

SIMPOSIUM LA ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA REALIDADES Y FUTURO

**Toledo
25 y 26 de Junio**

**Gregorio Rodríguez Cabrero
(European Social Policy Network, ESPN)**

**Políticas sociales de atención a la dependencia en
los regímenes de bienestar. Análisis comparado**

Joaquín Costa
Grupo de Investigación en Políticas Sociales  Universidad de Alcalá

Índice

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE
2. Regímenes de bienestar y sistemas de CLD
3. Valoración de los sistemas de CLD
4. Reformas actuales y retos de futuro
5. El SAAD en el contexto europeo
6. Conclusiones

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

Pilar Europeo de Derechos Sociales (18):

«Toda persona tiene derecho a cuidados de larga duración asequibles y de buena calidad, en particular de asistencia a domicilio y servicios comunitarios». Recomendación 761/2017

Los CLD/LTC:

«catálogo de servicios y asistencia para personas que, como resultado de fragilidad física y/o mental y/o discapacidad a lo largo del tiempo, necesitan de ayuda para la realización de actividades diarias o necesitan algún tipo de cuidado permanente sociosanitario»

EC(2014). «Adequate social protection for LTC needs in an ageing society» EC and SPC

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

CLD (LTC) riesgo social viejo/nuevo que incluye tanto las necesidades de cuidados como el entorno personal (renta, vivienda, cuidadores), social (eliminación de barreras barreras en su más amplio sentido) e institucional (modelos de cuidados y sistemas de protección social).

Campo de protección ambiguo al incluir:

- a) Reconocimiento de derechos
- b) Responsabilidades sociales y familiares

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

Los CLD forman parte de la **Estrategia Integrada de Protección Social** de la UE y tienen cuatro objetivos:

1. Garantizar el acceso a las personas dependientes a la sanidad y a los CLD evitando desigualdades y pobreza.
2. Promover la calidad y adaptar los programas a las necesidades y preferencias de las personas.
3. Promover la salud y estilos de vida saludables y prevenir la dependencia. Proactividad.
4. Uso racional de los recursos y gobernanza cooperativa y coordinada

Desde 2013 forma parte del **Paquete Europeo de Inversión Social**

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

Ageing Reports 2015 y 2018 señalan hechos tales como:

- En 50 años se ha triplicado la población de 80+
- La población de personas dependientes se elevará en 12 millones de personas entre 2013 (42 M.) y 2060 (52 M.).
- La población de beneficiarios se elevará de 19,5 millones (2016) a 32,5 millones (2070), incremento del 67%
- El gasto estimado medio se elevará de 1,6% al 2,7% del PIB
- Aunque los CLD son muy intensivos en trabajo informal la demanda de atención formal se incrementará como resultado de cambios culturales, demográficos y económicos.
- Combinación de competencias muy diversas en cuanto a cuidados (desde las más tradicionales a las más avanzadas tecnológicamente)

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

¿Qué opciones existen de adelantarse al impacto social de la dependencia?.

1. Políticas preventivas y de promoción de la salud en todas las edades.
2. Políticas de promoción de una vida independiente, activa y basada en el autocuidado
3. Políticas de cuidados basadas en las mejores combinaciones de prestaciones en servicios y en dinero, mejora de la calidad y la innovación permanente.
4. Políticas de reparto equilibrado de la carga de los CLD entre sociedad y familias, entre mujeres y hombres

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

La UE «Recomienda» que los CLD cumplan tres condiciones en todo el espacio social europeo:

- a) Universalidad basada en el derecho subjetivo
- b) Garantía de calidad
- c) Sostenibles a largo plazo

Pero es el pilar de protección social más «nacionalista» debido al peso de factores culturales e institucionales.

La convergencia en este campo es problemática.

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

Problemas de información: La información comparada de desigual debido a:

- Ausencia de una definición común institucional.
- Diferencias entre los distintos sistemas europeos entre sí y dentro de cada país
- Distinto peso del factor sanitario y del social en los sistemas de CLD
- Dificultad de la medida del impacto (outcomes)
- De ahí la gran diversidad de modelos como demuestran:
 - A) Leichsenring, Billing y Nies (2013): «LTC in Europe- improving policy and practice». Basingstoke: Palgrave
 - B) EC (2018): «The 2018 Ageing Report. Economic & Budgetary Projections for the 28 EU Member States (2016-2070).

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

Fuentes de información:

- ESSPROS: no destaca los CLD como función propia sino integrada en la función vejez
- - SHA (system of health accounts)
- Encuesta de Condiciones de Vida (ECV/ SILC)
- MISSOC: regulación legal
- SHARE (encuesta sobre salud, envejecimiento y retiro en Europa),longitudinal entre mayores de 50 años.
- Comisión Mixta OCDE/CE (2014) para desarrollar el proyecto: Medición de la protección social de los CLD (en web)

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

Proyecciones a largo plazo dependen de factores tales como:

- Estructura demográfica (población mayor de 80 años).
- Volumen y estructura de la población en situación de dependencia (no es lo mismo una tasa de dependencia a los 80+ del 30% que del 39,4% actual media europea estimada).
- Modelo de CLD: combinación de cuidados formales (servicios+prestaciones económicas) e informales.
- Combinación de atención formal domiciliaria/comunitaria y residencial.
- Coste unitarios de los servicios

1. El contexto común de los CLD/LTC en la UE

| Modelos teóricos de CLD | Fortalezas | Debilidades |
|---|--|---|
| Modelo de atención informal por familia | No coste público y apoyo directo familiar | Costes de tiempo y empleo del cuidador y costes invisibles y de oportunidad |
| Modelo de atención informal mixto externalizado | No coste público y libera tiempo para el empleo | Empleo irregular |
| Modelo de apoyo público informal | Pool de apoyos, control, calidad, formación cuidador | Costes familiares y límites en mejoras de eficiencia y efectividad |
| Modelo de atención formal | Cobertura, profesionalización y calidad | Incremento del gasto, adecuación de oferta |

2. Regímenes de bienestar y sistemas de CLD

Rasgos generales comunes en los diferentes regímenes de CLD en la UE:

1. **Combinaciones nacionales y/o regionales/locales de cuidados formales e informales.** El peso de los cuidados familiares sigue siendo abrumador. La población cuidadora informal con más de 50 años está en torno al 15%. Realizada por mujeres en torno al 60%.

2. **Transición desigual desde modelos asistenciales hacia modelos universales.** La crisis financiera 2008-2014 ha impulsado una cierta refamiliarización de los cuidados y ajustes financieros a la baja o de contención.

3. **Sesgo hacia una visión financiera de la sostenibilidad** de los CLD en detrimento de una visión amplia de sostenibilidad.

2.Regímenes de bienestar y sistemas de CLD

Rasgos comunes institucionales operativos de los modelos europeos de CLD:

- a) Fragmentación institucional y territorial
- b) Prioridad de los cuidados de larga duración domiciliarios. Desinstitucionalización dentro de una estructura de servicios similar
- c) Complementan, no sustituyen a la familia. Importancia crecientes de las políticas de conciliación, desgravaciones fiscales y de las prestaciones monetarias
- d) Valoración formalizada de la situación de dependencia
- e) Sistema de regulación pública y financiación mixta
- f) Participación de los usuarios en la financiación (copago)
- g) Provisión mixta (sector público, sector privado, Tercer Sector). Tendencias a la privatización mercantil

2.Regímenes de bienestar y sistemas de CLD

La crisis económica y financiera desde 2008 ha reforzado tendencias como son las de:

- 1. Libertad de elección:** ha contribuido al desplazamiento de los servicios públicos por el cheque servicio o la prestación al cuidador informal.
- 2. Refamiliarización y refeminización** de los procesos de cuidados personales. Mayor individualización del riesgo.
- 3. Remercantilización** (gestión privada, segmentación de la población en función de la capacidad de copago, concentración de la oferta privada)
- 4. Reasistencialización** (concentración en las dependencias más graves y en los colectivos que demuestran que no tienen recursos)

2.Regímenes de bienestar y sistemas de CLD

A la vez que el **debate político y científico** sigue orientando las políticas públicas hacia soluciones basadas en criterios como:

1. CLD basados en modelos de AICP
2. Desinstitucionalización
3. Integración o coordinación entre los servicios sociales y sanitarios.
4. Mejora de la gobernanza del multisistema
5. Potenciar la conciliación del empleo y los cuidados.
6. Garantizar CLD de calidad basados en empleo de calidad

3. Valoración de los sistemas de CLD

1. **Acceso, adecuación y asequibilidad:** el problema de la desinstitucionalización
2. **Calidad:** cómo medirla; la calidad del empleo
3. **Los cuidados informales:** la población cuidadora femenina; el papel de las cuidadoras/cuidadores inmigrantes; la protección de los cuidadores informales
4. **Sostenibilidad financiera:** una sostenibilidad ampliada

3. Valoración de los sistemas de CLD

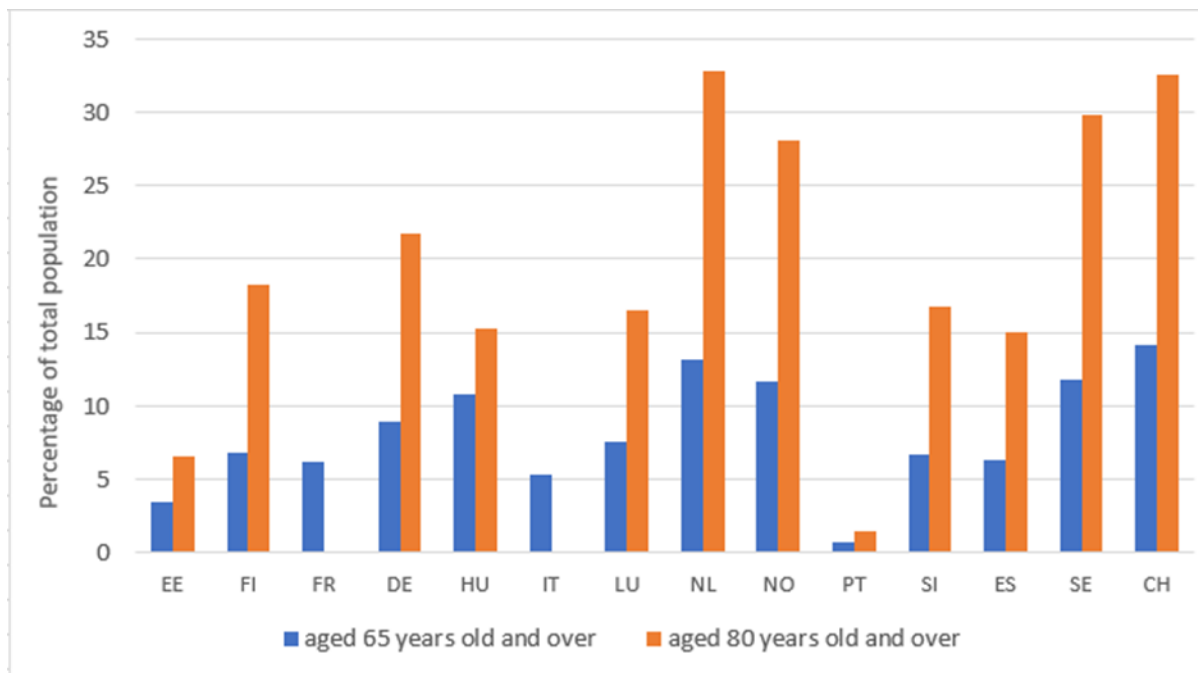
1. Acceso, adecuación y asequibilidad: el problema de la desinstitucionalización. Factores:

- Estructura institucional y territorial y el tipo de mix en la provisión (servicios y prestaciones monetarias).
- Tendencia general: predominio de los servicios comunitarios con una escala descendente del norte al sur y este de la UE. Impacto de la crisis financiera reduciendo el gasto público y endureciendo los criterios de elegibilidad (Irlanda, Suecia, Dinamarca, España, Croacia). Dinamarca reducción de un 18% del volumen de horas de SAD entre 2010 y 2016
- Dificultades de coordinación institucional y territorial generando desigualdades de acceso.
- Proceso de desinstitucionalización generalizado sin que haya venido acompañado siempre del desarrollo de los servicios comunitarios

3. Valoración de los sistemas de CLD

- Crecimiento de la oferta residencial en los países del sur (ES, IT y PT) y del este de Europa. En algunos casos con sobreoferta privada (España). Sigue existiendo una relativa creciente demanda social en ambos espacios geográficos, sobre todo para las edades más elevadas.
- Las prestaciones al cuidador son minoritarias, mientras que crecen las prestaciones a la persona dependiente para que las utilice a su conveniencia. En Austria (2016) el 42% de las prestaciones monetarias fueron utilizadas para pagar al cuidador informal sin apoyo de servicios comunitarios; en Francia sólo el 8% de los perceptores remuneran al cuidador informal; en PT y Chequia es una renta adicional para la familia o el cuidador informal.
- ¿Son adecuadas las prestaciones, es decir, suficientes y asequibles?. Un factor desconocido: escasa evidencia comparada.

3. Valoración de los sistemas de CLD



LTC recipients at home, 2014

- *Source:* OECD; * ESPN countries not included in the dataset AT, BG, CY, EL, HR, IS, IE, LV, LI, LT, MK, MT, RO, RE, SK, TR; **No data for the years considered in the graph: BE, CZ, DK, PL, UK *** No data for 80+ for FR and IT

3. Valoración de los sistemas de CLD

2. La Calidad:

- Problemática en la mayoría de los países. Existe una amplia dispersión desde una elevada calidad contrastada (DK, SE) a baja calidad debido a la limitada oferta de servicios y su pobre contenido (EL, RO).
- Se consolidan estándares de acreditación como mecanismo de regulación (DE, ES, PT, IT, LT, UK), pero sin control de resultados (outcomes) debido a limitados recursos, pobre inspección y falta de transparencia. Encuestas de satisfacción puntual y quejas (Ombudsman)
- La calidad del empleo es asociada a la precariedad, duras condiciones de trabajo y a la baja cualificación de los profesionales. Sector poco atractivo para elevados niveles de formación.

3. Valoración de los sistemas de CLD

3. Los cuidados informales: la población cuidadora femenina; el papel de las cuidadoras/cuidadores inmigrantes; la protección de los cuidadores informales.

- La insuficiente provisión de cuidado formal frena la participación activa de la mujer en el mercado ordinario de trabajo (AT, BE, CZ, CY, EL, ES, HR, IT, SE, SI, UK)
- A pesar de los cambios culturales y mejoras de la distribución interna de los cuidados en el seno de las familias, las mujeres siguen llevando el grueso de la carga de los cuidados, desde FI hasta ES
- La baja tasa de empleo de las mujeres entre 54-64 años refleja en parte la mayor probabilidad de que estas asuman la responsabilidad de los cuidados.
- La extensión de los permisos o conciliación tratan de reducir la carga de los cuidados informales

2.Regímenes de bienestar y sistemas de CLD

4. Sostenibilidad financiera:

El gasto en CLD debe diferenciar el:

- El gasto total. Público + privado+ trabajo informal no remunerado+ coste de oportunidad+ costes invisibles
- El gasto público total: social y sanitario en servicios y prestaciones
- El gasto público social

¿De qué sostenibilidad hablamos?. La necesidad de una perspectiva más amplia de la sostenibilidad de los sistemas o programas de CLD.

3. Valoración de los sistemas de CLD

Gasto público en CLD 2016-2070

| Gasto público en CLD/ PNB | 2016 | 2070 Escenario base | Diferencia 2016- 2070 | 2070 Escenario de riesgo elevado | Diferencia 2016-2070 |
|---|------------|---------------------------|-----------------------------|---|-------------------------|
| Régimen de bienestar anglosajón | | | | | |
| Reino Unido | 1,5 | 2,8 | 1,3 | 3,3 | 1,3 |
| Irlanda | 1,3 | 3,3 | 1,9 | 4,8 | 3,4 |
| Régimen de bienestar nórdico | | | | | |
| Dinamarca | 2,5 | 4,7 | 2,2 | 7,3 | 4,8 |
| Finlandia | 2,2 | 4,2 | 2,1 | 5,1 | 2,9 |
| Suecia | 3,2 | 4,9 | 1,7 | 5,7 | 2,5 |
| Régimen de bienestar continental | | | | | |
| Alemania | 1,3 | 1,9 | 0,6 | 3,4 | 2,1 |
| Bélgica | 2,3 | 4,0 | 1,7 | 5,8 | 3,5 |
| Francia | 1,7 | 2,4 | 0,7 | 4,5 | 2,8 |
| Países Bajos | 3,5 | 6,0 | 2,5 | 8,3 | 4,7 |
| Régimen de bienestar mediterráneo | | | | | |
| España | 0,9 | 2,2 | 1,3 | 4,4 | 3,5 |
| Grecia | 0,1 | 0,2 | 0,1 | 4,9 | 4,8 |
| Italia | 1,7 | 3,0 | 1,3 | 3,9 | 2,2 |
| Portugal | 0,5 | 1,4 | 0,9 | 2,1 | 1,0 |
| Régimen de bienestar Europa del Este | | | | | |
| Eslovenia | 0,9 | 1,8 | 0,9 | 4,2 | 3,5 |
| Hungría | 0,9 | 1,2 | 0,3 | 2,0 | 1,1 |
| Lituania | 1 | 2 | 1 | 4,6 | 3,6 |
| Polonia | 0,5 | 1,3 | 0,8 | 2,1 | 1,6 |
| EU | 1,6 | 2,7 | 1,1 | 4,3 | 2,7 |

Fuente: The 2018 Ageing Report. European Commission.

3. Valoración de los sistemas de CLD

Preguntas con respuestas diferentes en los diferentes países de la UE

¿Cuál es el nivel adecuado o suficiente de financiación pública?.

¿Cómo financiarlo?

¿Qué características debe tener el copago?.

¿Cómo repartir el coste entre sanidad y servicios sociales?.

En un contexto de.

Restricciones presupuestarias

Reforzamiento de la responsabilidad individual y familiar.

4. Reformas actuales y retos de futuro

Los retos de los CLD se plantean a partir de los cambios en la demanda y la oferta.

Cambios en la **demanda** (sociodemográficos):

1. Crecimiento de la población mayor de 80 + (23,3 millones en la UE en 2010, 36,6 millones en 2030 y 57,5 millones de 2050)
2. No hay seguridad de que este proceso quede compensado por reducciones en la tasa de discapacidad, dependencia y morbilidad debido a factores como la enfermedad mental, enfermedades neurológicas y la obesidad.
3. Reducción de la población cuidadora informal (efecto demográfico y efecto empleo), sin considerar compromiso moral de los hogares.

4. Reformas actuales y retos de futuro

Cambios en la oferta:

1. Pública:

- Restricciones financieras,
- Predominio de políticas neoliberales
- Devolución de la responsabilidad a los hogares y las personas

2. Privada:

- Reducción de la oferta de cuidadores familiares compensada con el recurso a los cuidadores inmigrantes
- Reorganización interna de la carga de cuidados en los hogares (cambio en la sobrecarga de cuidados sobre la mujer)

4. Reformas actuales y retos de futuro

Calidad y financiación un binomio siempre presente en el debate de las políticas:

a) Financiación:

El mensaje de la insostenibilidad debe ser matizado sin dejar que las proyecciones sean un ejercicio mecánico. El coste se puede moderar tanto por el lado de la demanda como por la oferta.

4. Reformas actuales y retos de futuro

b) La mejora de la calidad:

Los países concentran buena parte del esfuerzo de evaluación en la calidad de los inputs y de los output pero no en los «outcome» o resultados finales. Es más fácil evaluar los CLD en las instituciones que en la atención domiciliaria o intermedia (CDía).

Los outcome deben estar dirigidos a la mejora de la calidad de vida, libertad de elección, satisfacción del usuario, mejora de la autonomía, ampliación o mantenimiento de las relaciones sociales y garantía de la dignidad.

4. Reformas actuales y retos de futuro

La mejora de la calidad de vida y el control o moderación del coste debe venir por varias vías:

a) Asistenciales; b) Institucionales; c) Organizativas

Asistenciales:

Prevención salud y cuidados : desde la infancia hasta el final de la existencia; detección de grupos de riesgo

Rehabilitación: después de sucesos que generan discapacidad (Link Age Plus, en UK)

Aprendizaje y capacitación de usuarios, profesionales y familiares

Participación activa de personas dependientes que reciben atención

4. Reformas actuales y retos de futuro

La mejora de la calidad de vida y el control o moderación del coste debe venir por varias vías:

a) Asistenciales; b) Institucionales; c) Organizativas

b) Institucionales:

Coordinación entre servicios sanitarios y sociales (ver informe Defensor del Pueblo, año 2000, preparado por la SEGG)

Zonas sanitarias y sociales únicas

Integrar los CLD en el sistema educativo: Educación para la salud en la escuela.

Integrar los CLD en el sistema de empleo: la calidad del empleo.

Uso de los recursos del FSE para la innovación

4. Reformas actuales y retos de futuro

La mejora de la calidad de vida y el control o moderación del coste debe venir por varias vías:

a) Asistenciales; b) Institucionales; c) Organizativas

c) Organizativos:

- Mejoras organizativas en el trabajo,
- Continuidad de los cuidados e integración de los cuidados
- Uso eficiente de a tecnología (Programa Telecare, Escocia)
- Viviendas inteligentes y accesibles (Programa Action, Suecia)
- Servicios de respiro
- Flexibilidad en la combinación de prestaciones
- Ventanilla única (one-stop shops)

4. Reformas actuales y retos de futuro

¿Cómo hacer frente a los **retos de futuro** de las políticas nacionales de CLD?. Lo que recomienda la CE en Junio de 2018:

1. Desarrollo de los cuidados domiciliarios y comunitarios, acompañados de mejoras en formación de los cuidadores, refuerzo de la prevención y rehabilitación, integración o coordinación de servicios sociales y sanitarias, concreción de standards de calidad.
2. Evitar la desinstitucionalización si no existe una red suficientes de servicios a domiciliarios y comunitarios.
3. Cuidadores informales: apoyo a la formación, servicios de respiro, licencias de conciliación, definir el papel de los cuidadores inmigrantes informales.
4. Suficiencia, eficiencia e inversión social nueva
5. Aplicar standards estrictos de calidad a los proveedores y control de los resultados de los servicios y cuidados domiciliarios.

5. El SAAD en el contexto europeo

- Una gran innovación de la política social subordinada como ninguna otra política social a las políticas de ajuste fiscal. Sistema congelado entre 2012 y 2015.
- Dimensiones positivas:
 - * sistema de cobertura universal (único en el Sur de Europa);
 - * estructura de apoyo a los cuidadores informales (62,4% son mujeres);
 - * expansión de los servicios domiciliarios y comunitarios (32,3% de las prestaciones del SAAD a 31.12.2017);
 - * expansión del empleo en servicios sociales (entre 190 y 240 mil);
 - * innovaciones organizativas y asistenciales

5. El SAAD en el contexto europeo

La valoración del sistema comparte muchos rasgos comunes:

- **Acceso y adecuación:** valoración de entrada en el sistema, sistema mixto formal e informal de cuidados; desequilibrio de la oferta entre regiones; y listas de espera. Los dos últimos indicadores son especialmente graves en España (el 25% de las personas reconocidas no han accedido al sistema de prestaciones con gran dispersión entre CCAA: CyL 1%/Cataluña 37%); reducción intensidad de los servicios
- **Calidad: no disponemos de indicadores precisos.** Un problema común a la mayoría de los países de la UE. Tenemos sistemas de acreditación y control pero no de resultados (outcomes). Si disponemos de algunos indicadores sobre la calidad del empleo (CCOO, 2017); no disponemos de indicadores de calidad de coordinación entre sanidad y servicios sociales

5. El SAAD en el contexto europeo

El empleo y trabajo de cuidados:

- * los problemas referidos al extenso e intenso sesgo de género en los cuidados que frenan la incorporación de la mujer (sobre todo mayor) al empleo o su recurso al empleo a tiempo parcial;
- * no se valora el coste del trabajo informal de cuidados
- * los niveles de formación de los cuidadores informales son bajos

Financiación:

- * bajos niveles de gasto comparado que frenan la expansión de los servicios
- * descompromiso de la AGE
- * diversidad de los criterios de copagos

5. El SAAD en el contexto europeo

Retos de presente y futuro:

1. Recuperar los niveles de inversión perdidos, sobre todo por parte de la AGE.
2. Ampliar la red de servicios domiciliarios y comunitarios
3. Reducción intensa de la lista de espera
4. Integración o mejoras de coordinación entre sanidad y servicios sociales.
5. Mejora de la calidad de los servicios y ampliar las prestaciones y servicios de conciliación entre empleo y trabajo de cuidados informales.
6. La calidad del empleo en el centro de interés.
7. La reducción de las disparidades de cobertura entre CCAA un problema político central

6. Conclusiones

1. Diversidad de modelos europeos de CLD.
2. Dificultad de comparación entre países debido a dispersión de fuentes de información.
3. Modelo general básico de CLD en el espacio social europeo: no sustituyen a la familia, la complementan; prioridad atención domicilio; financiación y provisión mixta; tendencia a una mayor participación del usuario; coordinación desigual entre servicios sanitarios y sociales, según tradición; gobernanza descentralizada asimétrica.
4. La crisis ha reforzado un mayor peso de los hogares en los CLD, de las prestaciones monetarias, de la producción privada de servicios y una mayor responsabilidad individual

6. Conclusiones

5. Las tendencias de futuro nos dicen que los factores de demanda y oferta tendrán distinto comportamiento en función de la acción política y de la propia sociedad civil. Los factores sociodemográficos no son inexorables ni se pueden proyectar mecánicamente sin tener en cuenta el papel de los actores políticos y sociales.

6. Combinar la máxima calidad con la eficiencia es el reto de los CLD cuya posición institucional en el Estado de Bienestar es subordinada tanto por ser desarrollo de la última generación de derechos como por su elevado componente social (peso de la atención informal y de los servicios sociales).

7. Las políticas y programas proactivos y preventivos así como la innovación son claves para equilibrar el binomio calidad-eficiencia



Gracias por vuestra atención