

POLÍTICAS DE ATENCIÓN A LA DEPENDENCIA EN LOS RÉGIMENES DE BIENESTAR DE LA UE

X Jornadas del SIPOSO, 3 Junio 2011

Gregorio Rodríguez Cabrero



Universidad
de Alcalá



ÍNDICE

- **1. La institucionalización de los cuidados de larga duración**
- **2. Génesis, naturaleza y desarrollo del Modelo Europeo de atención a la dependencia: realidad y políticas**
- **3. Tendencias de cambio institucional entre 1990 y 2010**
- **4. La materialización de los cambios en los regímenes de bienestar de la Unión Europea**
- **5. Las cuestiones centrales en la sostenibilidad de los sistemas de atención a la dependencia.**

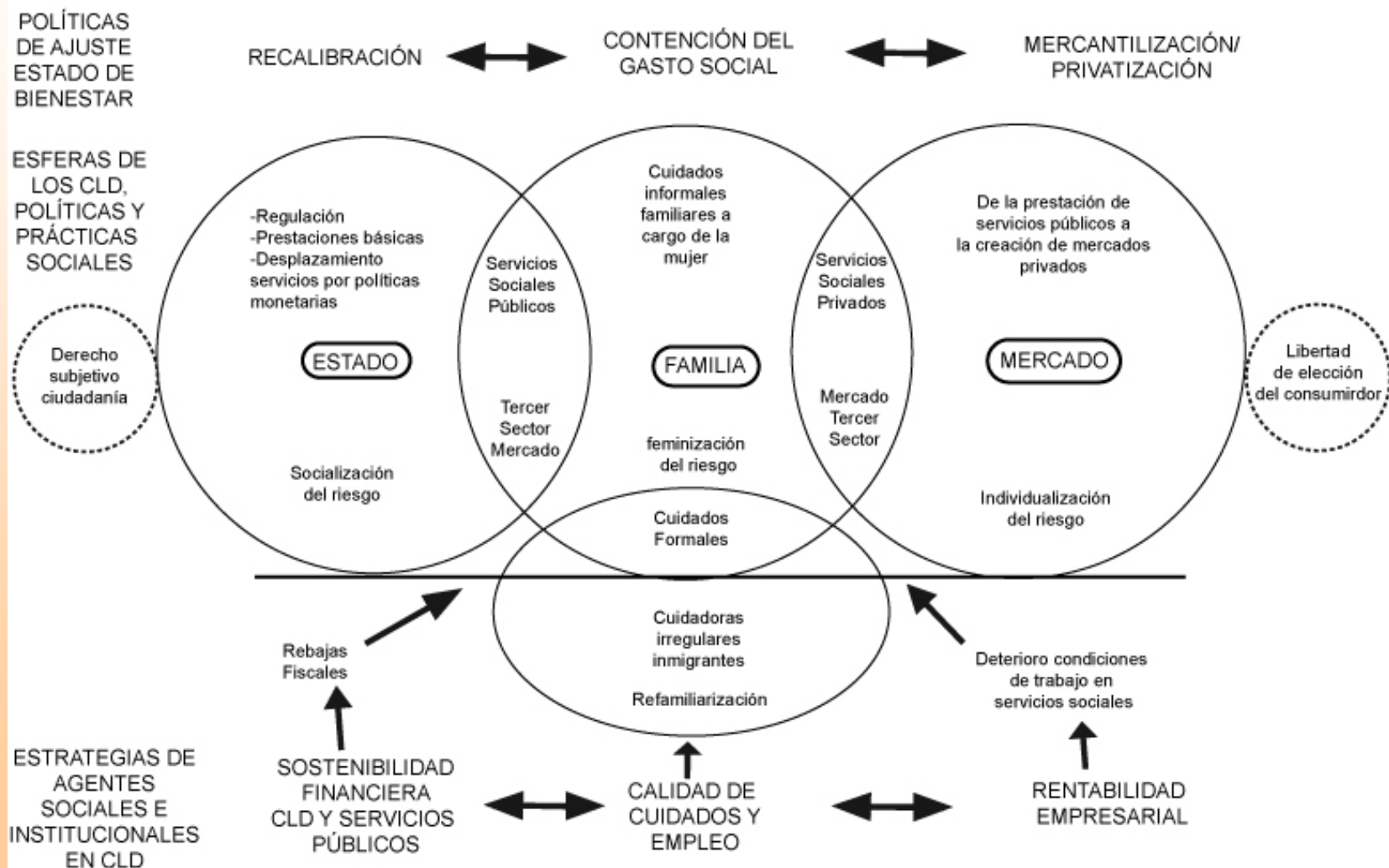
1. La institucionalización de los cuidados de larga duración

- **PUNTO DE PARTIDA:**
- **a) La atención a la dependencia como resultado de la combinación de Estado, familia, mercado y sociedad civil. es decir, en función del régimen de bienestar. Es decir, combinación histórica de 4 lógicas:**
 - **necesidad, don, solidaridad y mercancía**
- **b) La transición desde modelos asistenciales a modelos de cobertura universal**

1. La institucionalización de los cuidados de larga duración

- **DOS TESIS:**
- **a) Los nuevos sistemas de dependencia son en la práctica formas de expansión, ordenación y racionalización de modelos asistenciales previos bajo la presión de nuevas demandas sociales e institucionales. Continuidad y cambio**
- **b) Los modelos de dependencia constituyen un conglomerado de prácticas familiares e informales, una intervención extensa del Estado y una creciente individualización del riesgo de dependencia.**
- **c) Las políticas de CLD expresan las tensiones y conflictos de la reestructuración del Estado de Bienestar a pesar de su limitada dimensión institucional y modesto gasto.**

MODELO GENERAL DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN (CLD) EN EL MODELO SOCIAL EUROPEO (MSE) EN LA PRIMERA FASE DE LA III REFORMA SOCIAL (1980-2010)



2. Génesis, naturaleza y desarrollo del Modelo Europeo de atención a la dependencia: realidad y políticas

- **1. Políticamente: descentralización y reparto de competencias .**
- **2. Socialmente: ampliación poder usuarios y refamiliarización con apoyo.**
- **3. Asistencialmente: comunitarización y creación de redes asistenciales.**
- **4. Financieramente: reparto del coste público y reparto del gasto total.**

2. Génesis, naturaleza y desarrollo del Modelo Europeo de atención a la dependencia: realidad y políticas

- **1. Expansión protección pública por la vía de la cobertura ampliada.**
- **2. Expansión del mercado y Tercer sector por la vía de la provisión de servicios y elección del consumidor.**
- **3. Internalización del coste de la protección social de la dependencia por la vía del copago y apoyo a la atención informal familiar.**

Criterios de valoración de los CLD en el MSE

- **1. Accesibilidad:**

- - Barreras de acceso institucionales (competencias desiguales)
- - Barreras de acceso territoriales (oferta desigual)
- - Barreras de acceso sociales (desigualdades sociales)

- **2. Calidad:**

- - Intervención social compleja: promover y rehabilitar
- - El continuo asistencial: prestaciones, servicios, catálogos, carteras. La red pública coordinada

- **3. Sostenibilidad:**

- - Suficiencia y equilibrio de financiación pública y privada
- - Reequilibrio del gasto entre sanidad y servicios sociales

Los Joint Report sobre protección social e inclusión social y los Peer Review sobre LTC

- **1. Accesibilidad:**
- **- Información como precondition de la libertad de elección real de la persona en situación de dependencia.**
- **- Prestar atención central a las preferencias y libertad de elección entre paquetes de prestaciones y entre proveedores. Equilibrio entre la asistencia formal e informal. Testar los presupuestos personales (personal budgets) como modo de asistencia personalizado.**
- **- Tratamiento diferenciado de la protección social de las personas con problemas cognitivos (Alzheimer).**

Los Joint Report sobre protección social e inclusión social y los Peer Review sobre LTC

- **2. Calidad asistencial:**
- - **Dignidad y capacidades personales**
- - **La articulación de las redes sociales y sanitarias**
- - **Evaluación de la calidad total como logro de la calidad de vida**
- - **Transparencia y confianza institucional**
- - **Profesionales de calidad y con adecuada formación**
- **3. Sostenibilidad financiera:**
- - **La prevención como medio a largo plazo de contención de costes.**
- - **La reducción parcial del coste sanitario**

Los Joint Report sobre protección social e inclusión social y los Peer Review sobre LTC

- **1. Persistencia de modelos nacionales de protección social con relativa convergencia.**
- **2. Sistema competencial: confluencia de diferentes AAPP con papeles complementarios en financiación, planificación y gestión.**
- **3. Diversificación de la oferta de proveedores a favor del sector mercantil.**
- **4. Ampliación del protagonismo del usuario por la vía del copago y de la libertad de elección**
- **5. Nuevos equilibrios entre lo formal e informal y concentración de la asistencia en grupos de elevada necesidad o alto riesgo.**

TENDENCIAS DE CAMBIO EN LAS POLÍTICAS DE CLD ENTRE 1990 Y 2010

| Período | Fase de desarrollo | Naturaleza del riesgo | Población a proteger | Asignación de prestaciones | Tipología dominante de prestaciones | Provisión de servicios | Financiación |
|-----------|--|--|--|-----------------------------------|--|--|--|
| 1990-2000 | Expansión de los CLD | Socialización | Personas en situación de dependencia | Condicionada hacia los servicios | Servicios | Mixta: sector público y tercer sector | Mixta: impuestos y copago |
| 2001-2010 | Racionalización y contención del coste | Mixta: refamiliarización e individualización | Tendencia a proteger las discapacidades más graves | Libertad de elección condicionada | Prestaciones monetarias (presupuesto personal) | Privada: tercer sector y, sobre todo, sector mercantil | Mixta: impuestos, copago y desgravaciones fiscales |

REFORMAS EN LOS MODELOS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

| REFORMAS DEL PERÍODO | Modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda) | Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo, Bélgica) | Modelo nórdico (Suecia, Finlandia, Dinamarca) | Modelo mediterráneo (España, Italia, Portugal,) |
|---|---|---|---|---|
| 1980-2000 | | | | |
| Derecho social a la protección social de la dependencia | Derecho mixto: universal en atención sanitaria y protección asistencial en servicios sociales | Derecho universal con dos niveles: contributivo y no contributivo | Derecho universal | Derecho mixto: universal en atención sanitaria; asistencial en servicios sociales |
| Financiación | Impuestos y copago en servicios sociales para los que exceden un nivel de renta | Cotizaciones en el nivel contributivo; impuestos en el nivel no contributivo; copago en la prestación de servicios. | Impuestos generales y locales; copago | Impuestos generales, cotizaciones y copago para los que exceden un nivel de renta |
| Prestaciones sociales | Servicios y ayudas monetarias. Ayudas técnicas | Servicios y prestaciones monetarias topadas. Ayudas técnicas | Servicios sociales y ayudas técnicas | Prestaciones monetarias, servicios asociales y ayudas técnicas |
| Responsabilidad de organización y gestión | Municipal | Seguridad Social, Regiones y Municipios | Municipal | Regional y Municipal |
| Provisión de servicios según importancia | Empresas, ONGs y ayuntamientos | ONGs y empresas, papel residual de ayuntamientos en modelo alemán | Ayuntamientos y creciente importancia de empresas | Ayuntamientos, ONGs y creciente importancia de empresas |
| Políticas de apoyo al cuidado informal | Apoyo limitado al cuidador y elevada responsabilidad individual | Amplio apoyo al cuidador informal | Apoya y sustituye a la familia cuidadora | Limitado apoyo al cuidador informal |
| Situación actual de los modelos | Debate político sobre la oportunidad de la universalización de la protección social de la dependencia | Reformas en Alemania en 2007 para lograr nuevos equilibrios institucionales y financieros del modelo. Reformas previstas en Holanda | Incremento de la prestación de servicios por parte de las empresas privadas en Suecia y, en general, en los países nórdicos | Aprobación de la ley de la dependencia en España. Libro Blanco de la dependencia en Italia. |

REFORMAS EN LOS MODELOS EUROPEOS DE CUIDADOS DE LARGA DURACIÓN

| <u>REFORMAS 2000-2010</u> | Modelo anglosajón (Reino Unido, Irlanda) | Modelo continental (Alemania, Francia, Austria, Holanda, Luxemburgo, Bélgica) | Modelo nórdico (Suecia, Finlandia, Dinamarca) | Modelo mediterráneo (España, Italia, Portugal,) |
|---------------------------|---|--|---|--|
| Principios orientadores | Consumerismo individualización del riesgo | Refamiliarización y mercantilización | Universalización, familiarización y mercantilización dual | Universalismo, familiarización y mercantilización |
| Accesibilidad | Preferencia personas en gave dependencia sin recursos | Universal | Universal | Transición hacia cobertura universal |
| Prestaciones | Preferencias prestaciones monetarias y presupuesto personal | Preferencia prestaciones monetarias y programas conciliación | Servicios: crecimiento prestaciones monetarias y presupuesto personal | Preferencia prestaciones monetarias; servicios sociales municipales y regionales |
| Provisión | Privada mercantil | Privada: mercantil; tercer sector en declive | Pública con crecimiento sector mercantil | Mixta: provisión tercer sector y crecimiento sector mercantil |
| Financiación | Mixta: pública y copago | Mixta: impuestos, cotizaciones y copago | Pública y copago | Mixta: impuestos y copago. También cotizaciones |
| Gobernanza | Fragmentación institucional y regulación central | Regulación central y gestión regional con financiación compartida | Regulación central y gestión municipal | Fragmentación con tendencia a sistematización |

5. Las cuestiones centrales en la sostenibilidad de los sistemas de atención a la dependencia.

- **1. Factores ideológicos:**
- **¿De qué hablamos cuando hablamos de atención a la dependencia de gasto o de inversión social, una carga o un desarrollo social?**
- **¿Qué esperan los ciudadanos y las personas afectadas?.**
- **2. Factores Institucionales (determinantes)**
- **Modelo de atención: universal- asistencial**
- **Modelo competencial: la cadena de la coordinación imperativa**
- **3. Factores económicos (condicionantes)**
- **El coste total de la dependencia**
- **Cómo se financia**
- **4. Factores organizativos y operativos:**
- **- La gestión del caso**
- **- El continuo socio-sanitario**

5. Las cuestiones centrales en la sostenibilidad de los sistemas de atención a la dependencia.

- **CONCLUYENDO Lecciones tentativas de los modelos europeos:**
- **1. Construcción de modelos de atención universal que garantizan unas prestaciones básicas.**
- **2. Orientadas inicialmente a la prestación de servicios públicos y derivando hacia prestaciones económicas.**
- **3. Con peso creciente de la provisión de servicios privada (mercantil y de economía social).**
- **4. Reorientación hacia el reforzamiento de los cuidados familiares en el seno de los hogares**
- **5. Reforzamiento de la elección individual y de instrumentos de asunción individual del riesgo (seguros privados)**