

Costanzo Ranci
costanzo.ranci@polimi.it
Emmanuele Pavolini

NUEVAS TENDENCIAS EN LA POLÍTICA DE CUIDADOS
DE LARGA DURACIÓN EN EUROPA OCCIDENTAL:
¿HACIA UN MERCADO SOCIAL DE CUIDADOS?

Costanzo Ranci es doctor en sociología por la Universidad de Trento y catedrático en el Politécnico de Milán. Ha sido asesor del gobierno italiano y de diferentes instituciones nacionales y regionales. Ha publicado numerosos artículos y libros sobre política social y Estado de Bienestar, el Tercer Sector y las organizaciones voluntarias así como sobre vulnerabilidad y riesgos sociales

Emmanuele Pavolini, doctor en Sociología Económica por la Brescia University, es profesor asociado de Sociología en la University of Macerata (Italia). Fue asesor de política social en diferentes gobiernos regionales de Italia y para muchas instituciones nacionales de este país. Ha publicado artículos y libros sobre política social y Estado de bienestar, el Tercer Sector y las organizaciones voluntarias, inmigración y mercado de trabajo

RESUMEN

En este texto se analizan los profundos cambios producidos en los últimos años en las políticas de cuidados de larga duración en diversos países europeos (Francia, Alemania, Italia, Gran Bretaña y Países Bajos) y especialmente, si las reformas introducidas están suponiendo un cambio de dirección en la provisión de servicios de asistencia a las personas mayores.

Se evalúa si parte de ese cambio está relacionado con la introducción de mercados sociales en la asistencia a personas mayores, lo que supone más mercado y más elección

para los ciudadanos y las familias, y si están permitiendo, entre otros aspectos, expandir la cobertura de servicios, la competencia entre los proveedores o el apoyo para las actividades de asistencia basadas en la familia.

Igualmente se analizan los cambios y tensiones que está experimentando el Tercer Sector con la introducción de los mercados sociales, en especial su capacidad para mantener su identidad y hacerla compatible con la identificación y satisfacción de una demanda más selectiva.

PALABRAS CLAVE

Mercados Sociales, Tercer Sector, cuidados de larga duración, personas mayores, políticas sociales.

ABSTRACT

This text discusses the profound changes produced in recent years in the policies of long-term care in various European countries (France, Germany, Italy, Britain and the Netherlands) and especially if introduced reforms suppose a change of leadership in the provision of assistance services to the elderly.

It evaluates whether part of that change is related to the introduction of social markets in the sector of assistance to senior citizens, which means more market and more choice for citizens and families, and if it allows, among other things, to expand the coverage of services, competition among suppliers or support for the activities of family-based assistance.

It also analyzes the changes and tensions that the third sector is experiencing with the introduction of the social market, especially its ability to maintain its identity and make it compatible with the identification and satisfaction of more selective demand.

KEY WORDS

social care markets, third sector, long-term care, elderly care, social policies.

mente a controlar la dinámica del gasto de asistencia. En Italia, finalmente, se ha desarrollado una serie de experimentos locales, orientada a introducir cheques de asistencia o pagos de prestaciones de asistencia, aunque todavía no ha surgido una línea clara de reforma a escala nacional.

En conjunto, las reformas han introducido medidas que aunque diversas, debido a los diferentes sistemas de bienestar de los que surgen, indican una dirección de cambio en la forma en que se proveen los servicios de asistencia a las personas mayores. Estas soluciones parecería que comparten, con diferentes "acentos" y énfasis, los siguientes aspectos:

- la introducción de mecanismos competitivos y de formas contractuales de regulación de las relaciones entre las entidades financieras, compradores y proveedores de servicios de asistencia;
- mayor elección por los beneficiarios del sistema, mediante un mayor poder de adquisición y formas de acompañamiento y consultoría orientadas a dar capacidad a los usuarios más desfavorecidos;
- la introducción de medidas de apoyo económico orientadas a apoyar el crecimiento en extensión el número de servicios disponibles, y en la regularización de la posición del empleo de los proveedores de asistencia individuales;
- el intento de combinar los pagos monetarios a las familias con servicios (en dinero y en asistencia) con el objetivo de apoyar la asistencia informal dentro de la familia;
- el intento de realizar, sobre la base de estas nuevas políticas regulatorias, un importante aumento de los beneficiarios para responder mejor al incremento de la demanda de asistencia.

En conjunto, las medidas innovadoras mencionadas anteriormente señalan una nueva era en las políticas de asistencia para el cuidado de las personas mayores, fundadas a partir de la creación de un mercado social para servicios de asistencia, cuyo funcionamiento consiste en servicios de asistencia adaptados a personas mayores que favorece el crecimiento de los servicios sin constituir un peso excesivo sobre los gastos públicos.

En la base de la creación de un mercado social para servicios de asistencia se encuentra sobre todo la emergencia de un *mayor desequilibrio entre las funciones de financiación* (que a menudo permanecen dentro del ámbito público), *las funciones de compra* (que se transfieren directamente a los beneficiarios o se mantienen por las agencias

asistencia se consideró como un medio mediante el cual las responsabilidades estaban, al menos parcialmente, “sacadas de la familia” (Esping-Andersen 1999): los servicios en especie se consideraban como *sustitutos* de las actividades de asistencia realizadas, dentro de la familia, por las mujeres. En los países en que el sistema de asistencia se basaba más en transferencias de dinero, era habitual el proceso opuesto: apoyo público traducido en una sustancial *delegación* a las familias de las tareas de asistencia. Lo que ambos modelos tenían en común era por tanto la idea de que entre los servicios de asistencia y las familias había una relación substitutiva, que hizo que los servicios formales e informales fuesen recíprocamente incompatibles. Sin embargo, las nuevas políticas han llevado a nada menos que a un cambio sustantivo en estas nociones: la asistencia formal y la asistencia familiar ya no se consideran como soluciones alternativas, sino como actividades que deberían ser complementarias, mediante una combinación del apoyo de la asistencia familiar (predominantemente en forma de prestaciones en efectivo) y de servicios en especie (asistencia).

Una línea de innovación emergente ve un importante aumento en la complejidad de los sistemas de provisión y regulación de los servicios de asistencia. La introducción de las medidas tradicionales del mercado está acompañada por el desarrollo de nuevas políticas de regulación públicas, además de la mayor flexibilidad del sistema, lo que permite el total reconocimiento de las actividades de asistencia que tienen lugar dentro de la familia. En los siguientes apartados ilustraremos cómo se consideran estos aspectos generales en el contexto de las políticas específicas, y analizaremos la política de cuidados de larga duración a personas mayores en los siguientes países: Francia, Alemania, Italia, Holanda y Reino Unido.

PARTE II: ESTUDIO DE CASOS NACIONALES

ALEMANIA

A partir de la segunda mitad de la década de los noventa Alemania ha buscado resolver el problema proporcionando asistencia a largo plazo a su población mayor dependiente de una manera innovadora, creando un nuevo sistema asistencial (plan) (*Pflegeversicherung*), que entró en vigor gradualmente entre enero de 1995 y julio de 1996.

El modelo elegido para asegurar la asistencia es esencialmente similar al utilizado por todo el sistema de protección social alemán: el (*Pflegeversicherung*) es un plan de seguros público obligatorio, financiado mediante cotizaciones sociales y que funciona en base a un sistema de prestaciones². El sistema contempla que los asalariados de nivel medio-alto de renta opten a políticas privadas en sustitución del seguro político pero la contribución al sistema es, no obstante, obligatoria (Evers, 1998).

PAÍSES BAJOS

El Presupuesto Personal holandés es un programa de transferencia monetaria a determinadas categorías de usuarios dentro del plan de seguro más general para la cobertura sanitaria⁴, el AWBZ (*Algemene Wet Bijzondere Ziektekosten*), mediante el que se asegura la asistencia a largo plazo, tanto en estructuras residenciales como en estructuras a domicilio y territoriales. El Presupuesto Personal es por tanto parte y resultado de un enfoque más amplio de protección social (Miltenburg, Ramakers and Mensink, 1996).

La filosofía que estimuló la introducción del Presupuesto Personal no fue tanto para asegurar formas de protección para la asistencia a largo plazo, que ya existían, como para facilitar la co-determinación de usuarios y su mayor elección, flexibilidad y autonomía (Ramakers, 1998).

En 1995, por lo tanto, la creación del Presupuesto Personal introdujo el principio de elección del usuario entre los servicios profesionales y los pagos en prestaciones monetarias pero, también, en el caso de las transferencias monetarias directas, del cómo gastar esos recursos. En el pasado, de hecho, los beneficiarios del AWBZ tenían el derecho a servicios exclusivamente profesionales, generalmente proporcionados por grandes organizaciones regionales no lucrativas.

La asignación de un presupuesto no está vinculada a los niveles preestablecidos de necesidad de asistencia en términos de tiempo o intensidad⁵.

Con un Presupuesto Personal es posible adquirir varios tipos de ayuda y asistencia (Van den Wijngaart – Ramakers, 2000):

- Asistencia en las tareas domésticas, como limpiar, lavar los platos, hacer la colada.
- Cuidado personal, como ayudar en las actividades diarias, como levantarse, ducharse, vestirse, comer y beber, ir al baño).
- Enfermería, como ayudar con el uso de los medicamentos, cambiar vendas o respiración.
- Asistencia de apoyo, es decir, apoyo a actividades dentro y fuera de casa, como asistencia diaria.

⁴ Cabe decir que, a diferencia de otros países, Holanda se caracteriza por tener una noción más amplia de la salud, lo que a menudo tiende a afrontar también problemas de asistencia social.

⁵ En Alemania, por ejemplo, sólo los usuarios que requieren un mínimo de 6 meses de asistencia durante al menos 90 minutos al día.

- el desarrollo de un complejo abanico de contratos estandarizados, especificando los términos del acuerdo de servicios y las formas y medios para su realización;
- la introducción, a nivel de las autoridades locales, de formas de gestión fuertemente inspiradas por la "nueva gestión pública", en comparación con planteamientos tradicionales, con la utilización de términos e instrumentos como centros de coste y objetivos y de realización y marketing.

Desde 1997, con los pagos directos, los usuarios tienen la posibilidad de decidir directamente cómo estructurar la ayuda que reciben.

Las principales características del programa son las siguientes:

- la ley define un pago directo como una transferencia monetaria realizada por una agencia local a una persona que, basándose en criterios de evaluación de necesidades, requiere asistencia;
- la agencia local proporciona la transferencia en efectivo, sustituyéndola por la provisión directa de servicios;
- el receptor organiza entonces los servicios que se consideren más relevantes para su caso concreto;
- los pagos directos pueden realizarse para adquirir servicios a domicilio o en cualquier caso de asistencia local y no para el pago de la asistencia residencial a largo plazo⁶;
- el objetivo es promover la independencia de los beneficiarios, con una visión de integración y colaboración entre los usuarios y las entidades públicas;
- el pago directo puede utilizarse para proveer los diversos tipos de necesidad y asistencia (intensiva/leve, largo/corto plazo, etc.), relativa a la atención personal y doméstica tanto fuera como dentro del domicilio;
- aunque los usuarios pueden solicitar asistencia de sus cuidadores o de terceras personas para la gestión de los fondos recibidos, deben sin embargo estar bajo el control de la organización de servicios seleccionados y son directamente responsables del modo en que se gasta el dinero;

⁶ Los pagos directos pueden utilizarse para cubrir la asistencia residencial a largo plazo durante un máximo de 4 semanas al año.

La APA tiene el doble objetivo de ampliar la base de usuarios y respetar las limitaciones financieras de los departamentos.

A continuación se describen las características de la APA:

- está orientada a personas dependientes de más de 60 años;
- todas las personas están clasificadas según el nivel de discapacidad basado en la escala AGGIR del 1 al 6; los que se encuentran en los primeros cuatro niveles reciben un "Plan de asistencia" (*plan d'aide*) al que le corresponde una determinada cantidad de importes de la APA;
- el nivel I de GIR corresponde al mayor nivel de discapacidad;
- las cantidades máximas para los planes de asistencia se establecen nacionalmente y son las siguientes: 1.106,77 euros al mes para GIR I; 948,66 euros al mes para GIR II; 711,50 euros al mes para GIR III y 474,33 euros al mes para GIR IV;
- hay una forma de pago de coparticipación para gastos asumidos por los beneficiarios que se aplica a las personas con rentas de nivel medio y alto: las personas con rentas más limitadas están exentas de estos copagos;
- los niveles de copago pueden alcanzar hasta el 85 % del valor total de la APA. Al determinar la renta sobre la que calcular la aplicabilidad y cantidad del copago, también se calcula la renta derivada del patrimonio, propiedad y posesiones, y adicionalmente lo que en francés se llama "*capitale dormante*", que son los recursos que pertenecen a la persona que podrían considerarse productores potenciales de ingresos.
- la APA se desembolsa por cada provincia o departamento;
- equipos de trabajadores médico-sociales también sugieren el modo de asistencia preferencial para cada caso individual, indicando cuál es preferido por los propios beneficiarios;
- es posible utilizar una parte de los fondos asignados (hasta un máximo del 50 %) para gastos diferentes de los pagos por servicios o asistentes personales (servicios por días, aficiones, mejora del hogar, ayuda técnica);
- la financiación de la APA viene de los presupuestos provinciales y de la CSG (Contribución Social Generalizada);

dad” de un servicio de asistencia constituye, en la práctica, más una garantía legal que un curso de acción verdaderamente efectivo y práctico.

Los programas considerados aquí han buscado en cualquier caso garantizar y fomentar algunos márgenes de elección complementarios. En el plan de seguro de asistencia alemán el poder de elección del beneficiario se ejerce mediante la posibilidad no sólo de seleccionar al proveedor de servicios, sino también de elegir la mejor o la más satisfactoria combinación entre una amplia gama, aunque estandarizada, de alternativas posibles. Entre las muchas combinaciones posibles, hay una que permite la posibilidad de combinar pagos monetarios y servicios en especie (prestaciones monetarias y asistenciales). En Francia, el usuario puede utilizar la APA para más de un proveedor, aunque sucesivamente a lo largo del mismo año. En Gran Bretaña, el Programa de Pagos Directos permite al usuario combinar prestaciones en efectivo y asistencia mediante servicios y le confiere un considerable criterio de decisión en cuanto a cómo gastar los fondos disponibles.

En los cuasi-mercados británicos, pero también en el Presupuesto Personal holandés y en la APA francesa, se utiliza un método diferente. La libertad de elección se basa en un procedimiento negociado mediante el cual se define un plan de asistencia individualizada para cada usuario. En Gran Bretaña, la introducción de la administración de asistencia tiene la función específica de llevar a una evaluación acordada (entre el trabajador social y el usuario) que permite la mejor adaptación posible de los servicios proporcionados a las necesidades del usuario. Más que introducir un derecho abstracto para cambiar de proveedores, esto hace que la oferta sea más flexible y permite tener en cuenta las opiniones del usuario, en el momento de la creación conjunta del plan de asistencia. En los Países Bajos, el Presupuesto Personal también tiene un procedimiento de administración de la asistencia. La evidencia empírica recomienda que los niveles de satisfacción del usuario junto con la negociación conjunta del procedimiento sean bastante altos, y que una gran parte de las peticiones realizadas sean adecuadamente cumplidas. En Francia el proceso es similar: El desembolso de la APA se acompaña de la creación de un “plan de asistencia”, que define la cantidad y tipología de la asistencia requerida por el usuario. El usuario está activamente incluido en la preparación del plan, de modo que se garantiza la idoneidad de las medidas decididas. Por tanto podemos ver un número de modos diferentes de garantizar y promover la elección del usuario o al menos la codeterminación. Dentro del modelo de seguro alemán la elección se deja completamente al beneficiario, que debe elegir entre una amplia gama de posibilidades predefinidas altamente estructuradas. Los márgenes de elección se limitan a la posibilidad de crear una combinación personalizada de servicios disponibles, y la elección por tanto está entre alternativas preexistentes, dentro del contexto de un sistema bastante rígido de reglas e incentivos. En el modelo de gestión de casos (case management) las opciones disponibles pueden parecer más limitadas, sin embargo las negociaciones incluidas dentro del procedimiento consienten la evaluación cuidadosa de las expectativas y peticiones del usuario y, por

tanto, confieren flexibilidad a un sistema que está de otro modo pre-estructurado debido a las actividades de puesta en servicio desarrolladas por las agencias locales.

En Italia, finalmente, no hay un alto grado de estandarización de los paquetes de servicios y tampoco un procedimiento de gestión de la asistencia. La libertad de elección es completa, en ausencia sin embargo de cualquier forma de control o de garantías en cuanto a la calidad y profesionalidad de los servicios proporcionados. Debido a la incapacidad de regular el *contenido* los ofrecidos, los servicios públicos hacen poco más que verificar que los proveedores de servicios privados cumplan con un número de estándares de administración y estructurales mínimos. Es una solución que parece incapaz de garantizar la calidad y flexibilidad que requeriría un sistema más maduro de servicios de asistencia.

3.6. ¿Más apoyo para las actividades de asistencia basadas en la familia?

El aspecto que representa, para algunos países, una verdadera novedad con respecto a las políticas tradicionales implica la distribución de prestaciones económicas dirigidas a sostener actividades de asistencia realizadas por los miembros de la familia; su asignación está vinculada a la verificación de la existencia de un cuidador o su voluntad para adquirir obligaciones de asistencia específicas.

En conjunto, la introducción de programas para apoyar actividades de asistencia que tienen lugar dentro de la familia constituye un giro histórico de la idea de que la asistencia pública es un sustituto del cuidado familiar, o de la “desfamiliarización” de las tareas de asistencia (Esping-Andersen 1999). Este cambio de postura parece ser relevante incluso en los países más tradicionalmente “centrados en la familia” (en este estudio, Alemania, Italia y Francia), donde las políticas de subsidio casi siempre se han traducido, de facto, en la delegación de las actividades de asistencia a los mayores a las familias.

Con respecto al planteamiento tradicional, esta innovación de la política parece importante en varios aspectos:

- la voluntad por parte de la familia de proporcionar asistencia se considera explícitamente como un elemento importante en la evaluación de la situación del receptor y en la preparación de los planes de asistencia, y no como condición que se da por supuesta y consecuentemente no se reconoce;
- las actividades de asistencia realizadas por los miembros de la familia son respaldadas económicamente, de tal forma que su pago se corresponda con su reconocimiento; este pago constituye quizás la primera forma de la extensión del apoyo económico recompensando el trabajo en el domicilio casi siempre realizado por mujeres;

tión de la mera provisión de servicios de acuerdo con modelos estandarizados, ya que también implica el uso de un rango mucho mayor de instrumentos.

El Tercer Sector también está experimentando una fase de mucha tensión causada por estos cambios. Las consecuencias más evidentes del desarrollo de los mercados de asistencia social se ven en la emergencia de tensión entre la capacidad de las organizaciones para mantener su identidad y su capacidad para identificar y satisfacer una demanda más selectiva y documentada de servicios. La ventaja competitiva tradicional obtenida de la provisión de servicios que es más fiable porque se proporciona en una base no lucrativa parecer estar perdiendo terreno en un contexto de demanda social que puede elegir desde organizaciones no lucrativas, privadas lucrativas y proveedores individuales. Por otro lado, el esfuerzo por profesionalizar está debilitando la identidad basada en las raíces de las organizaciones, reduciendo el trabajo voluntario y la motivación de los trabajadores remunerados. Es un campo de tensión que, aunque por un lado está paralizándolo muchas organizaciones, por otro está abriendo oportunidades para la nueva experimentación.

El aspecto crucial para que estas nuevas políticas prosperen o fracasen implica su capacidad para lanzar una nueva expansión del sistema de bienestar. No hay duda de que los mercados sociales fueron creados para responder principalmente a los costes de asistencia pública en continuo crecimiento. Sin embargo, estas políticas no constituyen necesariamente dispositivos válidos de recorte de costes del gasto social público, ni es una prioridad para ellas. Al contrario, generalmente han permitido *un aumento en el número de beneficiarios de políticas de cuidados de larga duración*. Se trata de verificar la estabilidad de este efecto, al que debemos prestar atención en el futuro cercano.

- PIVA P. (1999), "Credito al cittadino. Verso un mercato amministrato dei servizi alla persona", in *Prospettive Sociali e Sanitari*, nº 8.
- RAMAKERS, C. (1996), *Clientgebonden budget. Een experimenteel onderzoek*, Proefschrift Katholieke Universiteit Nijmegen: ITS, Ubbergen, Tandem Felix.
- ROSTGAARD T. and FRIDBERG T. (1998), *Caring for Children and Older People. A comparison of European Policies and Practises*, The Danish National Institute of Social Research, Copenhagen.
- ROTHGANG, H. (1998), *Die Wirkungen der Pflegeversicherung*, in MÜLLER, R. and VOGES, W. (eds.): *Sozialstaat und Pflege*, Maro, Augsburg, 65-106.
- UNGERSON, C. (1997), "Social Politics and the Commodification of Care", in *Social Politic*, n.4, 3, pp.362-81.
- VAN DEN WIJNGAART M. and RAMAKERS C. (eds.) (2000), *Kunden und Qualitaet*, ITS, Katholieke Universiteit Nijmegen: ITS, Ubbergen, Tandem Felix.
- WALSH, K., DEAKIN, N., SMITH, P., SPURGEON, P. and THOMAS, N. (1997) *Contracting for Change: contracts in health, social care and other local government services*, Oxford University Press, Oxford
- WEEKERS, S. and PIJL, M. (1998), *Home care and care allowances in the European Union*, NIZW, Utrecht.
- WISTOW, G., KNAPP, M., HARDY, B., FORDER, J., KENDALL, J. and MANNING, R. (1996), *Social Care Markets: progress and prospects*, Open University Press, Buckingham.
- WOLDRINGH, C. and RAMAKERS, C. (1998), *Persoonsgebonden budget verpleging en verzorging*. Nijmegen: ITS, Ubbergen, Tandem Felix.