acceder directamente al hospital, el acceso al cuidado secundario tiene lugar a través de las derivaciones realizadas por los médicos de cabecera.

En los últimos treinta años, el *NHS* ha estado en continuo desarrollo y cambio ya que los sucesivos gobiernos intentaban controlar el incremento de los costes del cuidado sanitario debido a los desarrollos tecnológicos y al crecimiento de las expectativas de los pacientes. (El crecimiento del gasto sanitario no es el resultado del envejecimiento de la población, como con frecuencia se argumentó, sino de la innovación tecnológica que ha derivado en un incremento de la esperanza de vida). La reforma inicial se focalizó en la estructura del servicio sanitario. En 1974, el *NHS* fue reorganizado separando la responsabilidad del hospital y de los servicios comunitarios de los servicios de los médicos de cabecera. En ese momento hubo también un intento de alinear las zonas de captación de la autoridad sanitaria con las de las autoridades locales (que proporcionaban cuidado social y de larga duración) para hacerlas coincidentes y permitir planificación unificada en un área geográfica definida. (La reorganización de los límites continuó en 1982). En 1979, durante los primeros meses del gobierno de Thatcher, una Comisión Real sobre el Servicio Sanitario Nacional, *Royal Commission on the National Health Service*, publicó unas recomendaciones que fueron ignoradas. Las primeras reformas del gobierno Thatcher se focalizaron en cambios de gestión (lo que continúa ocurriendo hoy en día). En 1983 el gobierno introdujo reformas para incrementar la eficiencia gestora dentro del *NHS*, reemplazando la gestión consensuada con una estructura de administración única. Esto socavó el control médico del *NHS* a causa de la introducción de gestores generales en el servicio.

En 1990 el gobierno de Thatcher introdujo una legislación que permitió la incorporación del mercado interno a través de la separación de compradores de servicios para una población dada y de organizaciones proveedoras. Se estimuló el incremento del papel de los proveedores independientes (organizaciones privadas y organizaciones no lucrativas) de salud, de servicios sociales y de cuidados de larga duración. Durante los noventa el mercado interno evolucionó en varias direcciones, con un incremen-

to en el papel de los médicos de cabecera en la "compra" de servicios de atención secundaria en nombre de sus pacientes.

En 1997 el nuevo gobierno de Blair acometió la reforma del mercado interno. Lo hizo a través de un cambio en la retórica que pasó de la relación comprador-proveedor a la de comisarios y proveedores. Los comisarios de los servicios de hospital siguieron siendo ante todo médicos de cabecera. En 2005 se introdujeron contratos más estrictos con objetivos específicos de prevención y tratamiento. Las autoridades sanitarias locales, piedra angular de anteriores estructuras del *NHS*, fueron reducidas y su papel limitado a la planificación de nuevos hospitales y actividades de salud pública. Los médicos de cabecera se convirtieron progresivamente en sujetos más importantes para el programa de eficiencia del gobierno.

Hospitales y otras organizaciones de provisión (por ejemplo los servicios de ambulancia) también fueron objeto de contratos de proveedores más estrictos, pero al mismo tiempo se les dio una gran libertad financiera para gestionar sus presupuestos. Esto incluía una mayor implicación del sector privado en la provisión de servicios específicos, por ejemplo subcontratando los servicios de limpieza y catering. Durante este periodo la reorganización de las estructuras del *NHS* ha sido endémica con fusiones entre hospitales y organizaciones proveedoras, reestructuración de las organizaciones de atención primaria y al establecimiento de nuevos objetivos de actuación por parte del gobierno central. Los profesionales y los grupos de pacientes han expresado una preocupación creciente sobre los cambios incessantes en el *NHS*.

La oposición del público y de los profesionales ha sido en parte compensada por el incremento en el gasto público en salud desde 2004 (equivalente aproximadamente a un incremento del 1% en el PIB). Junto con unos objetivos estrictos, esto ha significado una disminución en los tiempos de espera para los pacientes que reciben consulta y tratamientos especializados, la creación de nuevos hospitales y las mejoras en los servicios e instalaciones de cuidados primarios. Pero los principios subyacentes al *NHS*, compartidos por los políticos de centro-izquierda y sus votantes en 1997, han sido desafiados por el desplazamiento creciente de la política del gobierno hacia estructuras más basadas en el mercado (incluso más que el mercado interno del gobierno de Thatcher), lo cual implicó subcontratar el cuidado sanitario (particularmente la cirugía opcional) al sector privado y la implicación de capital privado a través de iniciativas de financiación pública en el desarrollo de nuevos hospitales.

En el 2006 el *NHS* es una criatura muy diferente a la que fue concebida en 1948 o a la que existió durante las décadas del gobierno de Thatcher. El rápido avance de las nuevas tecnologías, el incremento en las expectativas del público y el deseo de mayor capacidad de elección han conducido la política pública sanitaria hacia la modernización de la agenda. Puede describirse como controlado desde el centro pero implementado por una asociación entre los sectores público e independiente (privado). El *NHS* es todavía (más o menos) gratuito para todos los ciudadanos en cuanto a su distribución, pero el nuevo *NHS* ya no es una institución igualitaria en la cual todos tienen el mismo acceso a los servicios. Implícitamente, la prioridad en atención sanitaria es ahora para aquellos que pueden permitirse pagar para tomar la delantera en la "cola". Desigualdades adicionales están ligadas a la inevitable distribución desigual de recursos y a la implementación de diferentes prioridades por parte de proveedores locales que conducen a menudo a la citada "lotería del código postal", "*post-code lottery*".

9.12. ATENCIÓN SOCIAL Y CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

La atención social, desde los principios del Estado de Bienestar, ha estado bajo control político de las autoridades locales. La financiación de los servicios ha sido realizada por parte del gobierno central a través del pago en bloque a las autoridades locales y de los impuestos locales. La financiación de la atención social (y cuidados de larga duración) no está, por tanto, protegida y debe competir por la recaudación de recursos escasos con otros servicios públicos como educación, transporte y albergues. No hace falta decir que diferentes administraciones políticas tienen distintas prioridades e imponen en la comunidad local diferentes cargas impositivas. La provisión de cuidados sociales y de larga duración ha estado, por tanto, sujeta a una incertidumbre política mayor incluso que la sanitaria.

La elección del gobierno Thatcher en 1979 marcó el camino hacia una mayor implicación del sector privado en la atención social y de larga duración. Con anterioridad a 1979 los cuidados de larga duración eran proporcionados principalmente en hospitales de larga estancia o de cuidados continuos y las autoridades locales dirigían hogares residenciales. Los pacientes en los hospitales del *NHS* recibían sus cuidados gratuitamente (aunque percibieran una pensión reducida). A los residentes en centros de las autoridades locales se les proporcionaba alojamiento gratuito si percibían la pensión básica estatal (también era reducida), pero a los residentes con otras fuentes de ingresos se les cobraba por sus cuidados.

Los cuidados de larga duración pueden ser vistos como el talón de Aquiles de la atención social y sanitaria financiada por el Estado por el incremento espectacular de los proveedores privados de cuidados de larga duración. Con la nueva legislación de seguridad social para las prestaciones de vivienda, *housing benefit*, implementada entre 1980 y 1985, los residentes en centros privados residenciales o sanitarios se convirtieron en susceptibles de recibir apoyo económico (la prestación de vivienda). La disponibilidad de ayudas animó a los hospitales (y en menor grado a las autoridades locales) a trasladar pacientes desde los hospitales hacia centros sanitarios o residenciales de dirección independiente. Al mismo tiempo, a diferencia del *NHS*, los presupuestos de la seguridad social no tenían limitaciones presupuestarias. Cualquier política de contención de costes que se ponía en práctica implicaba redefinir las necesidades del paciente o del residente. Los incentivos perversos de esta política crearon una rápida expansión de los proveedores independientes de cuidados de larga duración con una reducción sustancial de las largas estancias en hospitales y el fenómeno del "bloqueo de camas", *bed blocking*, en hospitales para enfermos graves. La demanda exponencial (medida por el gasto) de cuidados de larga duración de proveedores independientes entre 1980 y 1989 llevó a la elaboración de la Ley del NHS y Cuidados Comunitarios de 1990, que limitó efectivamente el gasto en la provisión de cuidados de larga duración y responsabilizó a las autoridades locales de la compra de cuidados en residencias y a las autoridades sanitarias (los compradores en este caso) para la atención médica domiciliar de proveedores privados para los nuevos clientes o pacientes.

Para cuando se implementó en 1993 la Ley del NHS y Cuidados Comunitarios de 1990, los departamentos de servicios sociales de las autoridades locales habían definido su papel de una forma más clara como el de compradores (comisarios) de cuidados. Al interior de las autoridades locales la provisión y

la contratación de cuidados se convirtieron en funciones claramente separadas, con diferente personal y diferentes estructuras administrativas, aunque la responsabilidad general todavía recae sobre el Director de Servicios Sociales, quien es el responsable ante los representantes políticos y, a través de ellos, ante los votantes. Una consecuencia de la implementación de la Ley fue la presión sobre los recursos para proveer servicios dentro de los hogares. Junto con la responsabilidad para financiar todas las nuevas admisiones para cuidados de larga duración (fuera de la ahora limitada provisión del *NHS*), los departamentos de servicios sociales fueron también responsables de la financiación de los cuidados a domicilio o de los servicios basados en el hogar, como la asistencia domiciliaria o los servicios de comida. La elegibilidad de los servicios se hizo más estricta y el papel preventivo de los servicios comunitarios casi desapareció porque hubo (y aún hay) recursos disponibles sólo para apoyar a los más dependientes entre la gente mayor (aquellos con dependencia de intervalo crítico) que podrían ser cuidados en casa o los cuidados de larga duración. Los cuidados informales se mantuvieron como la piedra angular de las políticas de cuidados comunitarios de los sucesivos gobiernos y sólo las personas sin un cuidador informal o que lo habían perdido pudieron ser admitidas dentro de los cuidados de larga duración.

9.13. COMISIÓN REAL PARA CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN, ROYAL COMMISSION ON LONG-TEAM CARE

El nuevo gobierno laborista de 1997 se comprometió en la creación de un sistema de cuidados de larga duración "más justo" y estableció una Comisión Real para Cuidados de Larga Duración presidida por Lord Sutherland (Royal Commission on Long Term Care, 1999). El cometido de la Comisión era "examinar las opciones a corto y largo plazo para un sistema sostenible de financiación de cuidados de larga duración para los ancianos en el Reino Unido." La Comisión informó en marzo de 1999. Las principales recomendaciones fueron:

- Los costes del cuidado de los mayores deberían dividirse entre los costes de la vida, los costes de la vivienda y los costes del cuidado personal. El cuidado personal debería ser gratuito para todos los que lo necesitaran y pagado a través de impuestos generales. Por "cuidado personal", la Comisión entendió tanto los cuidados de enfermería provistos por o bajo la supervisión de una enfermera cualificada como otros cuidados íntimos que implicaban tocar el cuerpo del sujeto independientemente de si se era una enfermera cualificada u otro tipo de cuidadores.
- El gobierno debería establecer una comisión nacional de cuidados para monitorear las tendencias demográficas y de gasto, representar los intereses de los mayores, controlar el mercado de cuidados residenciales y sanitarios y establecer cotas nacionales de referencia para los cuidados.

Los diferentes países de la Unión respondieron de forma diferente al informe de la Comisión. En Inglaterra, el cuidado de enfermería fue financiado estatalmente en tres franjas de costes (35£, 70£ y 110£) dependiendo de las valoraciones locales de las necesidades. El cuidado personal no estaba financiado, únicamente el proporcionado por una enfermera cualificada lo que incluye los cuidados directos, la

supervisión de cuidados y la delegación del cuidado en cualquier versión. En 2003 esto se restringió a los alojados en hogares residenciales o en centros de cuidados sanitarios. El cuidado personal provisto por otros cuidadores se cobraba o se supeditaba a la comprobación de recursos.

En Escocia desde julio de 2002 tanto el cuidado personal como el de enfermería están financiados estatalmente dentro de las residencias y los centros de cuidados sanitarios con una tarifa uniforme, 65£ por semana para los centros de cuidados sanitarios y 90£ por semana para el cuidado personal. El cuidado personal proporcionado a las personas en sus propias casas es también gratuito.

Aunque los gobiernos descentralizados a Gales e Irlanda del Norte ratificaron el principio de los cuidados personales gratuitos, éstos no han sido implementados ampliamente, siguiendo la política de Inglaterra. Sólo la gente que recibe pagos de la seguridad social de garantía de ingresos recibió servicios domiciliarios o cuidados de larga duración gratuitos (aunque en los cuidados de larga duración reciba una pensión reducida). Las personas con patrimonio (incluyendo la propiedad) por encima de 21.000£ (abril 2006) pagan una tarifa por los servicios domiciliarios (no el coste económico completo) mientras que los residentes con cuidados de larga duración pagan por su cuidado personal hasta que su patrimonio sea inferior a 21.000£. Esto permanece como una cuestión clave para los grupos de defensa de la gente mayor, y más a causa de las diferentes interpretaciones de las necesidades de las autoridades locales, quienes son las responsables de la valoración formal de las necesidades de cuidado. Aunque Escocia ha aplicado las recomendaciones de la Comisión sobre cuidado personal gratuito, indicios recientes sugieren que la financiación puesta a disposición ha sido insuficiente. La demanda se adelanta a los recursos y el racionamiento opera a través de los retrasos en las evaluaciones y en la recepción de servicios. La "lotería del código postal", "*post-code lottery*" significa que algunos reciben la ayuda más pronto que otros.

La presión para proveer cuidados personales gratuitos en situaciones de larga duración continúa siendo debatida (Wanless, 2006). En un reciente análisis, la Unidad de Servicios Sociales Personales, *Personal Social Services Unit*, de la *London School of Economics and Political Science* ha dado forma a las diferentes opciones para la financiación estatal de los cuidados de larga duración (Hancock et al., 2006). Si se implantara en todo el Reino Unido la opción propuesta en Escocia para proporcionar cuidados personales gratuitos, costaría entre un 1,09% y un 1,13% del PIB, en comparación con el 0,96% del PIB bajo el actual sistema de financiación (inglés). El modelo sugiere que esto requeriría un incremento desde el 40% hasta el 41,5% en el nivel de impuestos de las rentas más altas para pagar el coste adicional de los cuidados personales gratuitos.

9.14. MODERNIZACIÓN Y FUTURO DEL ESTADO DE BIENESTAR

Los tres partidos políticos se han comprometido a mejorar la protección social para la gente mayor, especialmente para los dependientes. ¡Esto muestra un buen sentido político dado el creciente número de votantes ancianos en el futuro! Es difícil prever cómo los partidos de la oposición se comportarán en el futuro. La nueva agenda laborista, bien la dirija Blair, Brown o cualquier otro, continúa apo-

yando el principio de un sistema de bienestar financiado estatalmente pero con crecientes contribuciones individuales a través de los impuestos, los seguros sociales y los impuestos directos. Recientemente ha habido claros mensajes, a pesar del descontento interno dentro del movimiento laborista, de que el futuro conocerá una mayor implicación del sector privado en la financiación y provisión de servicios de salud y bienestar. De una forma parecida, hay claros mensajes sobre la orientación de las expectativas de los usuarios, dándole a la gente mayores opciones en la frecuencia de las intervenciones del sistema sanitario, en los proveedores de servicios y en la disponibilidad de aspectos no esenciales del cuidado como habitaciones individuales, etc. Lo que está claro, sin embargo, es que es improbable que el reciente crecimiento del gasto en servicios sanitarios y de bienestar para los mayores dependientes continúe junto con el incremento en la demanda sin el acompañamiento de un apropiado nivel de recursos.

9.15. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Berghman, J. (1997): "The resurgence of poverty and the struggle against exclusion: a new challenge for social security?" en *International Social Security Review*, vol. 501, pp. 3-23.

Beveridge, W. (1942): *Social insurance and allied services (The Beveridge Report)*, Londres, HMSO.

Bond, J. y Carstairs, V. (1982): *Services for the elderly: a survey of the characteristics and needs of a population of 5,000 old people. Scottish Health Service Studies*, n.º 42. Edimburgo, Scottish Home and Health Department.

Bridgwood, A. (2000): *People aged 65 and over: results of an independent study carried out on behalf of the Department of Health as part of the 1998 General Household Survey*. Londres, Office for National Statistics.

Burchardt, T.; Le Grand, J. y Piachaud, D. (2002): "Introduction" en Hills, J.; Le Grand, J. y Piachaud, D. (eds.): *Understanding Social Exclusion*. Oxford, Oxford University Press, pp. 1-12.

Butler, R.N. (1987): "Ageism" en *The Encyclopedia of Aging*. Nueva York, Springer, pp. 22-23.

Callahan, D. (1987): *Setting limits: medical goals on an aging society*. Nueva York, Simon and Schuster.

Clark, R. y Spengler, J. (1980): "Dependency ratios: their use in economic analysis" en Simon, J. y Devanzo, J., (eds.), *Research in Population Economics*, vol. 2. Greenwich, Connecticut, JAI Press.

Dale, A.; Evandrou, M. y Arber, S. (1987): "The household structure of the elderly population in Britain" en *Ageing and Society*, vol. 7, pp. 37-56.

Davis, I.; Leigh, S.; Parry, S.; Kent, C. y Nicholls, M. (2003): *The Pensioners' Incomes Series 2001/2*. Londres, Department for Work and Pensions.

Department of Work and Pensions (2006): *Security in Retirement: towards a new pensions system*. Londres, Department of Work and Pensions.

Dilnot, A.; Disney, R.; Johnson, P. y Whitehouse, E. (1994): *Pensions Policy in the UK. An Economic Analysis*. Londres, Institute for Fiscal Studies.

Esping-Andersen, G. (1990): *The three worlds of welfare capitalism*. Primera edición. Cambridge, Polity Press.

Falkingham, J. y Victor, C. (1991): "The myth of the Woopie?: incomes, the elderly and targeting welfare" en *Ageing and Society*, vol. 11, pp. 471-493.

Finch, J. y Mason, J. (1993): *Negotiating Family Responsibilities*. Londres, Routledge.

Goddard, E. y Savage, D. (1994): *1991 General household survey: People aged 65 and over*. Londres, OPCS, Series GHS n.º 22.

Hancock, R.; Wittenberg, R.; Pickard, L.; Comas-Herrera, A.; Juárez-García, A.; King, D. y Malley, J. (2006): *Paying for long-term care for older people in the UK: modelling the costs and distributional effects of a range of options*. Londres, Personal Social Services Research Unit, PSSRU Discussion Paper 2336.

Hockey, J. y James, A. (1993): *Growing up and growing old. Ageing and dependency in the life course*. Londres, Sage.

Hutton, W. (1995): *The State We're In*. Londres, Jonathan Cape.

Isaacs, B. y Neville, Y. (1976): "The needs of old people: 'interval' as a method of measurement" en *British Journal of Preventive and Social Medicine*, vol. 30, pp. 79-85.

Jerrome, D. (1984): "Good company: the sociological implications of friendship" en *Sociological Review*, vol. 32, pp. 696-718.

– (1993): "Intimate Relationships", en Bond, J.; Coleman, P. y Peace, S. (eds.): *Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology*. Segunda edición. Londres, Sage.

Jerrome, D. y Wenger, G.C. (1999): "Stability and change in late-life friendships", en *Ageing and Society*, vol. 19, pp. 661-676.

Johnson, P. y Falkingham, J. (1992): *Ageing and Economic Welfare*. Londres, Sage Publications.

Katz, S. (1992): "Alarmist demography: power, knowledge and the elderly population" en *Journal of Aging Studies*, vol. 6(3), pp. 203-225.

Medical Research Council, Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS) (2001): "Health and ill-health in the older population in England and Wales" en *Age and Ageing*, vol. 30, pp. 53-62.

Medical Research Council Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS) and Resource Implications Study Group (RIS MRC CFAS) (1999a), "Informal caregiving for frail older people at home and in long-term care institutions: who are the key supporters?" en *Health and Social Care in the Community*, vol. 7, n.º 6, pp. 434-444.

Medical Research Council, Cognitive Function and Ageing Study (MRC CFAS) and Resource Implications Study (RIS MRC CFAS) (1999b): "Profile of disability in elderly people: estimates from a longitudinal population study" en *British Medical Journal*, vol. 318, pp. 1.108-1.111.

Naegele, G. y Walker, A. (2007): "Social protection: incomes poverty and the reform of the pension systems [in press]" en Bond, J. et al. (eds.) *Ageing in society: European perspectives on gerontology*. Londres, Sage.

National Statistics Online (2005a): *Annual Survey of Hours and Earnings (ASHE)*. <http://www.statistics.gov.uk/StatBase/Product.asp?vlnk=14203>. Fecha de consulta: 7 de noviembre de 2006.

– (2005b): *Census 2001*, <http://www.statistics.gov.uk/census2001/census2001.asp>. Fecha de consulta: 7 de noviembre de 2006.

– (2005c): *Pension Trends*, Capítulo 2. <http://www.statistics.gov.uk/pensiontrends>. Fecha de consulta: 7 de noviembre de 2006.

Office of the Deputy Prime Minister (2006): *A sure start in later life: ending inequalities for older people*. Londres, ODPM.

Phillipson, C. (1998): *Reconstructing Old Age: New Agendas in Social Theory and Practice*. Londres, Sage.

Phillipson, C.; Bernard, M.; Phillips, J. y Ogg, J. (2001): *The Family and Community Life of Older People: Social networks and social support in three urban areas*. Londres, Routledge.

Qureshi, H. y Walker, A. (1989): *The Caring Relationship. Elderly People and their Families*. Londres, MacMillan.

Royal Commission on Long Term Care (1999): *With respect to old age: long term care-rights and responsibilities*. Londres, The Stationery Office.

Scharf, T.; Phillipson, C.; Kingston, P. y Smith, A.E. (2001): "Social exclusion and older people: exploring the connections" en *Education and Ageing*, vol. 16, n.º 3, pp. 303-320.

Scharf, T.; Phillipson, C. y Smith, A.E. (2004): "Poverty and social exclusion - growing older in deprived urban neighbourhoods" en Walker, A. y Hennessy, C. H. (eds.) *Growing older: quality of life in old age*. Maidenhead, Open University Press, pp. 81-106.

Semence, J.; White, A.; Wilkie-Jones, C.; Butt, N. y Brown, S. (2000): *Family Resources Survey: Great Britain 1998-99*. Londres, The Stationery Office.

Shaw, C. (2001): "Population trends in the 21st century" en *Population Trends*, vol. 103, pp. 37-46.

Social Exclusion Unit (2001): *A New Commitment to Neighbourhood Renewal*. Londres, The Stationery Office.

Townsend, P. (1957): *The Family Life of Old People*. Londres, Routledge and Kegan.

– (1970): *The Concept of Poverty*. Londres, Heinemann.

– (1981): "The structured dependency of the elderly: a creation of social policy in the twentieth century" en *Ageing and Society*, vol. 1, pp. 5-28.

Victor, C.; Scambler, S. y Bond, J. (2007): *The social world of older people [in press]*. Cambridge, Open University Press.

Walker, A. (1981): "Towards a political economy of old age" en *Ageing and Society*, vol. 1, pp. 73-94.

– (1982): "Dependency and old age" en *Social Policy and Administration*, vol. 16, pp. 115-135.

– (1993): "Poverty and Inequality in Old Age" en J. Bond, P. Coleman, y S. Peace (eds.) *Ageing in Society. An Introduction to Social Gerontology*, segunda edición. Londres, Sage.

Wanless, D. (2006): *Securing our future health: Taking a long-term view*. Londres, King's Fund.

Wenger, G.C. (1984): *The supportive network: coping with old age*. Londres, George Allen y Unwin.

– (1992): *Help in Old Age - Facing up to Change. A Longitudinal Network Study. Institute of Human Ageing Occasional Papers 5*. Liverpool, Liverpool University Press.

Wilkin, D. (1987): "Conceptual problems in dependency research" en *Social Science and Medicine*, vol. 24, pp. 867-873.

Wilkin, D. y Thompson, C. (1989): *Users' Guide to Dependency Measures for Elderly People*. Sheffield, University of Sheffield, Joint Unit for Social Services Research.

Young, M. y Willmott, P. (1957): *Family and Kinship in East London*. London, Routledge y Kegan Paul.

Capítulo 10: Crisis y transformación del sistema italiano de asistencia: más allá del familiarismo, el papel del mercado y las políticas públicas*

Costanzo Ranci
Laboratorio Politice Sociale, Politecnico di Milano

10.1. INTRODUCCIÓN

En Italia la provisión de cuidados de larga duración para las personas dependientes ha venido caracterizándose por un bajo nivel de provisión y financiación públicas en comparación con otros países europeos continentales. Un sistema público altamente selectivo, que sólo atiende a una pequeña proporción de la población dependiente, ha sido organizado en un contexto caracterizado por una capacidad considerable por parte de las redes familiares para absorber e internalizar las funciones de cuidado. Estos dos elementos, junto con el reducido tamaño del mercado privado de cuidados, han conformado tradicionalmente los rasgos principales de lo que ha venido llamándose el "modelo familiarista" italiano. Las limitaciones de este sistema han sido puestas en evidencia por varios autores: un sistema extremadamente injusto debido a la distribución desigual de ingresos y capacidad de asistencia de la población; bajos niveles de asistencia para los necesitados; baja calidad de los servicios proporcionados; fuerte presión económica y funcional sobre las familias y fundamentalmente sobre aquellas mujeres atrapadas en roles de cuidadora (Saraceno 1994, 2003; Naldini 2003). A pesar de estas limitaciones durante décadas el sistema familiarista italiano no constituyó un problema de política pública urgente ya que era capaz de absorber gran parte de las demandas emergentes gracias a la amplia difusión de la familia extensa y a la fuerza de los vínculos familiares.

Nuevos fenómenos, tanto sociales como institucionales, están teniendo lugar hoy día, dando lugar a un debilitamiento del sistema establecido. Los rasgos principales del nuevo contexto son los siguientes:

- Se ha producido un gran aumento de las necesidades de cuidados de largo plazo, a causa del crecimiento de la población anciana y un incremento correspondiente de la población dependiente. Esto ha ocurrido de forma paralela a una reducción progresiva en la capacidad de asistencia de las familias, causada por transformaciones en las formas de cohabitación y por un descenso constante de las tasas de natalidad que provocan un saldo negativo entre generaciones, así como por el aumento de la tasa de empleo femenina. (Jacobzone 1999; Jacobzone and Jenson 2000; Pavolini 2004).
- Aunque la provisión de servicios sanitarios y sociales para las personas dependientes ha aumentado en los últimos años, la tasa de crecimiento no ha sido suficiente para compensar el aumento en el número de familias e individuos afectados por la dependencia (Da Roit and Sabatinelli, 2005) y esto ha generado una nueva área de necesidad no satisfecha.
- El sistema público italiano de bienestar ha venido reaccionando con inercia, frente a los desarrollos y reformas que se han introducido en este campo en la mayoría de países europeos (Pavolini and Ranci, 2006).
- La inercia en las políticas públicas, no obstante, ha tenido lugar en paralelo al crecimiento del mercado asistencial privado, en su mayor parte informal y sujeto a escaso control, que ahora se encarga de una proporción sustancial de las necesidades de cuidados.

Este documento pretende sobre todo describir esta situación crítica mostrando los principales cambios sociales que han causado la crisis del modelo familiarista tradicional (secciones 2 y 3) para después

* Traducción por María Jiménez Buedo.

analizar las características del sistema público (secciones 4 y 5) y proporcionar algunas explicaciones de las razones detrás de las inercias que han venido caracterizándolo en las últimas décadas (sección 6). Posteriormente, se analiza el surgimiento del mercado privado de cuidados como una forma específicamente italiana de reducir la brecha creciente entre las necesidades sociales de la población y la capacidad de las políticas públicas (sección 7). Finalmente se pretende, a partir del análisis llevado a cabo, identificar cuáles son los principales retos a que se enfrentan las políticas públicas, con especial atención a las consecuencias del papel significativo que hoy día juega el mercado privado (sección 8).

10.2. LOS FACTORES DE CRISIS: EL ENVEJECIMIENTO DE LA POBLACIÓN Y EL AUMENTO DE LOS DEPENDIENTES

Italia tiene una de las mayores proporciones de ancianos en Europa. Según los datos de Eurostat, el porcentaje de la población de más de 65 años en Italia (19% en 2004) es tres por ciento mayor que el de España, Francia y Gran Bretaña, y un uno por ciento mayor que el de Alemania (ver Cuadro 1). La gran proporción de ancianos se confirma cuando se observa la composición demográfica general de la población: Italia continúa siendo el país occidental con el ratio de personas mayores más alto.

CUADRO 1

2004	Proporción de la población de 65 o más años	Proporción de la población de 80 o más años	Razón de los mayores dependientes (población de 65 o más entre la proporción de los 15 a los 64 años)
Bélgica	17,01	4,01	26,1
Dinamarca	14,09	4,00	22,5
Alemania	18,00	4,02	26,8
Grecia	17,08	3,03	26,4
España	16,09	4,02	24,6
Francia	16,03	4,04	25,1
Irlanda	11,01	2,06	16,4
Italia	19,02	4,08	28,9
Luxemburgo	14,01	3,01	21,0
Holanda	13,08	3,04	20,5
Austria	15,05	4,01	22,8
Portugal	16,08	3,07	24,9
Finlandia	15,06	3,07	23,3
Suecia	17,02	5,03	26,4
Reino Unido	16,00	4,03	24,3
Noruega	14,07	4,06	22,5
Suiza	15,07	4,03	23,2

Fuente: Datos Eurostat, 2005.

A falta de datos precisos, resulta difícil establecer el grado en que el aumento progresivo de la población envejecida se traduce en un aumento de la población dependiente. Si bien los posibles escenarios difieren según las hipótesis subyacentes (Beltrametti, 1998), resulta no obstante probable que el aumento en la esperanza de vida haga que los problemas de salud y la necesidad de asistencia crezcan. Algunos estudios recientes dirigidos por el *Istituto Nazionale di Statistica* (ISTAT), el *Consiglio Nazionale della Ricerca* (CNR) y el Ministerio de la Salud han intentado recrear las características de la población anciana, centrándose sobre todo en los porcentajes de las distintas formas de necesidad de asistencia. El ISTAT estimó en un estudio realizado en 1999-2000, que había aproximadamente 2.600.000 personas dependientes en Italia que residen con sus familias, es decir un 4,8% de la población mayor de 6 años¹. Había aproximadamente otras 170.000 personas dependientes viviendo de forma permanente en instituciones residenciales y sociales. La población total necesitada de asistencia era por tanto de 2,8 millones de personas según estas estimaciones. De éstos, 2 millones eran personas mayores, concentrados fundamentalmente en el sector de los "extremadamente mayores" (los mayores de 75 años). Según los datos del ISTAT, el porcentaje de discapacidad entre los mayores de 65 supera el umbral del 19% (48% de la población de más de 80), mientras que el porcentaje de los severamente discapacitados (confinados en sus casas) llega a casi el 5% (ISTAT, 2000) (ver Cuadro 2).

CUADRO 2

Discapacitados por miles de habitantes de la población de más de 6 años por tipo de discapacidad en 1999

	Edad						Total	Número de discapacitados (miles)
	6-14	15-44	45-64	65-74	75-79	80 o más		
Discapacidad	15,6	9,1	25,3	91,4	195,7	476,7	48,5	2,615
Discapacidad total	3,5	4,1	9,6	33,3	84,9	249,7	21,4	1,153
Dificultades funcionales	10,8	4,3	10,0	45,0	118,0	352,4	28,8	1,555
Dificultades de movilidad	1,7	2,6	12,0	47,5	98,8	225,0	22,3	1,204
Dificultades de la vista, auditivas y del habla	2,4	2,7	5,7	16,3	35,4	128,9	11,1	600
Número de discapacitados (en miles)	80	222	362	527	442	982	2,615	

Fuente: ISTAT, 2005.

1) Esta estimación está basada en una definición muy amplia de discapacidad de acuerdo con la cual una persona es considerada discapacitada si tiene una falta total de independencia para desempeñar al menos una función esencial de la vida diaria.

Las discapacidades de los mayores están además íntimamente vinculadas con otros problemas sociales y relacionales ligados a la estructura familiar en la que se encuentra este grupo poblacional. El estudio ISTAT señala que la falta de autonomía personal en la edad avanzada está a menudo acompañada también por una red muy débil de relaciones familiares: una de cada cuatro personas en el rango de edad 65-74 vive sólo (24%) y este porcentaje aumenta rápidamente entre los mayores de 74 años (más del 40%). Por último, la discapacidad y los vínculos familiares débiles están con frecuencia asociados a condiciones socioeconómicas precarias: aproximadamente un 40% de las familias con personas discapacitadas mayores de 75 declaran tener ingresos bajos o insuficientes (Pavolini, 2004).

Además, se viene observando un considerable aumento de la dependencia asociada a la demencia senil severa, que no está necesariamente ligada a las dificultades funcionales (movilidad, etc.). Los primeros resultados de un estudio longitudinal del envejecimiento (ILSA) que intenta formular estimaciones de la incidencia y tasas de enfermedades comunes en la vejez, hipotetiza que un 5% de los hombres y un 7% de las mujeres en el rango de edad entre 65 y 84 años se ven afectados por la demencia, con proporciones cercanas al 20% para los grupos de edad más avanzada. La incidencia de la dependencia entre los mayores en Italia parece similar a la de otros países europeos, en los que se estima que entre un 3% y un 5% de los ancianos (mayores de 65) sufre discapacidad severa y aproximadamente un 15% sufre discapacidad parcial (Pacolet et al., 2000). Las tendencias demográficas indicarían que la cantidad total de dependientes crecerá en los próximos años, independientemente de si el porcentaje de la población total de ancianos dependientes aumenta o no.

10.3. LOS FACTORES DE CRISIS: EL DEBILITAMIENTO DE LOS CUIDADOS FAMILIARES

Un factor fundamental en la comprensión del surgimiento de la necesidad de una intervención pública más amplia (y de la crisis de políticas públicas en que está inmerso el sistema de cuidados de larga duración) es la crisis del sistema tradicional de cuidados proporcionados por la familia. Uno de los rasgos fundamentales del sistema italiano de bienestar es el extremo hasta el cual el peso de la asistencia recae en las familias, lo cual ha sido tradicionalmente reforzado por una intervención pública basada en las transferencias monetarias y sólo residualmente en la provisión de servicios asistenciales.

Las necesidades de la población anciana han venido satisfaciéndose mediante la adaptación de las redes familiares y sus capacidades asistenciales constituidas sobre una base vertical intergeneracional. Esto refleja el desarrollo histórico del modelo familiar definido por Reher (1998) como la "familia fuerte", caracterizada por las reglas específicas que constituyen a la familia y por el mantenimiento de fuertes relaciones intergeneracionales (Micheli, 2000).

Una de las características generales del sistema italiano de asistencia es el alto porcentaje de ancianos (mayores de 65) que viven con hijos adultos. Los mayores de 65 que residen con sus hijos como un miembro extra constituían un 5,7% de la población en el 2001, mientras que un 24,2% vivía con sus hijos en calidad de padres. Un total de 30% de la población de más de 65 viven con un hijo adulto

(ISTAT, 2001). Este porcentaje es mucho mayor que el de la media de la UE 15, en la que el porcentaje de los mayores de 65 años viviendo con sus hijos es aproximadamente del 20% (siendo la proporción de un 10-12% en Francia, Gran Bretaña y Alemania y de alrededor de un 35% en España).

Un segundo indicador de la fuerza tradicional de los vínculos intergeneracionales reside en la proximidad geográfica de los padres mayores y sus hijos, así como en la frecuencia de los contactos intergeneracionales. De hecho varios estudios italianos muestran cómo las redes de contacto intergeneracionales continúan siendo muy difusas: más del 40% de los mayores que viven solos o con una pareja tienen un hijo que vive en el rango de un kilómetro a la redonda, y un 70% de estos mayores pueden también tener contacto diariamente con un hijo (Ranci, 2001).

Los fuertes vínculos de las redes familiares explican por tanto porqué, al margen de los desarrollos en política pública, la familia continúa siendo el principal recurso disponible a los mayores para hacer frente a sus necesidades asistenciales.

Resulta de todos modos fácil predecir que los cambios recientes ocurridos en la estructura familiar y la composición demográfica de la población contribuirán a reducir el apoyo familiar y, consecuentemente, provocarán un aumento de la demanda de servicios externos. El aumento de la esperanza de vida y el envejecimiento de la población han resultado ya en la amplia difusión de hogares con un anciano que vive solo. Este tipo de familia constituye ahora el 27% de los mayores de 65 y llega al 37% de los "extremadamente mayores" (de más de 75 años). Un considerable 43% de la población de más de 75 años que vive solo no cuenta con una red de apoyo familiar, bien porque no tienen hijos, o porque éstos viven lejos o prefieren no colaborar (Ranci, 2001). Es por tanto inevitable que estas personas tengan acceso a los servicios profesionales para solventar sus necesidades de cuidado. Si las tendencias sociales y demográficas en marcha continúan en el futuro, podemos predecir que la demanda de servicios de cuidados profesionales crecerá aún más.

La resistencia de las redes de apoyo familiar es sorprendente. De hecho, la mayoría de los cuidadores informales son hoy día mujeres de mediana edad, hijas y nueras de padres mayores. El progresivo envejecimiento de la población mayor viene acompañado del envejecimiento progresivo de los cuidadores familiares: según un estudio reciente del ISTAT, durante un periodo de cinco años (de 1998 a 2003), la edad media de los cuidadores aumentó en 5 años, con una tasa de envejecimiento mayor que el de la población general, para alcanzar los 48 años de edad en 2003. Las generaciones de mujeres que entran en este rango de edad tienen tasas de actividad y empleo mayores que las de las generaciones previas.

La tasa de actividad femenina ha sufrido un incremento gradual en los últimos diez años que ha repercutido sobre todo en las mujeres de mediana edad. La tasa de actividad para las mujeres de 50-59 años aumentó en un 15% en la década de 1991-2001, subiendo de un 30 a un 45%, mientras que la tasa de empleo aumentó un 14%, pasando de un 29 a un 43% (ISTAT, 2001). Esta tendencia está compuesta de dos fenómenos paralelos: una mayor propensión de las nuevas generaciones a entrar en el mercado de trabajo y perdurar en el trabajo durante la maternidad y la fase posterior.

"El aumento de la tasa de empleo femenina ha tenido lugar entre las mujeres de mediana edad. Se trata de un fenómeno que comenzó hace tiempo, como demuestra la curva de empleo cruzada con la de edad del año 1977: en el pasado el pico de ocupación y participación en el mercado de trabajo se alcanzaba con anterioridad a los treinta años para después caer progresivamente, sobre todo, con la maternidad. Hoy día ocurre exactamente lo contrario siendo las curvas de participación similares entre hombres y mujeres.

El modelo femenino de participación en el trabajo ha por tanto cambiado. Mientras que en el pasado las mujeres comenzaban a trabajar a edad temprana y el trabajo se veía como una experiencia fundamentalmente transitoria, hoy día comienzan a trabajar más tarde, a una edad en la que las generaciones anteriores comenzaban a dejar el mercado de trabajo, y muestran una mayor determinación a no abandonar el trabajo en el futuro." (ISTAT, 2002).

Los estudios del mercado de trabajo muestran que el gráfico de actividad femenina combinado con la edad tiene ahora forma de campana, como ocurre en el caso de los hombres (entrada progresiva en el mercado y sostenimiento de la actividad hasta la edad de jubilación), con una tendencia progresiva a retrasar la edad a la que se abandona el trabajo.

Resulta por tanto obvio que el mismo estudio presentara una reducción general del número de horas dedicados al cuidado informal por parte de los miembros de la familia, así como la reducción en el número total de familias en las que se recibe o da cuidado de forma informal. La reducción en los cuidados afecta mayoritariamente, de modo relativo, a familias compuestas por personas mayores: mientras que el 29% de las familias mayores recibían cuidados en 1998, la proporción había caído al 18% en 2003 (ISTAT, 2006).

El escenario demográfico y social que está tomando forma deja poco espacio para un posible aumento de los cuidados informales por parte de las mujeres. Mientras que las necesidades cambian y aumentan, el tiempo que las hijas podrían dedicarle a estas tareas es cada vez menor y no parece que pueda volver a aumentar en el futuro inmediato. Finalmente, debe tenerse en cuenta que el tiempo potencial total que las hijas pueden asignar al cuidado de los mayores está disminuyendo, en términos relativos, fundamentalmente debido a la caída del ratio de la población femenina en el rango de edad de los 45-64 años (Micheli and Ranci, 2003)².

Para resumir esta idea, puede decirse que la necesidad de asistencia está aumentando mientras que es atendida cada vez menos por medios tradicionales: el conjunto de los factores considerados (el aumento de la población dependiente y la reducción paralela en las capacidades cuidadoras de las familias) ponen de manifiesto que los cambios en marcha suponen definitivamente nuevos retos para el sistema de bienestar italiano.

2) Los vínculos familiares, de hecho, están decreciendo en número. Según Micheli (2003) los mayores de 65 hoy día pueden contar con dos hijos (20% con al menos 3 hijos). En diez años, los mayores se verán afectados por el largo periodo de bajas tasas de natalidad que comenzó en los setenta y continuó hasta la primera mitad de los noventa, una caída que ya ha hecho que la media de hijos por mujer esté por debajo de uno en la segunda mitad de los noventa. Estos mayores tendrán por tanto menos cuidadores potenciales y sus hijos no serán capaces de compartir la carga de los cuidados con sus hermanos y hermanas.

10.4. EL SISTEMA DE INTERVENCIÓN PÚBLICA

Estas transformaciones sociales son abordadas en la actualidad a través de un sistema público de asistencia que no ha sido modificado de forma sustancial en muchos años. La estructura de la cobertura pública de asistencia a las necesidades de la población dependiente revela un modelo de carriles paralelos. Está caracterizado por la presencia de dos sistemas de intervención que asisten a beneficiarios que están identificados y seleccionados sobre la base de criterios heterogéneos y completamente independientes. El primer camino consiste en la *indennità di accompagnamento* (IA). Se trata de una medida universal, abierta a todos los ciudadanos que acrediten dependencia total. Todos los ciudadanos italianos totalmente discapacitados, incapaces de andar o de llevar a cabo las tareas diarias y que requieran cuidados continuos, tienen derecho a esta ayuda independientemente de su edad. Mientras que esta medida se introdujo en 1971, fundamentalmente para dar ayuda a los adultos discapacitados, en la última década el efecto imprevisto se ha producido por el crecimiento exponencial de su uso por parte de los mayores dependientes. Aunque en 1996 había 870.000 beneficiarios del programa, en 2003 eran ya más de un millón (1.148.000), más de dos tercios de los cuales eran mayores de 75 años. La mayor concentración se da entre los extremadamente mayores ya que un 45% de los beneficiarios tienen al menos 80 años. En el transcurso de estos veinte años, la IA ha cambiado su función, tanto cualitativa (de una medida dirigida a los discapacitados jóvenes y adultos, a una medida para los ancianos dependientes) como cuantitativamente (de una medida destinada a un número estable y contenido de posibles beneficiarios, a una medida destinada a un grupo rápidamente creciente). Se trata de la única medida existente en Italia que ofrece cobertura universal a los dependientes establecida a nivel nacional y sobre unos criterios mínimamente homogéneos.

Una comparación con las medidas establecidas en otros países europeos resulta útil para subrayar sus peculiaridades.

Existen algunos puntos de similitud entre estos programas. Así, el grado de cobertura del IA italiano (un 6,3% de la población mayor de 65 años se beneficia de este programa) resulta similar al del programa francés APA (6,6%) y menor que la cobertura proporcionada por el sistema de aseguramiento social alemán (19,9%) que de todas formas proporciona además servicios utilizados por aproximadamente un cuarto de los beneficiarios. En segundo lugar, y tal y como ocurre en los sistemas francés y alemán, no se utilizan mecanismos de comprobación de recursos para seleccionar a los beneficiarios.

Pese a esos punto de coincidencia, existen también considerables diferencias entre dichos programas en relación a la definición de los servicios proporcionados, así como en cómo éstos son proporcionados y utilizados. En primer lugar, la cantidad otorgada por el sistema italiano se aproxima al nivel mínimo del sistema francés y al nivel intermedio del sistema de ayudas en metálico del sistema de aseguramiento alemán. Mientras que la IA garantiza un nivel mínimo de servicio similar al proporcionado por programas análogos de otros países, éste esquema resulta decididamente menos generoso hacia aquellas personas que se encuentran en una situación de mayor necesidad de cuidado ya que la cantidad concedida no está vinculada al grado de dependencia padecido. El segundo lugar, la IA tan sólo consiste en transferencias monetarias, mientras que el sistema adoptado en Alemania permite elegir entre

dinero, servicios o a una combinación de ambos, al tiempo que la APA francesa consiste en un cheque que tan sólo puede ser utilizado para la compra de servicios de atención y cuidado. Además de lo anterior, la IA no implica ningún control, anterior o posterior, respecto al uso dado a los recursos monetarios recibidos, que son otorgados sin ninguna limitación de uso. Así, la IA puede ser utilizada para adquirir servicios en el mercado y puede por tanto contribuir indirectamente a la aparición y desarrollo de un mercado informal de atención a las personas dependientes.

Como consecuencia de estas características, y aunque constituye un recurso fundamental para las personas en situación de dependencia, la IA corre el riesgo de convertirse más en un ingreso complementario que en un sistema de asistencia diseñado para garantizar y apoyar la provisión de servicios de cuidados. La IA sólo asegura un ingreso mínimo de protección para los dependientes, sin relación alguna con el nivel real de la necesidad de cuidados.

CUADRO 3

Comparación de los esquemas nacionales de cobertura asistencial en tres países europeos: Italia, Alemania y Francia

	Italia IA	Alemania Seguro LTC	Francia APA
Nivel de uso como % de la población anciana (más de 65 años)	6.3	10.9 de 60)	6.6 (de los mayores)
Clasificación de los beneficiarios en función del nivel de dependencia	Sin clasificar Un nivel	Sí Tres niveles	Sí Cuatro niveles
Fuente de financiación	Impuestos generales	Contribuciones a un seguro	Mixta (impuestos generales, co-pagos)
Co-financiación por parte de los beneficiarios	No	No	Sí (max. 85%)
Cuantía de los recursos procurados	Fija (432 euros)	Variable (efectivo: 200-400-650 euros) (en cuidados: 375-900-1.432 euros)	Variable (474-712-949- 1,107 euros)
Control público de la forma en que se gasta el dinero	No	No individual)	Sí (plan de asistencia)
Apoyo al cuidador	No	Sí	No

Fuente: Datos elaborados por Pavolini (2004).

La segunda línea de intervención en el ámbito de la dependencia consiste en los programas locales de asistencia que incluyen la provisión de servicios residenciales y a domicilio diseñados específicamente para la población dependiente. La provisión de estos servicios es resultado de una considerable división de responsabilidades entre las autoridades locales y el gobierno central, así como de la existencia de una clara división entre las responsabilidades del sector social y del sanitario. Resulta por tanto difícil identificar las características comunes en esta provisión, ya que la fragmentación de responsabilidades y la diversidad de criterios para la elegibilidad son las características más destacables y problemáticas.

Una característica básica de este estado de cosas es la pobre integración entre la sanidad y los servicios sociales de larga duración. Por un lado los servicios sanitarios (hospitales, rehabilitación, etc.) se distribuyen sobre una base universal y son prácticamente gratuitos, pero están estrictamente limitados a los servicios médicos y de enfermería, con frecuencia ligados únicamente a las fases agudas de la enfermedad. Por otro, los servicios sociales (apoyo financiero, asistencia en el hogar, asistencia en instituciones) son facilitadas por los municipios en función de criterios altamente selectivos y extremadamente variados, determinados fundamentalmente por los presupuestos de que disponen y las opciones políticas adoptadas por las autoridades locales. Hasta ahora, todos los intentos de hacer que los sistemas locales de servicios sociales estén mejor organizados y sean más consistentes, así como de basar su provisión en derechos sociales reconocidos a nivel nacional, han resultado fallidos como consecuencia de la insuficiencia de los presupuestos asignados a estos programas y de la ausencia de una coordinación efectiva entre los programas locales y nacionales.

A pesar de la gran variación geográfica, pueden hacerse algunas consideraciones generales sobre los programas locales de bienestar. En primer lugar, la intervención está limitada a un número reducido de personas cuando se compara con otros países europeos y la difusión de la IA estima que alrededor del 3% de la población anciana en Italia se beneficia de los programas públicos de atención domiciliaria (con grandes discrepancias entre el Norte y el Sur del país), mientras que un 2% recibe cuidados residenciales. Con la salvedad de algunas regiones del Norte, la mayoría de las instituciones residenciales no han desarrollado funciones de servicios sanitarios, limitando sus servicios a las funciones de cuidado. Los datos equivalentes para otros países europeos son muy diferentes: en Alemania el 9,3% recibe cuidados en su hogar, el 6,1% en Francia, el 5,5% en Gran Bretaña. De igual modo, el 6,8% de los mayores recibe asistencia residencial en Alemania, el 6,5% en Francia, y el 5,1% en Gran Bretaña (Jacobzone, 1999).

En segundo lugar, las condiciones de las personas dependientes que tienen acceso a estas medidas son en general extremadamente graves: los criterios de selección basados en la necesidad son de hecho muy estrictos, tanto para el programa de cuidado residencial, como el de cuidado a domicilio. Muchos programas locales hacen depender el acceso de los medios de que dispone el potencial beneficiario. La presencia de familiares con deberes de cuidador hace, con frecuencia, que la posibilidad de obtener servicios de cuidado se vea puesta en riesgo, incluso si la seriedad de la invalidez y las dificultades financieras lo requeriría.

La provisión de cuidados está también limitada en términos cuantitativos. Los servicios de atención domiciliaria casi nunca se proporcionan con la continuidad y frecuencia necesarias para satisfacer las

necesidades crónicas de cuidados, y no constituyen una alternativa válida al cuidado institucionalizado. De media, proporcionan menos de cinco horas de cuidados por semana y persona. Algunos programas de cuidado a domicilio se están especializando en servicios sanitarios específicos, con más limitaciones aún en términos de las horas procuradas y el acceso a los mismos. Las sumas que se pagan en ayudas en metálico son generalmente muy pequeñas. Finalmente, una gran proporción de los costes de los servicios residenciales (cuidados personales y gastos de la vida diaria) son financiados por los propios beneficiarios (excepto cuando los ingresos de un individuo son tan limitados que la autoridad municipal se ve obligada a intervenir).

10.5. UNA EVALUACIÓN GLOBAL DEL SISTEMA

Los dos itinerarios paralelos del sistema italiano de cuidados de larga duración presentan una serie de problemas estructurales que pueden resumirse en cinco puntos.

a) No existe reconocimiento explícito del derecho universal al cuidado de las personas dependientes en Italia. La dependencia no constituye un riesgo social reconocido que, una vez identificado en base a unos criterios uniformes, da lugar al derecho a determinados servicios específicos. Al contrario que en Alemania y Francia, no existe un conjunto único y unificado de criterios, válido a nivel nacional, con los cuales evaluar la dependencia. En consecuencia, los servicios se conceden en base a evaluaciones y criterios clasificatorios específicos que, en el caso de los servicios en especie (cuidados residenciales y a domicilio), varían de un contexto local a otro. La misma condición de necesidad da derecho a unos servicios en un municipio mientras que éstos son denegados en otro. La única medida nacional es la IA, pero el acceso a la misma depende en buena medida también de la discrecionalidad individual³ en ausencia de criterios precisos para evaluar la dependencia. El acceso a los cuidados residenciales y a domicilio, por otra parte, se materializa en base a la oferta local, mientras que una gran parte de los costes de los cuidados residenciales son financiados por los ciudadanos, creando por tanto grandes desigualdades en el tratamiento⁴.

b) La provisión de cuidados de larga duración resulta, en general, insuficiente para satisfacer el nivel de demanda. Mientras que el número de beneficiarios de la IA es similar al de otros programas análogos europeos, aunque la cantidad percibida es inferior a la de otros países europeos, los servicios en

3) La ayuda se concede a personas con un 100% de invalidez y que son incapaces de llevar a cabo actividades diarias de forma autónoma. La evaluación de los casos corre a cargo de comisiones locales que adoptan muy variadas interpretaciones. La evidencia empírica de estas variaciones viene demostrada por el hecho de que las regiones del Sur tienen una tasa de beneficiarios mayor que las del Norte, sin que exista ninguna correlación entre el grado de envejecimiento y la difusión de la invalidez.

4) Las instituciones residenciales en Italia son de dos tipos: las RSAs (Residenza Sanitarie Assistenziali - residencia sanitaria y asistencial) dan servicios de rehabilitación y sanitarios financiados directamente por el Servicio Nacional de Salud, mientras que los beneficiarios deben financiar el coste de la estancia y los cuidados; las enfermeras dan servicios de cuidados con el coste financiado enteramente por parte de los residentes.

especie (cuidados en el hogar, centros de día, cuidados residenciales, etc.) se conceden en base a criterios altamente selectivos a personas seriamente discapacitadas con salarios muy bajos o sin una red de apoyo familiar; y están fundamentalmente dirigidos a las funciones sanitarias, dejando la mayor parte de las necesidades de cuidado diarias (movilidad, compañía, atención personal, relaciones sociales, etc.) sin cubrir. Se trata por tanto de un sistema de provisión de servicios considerablemente infradotado comparado con el de otros países y con respecto a las necesidades existentes, sobre todo en el Sur y Centro de Italia. Parece tan sólo capaz de proporcionar un nivel mínimo de asistencia para los discapacitados más pobres sin apoyo familiar.

c) Contrariamente a lo que otros países europeos intentan aplicar, el apoyo financiero y la provisión en especie de servicios se conceden a través de canales que son completamente independientes institucionalmente y que emplean distintos criterios de selección (universales en el primer caso y altamente selectivos en el segundo). No existe ninguna forma de vínculo que coordine los beneficios financieros con la provisión de servicios. Este dualismo existió durante largo tiempo en varios países europeos, pero ha sido progresivamente eliminado en los últimos años bajo el impulso de la nueva "vejez en casa" y los programas de "dinero y cuidados", que son más flexibles, al ofrecer un amplio rango de servicios y dando a la gente la posibilidad de combinar servicios (Pavolini and Ranci, 2006). Si tradicionalmente ha existido un dualismo en Europa entre un modelo fundamentado en los servicios, característico de los países europeos del Norte (y basados en la provisión de servicios en especie bajo una regulación pública estricta), y un modelo fundamentado en lo informal (basado predominantemente en las transferencias monetarias a las familias), este segundo modelo es claramente predominante en Italia hoy día, acompañado de un débil crecimiento de los servicios en especie que tienen una función puramente supletoria.

d) El sistema de intervención existente no es capaz de apoyar de forma adecuada las capacidades cuidadoras de las redes familiares informales, aunque implícitamente asume que éstas existen y funcionan (Saraceno, 1994). El predominio de un sistema basado en meras transferencias monetarias a los ciudadanos asume la existencia de sólidas redes familiares que son capaces de asumir la responsabilidad de un gran rango de funciones de cuidado. De nuevo, y dada la extremadamente escasa oferta, el acceso a los servicios de atención a domicilio y residenciales supone que no existe apoyo de la red familiar. Mientras que en el primer caso se supone implícitamente que las redes familiares funcionan adecuadamente, en el segundo caso se asume que estas redes no funcionan de forma efectiva. En ambos casos no hay una intervención explícita dirigida a mantener activa la capacidad cuidadora de la familia y a apoyarla en el largo plazo.

e) Finalmente, el sistema público de cuidados de larga duración en Italia no consigue cubrir de forma básica las necesidades de cuidado de la población dependiente de clase media, cuyo salario no es suficientemente bajo como para tener acceso a los programas públicos y con frecuencia no es suficientemente alto como para pagar servicios de cuidado en el mercado privado. Como consecuencia de la falta de apoyo público, con frecuencia las familias tienen sólo la opción de internalizar las responsabilidades del cuidado, estando por tanto bajo una presión considerable en términos de sus estándares de vida (Costa, 2004). Es entre este grupo de población que los problemas han venido concentrándose en los últimos años: para esta creciente población ser dependiente constituye tanto un factor de riesgo de

empobrecimiento como un factor de sobrecarga para las redes familiares, obligadas a asumir responsabilidades financieras y organizacionales para superar los límites e inadecuaciones del sistema público de intervención.

10.6. TENDENCIAS REFORMISTAS E INERCIAS DENTRO DEL SISTEMA

El reciente aumento en la demanda de cuidados de larga duración ha sometido al sistema público a una presión sin precedentes. Mientras que por un lado la demanda de servicios públicos ha aumentado (tal y como se puede apreciar en la explosión de las listas de espera), por otro lado los costes de los servicios sociales y sanitarios han aumentado exponencialmente. Este segundo factor ha sido muy importante en la difusión de la demanda de la expansión de servicios de larga duración, con el propósito de concentrar los servicios sanitarios en las fases agudas y de reducir los costes de los cuidados de los enfermos crónicos. La demanda de desarrollo de un sistema público de cuidados de larga duración se ha interpretado como un intento de trasladar la carga de los costes que ahora financia el Servicio Nacional de Salud a un nuevo sistema de cuidados de larga duración en el que, a falta de reconocimiento de derechos universales, la provisión de los servicios sea fácilmente financiada por los ciudadanos (Lamura, 2003). De acuerdo con esta visión, el desarrollo de un nuevo sistema público de protección contra el riesgo de dependencia estaría justificado más por la demanda para reducir los costes sanitarios que por la demanda de expandir los servicios que los ciudadanos disfrutan. Sin embargo, no es menos cierto que en la situación actual en Italia, el sistema público de cuidados de larga duración está infradimensionado y es tan selectivo que, en cualquier caso, resulta incapaz de satisfacer las demandas de una gran parte de la población.

La presión de los costes combinada con la presión de las necesidades ha hecho, en cualquier caso, que haya una fuerte demanda de cambio, similar a la que ya ha habido en otros países europeos continentales, generalmente dirigida a la expansión de la oferta pública de servicios de cuidado de larga duración. Sin embargo hasta la fecha el cambio ha sido bastante reducido, y limitado sobre todo a los niveles regional y local. El hecho más significativo lo constituye la importante inercia del nivel nacional, que hasta la fecha no ha experimentado cambios significativos. Aunque este asunto ha sido debatido en la arena pública durante varios años y a veces los gobiernos han declarado su compromiso en este sentido, ningún proyecto de reforma ha sido iniciado o lanzado hasta la fecha. La inercia del gobierno central se ha encontrado con un cierto dinamismo por parte de algunas regiones y numerosas municipalidades (sobre todo las situadas en el Norte de Italia). El resto de esta sección describe las principales coordenadas del debate nacional y de los cambios más significativos a nivel regional y local. La sección concluye con unas explicaciones tentativas acerca de por qué la inercia se ha apoderado del sistema italiano de cuidados de larga duración en su conjunto.

10.6.1. EL IMPASSE DEL ITINERARIO NACIONAL

El problema de la provisión a la población dependiente en los noventa, cuando la comisión de gobierno encargada de proponer una reorganización general del sistema italiano de bienestar (la Comisión Onofri) propuso una reorganización de las pensiones de invalidez y de las medidas asistenciales para los dependientes, e indicó la conveniencia de crear un "Fondo Nacional para los dependientes" como el principal instrumento de acción. El fondo propuesto era parte de un paquete de medidas más complejas que perseguían la reorganización general, tanto del sistema de pensiones, como de las políticas de protección social en su conjunto. Los gobiernos de centro-izquierda de la segunda mitad de los noventa siguieron las propuestas referidas al sistema de pensiones y comenzaron una reforma general del sistema italiano de asistencia social (que culminó en la adopción de una Ley general nacional en el 2000), pero no desarrollaron ningún plan concreto para la cuestión de la dependencia. El desarrollo de iniciativas en este ámbito chocó con la resistencia de aquellos grupos de discapacitados con mayores niveles de protección (sobre todo los discapacitados "sensoriales"), así como con la necesidad de no desarrollar programas que implicasen aumentos sustanciales del gasto público.

Los gobiernos de centro-derecha del periodo 2001–2006 abandonaron los planteamientos reformistas previos para adoptar un enfoque que parecía más dirigido a los asuntos de la dependencia y el apoyo familiar. La ola de calor sin precedentes que afectó a las regiones del Norte en el verano de 2002, causando un aumento exponencial en la mortalidad de la población anciana más débil, convenció al Ministerio de Salud para anunciar un proyecto de reforma que apuntaba a la formación de un Fondo Nacional para la dependencia. De hecho, la solución imaginada, consistente con la política neoliberal del gobierno, estaba basada en la adopción de incentivos públicos que crearán un nuevo mercado asegurador privado especializado en el campo de los cuidados de larga duración, un objetivo cuya implementación se reveló en seguida imposible debido a la presencia insoslayable de varios fallos de mercado⁵. Enfrentados a la tesitura de invertir grandes sumas de dinero público en el Fondo Nacional, los gobiernos de centro-derecha decidieron abandonar el proyecto y concentrarse en medidas de un impacto general limitado asociadas a aliviar la carga impositiva de las familias. En los últimos meses de 2006, el nuevo gobierno de centro-izquierda volvió a relanzar la discusión acerca de la necesidad de proveer a los dependientes de cuidados de larga duración, pero no se invirtió una cantidad de recursos sustancial en este nuevo programa.

En resumen, la dificultad de encontrar financiación adicional por un lado y los obstáculos para implementar cambios radicales por otro, contribuyeron a la inercia de los gobiernos centrales. Al contrario de lo que sucedió en algunos países europeos, los gobiernos nacionales en Italia tuvieron que enfrentarse al problema de invertir sumas considerables en un periodo histórico caracterizado por restricciones financieras y tributarias considerables. Las reformas de los cuidados de larga duración adoptadas en Francia y Alemania en la pasada década fueron en gran medida una respuesta a las crisis financie-

5) Algunos de los fallos más relevantes eran la baja propensión de los consumidores a adquirir pólizas de seguros dada la dificultad de prever posibles gastos futuros basados en sucesos imponderables como las discapacidades, y el alto coste de las primas de seguros dada la necesidad de contrarrestar la tendencia de la gente a esconder los factores de riesgo.

ras del sistema sanitario y de los programas de bienestar locales que estaban mucho más desarrollados que en Italia. En Italia el pobre desarrollo de los programas locales y la baja provisión de servicios sanitarios a los dependientes implicaban una falta de impulso a la implementación de una reforma que además de contribuir a satisfacer una creciente demanda social, tenían el objetivo de la reducción de costes de otros programas públicos. Un obstáculo adicional al desarrollo de un nuevo sistema público ha sido la existencia previa de un programa nacional (IA) apoyado por grupos de discapacitados que se benefician del mismo y que han tenido éxito en la paralización de cualquier intento de reforma.

10.6.2. LAS DINÁMICAS DEL ITINERARIO LOCAL

La inercia de los gobiernos nacionales se encontró con un cierto dinamismo por parte de los niveles municipal y regional. Un crecimiento significativo en la oferta de los servicios pudo darse gracias a que las administraciones públicas se concentraron sobre la financiación y la coordinación general del sistema y subcontrataron la provisión de servicios sociales a organizaciones sin ánimo de lucro que operan en el nivel local, con la correspondiente y pronunciada retirada de la administración pública de la función de la provisión directa de servicios.

La principal tendencia en los años 80 y 90 estuvo dirigida hacia la provisión de cuidados a domicilio, seguida del principio del "envejecer en casa". La inversión en servicios de cuidado a domicilio ha aumentado la oferta global de estos servicios en las regiones centrales y del Norte, pero su crecimiento ha sido menor que el crecimiento de la demanda asociada a las tendencias demográficas. El resultado fue que la cobertura de estos servicios se mantuvo prácticamente intacta. Esta tendencia ha sido acompañada de una progresiva especialización de las instalaciones residenciales en la provisión de servicios médicos avanzados para hacer frente a una demanda rápidamente creciente, pero con costes de servicio y mantenimiento que aumentan aceleradamente.

El aumento de los servicios a domicilio y la "reconversión médica" de las instalaciones residenciales se han producido como consecuencia de la externalización de estos servicios, que ha tenido lugar mediante el encargo de la provisión a organizaciones privadas o sin ánimo de lucro, o introduciendo formas de subcontratación y regulación de cuasi-mercados. Este proceso ha permitido una reducción en los costes de mantenimiento de estos servicios ya que estas organizaciones pueden contratar trabajadores a unos salarios inferiores a los de las administraciones públicas y pueden usar contratos temporales. Esto ha favorecido también un mayor control del gasto público, permitiendo a las administraciones establecer "techos de gasto" y adoptar procedimientos de control más estrictos. La externalización de servicios ha posibilitado el aumento de los niveles existentes de provisión en un periodo en el que el gasto público asociado al Estado de Bienestar ha permanecido prácticamente inalterado.

Además de la involucración de las organizaciones sin ánimo de lucro en la provisión de cuidados, la innovación más extendida ha sido la introducción de copagos para los programas de cuidados. La regulación de estos sistemas locales básicamente replicaba el mecanismo de la IA, siendo la exigencia de niveles mínimos de recursos como requisito la única diferencia entre ambos. Han sido por tanto medidas que corrían el riesgo de perpetuar la orientación tradicional familiarista del sistema de protección

social italiano, fracasando en su objetivo de apoyar directa y explícitamente las capacidades cuidadoras de las familias. Es precisamente para superar estas limitaciones que algunas regiones italianas (Véneto, Liguria, Lombardía) han introducido recientemente regulación de cuasi-mercado basada en la dispensación de bonos, que pueden ser usados por los beneficiarios para adquirir servicios de cuidado ofrecido por una organización sin ánimo de lucro o por un cuidador particular.

Las autoridades locales han intentado satisfacer el aumento en la demanda social mediante la externalización y la "monetarización" parcial de sus programas sociales. Una gran parte de estas iniciativas han reproducido tipos de regulación ya desarrollados con éxito en otros países europeos. Sin embargo, la escasez de recursos financieros asignados a estos programas locales los ha relegado a una función residual, como un "último recurso" que es accesible a los dependientes tan sólo cuando todos los otros recursos económicos y humanos se han agotado.

10.6.3. DUALISMO LOCAL-NACIONAL

Pocas han sido las innovaciones introducidas en el campo de los cuidados permanentes en Italia en la última década. La inercia de las políticas nacionales ha estado acompañada de una incapacidad básica de los programas locales para escapar de la posición residual tradicional. Y esto ha ocurrido a pesar de la fuerte presión ejercida por la demanda.

Podemos encontrar dos razones básicas tras la inercia de los gobiernos centrales. Por un lado, ha habido dificultades para lograr los fondos necesarios en la construcción de un nuevo programa nacional de protección del riesgo de la dependencia en un periodo histórico caracterizado por una fuerte presión para evitar los aumentos en el gasto social y la subida de impuestos a los ciudadanos. Las declaraciones de principios de los políticos responsables de las políticas sociales y sanitarias a favor del desarrollo de un nuevo programa nacional no han sido hasta ahora seguidas de decisiones presupuestarias consecuentes. Por otra parte, la incapacidad para invertir en los programas de asistencia social municipales para proteger a las personas dependientes no ha producido las premisas básicas para la introducción de medidas sustitutorias diseñadas ex profeso. Dado que los costes de la asistencia social son financiados en la actualidad por los ciudadanos y sus familiares, ha predominado la tendencia a no cambiar el sistema existente para así soslayar el riesgo de introducir nuevos derechos sociales y sus compromisos financieros correspondientes.

Además, las innovaciones introducidas en los programas locales no han producido el desarrollo de abajo a arriba de una nueva política de cuidados de larga duración. Las razones parecen más estructurales y están relacionadas con la particular relación entre el Estado de Bienestar nacional y local en Italia. En primer lugar, se debe tener en cuenta que los sistemas de asistencia local son muy limitados cuantitativamente y no llegan a constituir el 15% del gasto total público en asistencia social. El reducido tamaño de los programas asistenciales locales ha estado determinado históricamente por la falta de autonomía fiscal de los municipios, y por las dificultades inherentes en la planificación de los desarrollos de política pública, que han adquirido particular importancia en un periodo en el que la crisis fiscal del Estado de Bienestar ya es manifiesta (Fargion, 1997). En segundo lugar, las políticas naciona-

les no se han ocupado nunca de los programas locales. Los sistemas de asistencia social nacionales, como la IA, han sido regulados por los gobiernos centrales sin que éstos hayan introducido ninguna responsabilidad conjunta con los gobiernos regionales y locales en la gestión de este programa. Por otro lado, la intervención legislativa que ha regulado las responsabilidades de las autoridades locales en materia de asistencia social sólo ha atribuido responsabilidades potenciales sin que éstas hayan estado acompañadas de un apoyo financiero adecuado. El desarrollo de políticas de asistencia social tanto municipales como regionales ha estado basado en esta ausencia de regulación y de apoyo financiero por parte del gobierno central.

El resultado de este orden de cosas es un dualismo radical entre los programas nacionales y locales. Se trata de una peculiaridad del caso italiano no existente en otros países europeos, donde muchos de los programas de cuidados de larga duración establecen derechos y criterios de elegibilidad definidos a nivel nacional, al tiempo que la gestión, distribución, y ejecución de los servicios es realizada en el nivel local.

La incapacidad de coordinar los niveles local y nacional ha otorgado a los municipios una función que es tan sólo la de complementar las inercias del gobierno central. La ausencia de un marco regulador claro ha hecho que, inevitablemente, la mayoría de los programas locales hayan tomado un cariz de emergencia, caracterizados por la discrecionalidad y el carácter residual. Finalmente, este estado de cosas ha condenado a la intervención local a sufrir una escasez crónica de fondos y a subordinar la disponibilidad de recursos financieros de estas políticas a los precarios presupuestos municipales. Esto contribuye no sólo a la fragmentación del sistema, sino a su estancamiento general.

10.7. UNA SALIDA: EL MERCADO PRIVADO DE CUIDADOS

La incapacidad básica del actual sistema de bienestar para responder de forma adecuada a la presión creciente de las necesidades sociales de la población dependiente ha tenido una consecuencia esperable. Enfrentadas a la dificultad creciente de la provisión directa de cuidados y a la falta de servicios públicos, una proporción sustancial de los dependientes ha descubierto el recurso al mercado privado a lo largo de los últimos diez años. Se trata de un fenómeno que crece con rapidez: según datos del ISTAT, las familias que recurren a los servicios privados domésticos y de asistencia aumentó en términos absolutos entre 1996 y 2002 de aproximadamente 1,5 millones a casi 2 millones (del 7,3% al 8,4% del total de familias) (ISTAT, 2005). El mayor crecimiento se registró en las parejas mayores de 74 años (del 7% al 18%) y entre los de más de 74 años que viven solos (mientras que en 1996 el 10% de ellos recurría a los servicios privados, en 2002 eran ya un 25%).

El extendido uso de los cuidadores privados individuales está animado no sólo por el deseo de permitir que las personas mayores puedan continuar viviendo en sus propias viviendas, sino también por los ahorros que esta solución implica: mientras que la factura media por una plaza en una residencia es de 1.364€ al mes en Lombardía, el coste mensual de un cuidador empleado irregularmente que trabaje prácticamente 24 horas y siete días a la semana es de aproximadamente 800€ (Da Roit and Saba-

tinelli, 2004). La situación actual y la práctica ausencia de controles administrativos sobre el trabajo irregular (la tasa de irregularidad entre los trabajadores del sector de "servicios domésticos" ha sido estimada por el ISTAT en un 64%) son suficientes para que el recurso al mercado sumergido de los cuidados sea muy probable: se trata de un mercado altamente competitivo, no sólo en términos de costes, sino también en términos de flexibilidad de los horarios de trabajo y de servicios. Las familias no parecen dar demasiada importancia a las cualidades profesionales de los trabajadores, un factor potencialmente competitivo en el sector organizado (Costa, 2004). Hasta ahora no ha surgido un debate público sobre la legitimidad de este mercado sumergido en Italia, con la excepción de algunas protestas de los sindicatos centradas sobre todo en las condiciones de trabajo de los inmigrantes empleados en el mismo. Además, la regulación actual que condiciona estrictamente la legalización de los nuevos inmigrantes a la existencia de un contrato de trabajo y a la disposición declarada de alojamiento ha aumentado la propensión de las mujeres inmigrantes a aceptar, como primer trabajo, el de asistente y cuidadora individual "interna".

La creciente propensión de las familias a recurrir al mercado privado ha sido un importante factor en la difusión de una gran oferta de cuidados por parte de la inmigración extra-comunitaria femenina llegada a Italia en los últimos años. Los cuidados a domicilio y el servicio doméstico siguen constituyendo los dos canales principales de acceso al mercado de trabajo y a la vivienda para las mujeres inmigrantes. La última amnistía para inmigrantes indocumentados en Italia en 2002 puso en evidencia las dimensiones del fenómeno, revelando la presencia de al menos 500.000 inmigrantes realizando trabajo doméstico y de cuidados personales a tiempo completo. Se trata de ocupaciones que incluyen alojamiento y que a menudo son aceptadas a cambio de una paga relativamente baja y condiciones de trabajo precarias (en términos de las horas de trabajo requeridas, la disponibilidad de tiempo, las condiciones de alojamiento, la temporalidad y la inseguridad del empleo). La presencia de ventajas recíprocas (un salario para el cuidador, servicios a domicilio a bajo coste para los dependientes), favorecidas por los bajos niveles de entrada de inmigrantes regulares permitida en los últimos años, han alimentado el crecimiento de un enorme nicho laboral sumergido, confinando a muchas mujeres inmigrantes a un mercado que corre el riesgo de la segregación étnica. Por parte de los beneficiarios, las ventajas financieras asociadas al empleo de un cuidador individual contrastan con el mayor riesgo de recibir un servicio de baja calidad. Otro riesgo potencial derivado del creciente carácter étnico del sistema de cuidados es el de los bajos estándares de calidad del cuidado público realizado por organizaciones sin ánimo de lucro e instituciones privadas como consecuencia del uso extendido de trabajadores inmigrantes de bajo coste.

Teniendo en cuenta el crecimiento del mercado privado y el estancamiento de la oferta pública de servicios, algunos autores han concluido que Italia está experimentando una progresiva mercantilización del modelo familiarista tradicional, que parece estar transformándose en un modelo "americano" (Da Roit and Sabatinelli, 2005). Este nuevo modelo estaría caracterizado por el acceso a servicios privados de bajo coste en los que el problema de la "enfermedad de costes" que afecta a los mercados privados es solventada mediante la contratación de trabajadores inmigrantes irregulares que reciben poco reconocimiento en términos de derechos ciudadanos básicos y que, en consecuencia, deben aceptar condiciones de trabajo particularmente pobres. Esta sería una manera eminentemente práctica de solucionar el problema de la dependencia en un país como Italia, en el que la estructura del mercado de

trabajo está históricamente dividida entre un sector fuertemente protegido (el sector público) y sectores carentes de protección y con una débil regulación pública.

Sin embargo, el crecimiento de un mercado privado de los cuidados ha tenido también consecuencias negativas: una mayor desigualdad en el acceso a los servicios entre aquellos ciudadanos que pueden permitirse servicios privados, y los ciudadanos que no encuentran alternativas válidas a los servicios públicos (demasiado residuales o infradotados para ofrecer soluciones adecuadas); las desigualdades crecientes entre trabajadores públicos fuertemente protegidos y cuidadores sin protección; la pesada carga de responsabilidad y la presión económica soportada por las familias; las pocas posibilidades de desarrollo de un sector de servicios sociales capaz de garantizar la calidad y la protección de los usuarios y también las garantías y oportunidades laborales para los cuidadores.

Se debe por tanto considerar que muchos de estos factores negativos constituyen los ingredientes del éxito de la atención proporcionada por los cuidadores particulares: los bajos costes hacen de esta alternativa algo asequible para grandes grupos sociales, haciendo posible mantener a los dependientes en casa, incluso en ausencia de una red familiar fuerte y unos ingresos altos; el acceso al empleo como cuidador a domicilio permite en cualquier caso a un gran porcentaje de mujeres inmigrantes una primera forma de inserción en la sociedad, aunque a menudo en circunstancias muy precarias; finalmente, un último factor de éxito reside en la oportunidad de obtener servicios más flexibles para actividades que con frecuencia no requieren conocimientos técnicos específicos, pero en los que la flexibilidad y la naturaleza de la relación de cuidados son cualidades muy valoradas.

El crecimiento de un mercado de trabajo inestable no constituye en sí mismo un gran problema. El riesgo surge por un lado del carácter residual de la oferta pública, y por otro lado de las características específicas de este mercado, en el que el empleo informal, el aislamiento, la ausencia de controles y la falta de garantías de la cualificación profesional de los cuidadores, están excesivamente extendidos. En otras palabras, mientras que el crecimiento del mercado privado constituye un factor que enriquece al sistema actual de cuidados, también requiere una expansión mayor de la oferta pública y una mayor regulación para garantizar unos niveles mínimos de formalidad en el empleo y en los estándares de calidad de los servicios prestados. Es en este punto en el que no se han dado mejoras apreciables en los últimos años, con la excepción de algunas situaciones locales "virtuosas".

10.8. CONCLUSIONES: ¿HACIA DÓNDE VA EL SISTEMA ITALIANO DE BIENESTAR?

La mayoría de países europeos han venido haciendo frente en los últimos diez años a problemas y tensiones causadas por la existencia de una creciente brecha entre las necesidades en aumento de una población dependiente y la capacidad de los sistemas públicos de asistencia para atenderlos. No sólo la actual oferta de servicios es inadecuada dada la demanda creciente de asistencia, sino que los modelos regulatorios y organizacionales adoptados en el pasado necesitan ser reformados. Muchos países, siguiendo el principio del envejecimiento "en casa", han introducido amplias reformas en sus sistemas

asistenciales. Mientras que los países del Norte de Europa, que ya han desarrollado un gran y amplio rango de intervención, han introducido unas políticas más selectivas (basadas en la selección y enfocadas a los servicios en funciones clave), los países de la Europa Continental, como Alemania y Francia, que previamente se basaban en las medidas monetarias de apoyo a las propias capacidades de las familias, han introducido nuevos sistemas que protegen a las personas dependientes asignando más dinero e introduciendo nueva regulación pública destinada a ampliar la provisión de servicios en especie y a apoyar directamente las capacidades de atención de las familias (Pavolini and Ranci, 2006).

Italia, como otros países del Sur de Europa, ha heredado del pasado un pobre sistema de asistencia. Como en otros países continentales, la intervención se ha concentrado casi exclusivamente en las transferencias monetarias. Sin embargo, al contrario que otros países continentales esta medida ha sido menos generosa, tanto en términos de difusión, como en términos de la cuantía de los subsidios. Se trata de un sistema que de forma creciente deja ver sus limitaciones a la hora de enfrentar los retos de una población envejecida. En los últimos años las debilidades de la intervención pública han favorecido la creación de una respuesta de mercado a los problemas de la dependencia.

El posible impacto de la progresiva mercantilización de la asistencia sobre la orientación tradicional familiarista del sistema italiano de bienestar sigue sin estar claro. En este capítulo hemos mostrado cómo las condiciones estructurales que en el pasado favorecieron un desarrollo limitado de los programas públicos de asistencia de largo plazo (solidaridad social apoyada por la persistencia de un modelo de "familias fuertes" caracterizado por estrechos vínculos intergeneracionales) están ahora desapareciendo, haciendo que la siempre creciente población dependiente sea cada vez más vulnerable. La mayor propensión de las mujeres a trabajar, el menor grado de proximidad residencial entre generaciones, el progresivo desequilibrio del ratio generacional, el aumento de la esperanza de vida y del periodo de la vida en el que el riesgo de dependencia es muy alto, son todos factores que contribuyen a un debilitamiento significativo del modelo tradicional familiarista. Los factores sociales que venían justificando en parte el desarrollo reducido de los programas de asistencia pública ya no existen.

El crecimiento del mercado privado de cuidados en los últimos años ha aliviado la presión sobre el sector público ante la creciente demanda de cuidados. Las precarias condiciones en que se establece la nueva oferta proporcionada por los cuidadores inmigrantes, con frecuencia indocumentados, ha permitido a muchas personas dependientes encontrar una respuesta a sus necesidades de cuidado de forma autónoma, sin tener que convertir su necesidad en una demanda de asistencia pública. El recurso a los trabajadores a domicilio inmigrantes ha permitido a las familias italianas construir nuevas soluciones al problema de la dependencia, siendo estas asumibles financieramente (dado el bajo coste de estos trabajadores) y factibles a nivel práctico (ya que permiten la suficiente flexibilidad como para integrar los cuidados proporcionados por el mercado como los cuidados que aún provee la red solidaria familiar). En este sentido el recurso al mercado constituye una nueva forma organizativa dentro de la cual el viejo modelo familiarista se reproduce basado en la auto-determinación de las familias y en el papel aún residual de los servicios públicos.

En este contexto, los gobiernos centrales han hallado más de una justificación externa para su inercia básica. Por otro lado, mientras que el mercado privado de cuidados da respuesta a las crecientes

demandas, crea simultáneamente nuevos problemas. Amplias desigualdades y nuevas formas de exclusión han sido generadas a partir del hecho de que no todos los ciudadanos pueden permitirse la adquisición de servicios asistenciales en el mercado. Además, la habilidad de los ciudadanos para convertirse en "empleadores" parece a menudo muy frágil, exponiendo a la gente al riesgo de manipulación y daños físicos y económicos. La ambigüedad de la regulación pública de la inmigración también favorece un mercado de trabajo irregular. Además, la introducción de los programas públicos basados en las ayudas financieras puede llegar a incentivar este mercado sumergido que otras políticas públicas intentan reducir, creando por tanto contradicciones e ineficiencias en la acción gubernamental. Por último, la solución de mercado no parece ser necesariamente final, ya que depende de un flujo constante de mujeres inmigrantes, un hecho para el que ni los expertos ni los hacedores de políticas tienen predicciones fiables.

Otros retos provienen del propio sistema de políticas públicas. Por un lado, como consecuencia del creciente recurso a los servicios sanitarios por parte de los pacientes crónicos, los costes aumentan en un campo en el que la responsabilidad financiera del Estado está fuertemente basada en derechos universales. Asimismo, la difusión de los programas de ayuda financiera en la asistencia social local parece pesar cada vez más sobre el presupuesto público como consecuencia de las tendencias demográficas.

La necesidad de rediseñar el actual sistema de intervención es por tanto urgente, hasta el punto que un número de regiones italianas están introduciendo sus propios esquemas para proteger a la población del riesgo de la dependencia (Pavolini, 2004). Este es un "camino regional hacia la reforma del bienestar" que, no obstante, aumenta las diferencias geográficas y desigualdades del sistema en su conjunto, poniendo de manifiesto la necesidad de un programa general nacional.

Aunque durante la pasada década la "vía americana" ha podido ser útil en la capacitación del sistema italiano para evitar adoptar una reforma integral del sistema de cuidados, no parece, definitivamente, constituir una solución definitiva. No sólo las familias italianas se ven cada vez más sobrecargadas por la responsabilidad de proporcionar las funciones de cuidado que en muchos otros sistemas de bienestar ya no desempeñan los familiares, sino que ahora se demandan políticas públicas que lleven a cabo otras funciones: regular el mercado privado de cuidados; apoyar y promover los servicios de cuidado en el hogar; y finalmente dar un mayor apoyo a las capacidades asistenciales y financieras de las familias italianas. Este es un reto que, dependiendo de cómo se enfrente, mostrará cuales son las trayectorias de desarrollo del modelo familiarista de bienestar, en el que las capacidades asistenciales por sí solas no son suficientes para proteger a la población del cada vez mayor y más difuso riesgo de la dependencia.

10.9. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Beltrametti, L. (2003): "Long-term care: una prospettiva di politica economica", in Guerra, M.C. & Zanardi, A. (eds.), *La finanza pubblica italiana - Rapporto 2003*, Il Mulino, Bologna, pp. 257-297.

Costa, G. (2004): "Care Coping Strategies, Vulnerability and Social Policy Dilemmas", Oxford, ESPAnet Conference, 9-11 september.

Da Roit, B. y Sabatinelli, S. (2005): "Il modello mediterraneo di welfare tra famiglia e mercato", in *Polis*, 2, pp. 267-290.

Fargion, V. (1997): *Geografia della cittadinanza sociale in Italia*, Il Mulino, Bologna.

ISTAT (2005): *Indagine sulle condizioni di salute e sul ricorso ai servizi sanitari*, ISTAT, Roma.

– (2002): *Le trasformazioni del MdL italiano nel periodo 1993-200*, Rome.

– (2006): *Annual report 2004*, Rome.

Jacobzone, S. (1999): "Ageing and care for frail elderly persons: an overview of international perspectives", *OECD Labour Market and Social Policy Occasional Papers*, n.º 38, OECD Publ.

Jacobzone, S. y Jenson, J. (2000): *Care Allowances for Frail Elderly and Their Impact on Women Care-Givers*, OECD, Paris.

Lamura, G. (2003): *Supporting carers of older people in Europe: a comparative report on six European countries*, European Social Services Conference, Venice, July.

Micheli, G. A. (2000): "Kinship, family and social network. The anthropological embedment of fertility change in southern Europe", in *Demographic Research*, 13.

Micheli, G. y Ranci, C. (eds.) (2003): *Equilibri fragili. Vulnerabilità e vita quotidiana delle famiglie lombarde*, Guerini e Associati, Milano.

Naldini, M. (2003): *The family in the Mediterranean welfare states*, Frank Cass, London-Portland.

– (2006): *Le politiche sociali in Europa. Trasformazioni dei bisogni e risposte di policy*, Carocci, Roma.

Pacolet, J.; Bouten, R.; Lanoye, H. y Versiek, K. (2000): *Social protection for dependency in old age. A study of the 15 EU Member States and Norway*, Ashgate, Aldershot.

Pavolini, E. (2004): *Regioni e politiche sociali per gli anziani. Le sfide della non autosufficienza*, Carocci, Roma.

Pavolini, E. y Ranci, C. (2006): *New trends of elderly care policy in Western Europe: towards a social market of care services?*, paper presented at the XVIth. ISA World Congress of Sociology, Durban.

Ranci, C. (2002): *Le nuove disuguaglianze sociali in Italia*, Il Mulino, Bologna.

Reher, D.S. (1998): "Family Ties in Western Europe: Persistent Contrasts", in *Population and Development Review*, 24, 2.

Saraceno, C. (1994): "The ambivalent Familism of the Italian Welfare State", in *Social Politics*, 1, Spring, pp. 60-82.

– (2003): "La conciliazione di responsabilità familiari e attività lavorative in Italia: paradossi ed equilibri imperfetti", in *Polis*, 17, 2, pp. 199-228.

Capítulo 11: Respuestas a la dependencia anteriores a la Ley sobre la misma

Demetrio Casado

Director del Seminario e Intervención y Políticas Sociales (SIPOS0)

11.1. INTRODUCCIÓN

Esta exposición pretende reseñar el contexto de la puesta en marcha de Ley de Promoción de la Autonomía Personal y Atención a las Personas en Situación de Dependencia. Pero la materia que aquí se abarca es mucho más amplia que la contemplada por dicha norma, y alcanza a las líneas generales de acción vigentes en la actualidad. No se pretende, en todo caso, una revista exhaustiva de las acciones relativas a la dependencia, principalmente por la circunstancia de que una parte de ellas, como las de prevención-rehabilitación, son de objeto mixto. El enfoque será principalmente institucional, como la citada norma. Dicho punto de vista ha sido aplicado en anteriores trabajos personales (Vilà, 2004) e institucionales (Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005: 93-166). Mediante el mismo se abordan tanto las políticas nacionales como las compartidas por todas las Comunidades Autónomas. Conviene tener presente que, por lo general y como se verá, la palabra "dependencia" no ha sido utilizada para identificar las situaciones que hoy se denotan mediante la misma.

11.2. LA NOCIÓN DE DEPENDENCIA FUNCIONAL

Resulta conveniente adjetivar la dependencia objeto de esta exposición porque ese sustantivo verbal denota cualquier clase de supeditación. Así, en la esfera política, las tiranías suponen el sometimiento de las personas a quienes detentan el poder; en las democracias, en cambio, las conductas personales no dependen de arbitrios personales, sino de las leyes. El adjetivo "funcional" sirve para señalar la dependencia consistente en necesidad de ayudas técnicas y/o personales para el funcionamiento del afectado en su vida ordinaria. En España, se viene aceptando como referencia general esta definición: propuesta por el Consejo de Europa en 1988: "La dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria." (Consejo de Europa, 1998). Por supuesto, ha de entenderse que la autonomía que utiliza este texto en oposición a dependencia es también funcional, si bien se indican en el mismo las clases de factores que la generan.

Según la *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud* (CIF) de la OMS (Organización Mundial de la Salud, 2001: 12), la discapacidad se manifiesta en dos niveles: primero, el de la deficiencia; después, el de las limitaciones de la actividad y las restricciones de la participación que se relacionan con aquella (Cuadro 1).

Las deficiencias consisten en alteraciones físicas y psíquicas que interesan la anatomía y el funcionamiento humano de modo prolongado o crónico. El repertorio de estas alteraciones es muy amplio y diverso: va desde lo más visible, como la carencia de un brazo, hasta lo más oculto, como la causa o causas del autismo. Las deficiencias entrañan riesgos de limitaciones en las actividades: comer y beber, deambular, ver, oír, comunicarse... gestionar la propia vida. Y tales limitaciones pueden llevar consigo restricciones en la participación de los afectados en la vida colectiva: desde la escuela al ocio colectivo, pasando por el tra-

bajo y la vida cívica. La dependencia funcional no es identificable con las deficiencias, sino que se sitúa dentro de las limitaciones en las actividades.

CUADRO 1
Funcionamiento y discapacidad en la CIF

Aspectos positivos	Integridad funcional y estructural	Actividades Participación
	Funcionamiento	
Aspectos negativos	Deficiencia	Limitación en la actividad Restricción en la participación
	Discapacidad	

Fuente: OMS.

Desde hace bastante tiempo se ha señalado que las limitaciones de actividad de carácter funcional vinculadas a las deficiencias de los individuos suelen estar afectadas en alguna medida por los entornos (Pantano, 1987: 15). Sirvan como ejemplo obvio las barreras del medio físico que obstaculizan la movilidad de quienes sufren deficiencias en su aparato locomotor, sensoriales, cardíacas, etc. De todos modos, la dependencia funcional viene refiriéndose básicamente a las limitaciones que derivan de las propias deficiencias. En este sentido, queda fuera del concepto de dependencia funcional la de carácter moral, es decir, la subordinación arbitraria a voluntades ajenas.

Las dependencias funcionales pueden venir dadas por limitaciones para diferentes actividades, fenómeno éste que ha sido objeto de diversas representaciones conceptuales y definiciones operativas, especialmente en escalas y formularios de valoración. Muchos de esos instrumentos toman como referencia la vieja noción de las actividades de la vida diaria (AVD), que se combina a veces con otros factores. La gama de las AVD, en sus versiones más amplias, abarca las llamadas básicas (ABVD) o de autocuidado; las instrumentales (AIVD) o de desenvolvimiento como usuario en el medio social; y las avanzadas (AAVD), que permiten la participación social. El Instituto Nacional de Estadística de España, en la explotación de su Encuesta sobre Discapacidades, Deficiencias y Estado de Salud (EDDES), de 1999, adopta un elenco de trece actividades, de carácter básico e instrumental (Instituto Nacional de Estadística, 2002: 150, 151, 278, 279, 390 y 391). He aquí una propuesta de asignación de las mismas a las dos primeras clases (Jiménez Lara y Huete García, 2003: 119):

ABVD:

- Realizar cambios de las diversas posiciones del cuerpo y mantenerlas
- Levantarse, acostarse, permanecer de pie o sentado

- Desplazarse dentro del hogar
- Asearse solo: lavarse y cuidarse de su aspecto
- Controlar las necesidades e ir solo al servicio
- Vestirse, desvestirse y arreglarse
- Comer y beber.

AIVD:

- Deambular sin medio de transporte
- Cuidarse de las compras y del control de los suministros y servicios
- Cuidarse de las comidas
- Cuidarse de la limpieza y cuidado de la ropa
- Cuidarse de la limpieza y mantenimiento de la casa
- Cuidarse del bienestar de los demás miembros de la familia.

Las actividades avanzadas son las relativas a la educación, el empleo, las relaciones sociales, el tiempo libre.

Conviene advertir que, en algunos de los instrumentos empleados para identificar y valorar la dependencia funcional, se omiten actividades que implican el buen funcionamiento intelectual y/o emocional. De este modo no se detectan situaciones de dependencia para actividades de gestión de la propia vida, frecuentes en las personas afectas de discapacidad intelectual y/o enfermedad mental. La CIF, en cambio, abarca ese flanco mediante *ítems* de actividades como estas: "d175 Resolver problemas", "d177 Tomar decisiones", "d240 Manejo del estrés y otras demandas psicológicas", "d570 Cuidado de la propia salud", "d610 Adquisición de un lugar para vivir", "d720 Interacciones personales complejas", "d760 Relaciones familiares", "d845 Conseguir, mantener y finalizar un trabajo", "d870 Autosuficiencia económica" (Organización Mundial de la Salud, 2001: 43 y 44).

11.3. LA ATENCIÓN POR FAMILIARES Y CUIDADORES DOMÉSTICOS

En nuestra historia asistencial relativa a la dependencia funcional destacan los establecimientos residenciales para "incurables", "decrépitos", "imposibilitados", "impedidos", "crónicos". Pero esto no significa que la atención asilar haya sido nunca dominante en nuestras sociedades, sino que la misma es más ostensible que la doméstica. Para el presente, la información estadística de la que disponemos nos indica que el 90% de los afectos de dependencia funcional residen en domicilios particulares (Cuadro 2).

Sabemos también que los familiares —sobre todo, mujeres— siguen siendo los principales proveedores de cuidados en el domicilio para las situaciones de referencia. Los empleados domésticos y ayudantes personales —muchos de ellos, en la España de hoy, inmigrantes— representan un 6% aproximadamen-

te del total de los cuidadores; y los cuidadores provistos por los servicios sociales —en su mayor parte públicos— no llegan al 2,5% del total (Rodríguez Cabrero, 2004: 60). Quede nota igualmente de que también en los otros países europeos la familia es el principal recurso de ayuda a las situaciones de dependencia funcional (Rodríguez Cabrero, 2004: 57-59).

CUADRO 2

Población dependiente en domicilio y en residencias, España 2000

	Moderados	Graves	Severos	Total	%
1. Población 6-64					
a) Domicilio	258.471	158.317	54.018	470.806	95,2
b) Residencia	6.826	5.650	11.064	23.540	4,8
TOTAL	265.297	163.967	65.082	494.346	100,0
2. Población 65 y +					
a) Domicilio	429.755	380.908	206.441	1.017.104	88,1
b) Residencia	51.340	37.394	48.723	137.457	11,9
TOTAL	481.095	418.302	255.164	1.154.561	100,0
1+2					
TOTAL DOMICILIO	688.226	539.225	260.459	1.487.910	90,2
TOTAL RESIDENCIA	58.166	43.044	59.787	160.997	9,8
TOTAL	746.392	582.269	320.246	1.648.907	
%	45,3	35,3	19,4	100,0	

Fuente: Elaboración de RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio a partir de las fuentes que cita en "La población dependiente española y sus cuidadores" (2004). En Demetrio Casado, Respuestas a la dependencia. Editorial CCS, Madrid, p. 58.

La solución asistencial domiciliaria viene siendo preconizada desde la Ilustración, por su menor costo y para evitar los graves inconvenientes de los establecimientos asilares. Pese a las evidentes mejoras de las residencias, permanecen los problemas propios de su régimen, por lo que no debe extrañar que se siga preconizando la permanencia de las personas afectas de dependencia en su entorno habitual, incluyendo su domicilio (Rodríguez Rodríguez, 2006: 52). Mas no debemos pasar por alto los inconvenientes de esta solución: fatiga de los cuidadores, costes de oportunidad (Cuadro 3), inseguridad de su prestación por causa de enfermedades u otras incidencias, elevado coste económico de la contratación de auxiliares domésticos.

Para valorar adecuadamente la viabilidad del apoyo familiar, hemos de comenzar por tener en cuenta la tendencia declinante tanto de la llamada familia extensa como del tamaño de la nuclear. Esto supone una disminución de la capacidad familiar objetiva de asistencia a sus miembros afectos de depen-

dencia —como a los menores—. Por otra parte, se registra una creciente incorporación de las mujeres —principales agentes de los cuidados familiares— al empleo y también a otras manifestaciones extradomésticas de la vida social. Mujeres y varones, por lo demás, tienen unas expectativas crecientes de desarrollo personal al margen de la familia. Mirando ahora a la demanda, se registra un incremento de la supervivencia de personas afectas de enfermedades y deficiencias graves en edades anteriores a la vejez cronológica, así como y sobre todo de la población de ese estadio, en el que la dependencia alcanza su mayor prevalencia. Es posible reducir la aparición de la dependencia por medidas de prevención; cabe incluso esperar alguna reducción de la necesidad de prestación humana en el campo que nos ocupa mediante la domótica y la robótica; pero no parece fácil que estos posibles logros tengan un impacto superior en gran medida al efecto de los factores de incremento indicados.

CUADRO 3

Actividades o relaciones que ha tenido que reducir sustancialmente o suprimir el cuidador principal que vive en el hogar de la persona en situación de dependencia (porcentajes)

1. Ninguna porque éste es su trabajo	1,1
2. Su trabajo remunerado o estudios	17,0
3. Su trabajo doméstico	28,3
4. Su vida familiar	26,6
5. Sus actividades de ocio y relaciones sociales	53,0
6. Otras actividades habituales	27,7
7. Ninguna en especial	35,0

Fuente: Elaboración, en base a INE, EDDDES 1999, de RODRÍGUEZ CABRERO, Gregorio: "La población dependiente española y sus cuidadores" (2004), en Demetrio Casado, dir. Respuestas a la dependencia. Editorial CCS, Madrid, p. 67.

11.4. DISPONIBILIDAD Y BUENA FORMA DE LOS CUIDADORES FAMILIARES

Si lo frecuente y deseable es que las personas afectas de dependencia funcional permanezcan en domicilios particulares, resulta indudable la conveniencia de que esa opción se vea favorecida, antes que nada, por la disponibilidad de cuidadores familiares. Su colaboración condiciona y, en muchos casos determina, la opción domiciliaria. La información de fuentes como algunas de las citadas indica que abunda la vocación cuidadora familiar, pero también sabemos que están surgiendo dificultades por varios factores. Ante la extensión del enrolamiento laboral, siguiendo pautas internacionales, se ha iniciado en España la política de conciliación de la vida laboral y familiar de las personas trabajadoras; ese fue el objeto de la Ley 39/1999, de 5 de noviembre. De las medidas que establece esta norma, son aplicables a situaciones, entre otras, de dependencia funcional la reducción de jornada por motivos fami-

liares y la excedencia por cuidado de familiares, que son incorporadas al Estatuto de los Trabajadores (arts. 37.5 y 46.3).

La reducción de jornada se prevé para dos supuestos (art. 2.2). Primero, para los trabajadores responsables de la guarda legal, no sólo de menores, sino también de "un minusválido físico, psíquico o sensorial, que no desempeñe una actividad retribuida"; esa reducción llevará consigo la proporcional del salario, entre un tercio y la mitad. En segundo lugar, la Ley habilita la reducción de jornada a "quien precise encargarse del cuidado directo de un familiar, hasta el segundo grado de consanguinidad o afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y que no desempeñe actividad retribuida."

La excedencia por cuidado de familiares es prevista por la Ley 39/1999 (art. 4) para dos supuestos también. El primero se refiere a los hijos, de modo que no es de interés para esta exposición. Si lo es el segundo supuesto: "para atender al cuidado de un familiar, hasta el segundo grado de afinidad, que por razones de edad, accidente o enfermedad no pueda valerse por sí mismo, y no desempeñe actividad retribuida" se prevé excedencia por tiempo no superior a un año. La excedencia por cuidado de familiares es incorporada a la Ley 30/1984, de Medidas para la Reforma de la Función Pública (art. 29.4).

La Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal vino a ratificar, mencionando expresamente el supuesto de discapacidad —que eventualmente puede alcanzar la situación de dependencia funcional—, la inclusión de la excedencia por cuidado de familiares en el Estatuto de los Trabajadores (disposición adicional primera) y en la Ley de Medidas para la Reforma de la Función Pública (disposición adicional segunda).

La facilitación del ejercicio del apoyo familiar a las personas afectas de discapacidad y, en especial, de dependencia funcional merece una valoración positiva. Por ello, procede señalar las deficiencias de las medidas reseñadas y promover su perfeccionamiento:

Comenzando por las reducciones de jornada y las consiguientes de salarios, parece obvio que éstas últimas serán más soportables por las personas y familias de mejor situación económica; para evitar este efecto de desigualdad, convendría proveer medidas correctoras, como subsidios para las familias de menores recursos.

En lo que se refiere a las excedencias, el límite de un año para el supuesto de dependencia funcional parece corto, de modo que debería ampliarse. Por supuesto, el régimen de la excedencia será menos aprovechable y aun imposible para las familias de menores recursos. Procede, pues, también en este caso, establecer subsidios compensatorios de las desigualdades de las rentas familiares.

Además de las condiciones objetivas posibilitantes, la provisión de cuidados por familiares requiere apoyos personales a los mismos para que puedan desarrollar esa labor sin mengua de su salud física y mental. Por supuesto, pueden contribuir a mantener en forma a los cuidadores familiares su propia familia y círculo de amigos; y también grupos y entidades voluntarias; pero estas posibilidades no deben excusar que, tanto los servicios sociales como los sanitarios públicos, desarrollen programas de formación, de mantenimiento, de respiro, etc. (Rodríguez Rodríguez, 2006); esta es una línea de acción que apenas se está iniciando en España.

11.5. ACCESIBILIDAD PASIVA Y ACTIVA

Otro factor importante para la permanencia de las personas afectas de dependencia funcional en domicilio particular es la accesibilidad física del mismo, incluyendo los espacios y elementos comunes de las fincas, en el caso de edificios de varias viviendas y urbanizaciones. Esta condición es importante, no sólo para el afectado de dependencia funcional, sino también para sus cuidadores; la inaccesibilidad de los domicilios se suple con su esfuerzo físico y a costa, no pocas veces, de fatiga y aun lesiones. La accesibilidad tiene una faceta pasiva consistente en la ausencia de barreras físicas que dificulten la movilidad. La tecnología permite, además, la accesibilidad activa de los domicilios y de los edificios mediante la dotación de elementos destinados a facilitar el desenvolvimiento en ellos, como, por ejemplo: grúas para las operaciones de acostarse y levantarse de la cama o de acceso al baño; recursos domóticos para mover cortinas, abrir puertas, conectar y desconectar la radio o la televisión; teléfonos de marcaje asistido; plataformas elevadoras y ascensores.

Sin necesidad de recurrir a estudios especializados sabemos que la mera accesibilidad pasiva escasea en las viviendas españolas. Y sabemos también que una gran parte de la población de edad avanzada se aloja en viviendas modestas y antiguas, con muchas barreras y con dificultades para salvarlas: sirva como ejemplo que en ciertas casas de pisos antiguos no se puede instalar un ascensor de tamaño suficiente para ser usado con silla de ruedas. Tampoco necesitamos servirnos de estudios especializados para decir que la accesibilidad activa es todavía rara en los domicilios particulares.

Por supuesto, la permanencia del afectado de dependencia funcional en domicilio particular requiere también la accesibilidad del medio urbano, los edificios de uso colectivo, los transportes y las telecomunicaciones. La sociedad está obligada a posibilitar la presencia y la participación del común de las personas en los medios colectivos, lo cual tiene como condición instrumental —no única— la accesibilidad del medio físico extradoméstico. Las barreras en el mismo impiden el desenvolvimiento básico de las personas afectas de dependencia funcional o lo condicionan a la realización de esfuerzos peligrosos por sus cuidadores.

La importancia de la accesibilidad viene dada, no sólo porque favorece la calidad de vida de los afectados de discapacidad, sino porque reduce las limitaciones para la movilidad y la comunicación. Así, en los casos de dependencia reduce la necesidad de ayudas personales.

La promoción ideológica y técnica de la accesibilidad del medio físico se inicia en España en los años 70 del pasado siglo. En ese decenio se inicia también la oferta pública de ayudas a los particulares y a entidades asociativas en este campo. En el decenio siguiente, por Real Decreto 620/1981, de 5 de febrero, sobre régimen unificado de ayudas públicas a disminuidos se instituyen, entre otras, las aplicables a movilidad y transporte, incluyendo la adaptación de la propia vivienda (arts. 13 a 16).

Actualmente, por el régimen de competencias, están interviniendo en materia de accesibilidad, por orden de protagonismo, las Comunidades Autónomas, los Municipios y el Estado central. De las Comunidades Autónomas cabe destacar su acción legislativa. En los Municipios se viene produciendo un movimiento creciente de planes de accesibilidad. En cuanto al Estado central, parece estimable la

acción que vienen realizando: 1) el INSERSO-IMSERSO, especialmente mediante su Centro Estatal de Accesibilidad y Ayudas Técnicas; 2) el Real Patronato sobre Discapacidad, mediante un programa de reciclaje de profesionales. Por otra parte, están pendientes de reglamentación las disposiciones sobre accesibilidad establecidas mediante la Ley 51/2003, de 2 de diciembre, de igualdad de oportunidades, no discriminación y accesibilidad universal (art. 10 principalmente). En el sector privado, merece ser mencionada la producción por AENOR de un bloque apreciable de normas técnicas de accesibilidad en edificación y urbanismo.

El esfuerzo pro accesibilidad está siendo importante, pero en modo alguno es suficiente. Además, habría que cambiar el rumbo de no pocas iniciativas. He aquí algunas propuestas al respecto:

- Como quiera que, no sólo nuestra sociedad, sino también nuestras entidades públicas, son perezosas y descuidadas en el cumplimiento de las normas jurídicas, no debe fiarse a su mera virtualidad el avance en el logro de un medio accesible. Parece mejor camino introducir la conciencia y las soluciones de la accesibilidad en la formación de arquitectos e ingenieros —en la misma son aún asunto muy marginal—.
- Como quiera que la provisión de accesibilidad en el medio físico es, obviamente, responsabilidad de los departamentos gestores del mismo (urbanismo, arquitectura, transportes, telecomunicaciones), debe exigírseles que la ejerzan; por supuesto con el apoyo que convenga de los organismos públicos de servicios sociales, pero evitando la sustitución de aquellos por estos.
- Como quiera que muchas de las personas en riesgo de dependencia, especialmente las de edad avanzada, y sus familiares no son expertos en accesibilidad ni tienen información sobre posibilidades para alcanzarla, los servicios sociales deben operar proactivamente para detectar necesidades y promover respuestas —no para realizarlas, según lo ya dicho—: en lugar de esperar en los despachos las demandas de ayudas o información, están llamados a practicar visitas domiciliarias.

11.6. PRESTACIONES MONETARIAS DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Las prestaciones en especie relativas a la dependencia funcional pueden ser sustituidas por aportaciones monetarias, circunstanciales o periódicas. Por razón de sistemática, es propio reseñar tales aportaciones monetarias dentro de la clase de prestaciones correspondiente; tal se hizo en el caso de las ayudas monetarias para solventar problemas de accesibilidad. Pero la Seguridad Social provee un complejo tan importante de prestaciones monetarias para contingencias equivalentes a la que ahora se ha dado en denominar dependencia, que aun cuando las provea para financiar servicios personales, merecen ser objeto de consideración aparte. En este apartado se reseñan las prestaciones para situaciones de dependencia funcional establecidas, lo cual significa que no se abordan las acciones preventivas y rehabilitadoras.

11.6.1. ESTRUCTURA DE LA PROTECCIÓN MONETARIA DE LA SEGURIDAD SOCIAL

Las prestaciones monetarias de la Seguridad Social para situaciones de dependencia funcional cuentan con una tradición estimable (Aznar López, 1999: 179-183). El punto de partida de la misma fue el Convenio nº 17 de la Organización Internacional del Trabajo, relativo a los accidentes del trabajo, que data de 1925. Se prevé en el mismo la complementación de las indemnizaciones para los casos en que los trabajadores accidentados "queden incapacitados y necesiten la asistencia constante de otra persona". Tras la ratificación de dicho Convenio, la citada fórmula de protección fue incorporada por la normativa española mediante la Ley de Bases aprobada el 4 de julio de 1932 (base séptima).

La protección de la "gran invalidez" —según nuestra terminología actual— de los trabajadores ha sido objeto de cambios importantes, entre los que debe destacarse su extensión a las situaciones derivadas de enfermedad. La citada contingencia fue definida en el texto articulado de la Ley General de Seguridad Social que se aprobara por Real Decreto Legislativo 1/1994, de 20 de junio, en estos términos: "Se entenderá por gran invalidez la situación del trabajador afecto de incapacidad permanente y que, por consecuencia de pérdidas anatómicas o funcionales, necesite la asistencia de otra persona para los actos más esenciales de la vida, tales como vestirse, desplazarse, comer o análogos" (art. 137.6) —en la versión vigente de la citada Ley se remite norma reglamentaria la determinación de los grados de incapacidad (art. 137.2)—. La prestación para la gran invalidez está regulada así (art. 139.4): 1) incremento de un 50% de la pensión por incapacidad permanente absoluta destinado "a que el inválido pueda remunerar a la persona que le atienda"; 2) "A petición del gran inválido o de sus representantes legales podrá autorizarse, siempre que se considere conveniente en beneficio del mismo, la sustitución del incremento... por su alojamiento y cuidado, a cargo de la Seguridad Social y en régimen de internado, en una institución asistencial adecuada." Aparentemente la administración de la Seguridad Social no controla la aplicación del complemento por gran invalidez. Parece, por otra parte, que la opción por la prestación en servicios no se practica.

Mediante la asunción y la ampliación de figuras protectoras anteriores, la Ley 26/1990, de 20 de diciembre, por la que se establecieron en la Seguridad Social prestaciones no contributivas dio un paso gigantesco en la línea de universalización protectora de la Seguridad Social. En lo que importa a esta exposición, la citada norma reguló la protección por invalidez a las personas mayores de dieciocho años y menores de sesenta y cinco, sin derecho a la protección contributiva, "afectadas por una minusvalía o por una enfermedad crónica, en un grado igual o superior al sesenta y cinco por ciento"; así mismo reguló una complementación del 50 % para quienes "necesiten el concurso de otra persona para los actos más esenciales de la vida" (art. 2). Por otra parte, la Ley 26/1990 estableció una asignación económica específica, tanto en la sección contributiva como en la no contributiva de la Seguridad Social, para el caso de hijo a cargo mayor de dieciocho años "que necesite el concurso de otra persona para realizar los actos más esenciales de la vida" (art. 3). Estas figuras protectoras han sido incorporadas a la Ley General de Seguridad Social (arts. 144, 145, 181 y 182 bis).

11.6.2. ANÁLISIS

Con el fin de facilitar su observación y valoración, el Cuadro 4 recoge, por una parte, el conjunto de las prestaciones monetarias de la Seguridad Social para las situaciones de dependencia y, por otro, las situaciones de dependencia no protegidas.

CUADRO 4
Prestaciones monetarias de la Seguridad Social para situaciones equivalentes a la dependencia

Contingencias	Calificaciones administrativas habilitantes	Prestaciones específicas	Financiación	Regímenes de dispensación
1. Dependencia en hijos menores		No. Si tienen prestaciones por discapacidad, pero inespecíficas		
2. Dependencia en hijos mayores de 18 años, sean sus padres beneficiarios o no de la Seguridad Social contributiva	Minusvalía-dependencia	Asignación económica unificada y fija	Fiscal	Calificación
3. Dependencia ocurrida antes de la edad de jubilación en adultos incluidos en el Régimen General de la SS	Gran invalidez (al cumplir 65 años, se conserva la pensión incrementada, pero la contingencia pasa a ser jubilación)	50% de la pensión variable de incapacidad o servicios	Contributiva	Requisitos de cotización y mediante calificación
4. Idem después de la edad de jubilación		No		
5. Dependencia ocurrida en adultos de entre 18 y 65 años sin derecho a pensión contributiva	Equivalente a gran invalidez (las mismas indicaciones que para 3)	50% de la pensión unificada de invalidez	Fiscal	Requisito de ingresos
6. Idem antes de los 18 o después de los 65		No		

Fuente: Ley General de Seguridad Social.

El análisis del Cuadro muestra que:

1. Los menores de 18 años afectos de dependencia funcional no son objeto de protección por necesidad de ayuda de otra persona —que pueden necesitar, por ejemplo, para actividad tan importante como el desplazamiento al centro de estudios.

3 y 4. Entre los adultos protegidos por la Seguridad Social contributiva se da una obvia discriminación en función de la edad —antes o después de los 65 años— a la que sobreviene la dependencia funcional.

5 y 6. Procede decir lo mismo para la población no protegida por la Seguridad Social contributiva.

3 y 5. Los beneficiarios de la Seguridad Social contributiva son protegidos proporcionalmente a su pensión, en tanto que los de la no contributiva reciben asignaciones fijas. La protección contributiva es universal —en su ámbito—, en tanto que la de la no contributiva es selectiva —por nivel de ingresos—.

11.7. BENEFICIOS FISCALES

Son muy numerosas y diversas las medidas fiscales en favor de las personas con discapacidad (Rodríguez Márquez y Ruiz Hidalgo, 2004), con especial atención a las más gravemente afectadas, cual es el caso de las que padecen dependencia funcional. Las incidencias en los propios afectados se incluyen en la normativa de los impuestos sobre las rentas de las personas físicas (IRPF), sobre sociedades, transmisiones patrimoniales, valor añadido, de la Administración Local, adquisición de vehículos en función de problemas de movilidad, etc. De ellas, por su obvia importancia, se reseñan y valoran en este apartado las del IRPF. Y se elige el régimen fiscal de las entidades no lucrativas y del mecenazgo para ejemplificar las medidas indirectas.

11.7.1. IRPF

La Ley reguladora del Impuesto sobre la Renta de las Personas Físicas (IRPF) fue aprobada, en forma de Texto Refundido, por Real Decreto Legislativo 3/2004, de 5 de marzo; el mismo integra la normativa establecida por la Ley 40/1998, de 9 de diciembre, y las reformas de que fue objeto, especialmente mediante la Ley 42/2002, de 18 de diciembre, que se aplicó en el 2003 (reforma del 2003). Son muy numerosas las medidas de dicha norma relativas a la discapacidad y todas ellas alcanzan a la dependencia funcional, supuesto que sus ámbitos subjetivos sólo se acotan por los grados menores de afectación, nunca por los mayores.

Veamos primero las exenciones. La Ley del IRPF exige de fiscalidad a las prestaciones que el contribuyente recibe de la Seguridad Social o de entidades que la sustituyan por incapacidad permanente absoluta y por gran invalidez —esta última equivalente a dependencia funcional—. Análogamente, están exentas del IRPF las prestaciones equivalentes a las anteriores del ámbito administrativo. También son

objeto de exención las prestaciones familiares de la Seguridad Social por hijo a cargo y otras relativas a responsabilidades económicas familiares. Finalmente, la Ley establece un trato favorable a los trabajadores con discapacidad perceptores de prestaciones de desempleo. Las prestaciones por incapacidad permanente, en sus distintos grados, de la Seguridad Social contributiva y del ámbito administrativo son de cuantía variable, de modo que la exención juega a favor de las prestaciones más cuantiosas. No se da este efecto antisocial en las prestaciones de cuantía fija.

La Ley regula un incremento del mínimo familiar por descendientes del contribuyente afectos de discapacidad y dependientes económicamente del mismo. Sin duda por criterio de progresividad socio-fiscal, se excluyen de esta medida los descendientes con rentas anuales superiores a cierta cantidad.

La técnica de reducción de la base imponible es adoptada por la Ley del IRPF para varios supuestos de discapacidad; las correspondientes reducciones son compatibles. Los contribuyentes afectos de aquella pueden reducir su cuota en determinadas cuantías, mayor para un grado de discapacidad igual o superior al 65 %, tramo en el que se sitúa la dependencia funcional. También prevé la Ley reducciones por la discapacidad de descendientes y ascendientes, de mayor cuantía para los afectos en un 65 % o más por la misma. Los contribuyentes afectados de discapacidad que perciban retribuciones a su trabajo realizado por cuenta ajena pueden reducir también su base imponible; los grados superiores de afectación dan derecho a una cuantía superior de reducción. Por otra parte, admite la Ley reducciones de la base imponible por gastos de asistencia de las personas con discapacidad, sean estas los contribuyentes, sus descendientes o sus ascendientes; se restringen a los grados superiores de discapacidad. Finalmente, la Ley del IRPF habilita un régimen especial —respecto al general para el común de los contribuyentes— en las reducciones de la base imponible por aportaciones y contribuciones a sistemas de previsión social a favor de personas con minusvalía en grado igual o superior al 65 %; dicha especialidad consiste, por una parte, en que las aportaciones y contribuciones pueden ser hechas tanto por el propio afectado de discapacidad como por familiares hasta el tercer grado de parentesco y, por otra, en las cuantías. (A propósito de esta medida, resulta oportuno recordar la promulgación de la Ley 41/2003, de 18 de noviembre, de protección patrimonial de las personas con discapacidad y de modificación del Código Civil, de la Ley de Enjuiciamiento Civil y de la Normativa Tributaria con esta finalidad. Según indica el título de la norma, las fiscales afectadas fueron, no sólo la ya citada Ley 40/1998, del IRPF, sino también la Ley 43/1995, de 27 de diciembre, del Impuesto sobre Sociedades, y el Real Decreto Legislativo 17/1993, de 24 de septiembre, por el que se aprueba el texto refundido de la Ley sobre Trasmisiones Patrimoniales y Actos Jurídicos Documentados). Con carácter general, resulta oportuno destacar el trato selectivo y aun exclusivo para los grados altos de discapacidad en el régimen de reducciones reseñado.

Aun sin pretender la exhaustividad —que nos llevaría, por ejemplo, al examen de las medidas adoptadas por las Comunidades Autónomas—, no conviene dejar sin mención esta otra del cuadro de los beneficios fiscales de la Ley del IRPF: la deducción en la cuota íntegra por adquisición, rehabilitación, obras e instalaciones de adecuación de la vivienda habitual de la persona con discapacidad, sea ésta el contribuyente o un familiar conviviente, y para los supuestos de propiedad, arrendamiento, subarriendo y usufructo. Las reformas objeto de la norma no son sólo las de la propia vivienda, sino también las de elementos comunes en el caso de edificios con varias viviendas. Por supuesto, esta medida será menos aprovechada por la población de menores recursos.

11.7.2. RÉGIMEN FISCAL DE LAS ENTIDADES NO LUCRATIVAS Y DEL MECENAZGO

Entre las medidas fiscales incidentes de modo indirecto en las situaciones de dependencia funcional, destacan las concernientes a las entidades no lucrativas y las medidas fiscales incentivadoras del mecenazgo. De la normativa general vigente, procede citar primero la Ley Orgánica 1/2002, de 22 de marzo, reguladora del Derecho de Asociación, la cual incluye medidas de fomento. Entre tales medidas se incluyen las exenciones y beneficios fiscales, a las que pueden optar las asociaciones que obtengan la declaración de utilidad pública (art. 33); calificación ésta asequible para una buena parte de las asociaciones que se ocupan de la discapacidad y, dentro de ella, de la dependencia funcional (art. 32). La norma general que más interesa aquí es la Ley 49/2002, de 23 de diciembre, de régimen fiscal de las entidades sin fines lucrativos y de los incentivos fiscales al mecenazgo. Esta Ley establece exenciones del Impuesto de sociedades (art. 5 a 14) y de los tributos locales (art. 15), a las que pueden optar, aparte de otras, las fundaciones y las asociaciones declaradas de utilidad pública (art. 2). Los incentivos para el mecenazgo que regula la Ley 49/2002 consisten en deducciones, en la cuota del Impuesto sobre la renta de las personas físicas y en el de sociedades, de donativos y otras aportaciones a, entre otras entidades, las fundaciones y las asociaciones de utilidad pública.

Los beneficios fiscales y los incentivos al mecenazgo en favor de las entidades voluntarias que se ocupan de la dependencia merecen la misma valoración que sus destinatarios: la complejidad de las sociedades modernas hace muy conveniente la acción del sector voluntario y, en virtud de ello, resulta conveniente su fomento. Dicho esto, cabe añadir que esta política, mediante las leyes 1/2002 (art. 32) y la 49/2002 (art. 2), ha extendido notablemente su campo de aplicación, sin conceder la especial atención que merecen las causas más graves, como la que es objeto de esta exposición.

Sin perjuicio de las valoraciones particulares propuestas al hilo de las anteriores reseñas, parece del caso señalar las principales ventajas e inconvenientes generales de las medidas fiscales evocadas. En el capítulo de las virtudes, destacan la facilidad y economía de gestión que es propia de la política social instrumentada por vía fiscal. Apenas son necesarias intervenciones y organismos específicos —salvo los de valoración y acreditación de situaciones de discapacidad, en nuestro caso—. En el platillo de los inconvenientes encontramos la dificultad de alcanzar, por vía fiscal, la universalidad y la progresividad, tan importantes en las políticas sociales. Es conocido que la red fiscal no alcanza —al menos de modo relevante— a los individuos más pobres, en cuanto que sus ingresos, operaciones de ahorro, consumos e inversiones son de muy poca monta y frecuentemente marginales.

11.8. LA RAMA DE LOS SERVICIOS SOCIALES

Por la naturaleza de la dependencia funcional, la rama de los servicios sociales es la candidata principal para suplir la carencia causante de aquella cuando no se subviene a la misma por medios familiares o amistosos, o por la contratación de servidores o cuidadores personales por cuenta del interesado o de su familia. Por supuesto, la acción de esa rama de los servicios sociales —como la familiar y domés-

tica— no excusará intervenciones propias de la asistencia sanitaria, pero las mismas no tendrán principalmente la función de apoyo a las actividades de la vida diaria de las personas afectas de dependencia, salvo excepciones que serán señaladas en su momento. Es, pues, del caso preguntarse por la oferta de prestaciones que tiene dispuesta la rama de los servicios sociales para las situaciones de dependencia funcional.

11.8.1. MEDIOS PARA LA PERMANENCIA EN EL PROPIO DOMICILIO

Si asumimos que a los afectados de dependencia funcional les conviene, en general, permanecer en su domicilio, el papel principal de los servicios sociales ha de ser posibilitarlo. Así pues, antes de hablar de residencias o medios similares de estancia permanente, veamos los medios o recursos de que disponen los servicios sociales para apoyar la permanencia en el domicilio:

La teleasistencia es un recurso para situaciones de riesgo; su utilización sin otros apoyos requiere que los usuarios tengan, salvo esas circunstancias de emergencia, capacidad para al menos las actividades básicas de la vida diaria: levantarse y acostarse, asearse, prepararse comida, etc.

La llamada ayuda a domicilio se presta con frecuencia y contenido programados y debe poder abarcar, mediante uno o más agentes, apoyos personales para las actividades comunes de la vida. La ayuda a domicilio puede consistir también en la provisión de comidas preparadas. En el plano del deber ser, ha de entenderse que la denominación servicio de ayuda a domicilio —o SAD— no limita sus prestaciones a las que se realizan dentro de la sede del asistido.

Los centros de día y de noche sirven para proveer apoyos de duración diaria larga y ciertas prestaciones técnicas (terapia ocupacional, fisioterapia, terapia cognitiva, etc.). Algunos de ellos están especializados en determinadas afecciones causantes de dependencia, como la enfermedad de Alzheimer.

Las estancias temporales o de respiro, necesarias para que los cuidadores familiares puedan atender necesidades propias y circunstanciales: vacaciones, enfermedades, viajes, etc.

La gestión administrativa muestra que, en general, es insuficiente la oferta pública, tanto de gestión directa como concertada o contratada. Salvo excepciones honrosas, los Ayuntamientos ofrecen ayuda a domicilio escasa, lo que da lugar a estos efectos: sólo una parte de los demandantes tiene acceso a la prestación; el número de horas que se concede a los usuarios es generalmente insuficiente; el contenido de las prestaciones se refiere más a los cuidados domésticos que a los personales. Los organismos públicos mantienen una oferta de centros de día muy inferior a la demanda, con un efecto de exclusión análogo al de la ayuda a domicilio. Las insuficiencias de la oferta pública de apoyos para la permanencia en el domicilio, además de entrañar descobertura, traen consigo el efecto indirecto de estimular la demanda de alternativas residenciales, más caras y, en general, menos deseables desde el punto de vista del bienestar.

La oferta privada de medios técnicos de apoyo a la permanencia en el domicilio no contratada por el sector público es escasa en su conjunto. Los proveedores privados de carácter mercantil han concen-

trado su acción en residencias. La mayor parte de la acción de los agentes voluntarios en esta materia se integra en la oferta pública mediante concertos.

11.8.2. MEDIOS RESIDENCIALES

Para los casos en los que la permanencia en el domicilio no está indicada o no resulta posible, ha de recurrirse a fórmulas residenciales alternativas a la domiciliaria: domicilios de acogida, viviendas tuteladas o compartidas y residencias asistidas para estancia continuada durante 24 horas. Estos últimos recursos, aun cuando tengan funciones principalmente de apoyo personal, habrán de contar con o gestionar las atenciones sanitarias que necesiten sus usuarios. Pero no son la misma cosa las residencias asistidas que los hospitales de media o larga estancia.

De las diferentes fórmulas sustitutorias del domicilio propio, las residencias ocupan la inmensa mayoría de la oferta. Según muestran las listas de espera, las disponibilidades de plazas públicas —nuevamente, de gestión directa, contratada y concertada— son insuficientes. Para valorar este hecho debe tenerse en cuenta que la escasez de medios de apoyo a la permanencia en el domicilio parece generar un plus de demanda de plazas residenciales. La oferta de las mismas del régimen mercantil viene creciendo con fuerte ritmo, lo cual está dando lugar ya a excesos de oferta —a los precios de mercado— en ciertos lugares.

Resulta oportuno recordar que la atención residencial no debería suponer en modo alguno la segregación del medio comunitario. Incluso las residencias asistidas deben situarse, no en parajes campestres y lejanos, sino en el interior de los núcleos urbanos, abiertas a la comunidad. Conviene mejor a la idea de integración de los residentes que el tamaño sea pequeño. En cuanto al régimen, debe favorecerse la presencia y colaboración de familiares, amigos y voluntarios. El grueso de nuestra oferta residencial se aparta grandemente de estos criterios.

11.8.3. COBERTURA POSIBLE PERO DISCRECIONAL

Las Comunidades Autónomas tomaron competencia exclusiva en servicios sociales y promulgaron leyes sobre los mismos. La mayor parte de dichas leyes no contemplan específicamente el fenómeno de la dependencia funcional, pero sí se refieren a la discapacidad, de la que aquella es un grado extremo. En cuanto a las prestaciones concernientes a la dependencia funcional, el grueso de las leyes de servicios sociales enuncia objetivos tácticos que cabe referir a la misma, como los de prevención, rehabilitación e integración, etc; pero es muy defectuosa la regulación de las actividades o prestaciones correspondientes. Los principales medios relacionados con la dependencia funcional que prevén son la ayuda a domicilio y a la atención residencial. De todos modos, esa cortedad legislativa no ha sido obstáculo insalvable para que las administraciones competentes hayan desarrollado por vía reglamentaria la oferta de medios anteriormente reseñada.

La ausencia de mención explícita de la dependencia funcional en el común de las leyes de servicios sociales ha sido subsanada en normas recientes. La Ley de Cantabria 6/2001, de 20 de noviembre, de

Protección de las Personas Dependientes toma como objeto específico la dependencia genérica, es decir, no adscrita a alguna de las circunstancias personales, como la discapacidad o la edad avanzada. La Ley denomina "Prestaciones sociosanitarias" (art. 5) a las domiciliarias, a las de atención diurna en centros y a las residenciales propias de la rama de los servicios sociales para las situaciones de dependencia (art. 4), con exclusión de las sanitarias (art. 5.2). La Ley del Principado de Asturias 1/2003, de 24 de febrero, de Servicios Sociales, integra en su articulado algunas disposiciones relativas a la dependencia (arts. 3.d y 13.1.b y e). La Ley 11/2003, de 27 de marzo, de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid dedica uno de sus títulos (arts. 62 a 68) a la "atención social de la dependencia".

En el orden institucional, las normas de servicios sociales promulgadas por las Comunidades Autónomas no garantizan las principales prestaciones individuales —ni las otras actividades— de servicios que regulan (Casado, 2002: 58-62). Las excepciones a esta regla, por lo demás, no son relevantes para la dependencia funcional. La Ley 26/1985, de 27 de diciembre, de servicios sociales de Cataluña remite la regulación de derechos de acceso a su reglamentación (art. 6); no se ha producido con carácter general. La Ley 5/1996, de 18 de octubre, (segunda) de servicios sociales de la Comunidad Autónoma Vasca fija un mínimo de prestaciones que van desde las actividades de objeto colectivo hasta la ayuda a domicilio y el alojamiento alternativo (art. 5.1), pero no regula el derecho que garantice el acceso a las mismas; el Decreto 155/2001, de 30 de junio, que desarrolla esa Ley, no salva el déficit, ya que impone a las Diputaciones la obligación de "garantizar la existencia de centros y servicios destinados a colectivos específicos, con capacidad suficiente para responder a las necesidades de la población" (art. 3.1), pero tampoco regula el derecho de acceso de los interesados. La Ley 1/2003, de 24 de febrero, (segunda) de Servicios Sociales del Principado de Asturias prevé un catálogo de prestaciones, en el que se especificarán las exigibles como derecho subjetivo (art. 20.2) y fija un plazo al efecto de dos años (disposición adicional segunda); se ha rebasado sin cumplir el mandato legal. La Ley 11/2003, de 27 de marzo, (segunda) de Servicios Sociales de la Comunidad de Madrid, declara "universales y gratuitas para toda la población" las que denomina "prestaciones técnicas" (art. 19.2), que consisten en información, orientación, tutela jurídica y semejantes, y que excluyen las prestaciones individuales con empleo intensivo y/o continuado de recursos (guardería infantil, ayuda domiciliaria, asistencia en centros de cuidados diurnos, etc.).

En lo que concierne al Estado (central), la Constitución le reserva la normativa básica y el régimen económico de la Seguridad Social (art. 149.1.17), competencia ésta que, salvo mejor interpretación, puede aplicar a sus Servicios Sociales. Sólo lo ha hecho para sustituir la financiación predominantemente contributiva por la fiscal. En cuanto al régimen de dispensación de las prestaciones y otras actividades, nunca fueron reguladas de modo que pudieran ser exigidas ante los tribunales, ni se le impusieron a la entidad obligaciones tasadas. Y así se ha transferido el grueso de los servicios del INSERSO —después, IMSERSO— a las Comunidades Autónomas.

De lo dicho se desprende que los apoyos de los servicios sociales públicos a las situaciones individuales de dependencia funcional se disciernen en régimen discrecional. Dada la gravedad de las citadas situaciones, cabría pensar que dicha precariedad jurídica estuviera corregida por una fuerte presión de los ciudadanos en pro de una oferta suficiente. Pero no ocurre así, en absoluto. Parece darse una gran

tolerancia de la población e incluso de los especialistas a la contradicción del intenso celo competencial de las Comunidades Autónomas en materia de servicios sociales con su tibieza y aun negligencia para garantizar el acceso a los mismos —incluidos los concernientes a la dependencia— por los ciudadanos. Si alguien denuncia este hecho suele invocarse por los aludidos la escasa dotación que reciben las Comunidades Autónomas de la Hacienda central para esa aplicación. Ante este rutinario recurso exculpatorio, procede recordar circunstancias como las siguientes. Las Comunidades Autónomas, al tomar competencia exclusiva en servicios sociales, asumieron la responsabilidad de afrontar la más que previsible evolución creciente de la demanda social de los mismos. En otro orden de cosas, las aplicaciones de los créditos de la Administración General del Estado a las Comunidades no están vinculadas de manera rígida. Las mismas complementan los ingresos procedentes de la Hacienda central con los ingresos propios por tasas y contraprestaciones de servicios. Y además de la participación en el Impuesto sobre las Rentas de las Personas Físicas, pueden crear otros gravámenes propios. Para casos determinados cabría pensar incluso que sobra financiación, visto que practican o pretenden practicar la munificencia de dispensar prestaciones monetarias ocasionales no obligatorias y, por añadidura, conflictivas. En cuanto a los Servicios Sociales de la Seguridad Social, se observa también mucha tolerancia a la inacción jurídico-política en el orden más específico de la misma, es decir, el institucional.

11.8.4. EFECTOS NOCIVOS DE LA DISCRECIONALIDAD

La discrecionalidad facilita la subsanación de cualquier fallo de que pudieran adolecer las leyes de servicios sociales en cuanto a las clases de medios o prestaciones concernientes a la dependencia funcional. Pero el significado institucional más importante del régimen de la discrecionalidad es la carencia de garantías de cobertura de necesidades para la población, que se está manifestando en la insuficiencia de la oferta pública, visiblemente racionada, respecto a la demanda. Esta insuficiencia, por lo demás, afecta de modo diferente a la población

Las situaciones más graves, como son generalmente las de dependencia, sufren discriminación en los regímenes de discrecionalidad, por su menor tolerancia a las demoras derivadas de las listas de espera. Las situaciones de dependencia de la población con menos recursos económicos, por sus obvias limitaciones para acceder a los servicios mercantiles, gravan más acusadamente sobre las familias cuidadoras, lo que puede redundar en perjuicio de la calidad de los cuidados y, por supuesto, en costes de oportunidad y estrés para los cuidadores.

La ubicación territorial-administrativa es otro factor de desigualdad en el régimen discrecional de los servicios sociales: las oportunidades de la población están en función de los recursos y de la voluntad política, no sólo de los gobiernos de las Comunidades Autónomas, sino de los Corporaciones Locales.

Sin duda con el propósito de paliar los efectos sociales negativos del racionamiento de la oferta de servicios sociales, especialmente en la población de menores recursos familiares y económicos, las administraciones públicas gestoras de los mismos vienen recurriendo a la aplicación de baremos de necesidades sociales, los cuales discriminan positivamente a los aspirantes de menores ingresos, además de otros factores. Esta técnica niega de hecho la condición universalista de los servicios sociales que sus

leyes reguladoras proclaman, a la vez que marginan a demandantes de servicios cuya capacidad para adquirir prestaciones sociales mercantiles no se comprueba. Por lo demás, la citada técnica, propia de la Beneficencia pública, estigmatiza a los servicios sociales del sector público en el mismo sentido que los estigmatizó el régimen benéfico —es decir, como servicios para pobres— y los inhabilita así para cumplir el papel —análogo a los de la asistencia sanitaria, la educación y las prestaciones económicas del sector público— que están llamados a desempeñar en un Estado social moderno.

En la situación reseñada, parece obligado regular derechos subjetivos para las prestaciones individuales. Derechos que cabría hacer efectivos mediante prestaciones técnicas públicas o mediante cheques servicio para la adquisición de aquellas en diferentes proveedores, incluidos los públicos.

11.9. LA RAMA SANITARIA

La dependencia funcional, como la discapacidad en general, tiene como causa esencial la deficiencia psicobiológica, es decir, la alteración de estructuras anatómicas o de funciones psíquicas y biológicas (Organización Mundial de la Salud, 2001: 12 y 13). Por ello, y sin perjuicio de las circunstancias ambientales que pueden generar y agravar las limitaciones de actividad derivadas de las deficiencias, la rama sanitaria tiene un papel central en la prevención de la dependencia funcional: prevención primaria, actuando antes de que operen las causas (evitación de accidentes, vacunas, estilo de vida sano, etc.); prevención secundaria, detectando tempranamente las enfermedades potenciales causantes de la dependencia y actuando sobre ellas (chequeos y tratamiento oportuno de enfermedades endocrinas, degenerativas, cardiovasculares, etc.); prevención terciaria, que se lleva a cabo mediante intervenciones curativas y rehabilitadoras cuando ya han ocurrido los traumatismos y las enfermedades de las que deriva la dependencia funcional (rehabilitación tras las reducciones de fracturas de cadera en personas de edad avanzada, por ejemplo). La rehabilitación, por cierto, incluye tratamientos y artilugios (prótesis, ortesis, ayudas técnicas). Además de los tratamientos curativos que se practican en la fase aguda aludidos, son necesarios algunos especiales o modos especiales de proveerlos para las situaciones de dependencia establecidas (por las dificultades de movilidad, por ejemplo). En esta faceta, la acción sanitaria tradicional abordó las necesidades específicas dimanantes de la dependencia funcional mediante la asistencia médica domiciliaria y la hospitalización de crónicos. La política sanitaria reciente ha incidido sobre esta segunda fórmula en el sentido de minimizarla; además de razones técnicas, como la prevención de las secuelas conocidas como hospitalismo, la reducción de la hospitalización de crónicos se inspira en el criterio de reducir costes.

11.9.1. PRESTACIONES COMUNES DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

Al contrario de lo que ocurre en la rama de los servicios sociales, una parte importantísima de las actividades colectivas y prestaciones individuales de carácter sanitario requeridas por la dependencia funcional vienen aseguradas por los poderes públicos, mediante el Sistema Nacional de Salud, en un régi-

men común para todo el país. Esto se viene instrumentando jurídicamente mediante el establecimiento de una cartera de servicios.

La asistencia sanitaria pública garantizada por la Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad fue regulada mediante el Real Decreto 63/1995, de 20 de enero, en cuyo Anexo I, se relacionan las prestaciones sanitarias, facilitadas directamente a las personas por el Sistema Nacional de Salud y financiadas con cargo a la Seguridad Social o fondos estatales adscritos a la sanidad. Tras alcanzarse la plena

CUADRO 5
Prestaciones de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud de potencial interés para la dependencia funcional

Modalidades de intervención	Actividades o prestaciones (en cifra, las referencias que figuran en la norma)
Salud pública	Información y vigilancia epidemiológica (1) Prevención de enfermedades y deficiencias (2.7)
Atención primaria	Prevención. Varias (3) Prevención del desarrollo o de la progresión de trastornos musculoesqueléticos (5.1) Atención a la infancia: varias prestaciones de prevención y atención temprana (6.1) Atención del adulto, grupos de riesgo y enfermos crónicos: atención domiciliaria a pacientes inmovilizados, prevención para personas con conductas de riesgo (6.4) Atención a personas mayores: prevención, atención domiciliaria a inmovilizados (6.5)
Atención especializada	Hospital de día: Rehabilitación (2.2), ortoprótesis (2.4) Hospitalización en internado: Rehabilitación (3.8) Hospitalización a domicilio (4) Procedimientos diagn. y terapéuticos: Rehabilitación (5.3.4) Servicios de prevención (5.3.9) Rehabilitación en pacientes con déficit funcional recuperable (8)
Prestación orotprotésica	Implantes quirúrgicos (6) Prótesis externas (7) Sillas de ruedas (manual, eléctrica, accesorios) (8) Ortesis (lecho postural, férulas, etc.) (9) Ortoprótisis especiales (muletas de codo, guante con protección, etc.) (10) (Se prevé copago en varios casos)
Prestación de productos dietéticos	Nutrición enteral domiciliaria (2.2) para pacientes con problemas de deglución, tránsito, trastornos neuromotores, etc. (6.2) (Se especifican las patologías subsidiarias de la nutrición enteral domiciliaria en 8)
Transporte sanitario	(Abarca al traslado entre comunidades autónomas: 4)

Fuente: Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre.

financiación fiscal de la acción sanitaria, se promulga la Ley 16/2003, de 28 de marzo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud, la cual regula un "Catálogo de prestaciones del Sistema Nacional de Salud" en el que integra estas nueve clases o modalidades de las mismas: "salud pública, atención primaria, atención especializada, atención sociosanitaria, atención de urgencias, la prestación farmacéutica, la ortoprotésica, de productos dietéticos y de transporte sanitario" (art. 7.1). El despliegue de ese catálogo ha tenido lugar mediante el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, por el que se establece la nueva cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud. La misma abarca a las modalidades o clases de prestaciones del catálogo, excepto la "prestación de asistencia sociosanitaria". Se recogen en la Cuadro 5 (en página anterior) algunas de las actividades colectivas y prestaciones individuales más relevantes para la dependencia funcional.

11.9.2. DEFECTOS DE CIERRE DEL SISTEMA NACIONAL DE SALUD

La acción del Sistema Nacional de Salud relativa a la dependencia no es completa, por estas dos circunstancias: un pequeño déficit de universalidad de su ámbito subjetivo y la carencia de importantes prestaciones de la cartera de servicios.

La antes citada Ley 14/1986, de 25 de abril, General de Sanidad adopta una orientación universalista para la asistencia sanitaria pública (art. 3.2), pero inicialmente sólo sería plenamente accesible a la población con derecho a dicha prestación por la Seguridad Social. Para la población sin ese derecho, la Ley 14/1986 posibilita el uso de los servicios sanitarios públicos, bien que en régimen privado (art. 16), salvo que para los carentes de recursos prevé una financiación mediante transferencias estatales (art. 80) —distinta de la contributiva de la Seguridad Social que, a la sazón, soportaba la asistencia sanitaria de esta institución—. Mediante el Real Decreto 1088/1989, de 8 de septiembre, se extendió la cobertura de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social a las personas sin recursos suficientes, con lo que se reconvierte la provisión de dicha prestación por la Beneficencia pública.

Por la amplia cobertura resultante de los dos vías de acceso a la asistencia sanitaria pública y, también, por haber adoptado varias Comunidades Autónomas medidas de universalización plena en su ámbito, parece que la carencia de protección sólo alcanza a un 0,3% de la población (Sánchez Bayle, 2006). Esto influye, sin duda, en que pase desapercibido el citado déficit en la normativa nacional. Pero no deja de ser oportuno señalarlo, especialmente porque contrasta con importantes medidas de signo universalista relativas a la rama sanitaria. Por una parte, ha sido sustituida la financiación contributiva de la asistencia sanitaria de la Seguridad Social por la fiscal, salvo para accidentes de trabajo y enfermedades profesionales, de acuerdo con lo que establece la Ley General de la Seguridad Social (art. 86.2, según la modificación adoptada por la Ley 24/1997, de 15 de julio, de Consolidación y Racionalización del Sistema de la Seguridad Social —art. 1—). Por otra parte, la legislación de extranjería abrió la puerta de la asistencia sanitaria pública a la población inmigrante.

En lo que se refiere al ámbito material, la cartera de servicios regulada por el Real Decreto 1030/2006, de 15 de septiembre, trae consigo ampliaciones de cobertura estimables, pero deben ser señaladas dos clases principales de carencias relevantes desde el punto de vista de la dependencia funcional. Por una

parte, los especialistas echan de menos ciertas prestaciones en la "prestación ortoprotésica" (Anexo VI); por otra y según quedó indicado, se ha obviado la "prestación de atención sociosanitaria". Como se verá, ésta es una carencia especialmente importante para la dependencia funcional.

La Ley 16/2003, de 28 de marzo, de cohesión y calidad del Sistema Nacional de Salud regula la "Prestación de atención sociosanitaria", que destina a "enfermos, generalmente crónicos, que por sus especiales características pueden beneficiarse de la actuación simultánea y sinérgica de los servicios sanitarios y sociales para aumentar su autonomía, paliar sus limitaciones o sufrimientos y facilitar su reinserción social" (art. 14.1). Dicha atención incluye "cuidados sanitarios de larga duración", "atención sanitaria de convalecencia" y "rehabilitación de pacientes con déficit funcional recuperables" (art. 14.2). Por otra parte, establece que "La continuidad del servicio será garantizada por los servicios sanitarios y sociales a través de la adecuada coordinación entre las Administraciones públicas correspondientes" (art. 14.3).

Para terminar, quede nota de que las carencias de la cartera de servicios comunes del Sistema Nacional de Salud pueden ser salvadas por estas dos vías, que regula la propia Ley 16/2003 (art. 20.2): 1) inclusión en la cartera de servicios del Sistema Nacional de Salud, previa aprobación por el Consejo Interterritorial del Sistema Nacional de Salud, lo que obliga a todas las Comunidades Autónomas; 2) libre asunción por las Comunidades Autónomas. En relación con esta última posibilidad, quede indicado a título informativo que la legislación sanitaria de algunas Comunidades incidió en lo sociosanitario antes de que lo hiciera la legislación nacional mediante la citada Ley 16/2003, de 28 de marzo.

11.9.3. MEDIDAS LABORALES DE PREVENCIÓN DE DEFICIENCIAS

La Ley 31/1995, de 8 de noviembre, de Prevención de Riesgos Laborales impone la evaluación de riesgos para la seguridad y la salud de los trabajadores, así como la adopción de las medidas de prevención oportunas. Por ser menos conocidas, parece oportuno recordar que la Ley 31/1995, además de velar por la salud de los trabajadores alcanza también a las situaciones de embarazo y maternidad reciente. Para evitar riesgos relativos a aquel, al feto y a la lactancia se establecen estas medidas preventivas: no realización de trabajo nocturno o de trabajo por turnos, cambio de función o de puesto de trabajo, y permisos para exámenes prenatales y preparación para el parto (art. 26).

La Ley 39/1999, de 5 de noviembre, para promover la conciliación de la vida familiar y laboral de las personas trabajadoras amplía este cuadro de medidas preventivas con la suspensión del contrato por causa de riesgo durante el embarazo (art. 10), enlazando con lo previsto en el Estatuto de los Trabajadores (Real Decreto legislativo 1/1995, de 24 de marzo, art. 45.1.d). Por otra parte, la citada Ley 39/1999 establece la inclusión en la Ley General de la Seguridad Social (título II, capítulo IV ter) de disposiciones que regulan una nueva prestación económica para el tiempo de suspensión del contrato por riesgo para el embarazo (art. 14). Dicha prestación económica fue reglamentada por el Real Decreto 1251/2001, de 16 de noviembre (cap. III).

La Ley 39/1999 (art. 21) modifica la Ley de funcionarios civiles del Estado en el sentido de incluir en la misma la licencia por riesgos durante el embarazo (Texto articulado aprobado por Decreto 315/1964,

de 7 de febrero, art. 69.3). También introduce la Ley 39/1999 esa medida preventiva (art. 22) en la Ley 28/1975, de 27 de junio, sobre Seguridad Social de las Fuerzas Armadas (art. 21) y en la Ley 29/1975, de 27 de junio, de Seguridad Social, de los funcionarios civiles del Estado (art. 20).

Las medidas preventivas reseñadas no se destinan —ni cabría hacerlo— específicamente a la dependencia funcional, sino a muy diferentes riesgos de seguridad y de salud, sólo una parte de los cuales darían lugar a enfermedades y deficiencias generadoras de dependencia funcional. Hecha esta salvedad, la valoración de las citadas medidas en el orden formal es positiva, sin reservas. En el orden material, cabe recordar limitaciones como las siguientes: situaciones laborales irregulares, en las que no se aplica la legislación laboral y de Seguridad Social; situaciones laborales regulares pero inseguras en cuanto a reclamar la adopción de medidas de protección de la maternidad; situación económica personal o familiar en la que resulte problemática la merma de ingresos por el paso a la suspensión de contrato; desconocimiento de la normativa.

11.10. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Aznar López, D. (1999): "La protección social de la dependencia en España (legislación del Estado)", en Rodríguez Cabrero, G. (coord.) *La protección social de la dependencia*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, pp. 175-344.

Casado, D. (2002): *Reforma política de los servicios sociales*. Madrid, Editorial CCS.

Consejo de Europa (1999): Recomendación n.º (98) 9 del Comité de Ministros a los Estados miembros relativa a la dependencia. Adoptada el 18 de septiembre de 1998. Versión en español del IMSERSO (Observatorio de personas mayores) *Vejez y protección social a la dependencia en Europa*, IMSERSO. Madrid, 1999, p. 13.

Instituto Nacional de Estadística (2002): *Encuesta sobre discapacidades, deficiencias y estado de salud 1999. Resultados nacionales detallados*. Madrid, INE.

Jiménez Lara, A. y Huete García, A. (2003): *La discapacidad en España. Datos estadísticos*. Madrid, Real Patronato sobre Discapacidad.

Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales (2005): *Atención a las personas en situación de dependencia en España. Libro blanco*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales, cap. 2.

Organización Mundial de la Salud (2001): *Clasificación Internacional del Funcionamiento, de la Discapacidad y de la Salud*. Madrid, Instituto de Migraciones y de Servicios Sociales.

Pantano, L. (1978): *La discapacidad como problema social*. Buenos Aires, Eudeba.

Rodríguez Cabrero, G. (2004): "La población dependiente española y sus cuidadores" en D. Casado (dir.) *Respuestas a la dependencia*. Madrid, Editorial CCS, pp. 53 a 76.

Rodríguez Márquez, J. y Ruíz Hidalgo, C. (2004): *La protección de las personas discapacitadas a través del ordenamiento tributario*. Madrid, Ministerio de Trabajo y Asuntos Sociales.

Rodríguez Rodríguez, P. (2006): *El sistema de servicios sociales español y las necesidades de la atención a la dependencia*. Madrid, Fundación Alternativas.

Sánchez Bayle, M. (2006): "Veinte años de la Ley de Sanidad", *El Mundo*, 2 de mayo.

Vilà, A. (2004): "Estructuras institucionales de la protección de la dependencia en España" en D. Casado (dir.): *Respuestas a la dependencia*. Madrid, Editorial CCS, pp. 135-166.

COLECCIÓN ESTUDIOS

SERIE DEPENDENCIA

- 12001. Cuidados a las personas mayores en los hogares españoles. El entorno familiar.
- 12002. Cuidado a la dependencia e inmigración. Informe de resultados.
- 12003. Institucionalización y Dependencia.
- 12004. Sistema Nacional de Dependencia. Evaluación de sus efectos sobre el empleo.
- 12005. Estudio e intervención sobre el malestar psicológico de los cuidadores de personas con demencia. El papel de los pensamientos disfuncionales.
- 12006. El apoyo a los cuidadores de familiares mayores dependientes en el hogar: desarrollo del programa «Cómo mantener su bienestar».
- 12007. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeo contemporáneo.
- 12008. El tratamiento de la dependencia en los regímenes de bienestar europeo contemporáneo - CDROM.
- 12009. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas.
- 12010. La situación de los enfermos afectados por la enfermedad de Parkinson, sus necesidades y sus demandas - CD-ROM.



www.imserso.es

ISBN 84-8446-106-7



9 788484 461067

PVP: 15,00 €