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.

SUMARIO:

PARTE I: LOS PRINCIPALES RASGOS DE LOS MERCADOS DE ASISTENCIA SOCIAL

- 1. INTRODUCCIÓN
- 2. LA INTRODUCCIÓN DE LOS MERCADOS SOCIALES

PARTE II: ESTUDIO DE CASOS NACIONALES: ALEMANIA, PAÍSES BAJOS, REINO UNIDO, FRANCIA, ITALIA.

PARTE III: LA INTRODUCCIÓN DE MERCADOS SOCIALES EN LA ASISTENCIA A PERSONAS MAYORES: UNA EVALUACIÓN

PARTE IV. CONCLUSIÓN: ¿UN NUEVO CAPÍTULO PARA EL BIENESTAR?

PARTE I: LOS PRINCIPALES RASGOS DE LOS MERCADOS DE ASISTENCIA SOCIAL

1. INTRODUCCIÓN

En el curso de los últimos diez años se ha producido un profundo cambio en la orientación de las políticas de cuidados en muchos países europeos. Esto se debe a la insuficiencia de una intervención consolidada para satisfacer las nuevas demandas de asistencia que surgen especialmente de la población de mayor edad. Se han identificado tres niveles de insuficiencia: a) en cuanto a la crisis financiera, determinada por el crecimiento progresivo de los costes de la asistencia pública causado por una mayor demanda de servicios¹; b) una crisis organizativa, determinada por las restricciones y rigidez derivados de la oferta directa por las agencias públicas de dichos servicios; c) una crisis política, determinada por la creciente percepción de que los sistemas de bienestar ya no son capaces de proteger suficientemente a la población de los nuevos riesgos sociales. De los tres, fue el primer aspecto el que recibió la mayor parte de la atención pública: la contención del coste se ha convertido de hecho en el objetivo más importante de las políticas para la reforma de la asistencia a los mayores. Como la causa principal de la crisis financiera se percibió a menudo como el "fallo del Estado" para proporcionar un sistema de servicios sociales eficiente, muchos señalaron la reducción de la función del compromiso financiero y organizativo del Estado como la mejor solución.

¹ La crisis financiera es más evidente en aquellos países, como España e Italia, en los que el proceso de integración en la UE ha dado lugar a importantes restricciones en los gastos de servicios sociales; en otros países, como Gran Bretaña y Alemania, la presión financiera se ha debido en gran parte a que los costes de programas públicos siguen subiendo y al crecimiento simultáneo en el número de beneficiarios de los programas.

Sin embargo, al observar la dinámica real no parece haber habido recortes drásticos en la financiación pública para los programas de asistencia, ni una reducción masiva de la función del Estado. En lugar de ello, ha habido, tras una fase de relativa estabilidad en la financiación pública entre los años 1990 y 1995, una reanudación de los aumentos en el gasto, conectados con la presión ejercida sobre los costes por el aumento en el crecimiento de la población mayor (Pacolet et al. 1998). El problema clave que las nuevas políticas han intentado resolver es por tanto justo el contrario: no reducir la intervención pública, sino expandir la variedad de servicios ofrecidos y mejorar la eficiencia y calidad sin recurrir a la excesiva presión sobre el gasto público. La necesidad de expandir y mejorar los programas que ofrecen servicios de asistencia para personas mayores llegaron por tanto en directa oposición con los límites de crecimiento históricos en las finanzas públicas y con la inercia organizativa de los sistemas de servicios existentes en muchos países basados en la intervención directa del estado o en la delegación a gran escala del suministro de asistencia a organizaciones no lucrativas. El objetivo de las nuevas políticas fue por tanto el de buscar un nuevo enfoque que permitiese un mayor crecimiento y una mejor orientación de las políticas de asistencia en lugar de su reducción. Este artículo analiza y evalúa estas soluciones en los siguientes países europeos: Francia, Alemania, Italia, Gran Bretaña y Países Bajos.

2. LA INTRODUCCIÓN DE LOS MERCADOS SOCIALES

Las innovaciones analizadas en el presente artículo se han traducido menos en un diseño homogéneo y reforma articulada y más en un proceso de adaptación gradual a los problemas que lentamente captaron la atención de los políticos y que requirieron soluciones *ad hoc*. No obstante, la hipótesis central de este artículo es que, mediante las soluciones particulares adoptadas, con el tiempo ha surgido una línea coherente de *reforma incremental* en los sistemas de asistencia nacionales considerados.

Las innovaciones más profundas se han producido en los países de Europa continental. En Alemania y en otros países (Austria y Luxemburgo) se introdujeron programas de seguros públicos para garantizar la asistencia universal a la población de mayor edad dependiente. En Francia la introducción de la nueva asistencia nacional para programas individuales dependientes llegó paralelamente al desarrollo de medidas que pretendían dar apoyo financiero a los cuidadores o asegurar la adquisición de servicios en el mercado privado. Incluso en países que tradicionalmente habían desarrollado una amplia red de servicios públicos, como los Países Bajos, se han experimentado, y posteriormente ampliado, nuevos programas que pretenden aumentar la flexibilidad y mejorar la respuesta a las necesidades específicas del usuario mediante una mayor libertad de elección de los beneficiarios de los programas. Gran Bretaña fue, al comienzo de la década de los noventa, el escenario para una reforma radical del sistema de provisión de asistencia, orientado a proporcionar una mayor eficiencia de los servicios ofrecidos y simultánea-

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

públicas y se gestionan de forma independiente de las relativas a la provisión de servicios), y las funciones *de provisión de servicios* (cada vez más externalizadas a proveedores privados, tanto no lucrativos como mercantiles). Aunque el modelo tradicionalmente presente en el área de servicios de asistencia se caracterizó previamente por la fuerte capacidad regulatoria del Estado y la estrecha colaboración entre el Estado y el sector público que permitió a los beneficiarios una función sustancialmente pasiva, la llegada del mercado social ha visto la proliferación de una distinción cada vez mejor definida entre el Estado, los proveedores privados y los beneficiarios individuales. Así, las responsabilidades públicas pueden identificarse y aclararse, y las formas de colaboración entre los diferentes agentes pueden estructurarse en términos contractuales.

Una segunda característica de los mercados sociales es la noción de que es preferible definir la relación entre los servicios de financiación, proveedores y beneficiarios de servicios de tal modo que se permita a estos últimos determinar los términos y condiciones de la provisión de servicios. Esto cambia sustancialmente los términos de la relación entre el Estado y los proveedores de asistencia privados o no lucrativos: aunque el anterior sistema de subvenciones financieras se tradujo en un "crédito de confianza" por parte del gobierno hacia esos servicios desarrollados independientemente por proveedores de servicios privados, ahora las relaciones entre las partes adquieren la forma de "contratos" en los que el contenido se especifica cada vez más por el usuario.

Así se desarrolla un mercado "social", en el que se fomenta la competencia entre proveedores de servicios privados, y que lleva al desarrollo de directrices de política social y nuevas formas de regulación pública. Sobre todo, las dimensiones más importantes del mercado social dependen de la extensión de la financiación pública asignada en base a las decisiones políticas. Además, los aspectos fundamentales de la elección y evaluación de servicios están regulados por las autoridades públicas, mediante sistemas de autorización y acreditación que son decisivos para definir el número y calidad de los profesionales de la atención privada, la definición administrativa del contenido de servicios suministrados y la determinación política de su precio, y a través de métodos de apoyo de la codeterminación del usuario y la introducción de límites al acceso del usuario a los servicios. Finalmente, debería tenerse en cuenta que en los mercados sociales, aunque por una parte el usuario es el juez final de la competencia entre los proveedores privados, por otra parte la capacidad de adquisición de los usuarios no se expresa tanto en términos de renta (como sería el caso en el establecimiento normal del mercado), sino que adquiere la forma de un cheque-servicio que puede utilizarse sólo para determinados servicios, o de una transferencia monetaria para cubrir los costes de la asistencia.

Otra característica de los mercados sociales, finalmente, se refiere a la relación entre los sistemas formales para la provisión de servicios y la amplia red de actividades de asistencia informal, principalmente gestionada en el contexto de relaciones familiares. En países con sistemas de bienestar más desarrollados la difusión de un sistema de servicios de

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 sustitutiva, 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).

El sistema de seguro de asistencia a largo plazo se caracteriza por los siguientes elementos:

- todos los asalariados deben estar asegurados;
- el sistema está financiado equitativamente por empleados³ y empresarios;
- los copagos se correlacionan con la renta; sin embargo hay un umbral (aproximadamente 18.000 euros) más allá del cual los copagos ya no se siguen calculando; la renta por encima de este nivel no se tiene en cuenta a efectos de cálculo;
- El Estado asegura a los funcionarios públicos aproximadamente la mitad de las prestaciones a las que tienen derecho;
- además de los empleados, también los jubilados deben contribuir a la financiación del sistema: la mitad de las cotizaciones se originan a partir de fondos de jubilación;
- la cobertura asegurada también se amplía a todos los componentes del núcleo familiar del beneficiario que no tengan una renta significativa.

Para obtener acceso a la cobertura del sistema de seguro, el beneficiario debe ser dependiente en los cuatro tipos de funciones básicas (alimentación, movilidad, higiene personal y realización de las tareas domésticas).

Los beneficiarios se clasifican en una de estas tres categorías:

- la primera categoría (nivel 1) para los que necesitan un alto nivel de asistencia: son personas que necesitan, como media, un mínimo diario de una hora y media de ayuda para realizar dos actividades relacionadas con la higiene, la alimentación y la movilidad y asistencia varias veces a la semana en tareas domésticas;
- las personas del nivel II tienen necesidades adicionales y requieren asistencia extensiva, al menos tres horas al día, orientada a garantizar al menos tres veces al día la realización de actividades relacionadas con la higiene, la alimentación y la movilidad, y tareas de domésticas varias veces por semana;

² En un sistema de prestaciones las cotizaciones recogidas en el curso de un año determinado se utilizan para cubrir los costes sostenidos durante ese año. Este tipo de sistema permitió el funcionamiento inmediato del Pflegeverischerung.

³ Las contribuciones realizadas por este nuevo plan de seguro (1,7 % del salario bruto) están en cualquier caso mucho más limitadas que las de sanidad (13 %) o pensiones (20 %) (Evers, 1998). La tasa porcentual de estas cotizaciones sólo puede ser modificada por el Parlamento.

• finalmente, el nivel III está formado por personas que requieren al menos cinco horas de asistencia diaria continua en las actividades descritas anteriormente.

Los usuarios pueden elegir el tipo de cuidado recibido:

- pueden optar por asistencia a domicilio o, alternativamente, centros de asistencia residencial;
- en los casos en que se prefiere la asistencia a domicilio, la persona puede decidir si recibir un pago en efectivo directamente, de modo que pueda organizar la asistencia recibida independientemente, o dejar que los servicios profesionales indiquen los detalles de la asistencia; el receptor de la asistencia puede también optar por una combinación de los dos, es decir, una parte en efectivo y otra en servicios.

Dentro de este nuevo sistema de protección, los operadores de seguros desempeñan una función central en la financiación y regulación, sustituyendo parcialmente las funciones del sector público. De hecho, el Estado se limita generalmente a desarrollar una acción limitada de supervisión.

Los proveedores de servicios privados, una novedad en el panorama alemán, introducidos por las políticas de reforma de seguros a largo plazo, tienen un acceso libre a las actividades de este sector, junto con las organizaciones no lucrativas, que hasta hoy han sido tradicionalmente los principales agentes del sector.

En cuanto a la capacidad de cobertura a finales de 2003 los resultados son los siguientes (Bundesministerium fuer Gesundheit, 2004):

- más de 79 millones de personas cubiertas;
- 2,01 millones de receptores de prestaciones, de los cuales 1,36 millones habían optado por la asistencia a domicilio y 0,650 millones por centros de asistencia residencial, en comparación con 1,66 en 1997;
- según algunas estimaciones, el gasto en asistencia a personas mayores durante la década de los noventa aumentó más del 150 % tras la reforma (Rothgang, 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 (*Algemeine 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.

- Asistencia de activación, como aprender a afrontar la discapacidad o sus problemas y conseguir cambios, por ejemplo, empezar a vivir o a trabajar de forma independiente.
- Cortas estancias fuera de casa, como asistencia de fin de semana, asistencia en vacaciones y asistencia auxiliar para descanso del cuidador.

Con respecto a *los niveles máximos de asistencia alcanzables* para un solo usuario, se aplican las mismas normas que regulan dichas materias dentro del AWBZ, principalmente un máximo de tres horas al día para el cuidado personal y sin límite para la asistencia en la casa.

La responsabilidad sobre la gestión directa del AWBZ y por tanto también el Presupuesto Personal reside en los Países Bajos en los fondos sanitarios (Zorgkantoor). Estos se encargan de la verificación y cuantificación de la asistencia efectiva que debe concederse al solicitante.

El organismo específico, encargado por los fondos sanitarios para realizar la evaluación de caso, es el RIO (*Regionaal Indicatie Orgaan*), que analiza las peticiones generales para el AWBZ además de las dirigidas al Presupuesto Personal. El RIO establece el nivel de asistencia necesario para cada usuario individual, especificando en términos de horas y tipo de asistencia (personal, tareas de la casa, etc.) la asistencia que se dará a lo largo de una semana.

En los Países Bajos, por tanto, la evaluación del RIO está estrechamente orientada y modelada en torno a las necesidades y las características de la persona y a los recursos a los que puede tener acceso (asistencia de familiares o vecinos, por ejemplo): la asistencia ofrecida por el Presupuesto Personal nunca es la asistencia estándar basada en clases de necesidad de amplio rango que caracteriza el caso alemán.

La oficina que gestiona la asistencia utiliza la decisión de evaluación de las necesidades desde el RIO para calcular la cantidad de presupuesto, aplicando una lista completa de tarifas. Ese total se llama "presupuesto bruto". El conjunto del presupuesto bruto no se transfiere generalmente en su totalidad al usuario. En primer lugar, se deduce una aportación personal que depende del tipo de asistencia y ayuda para la que la persona está obteniendo un presupuesto personal (hasta el 60 % del presupuesto para asistencia en el hogar, el 33 % del presupuesto para cuidado personal, el 27 % del presupuesto para apoyo y el 20 % del presupuesto para enfermería).

La renta de los beneficiarios se tiene en cuenta cuando se establece la aportación personal.

La cantidad restante tras la deducción de la aportación personal de los usuarios se llama "presupuesto neto". La oficina de administración de la asistencia abona ese presupuesto directamente en la cuenta bancaria de los beneficiarios en forma de pagos adelantados al servicio o necesidad a proteger.

Los beneficiarios deben mostrar al órgano asistencial lo que han hecho con el presupuesto recibido. La oficina que gestiona la asistencia da a los beneficiarios un formulario para este fin, donde dicen quién les ha proporcionado ayuda y apoyo y cuánto les han pagado. Si son ayudantes personales (no trabajan mediante una agencia u organización), los beneficiarios también deben señalar sus números de identificación fiscal y de la seguridad social. El formulario debe presentarse en ocho semanas tras el final de cada período de pago por adelantado.

Los usuarios no tienen que justificar el uso de toda la cantidad. La cantidad que pueden gastar libremente es el 1,5 % del presupuesto neto, con un mínimo de 250 euros y un máximo de 1.250 euros al año.

Tras finalizar el año natural, los usuarios presentan una declaración en Hacienda. En ella, declaran quién ha recibido dinero de ellos. Cuando haya ayudantes personales implicados, los beneficiarios también indican sus números de identificación fiscal y seguridad social.

Un elemento importante y distintivo del Presupuesto Personal holandés es la capacidad de compra que puede permitirse a su poseedor: la suma de dinero asignada se calcula de modo que permita la compra en el mercado, compuesto por proveedores individuales y organizaciones lucrativas y no lucrativas, de todos los bienes y servicios necesarios. Esto crea, por tanto, una cierta compensación del poder de compra entre los beneficiarios de las transferencias monetarias del Presupuesto Personal y los que reciben servicios profesionales del AWBZ.

La introducción del Presupuesto Personal en los Países Bajos se vio como una estrategia para introducir recursos para facilitar el funcionamiento de los mecanismos de competencia en el campo de los servicios sociales en el domicilio. Para operar en este mercado las organizaciones privadas individuales, tanto lucrativas como no lucrativas y sus organizaciones representantes, deben firmar un contrato con los fondos sanitarios.

En términos del perfil de los beneficiarios que recibieron ayuda en los últimos años, ha habido un importante incremento en el número de presupuestos personales asignados. En conjunto, hubo 5.400 usuarios en 1996, aproximadamente 13.000 en 1999, 36.000 en 2001 y 48.039 a finales de 2002 (*Ministerie van Volksgezondheid, Welzijn en Sport, 2004*).

REINO UNIDO

Los últimos 15 años han constituido un período de profundo cambio en la estructura de servicios sociales en general y en los de las personas mayores en particular. El Reino Unido es posiblemente el primer país en el escenario europeo en codificar en alto grado y en expresar explícitamente el deseo de crear un modelo funcional para la producción de servicios sociales inspirados por los mecanismos del mercado (Walsh et al, 1997, Knapp et al., 2001).

Los mercados sociales se introdujeron esencialmente con la *NHS and Community Care Act* de 1990 implementada en el período de abril de 1991 a abril de 1993.

Uno de los aspectos más paradójicos y sorprendentes de las políticas de reforma británicas hasta la segunda mitad de la década de los noventa, y en cierta medida también de las actuales políticas, es que han creado un mecanismo basado en un número de normas del mercado libre, en nombre de la mayor capacidad y libertad de elección del usuario, sin haber dado sin embargo ningún poder decisivo directo real (Lewis and Glennerster, 1996).

Fue sólo con la *Community Care (Direct Payments) Act* de 1996, implementada al año siguiente, cuando se introdujeron los mecanismos que permitían al usuario establecer los términos de la provisión de servicios asignados, mediante el uso relativamente discrecional de las transferencias monetarias de las autoridades locales (Jones, 2000; Department of Health, 2000).

Este instrumento se está utilizando ahora en un número cada vez mayor de categorías de usuarios. Hasta febrero de 2000 la posibilidad de elegir entre los servicios organizados por entidades públicas y los servicios programados directamente por el usuario se reservó exclusivamente a personas discapacitadas de entre 18 y 65 años.

Los objetivos indicados anteriormente se persiguieron mediante la creación de un sistema que proporcionaba (Wistow et al, 1996):

- la separación de proveedores de servicios y financiadotes públicos; la importancia de esto es que dentro de los departamentos de servicios sociales de las entidades locales se crearon dos estructuras diferentes, una para adquirir servicios en nombre de los usuarios (poner en servicio) y otra con la tarea de realizar directamente estos servicios, en competencia con los ofrecidos por los proveedores privados;
- la introducción de mecanismos competitivos en la selección de proveedores;

- 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.

- esta responsabilidad tiene también una dimensión legal, en la medida en que el usuario se clasifica como un contratista, con todas las responsabilidades consiguientes (pagos fiscales y de seguridad social en los servicios suministrados por los cuidadores, cobertura parcial en la baja por maternidad o enfermedad), o como sujeto que ha delegado formal y contractualmente la gestión personal de los cuidadores a una agencia; todo esto requiere tiempo, atención, y a veces cierto grado de estrés para el beneficiario;
- la ley no permite a los beneficiarios utilizar las transferencias monetarias para pagar los servicios suministrados por los cuidadores si existe una relación entre ellos (socios, miembros de la familia) o si están domiciliados en la misma casa.

Tras la reforma, introducida en 1993, hubo un número de cambios importantes en la estructura de los servicios sociales británicos (Department of Health, 2004):

- con respecto a las formas de asistencia a domicilio, el número de familias que recibieron prestaciones de este tipo de programa descendió ampliamente en la última década; de hecho, mientras en 1993 el número estaba en 514.000, en 2003 había caído a 373.000;
- esencialmente, lo que ocurrió no fue meramente la reducción en la capacidad de intervenir en el nivel local, sino una reorientación parcial del tipo de servicios ofrecidos; en el mismo período el número de familias que recibió asistencia a domicilio intensiva se incrementó extraordinariamente;
- en conjunto, por tanto, en estos años ha habido un proceso de concentración de los recursos hacia los usuarios con mayores dificultades, desatendiendo al menos parcialmente a los que tenían necesidades más limitadas;
- en el mismo período, sin embargo, hubo un importante incremento en el número de personas alojadas en estructuras de asistencia residencial, que reciben el apoyo financiero de las autoridades locales;
- en particular, los usuarios de estructuras de asistencia social ascendieron desde aproximadamente 145.000 en 1993 a 206.000 en 2002, un aumento de casi el 42 %.

El objetivo de la reforma de impulsar el crecimiento de las actividades de asistencia del sector privado, llevando a la sustitución progresiva de la provisión directa de asistencia (servicios en especie) por los organismos públicos, se logró ocasionalmente en el curso de los últimos años, tanto en centros de asistencia residencial, donde ya había un buen grado de actividad del sector privado, como en la asistencia a domicilio, en la que el sector privado prácticamente no existía a comienzos de la década de los noventa.

Con respecto a la asistencia a domicilio, mientras que en 1992 las actividades del sector privado sólo suponían el 2 % de las horas de asistencia totales financiadas, en 2003 esa cifra se había elevado al 66 %.

El papel de las organizaciones privadas en el campo de los servicios residenciales para las personas mayores ha sido aún más drástico: en 1992 sólo el 17 % de los usuarios estaban alojados en centros de asistencia residencial privados, pero en 2002 el porcentaje había ascendido al 86 %.

Con respecto a los pagos directos, el número de usuarios implicados sigue siendo bastante limitado. Según una evaluación realizada por el programa de Garantía de Ingreso Suplementario (SSI, por sus siglas en inglés), parece que, a comienzos de 2000, había aproximadamente 1.000 usuarios discapacitados y aproximadamente 200 usuarios mayores en 31 agencias que habían adoptado el plan de pago directo. En 2002, sin embargo, el número total de usuarios había ascendido a casi 8.000, de los cuales casi 1.000 eran personas mayores.

Si tenemos en cuenta que hay aproximadamente 373.000 unidades familiares que reciben asistencia a domicilio en Inglaterra, nos damos cuenta inmediatamente de lo limitada que continúa siendo la aplicación de este plan y, como consecuencia, lo limitado que debe ser su impacto cuantitativo en los sistemas de servicios sociales.

FRANCIA

"L'allocation personnalisée à l'autonomie" (APA) sustituyó a la PSD (prestation spécifique dépendance) desde enero de 2000. El objetivo de la APA es resolver problemas creados por el programa precedente, la PSD, comenzando por su escasa cobertura a la población discapacitada y dependiente en Francia (tan sólo 135.000 personas cubiertas en septiembre de 2000). Según los datos ministeriales (DREES, 2004), hay 800.000 "personnes âgées en perte d'autonomie" (personas mayores que han perdido la autonomía), 56.000 de ellas altamente dependientes/discapacitadas. El vacío se explicó como algo debido a las condiciones de elegibilidad excesivamente restrictivas en cuanto a la renta y a la exclusión de personas mayores semi-independientes (clasificadas como GIR 4). Hubo otros problemas importantes también, como la disparidad del valor de la PSD entre los departamentos franceses: mientras un cuarto de los departamentos tienen una PSD de más de 500 euros, otro cuarto tiene una PSD de menos de 450 euros. Así, la introducción de la APA puede considerarse como un intento de mejorar la consistencia general en asistencia en todas las partes del país mediante la introducción de la red de evaluación AGGIR y la institución de tarifas horarias nacionales y criterios estándares para establecer una coparticipación financiera para todos los usuarios en el país.

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 dormente", 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);

• los beneficiarios deben, si se solicita por el Departamento, justificar todos los gastos de todos los importes recibidos de la APA.

Para finales de 2002, un año después de que la APA entrase en vigor, había un total de 605.000 beneficiarios de edad avanzada (de los cuales el 83 % tenían más de 75 años). El 51 % recibía asistencia a domicilio con un Plan de asistencia valorado en 516 euros.

Con la llegada de la APA en sólo unos meses el números de usuarios del programa, en comparación con el plan anterior, se cuadruplicó (en diciembre de 2001 la PSD tenía 143.000 beneficiarios).

Actualmente, la APA está próxima a la consecución de otro ambicioso objetivo, en comparación con la PSD, que es promover la asistencia a domicilio para personas con niveles medios de autonomía: de hecho el 41 % de los beneficiarios de la APA, aproximadamente 248.000 usuarios, están clasificados en el nivel IV de GIR, el más alto en cuanto a autonomía personal.

En el primer año de existencia, la APA tuvo un enorme éxito en cuanto al número de beneficiarios, mucho más alto de lo que se había previsto: las estimaciones iniciales fijaron el número de usuarios del plan para el período 2002-2003 entre 500.000 y 550.000, en lugar de los más de 600.000 que se reclutaron el primer año.

ITALIA

La situación en Italia parece ser bastante distinta de la descrita en los países anteriores. Los elementos que hacen que Italia sea un caso único son básicamente los siguientes (Pavolini, 2001):

- un plan nacional limitado de cobertura universal, basado en la transferencia monetaria a personas discapacitadas o con otros tipos de dependencia, el indennità di accompagnamento (beneficios de asistencia personal);
- la extendida presencia de los mercados sociales que operan a niveles locales, en ausencia de cualquier marco de legislación nacional sólido (bonos, pagos de asistencia y acreditación).

El plan nacional de prestaciones de asistencia personal, introducido en 1980, es un instrumento que en cierta forma es comparable a los programas introducidos en algunos de los otros Estados examinados anteriormente, pero difiere del modo siguiente:

• no requiere prueba de la renta del usuario o ningún copago basado en la renta por parte de los beneficiarios;

- la suma mensual, de aproximadamente 400 euros, se asigna independientemente del grado de discapacidad; una vez que la persona está declarada como "totalmente discapacitado" tiene derecho a estos importes y no hay límites específicos basados en el grado de necesidad o en el tipo de asistencia (dentro del domicilio o en centros de asistencia residencial);
- los beneficiarios reciben una transferencia monetaria y no tienen que explicar a qué destinan esa cantidad;
- en 2002, 670.000 personas mayores recibieron prestaciones de asistencia personal.

Con respecto a la introducción de los mercados sociales en Italia, en su mayor parte diseñados a partir de un modelo utilizado durante el mismo período en otros múltiples países occidentales (Gidron et al., 1992), hubo una evolución gradual, que comenzó en la década de los ochenta, desde la administración directa de la financiación y producción de los servicios de asistencia social por las autoridades públicas utilizando personal propio a un modelo en el que las autoridades públicas asumen la nueva función de financiar a proveedores privados (subcontratación), muchos de ellos organizaciones no lucrativas.

En ausencia de una agenda nacional clara, la década de los ochenta vio el desarrollo de una dinámica pública-privada basada en una "acomodación mutua" (Ranci, 1996), es decir, un acuerdo, a veces implícito, entre las autoridades locales y las organizaciones privadas que se caracterizó por la financiación pública proporcionada sin restricciones específicas en cuanto al control y selección de proveedores de servicios o su trabajo, y una clase de delegación de poderes (parcial o total), en cuanto a la administración de los servicios, para entidades privadas sin permitirles, sin embargo, ninguna implicación en la organización de los servicios proporcionados.

Desde la segunda mitad de la década de los noventa y especialmente en los últimos años, la subcontratación ha sufrido una creciente presión y es criticada por su incapacidad para ofrecer a los usuarios la posibilidad de elegir en cuanto a las características de la asistencia recibida y para estimular el crecimiento de un mercado privado de servicios de asistencia personal que sea relativamente independiente y flexible. Así, desde este punto de partida, los esfuerzos se realizaron y se están realizando para crear nuevos modelos que regulen el suministro de servicios sociales que tengan en cuenta e impulsen lo siguiente:

mayor poder de decisión por parte del usuario en la elección y evaluación de servicios y proveedores de servicios;

- la capacidad de las organizaciones privadas para aumentar de forma independiente las cuotas de mercado y usuario, basándose en sus propias capacidades para satisfacer las peticiones y necesidades de los usuarios;
- mayor atención a la calidad de los servicios ofrecidos por entidades públicas y privadas.

Los modelos utilizados en los intentos para encontrar nuevas alternativas a la subcontratación son numerosos. En Italia tres modelos han sido los más utilizados: actividades de acreditación, cheque-servicio y prestaciones monetarias de asistencia.

El denominador común compartido por los tres instrumentos es un cambio del centro del poder hacia el usuario, con una función más indirecta de las autoridades públicas, que además de la financiación del sistema, deben en este punto buscar el límite de sus acciones para la supervisión del sistema general y asegurar que los niveles consistentes de información estén disponibles a lo largo de todo el sistema y que un número (mínimo) de regulaciones sean aplicadas a todos los participantes.

Con acreditación la entidad pública limita sus acciones a regular, verificar y proporcionar una especie de "preselección" de los posibles proveedores de servicios. La agencia pública también tiene la tarea de crear estándares cualitativos, estructurales y de fijación de precios para actividades específicas. En base a las características y necesidades de un territorio determinado, la entidad pública acredita todas esas realidades, tanto públicas como privadas, que pueden demostrar los requisitos necesarios para el suministro de servicios específicos. El modelo de política de acreditación se distingue de las prácticas de acreditación sanitarias en que dentro del modelo político la autoridad pública limita sus actividades a preseleccionar posibles proveedores de servicios, permitiendo al usuario decidir qué proveedor de servicios desea seleccionar. Por tanto, la acreditación no requiere que las autoridades públicas asuman ningún tipo de proceso de oferta. Naturalmente, la tarea de supervisión del sistema sigue siendo una de las funciones esenciales de las entidades públicas.

Debería destacarse que los mecanismos de acreditación se utilizan no sólo en relación con la asistencia a domicilio y otros servicios locales sino también para los centros de asistencia residencial. En este caso, los mecanismos de acreditación pueden, además de asegurar altos niveles en términos de la calidad de los servicios proporcionados en comparación con los requisitos operativos mínimos establecidos por ley, impulsar la creación de un mercado, especialmente cuando se acompaña por otros instrumentos, como los cheques-servicio.

Los cheques-servicio son esencialmente un documento emitido y asignado directamente a los usuarios por una agencia pública, y concede al portador el derecho de reci-

bir una cantidad determinada de ciertos bienes y servicios (Le Grand J.-Bartlett W., 1993). Los instrumentos se utilizan a menudo en relación con un sistema de acreditación: los usuarios pueden utilizar el cheque para "adquirir" servicios de proveedores acreditados, que a su vez solicitan el reembolso por esos servicios a la agencia pública correspondiente. Una de las principales ventajas del cheque-servicio se relaciona con el hecho de que permite un amplio grado de elección por los usuarios del sistema y, al mismo tiempo, obliga a los usuarios a utilizar los beneficios recibidos para la adquisición efectiva de servicios sociales, de modo que se evita el mal uso de los recursos públicos y el recurso del mercado de empleo negro (Piva, 1999).

El tercer instrumento es el pago de la prestación de asistencia. Es una especie de ayuda económica a las familias de personas mayores, que son en menor o mayor grado dependientes, para ofrecer asistencia personal a estas personas. La suma asignada cambia según los niveles de asistencia requeridos (grado de dependencia) y los recursos económicos de otro modo disponibles para el beneficiario o miembros de la familia inmediatos (evaluación financiera). Sin embargo, los pagos de asignación de asistencia no implican ninguna forma específica de control de la agencia pública o justificación del usuario de cómo se gastan los importes recibidos.

La característica definitoria de estos tres instrumentos (acreditación, cheques-servicio y prestaciones de asignación de asistencia) es que se introdujeron a nivel de gobierno regional y local debido a la ausencia de una agenda nacional sólida. Por ello, los gobiernos regionales individuales (y a menudo también gobiernos municipales) pudieron elegir libremente, de acuerdo con sus realidades, los mejores modos de utilizar estos instrumentos.

Por ejemplo, algunas regiones comenzaron, muy cautelosamente, a producir una legislación que establecía formas regulatorias basadas en principios de acreditación y que incluía a las personas mayores. Mucho menos común es la legislación (a nivel local o regional) relativa a los cheques-servicio, mientras que, al contrario, cada vez hay una mayor legislación a nivel regional que regula los pagos de asignación de asistencia.

Dicha legislación (Pavolini, 2001):

- se encuentra principalmente en las regiones del centro y norte de Italia;
- a menudo se origina en el sector sanitario; es decir, las regiones, dentro del contexto más general de la regulación sanitaria que cada vez emplea más modelos de acreditación, aplica también estos programas de servicios sanitarios, al menos en aquella parte de los programas que implican al sistema de salud regional (p. ej., cuando el gobierno regional proporciona autorización y el posterior reembolso de los gastos a los proveedores de servicios);

- originada en el campo sanitario, dicha legislación regulatoria regional tiende a implicar a la mayoría de los centros residenciales para las personas mayores;
- lleva al mayor uso de las prestaciones de asistencia para integrar o incluso para sustituir el suministro directo de servicios.
- Dentro de los gobiernos locales, el instrumento más utilizado es el pago de la prestación de asistencia. Como indicaron los resultados de una encuesta realizada en 2000 de un grupo de municipalidades italianas medianas y grandes:
- aproximadamente una décima parte (12 %) había iniciado alguna forma de acreditación;
- menos del 10 % utilizó programas de cheque-servicio;
- cuatro de cada diez (42 %) había introducido pagos de asignación de asistencia;
- la mayor parte de estas innovaciones habían tenido lugar en municipalidades localizadas en las regiones del norte y centro de Italia.

PARTE III: LA INTRODUCCIÓN DE MERCADOS SOCIALES EN LA ASISTENCIA A PERSONAS MAYORES: UNA EVALUACIÓN

Los innovadores programas analizados anteriormente se han aplicado durante varios años. Habiendo dejado tras ellos la polémica ideológica que acompañó su introducción, hoy estas políticas deben afrontar los problemas inherentes a su aplicación. La orientación inicial tenía que superar no sólo la inercia administrativa, sino también nuevos problemas que no se tuvieron en cuenta inicialmente, o cuya relevancia no fue totalmente considerada. Se obtuvo un cierto número de resultados, aunque otros parecen ser difíciles, pero no imposibles de realizar. Nuevos objetivos ocuparon el lugar de las metas iniciales, complicando el modelo original. En lugar de un análisis de las virtudes de los primeros modelos políticos, sin embargo, en los párrafos precedentes hemos intentado describir su aplicación concreta y los efectos producidos por ella que estimamos que podrían definirse correctamente como la experimentación más importante de políticas sociales lanzadas en Europa en la última década. Consideraremos a continuación los múltiples objetivos políticos que estas medidas pretendían lograr.

Podemos tratar de evaluar el resultado de las reformas y programas descritos anteriormente centrándonos en tres niveles diferentes: uno macro-institucional, uno mesoorganizacional y uno micro-individual y familiar.

A nivel institucional los dos principales conjuntos de cuestiones que afrontar son:

- 1. ¿Ha habido un aumento en el nivel de cobertura gracias a los nuevos programas? ¿Cuáles son los criterios de elegibilidad para el beneficio y para qué servicios? ¿Ha habido una intensificación de la asistencia financiada públicamente o una extensión en cuanto a usuarios?
- 2. ¿Han impulsado las reformas un aumento en la financiación pública? ¿Estamos afrontando una desprivatización gradual y parcial de los costes generales de los cuidados de larga duración o sólo principalmente un cambio del gasto público de la asistencia sanitaria a la asistencia social?

A *nivel organizacional* los dos principales conjuntos de cuestiones que debemos afrontar son:

- 3. ¿Ha habido un aumento en el uso de los mecanismos de mercado (contratos y competencia) para regular los cuidados de larga duración? ¿Ha habido un nivel más alto de pluralismo de proveedores?
- 4. ¿Cuál ha sido el impacto en la provisión de la asistencia privada? ¿Ha habido un impacto positivo en la regularización del mercado informal en el sector de la asistencia?

A nivel individual y familiar los dos principales conjuntos de cuestiones que afrontar son:

- 5. ¿Ha habido un aumento de la libertad de elección de los ciudadanos en las disposiciones de los cuidados de larga duración? De ser así, ¿ha tomado forma de "consumerismo" o más bien de otorgamiento de poder?
- 6. ¿Cuál ha sido el impacto en los cuidadores (especialmente mujeres) y su capacidad para conciliar la asistencia y otros aspectos de su vida (trabajo, etc.)?.

3.1. ¿Cobertura más extensiva?

Los programas considerados en este artículo han permitido a diversos países aumentar considerablemente la cobertura de la asistencia y de las necesidades de asistencia de sus respectivas poblaciones de edad avanzada. No hay duda, por tanto, de que en muchos países ha habido un sustancial aumento en la amplitud de los servicios de asistencia financiados por programas públicos.

En Alemania a finales de 2004 había más de 79 millones de personas cubiertas por el *Pflegeversicherung*, casi toda la población, y 2,01 millones de receptores de programas, de los cuales 1,36 había optado por asistencia a domicilio y 0,65 por centros de asistencia residencial. En comparación con mediados de la década de los noventa, primeros años de la reforma, el número total de usuarios aumentó al menos una quinta parte (cálculo realizado en base al *Bundesministerium fuer Gesundheit*, 2005).

En Francia hubo 210.000 beneficiarios de la ACTP en 1995 y 135.000 beneficiarios de la PSD en 2000. Los beneficiarios de la APA eran 605.000 en 2002 y pasaron a ser 828.000 en 2004 (DREES, 2004).

Sin embargo, esto todavía no se ha traducido definitivamente en una cobertura universal, debido al hecho de que la extensión de estos programas está en cualquier caso sujeta a decisiones políticas que establecen, independientemente de la demanda de asistencia, los fondos generales disponibles para el gasto público: el principio de "capacidad de gasto" supera el reconocimiento formal del derecho a la asistencia universal para todos los miembros de la comunidad.

El crecimiento de la cobertura llegó simultáneamente a una tendencia parcial de concentrar los servicios en los casos más graves: esta situación se da especialmente en el Reino Unido, donde había una política específica encaminada a reducir el número de receptores de asistencia a domicilio, pero al mismo tiempo aumentar la media de horas para cada usuario excesivamente dependiente (OECD, 2005).

Así, puede verse una mayor diversificación entre el modelo alemán basado en seguros y los cuasi-mercados británicos. Mientras el primero crea una fuerte polarización entre una minoría de usuarios con altos niveles de dependencia, para los cuales se realiza una oferta concentrada en servicios residenciales, y un amplio grupo de usuarios a los que sólo se ofrece asistencia económica para apoyar la asistencia informal, el sistema británico se caracteriza por unos mayores límites al acceso y el refuerzo simultáneo de servicios de asistencia a domicilio profesionales, considerados como un compromiso justo entre la asistencia informal y la asistencia en centros de tipo residencial.

3.2. ¿Más recursos financieros para la asistencia?

La segunda mitad de la década de los noventa vio, en muchos países europeos, un aumento en el gasto social destinado a la población de edad avanzada (Pacolet et al., 1998). En muchos de los países considerados en el presente estudio hubo un incremento en los recursos financieros destinados a programas de asistencia dirigidos a la población de edad avanzada dependiente.

El crecimiento del gasto de servicios de asistencia se debió principalmente a la creciente presión de las mayores, demanda social resultante de la existencia de una población envejecida en rápido crecimiento en Europa. Este aumento contrasta con la propensión de muchos gobiernos europeos a contener el gasto social y la oferta de servicios públicos. En todos los países analizados el incremento de recursos financieros puestos a disposición de nuevos programas de asistencia coincidió por tanto con la introducción más relevante de formas de reparto del coste (copago) por los beneficiarios.

Por tanto podemos ver la *privatización parcial* en la financiación de los servicios de cuidados de larga duración que, sin embargo, surge en un contexto dominado por el reconocimiento de la responsabilidad pública de ofrecer estos servicios a un segmento de la población en crecimiento. Las formas más adecuadas para *la socialización de los gastos para servicios de asistencia* están no obstante diferenciadas, reflejando las actitudes subyacentes de los distintos sistemas de bienestar nacionales. Se identificaron dos modelos principales en los países considerados en este artículo:

a) Un plan de seguros obligatorio que ofrece protección básica universal para las personas mayores frente a los riesgos de dependencia o discapacidad; a los niveles básicos de asistencia proporcionada por el mecanismo de seguro se añaden no sólo las cotizaciones realizadas por los beneficiarios sino también el apoyo financiero ofrecido por los gobiernos locales en favor de los usuarios más desfavorecidos económicamente. En base a este modelo hay un reconocimiento explícito de la responsabilidad pública para ofrecer cobertura universal a las personas mayores ante el riesgo de dependencia, desde la que surge una decisión de adoptar una forma de participación obligatoria orientada a proporcionar cobertura financiera para el nuevo programa. Una segunda implicación se refiere a la centralización (a niveles nacional o regional) de los mecanismos de financiación de contribución y provisión de la asistencia y su sustancial estandarización (sólo hay una definición de niveles contributivos, de los criterios utilizados para evaluar el grado de discapacidad, y del valor económico de los servicios ofrecidos). Las principales preguntas se refieren a la incertidumbre de la estructura financiera a medio plazo y al impacto del alto grado de estandarización sobre la calidad de los servicios ofrecidos.

b) La creación de un programa de intervención nacional a favor de la población discapacitada o en situación de dependencia, que utiliza recursos derivados de las cargas fiscales generales y del gobierno local, la asignación de los cuales se confía a las autoridades locales dentro de un estricto marco de restricciones financieras; la descentralización de las decisiones sobre el gasto lleva, como consecuencia, a la emergencia de una posible diferenciación territorial y a una notable fragmentación de los programas. Este modelo no implica el reconocimiento de cualquier derecho explícito a la asistencia universal (aunque requiere un mínimo estandarizado para acceder a los beneficios del sistema, basado en el grado de dependencia). Es un sistema que tiene un perfil que se ajusta a las características locales específicas en cuanto a la necesidad de asistencia, garantizando por lo tanto un alto grado de integración de todos los servicios disponibles localmente. Sin embargo, es precisamente esta descentralización de la responsabilidad financiera la que reside en la base de numerosos problemas, derivando de la resistencia local a las innovaciones introducidas por el gobierno central y por las diferencias importantes entre la implementación del programa nacional en las diversas realidades locales.

La elección entre un modelo de seguro central y un modelo en el que la responsabilidad recae en las autoridades locales depende en un alto grado de las características del sistema de bienestar existente. El modelo de bienestar alemán descontó las cada vez mayores demandas de asistencia cubiertas sólo parcialmente mediante el sistema sanitario existente, que se había creado basado en un modelo de seguros; la solución más fácil al problema, en el caso alemán, fue la creación de una "quinta columna" que reprodujo esencialmente el modelo utilizado para cobertura sanitaria. En el Reino Unido, por un lado, ya existía un sistema local de servicios sociales capaz de ofrecer cobertura de amplio rango de las necesidades de asistencia de las personas mayores. El aumento incontrolado en el gasto público de asistencia residencial para las personas mayores que se produjo en la década de los ochenta había llevado a la decisión de transferir la responsabilidad sobre gastos de seguridad social a las autoridades locales, requiriendo que las agencias locales pasen de su función tradicional como proveedores de servicios a la función de compradores, en nombre de los usuarios del sistema, de los servicios proporcionados por los proveedores privados. En Francia las autoridades locales ya financiaban la mayoría del gasto público y actividades en el sector de los servicios de asistencia y estaban por tanto implicadas inmediatamente por el gobierno para la gestión del fondo nacional creado recientemente. En Italia hasta la actualidad la única medida prevalente para asistencia ha sido un instrumento universal exclusivamente económico, gestionado centralmente que no tiene limitaciones en cuanto a uso; al mismo tiempo esta medida nacional está respaldada por un número de programas locales que ofrecen asistencia residencial y a domicilio que, sin embargo, sigue estando demasiado limitada y sólo cubre un mínimo de las necesidades de asistencia de la población de edad avanzada de Italia. En general, por tanto, el sistema italiano sitúa la mayor parte de la carga de las necesidades de asistencia de las personas mayores sobre la familia: no es ninguna sorpresa que hasta hoy este país esté muy por detrás en cuanto a la creación de programas y políticas que proporcionan cobertura pública de amplia escala frente a los riesgos asociados con la dependencia.

3.3. ¿Más competencia entre los proveedores?

La introducción de las medidas consideradas en este artículo estuvo acompañada por reiteradas invocaciones de las virtudes del sistema de mercado y del poder de la competencia para contener los costes de la provisión de asistencia y evitar el deterioro de la calidad de los servicios ofrecidos. En Alemania el principio de separación de la financiación y la provisión de servicios ha llevado a la inclusión de empresas mercantiles dentro del sistema de provisión. En Francia la APA debe utilizarse para obtener servicios desde un amplio número de proveedores acreditados. La reforma de los cuasi-mercados en Gran Bretaña introdujo la competencia con el objetivo de recompensar a los proveedores más eficientes. En los Países Bajos, además, la introducción del Presupuesto Personal llegó con el objetivo explícito de aumentar la competencia entre los proveedores de servicios.

En conjunto, en todos los sistemas mencionados, es posible observar que la introducción de estos nuevos programas coincidió con la diversificación de los servicios de asistencia disponibles para las personas mayores. En Alemania el número de proveedores de servicios de asistencia privada ha aumentado considerablemente. En Gran Bretaña el 86 % de los usuarios ubicados en centros residenciales están alojados en estructuras privadas. En Francia, también ha habido un aumento del empleo en el sector de los servicios de asistencia. Además, en todos estos países los nuevos programas han llevado a la emergencia de un número consistente de proveedores de asistencia individuales, que a menudo ofrecen precios más bajos que los proveedores de asistencia organizados.

En general, los países analizados en este artículo son testigos de la emergencia en sus mercados sociales de nuevos proveedores de asistencia privada, en gran parte filantrópicos en su origen y principalmente atraídos por la entidad de recursos financieros disponible actualmente. Este fenómeno ha tenido una función consecuencial de romper con el proteccionismo tan común en el pasado, que favorecía a los proveedores de servicios públicos o no lucrativos orgánicamente conectados con agencias de la administración pública. La competencia, por tanto, incluso antes de estar promocionada y estimulada por la nueva política gubernamental, se introdujo por el aumento generalizado en el número puro de proveedores de servicios y, adicionalmente, por la emergencia de proveedores especialmente eficientes que son capaces de aprovecharse de la ventaja competitiva resultante.

El nuevo régimen competitivo fue estimulado por las nuevas políticas públicas. En contraste con lo que los liberales más radicales temían, la llegada de las prácticas de

competencia necesitaron el desarrollo de una nueva política regulatoria, que efectivamente garantizó la competencia y contuvo los riesgos de fallo del mercado. La dirección del desarrollo tomada por estas nuevas políticas regulatorias varía entre países:

Alemania ha sentado la base para un sistema de precios rígidos y para la creación de paquetes estándares para los servicios de asistencia. Aunque por un lado esto ha reducido la incertidumbre para los proveedores privados, por otro lado casi ha evitado que esos mismos proveedores adopten determinados tipos de conducta oportunista. En Gran Bretaña las agencias locales han desarrollado funciones de compra (puesta en servicio) y han dedicado importantes fondos a estas nuevas actividades. En lugar de desarrollar paquetes de servicios estandarizados, el sistema británico se caracteriza por la creación de un gran número de contratos estándares, haciendo un esfuerzo por combinar la necesidad de una definición precisa de los servicios adquiridos con la flexibilidad requerida por los beneficiarios del sistema (Knapp et al., 2001).

En conjunto, las reformas han introducido con éxito un creciente rango de proveedores de servicios, pero todavía han dejado una parte importante de la compra y control a las agencias públicas. Mediante la construcción de un régimen competitivo, algunos ven en lugar de la mera apertura de un mercado, la adquisición, por parte de quienes controlan las funciones de compra, de una notable capacidad de negociación que podría llevar a grandes limitaciones de la autonomía de los proveedores de servicios privados. Un efecto de la introducción de los mercados sociales consiste por tanto en determinadas limitaciones al criterio de los proveedores de servicios asignados previamente y en la mayor formalización de las relaciones entre las entidades de financiación y los compradores por un lado y los proveedores de servicios por otro.

3.4. ¿Menos mercado informal para el empleo relacionado con la asistencia?

Uno de los riesgos derivados del desarrollo de mercados sociales se refiere a la posibilidad de que el nuevo enfoque regulatorio pueda contribuir al crecimiento, en lugar de a la reducción, de las actividades de asistencia del mercado negro. Las principales razones para esto son las siguientes:

- cuantos más programas de asistencia para mayores proporcionen pagos en efectivo a los beneficiarios en sustitución de la provisión directa de servicios y busquen garantizar libertad de opción, más difícil se hace controlar el posterior uso de los fondos desembolsados;
- cuantos más programas de asistencia para las personas mayores impulsen mecanismos competitivos y la entrada en el mercado de proveedores de asistencia privada, mayor es el riesgo de la emergencia de formas de trabajo que

tienden a reducir los precios que eluden o evitan leyes sobre la relación de empleo;

 la introducción de las nuevas medidas ha determinado un aumento en la presencia en el mercado de cuidadores individuales, alternativos a los proveedores de servicios más organizados y a menudo ofreciendo servicios de más alta calidad, a través de agencias especializadas privadas u organizaciones no lucrativas.

Para evitar este riesgo, se ha adoptado un número de contramedidas. En muchos países, como se mencionó previamente, los servicios proporcionados por los cuidadores independientes están sujetos a contratos, colocando los procedimientos de pago bajo un estrecho control administrativo y acompañándolos con incentivos financieros y de seguridad social. Una táctica de especial éxito en la estrategia contra el mercado de trabajo negro contempla la creación en Francia, en 1993, del *cheque-emploi service* (Laville 1997), una estrategia analizada en un párrafo anterior.

Otra cuestión contempla la progresiva descualificación de las actividades de asistencia profesionales, producida por la entrada a amplia escala en el mercado de agencias privadas que operan en el sector de la asistencia y por la tendencia de la regulación competitiva a favorecer más la reducción de los costes que la mejora cualitativa (Weekers and Pijl, 1998). El trabajo disponible en las agencias privadas es a menudo extremadamente flexible, con pocas horas o temporal, con pocas oportunidades de avanzar o mejorar profesionalmente. La ausencia de una regulación clara y de incentivos sólidos para promover la "emergencia" desde el mercado de trabajo negro indica que estas agencias operan en los límites de la legitimidad.

3.5. ¿Más libertad de elección para los usuarios del sistema?

Casi todas las medidas consideradas en este artículo reconocen, en principio, el derecho a la libertad de elegir por parte de los usuarios del sistema y buscan permitir a los beneficiarios la capacidad de determinar, al menos en parte, el tipo de asistencia que reciben.

En general, el poder de elección está protegido garantizando a los beneficiarios la posibilidad de protestar contra los servicios de asistencia adquiridos y consecuentemente cambiar a otros proveedores. Sin embargo, un análisis detallado lleva a la conclusión de que este poder de elección es a menudo más formal que concreto. Esto se debe a la dificultad objetiva de ejercer la opción de cambiar a los proveedores de servicios entre una población caracterizada por importantes diferencias con respecto a la información y por la resistencia a incurrir en más gastos en la búsqueda de proveedores de servicios alternativos, y a la pérdida considerable del valor intrínseco de un servicio como la provisión de asistencia cuando se proporciona sin garantías de continuidad: la "contestabili-

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;

• las actividades de asistencia familiar se regulan públicamente desarrollando procedimientos de formalización y regularizando dichas actividades.

Este último punto merece una mayor consideración. El apoyo a las actividades de asistencia informal no se traduce en la simple asignación de una suma que se utiliza por el beneficiario para compensar al cuidador. Todos los programas considerados aquí hacen que la prestación económica dependa de la regularización del estado de empleo del cuidador, que tiene el alcance doble de evitar el uso inadecuado de fondos recibidos y conducir a la progresiva regularización de los servicios de asistencia informal. Si por un lado estas medidas han apoyado la asistencia a la familia, por otro están ya sujetas a un mayor grado de regulación pública.

Dos formas principales de regulación han surgido:

- a) Contratación: la relación entre el cuidador y el receptor se estructura de acuerdo con un modelo contractual: la asignación de las prestaciones económicas depende no sólo de la identificación precisa de las actividades de asistencia, sino también de la preparación de un contrato real, que transforma al beneficiario en un contratista y al cuidador en un empleado;
- b) Regulación: la asignación de fondos no depende de ninguna restricción de uso; sin embargo, para los cuidadores de la familia hay una serie de ventajas: el reconocimiento del trabajo realizado hacia los fondos de pensiones, formación profesional, un período de vacaciones en el que el receptor de la asistencia se ubica en un centro de asistencia residencial, cobertura de seguro para cualquier incidente relacionado con el trabajo.

El apoyo económico de la asistencia basada en la familia se introdujo simultáneamente con el intento de introducir la regularización de este tipo de trabajo. La ausencia de regularización, típica del caso de Italia, parece contraproducente no sólo por la calidad de la asistencia y el posible uso inadecuado de los fondos recibidos, sino también por la condición social del cuidador, que corre el riesgo de ser incitado a cometer un delito en una actividad que no está reconocida socialmente. La nueva regularización de esta situación tiene el mérito adicional de no colocar al cuidador en la posición de tener que elegir entre realizar el trabajo de cuidador (recompensado financieramente pero no reconocido ni regulado) y realizar cualquier otro tipo de empleo; esto permite adicionalmente la continuidad de las contribuciones de la pensión y, finalmente, motiva al cuidador a desarrollar competencias profesionales específicas.

PARTE IV. CONCLUSIÓN: ¿UN NUEVO CAPÍTULO PARA EL BIENESTAR?

¿Ha producido la introducción de los mercados sociales en el campo de la política social un cambio importante en los sistemas de asistencia a personas mayores?

El mercado social constituye una nueva forma organizativa del sistema de asistencia, caracterizada, esencialmente, por dos innovaciones fundamentales: por una parte, la inserción de las reglas competitivas en la relación entre las entidades financieras públicas y los proveedores de servicios privados, y, por otra, el fomento de la capacidad de autoorganización de los miembros de una comunidad dada para responder a la necesidad de asistencia. Para resumir: más mercado y más elección para los ciudadanos y las familias.

Esta nueva forma de organización del sistema de bienestar presenta aspectos negativos y positivos. Aunque no es posible enumerarlos todos aquí, nos gustaría citar los más importantes.

Los aspectos más positivos surgen esencialmente de la mayor libertad de elección para el usuario, que a su vez lleva a un mayor otorgamiento de poder del usuario (Ungerson, 1997); desde la racionalización administrativa de los instrumentos introducidos; desde el apoyo ofrecido a la asistencia a domicilio realizada por los miembros de la familia (y especialmente por las mujeres); desde el hecho de que estas políticas permiten la movilización de recursos privados integrados para adquirir servicios de asistencia en la cantidad reconocida por las agencias públicas relacionadas.

Los principales factores negativos son básicamente el reflejo de los positivos. Los mercados sociales recompensan a los ciudadanos que son ricos en términos de recursos relacionales y económicos, mientras el riesgo es que las personas menos aventajadas que no tienen un grupo de apoyo puedan estar incluso más necesitadas, ya que se ven obligadas a recurrir a un mercado privado más costoso, en el que el dinero público raras veces es suficiente. En un sistema creado de este modo, además, las garantías en cuanto a la calidad de los servicios realizados son mínimas, y esto se traduce en un riesgo concreto de necesidad oculta para los usuarios que tienen menos recursos culturales y económicos para evaluar individualmente los servicios que reciben. Finalmente, el hecho de "adquirir" asistencia de proveedores de servicio informales podría a largo plazo favorecer la creación de un mercado laboral negro altamente precario.

La llegada de políticas sociales que buscan explotar la lógica de lo social se ha producido en toda Europa. Sin embargo, el impacto parece ser considerablemente desigual dependiendo del modelo de bienestar en el que se basan estas políticas. En los países escandinavos los recursos asignados a los mercados sociales siguen siendo bastante limitados: los problemas fiscales se han confrontado sobre todo mediante la restricción de acceso a programas de ayuda (para grupos concretos). En Gran Bretaña el principal

impacto en la introducción del mercado social ha sido ofrecer espacio a los proveedores de asistencia privados motivados por objetivos de generación de beneficio privado; la acción pública todavía tiene que pasar por una reorganización general, con respecto al paso desde la provisión directa de servicios a las funciones de compra, supervisión y gestión de la asistencia; además, la tradición consolidada de la intervención pública ha impedido todo menos el desarrollo marginal de una política de apoyo a las actividades de asistencia desarrolladas por los familiares.

El impacto de los mercados sociales ha sido mucho más evidente en los sistemas de bienestar de estilo continental. En estos países el alto grado de responsabilidad de la asistencia atribuida a las familias y la concentración de programas de ayuda en el desembolso de transferencias directas se fusionaron para dar lugar a una marcada expansión de los mercados sociales.

Finalmente, los países que tienen modelos de bienestar mediterráneos, como Italia, vieron en la expansión de los mercados sociales la oportunidad de satisfacer los requisitos de asistencia de la población mientras siguen firmemente anclados a una tradición fundada casi exclusivamente en la distribución de prestaciones monetarias y en la delegación de las responsabilidades de asistencia a la familia. Más que introducir los mecanismos competitivos reales, estos países han desarrollado programas basados en transferencias financieras, buscando completarlos más adecuadamente para dar apoyo a la asistencia basada en la familia.

Debe sin embargo reconocerse que las innovaciones representadas por los mercados sociales han abierto una nueva situación, en la que la administración pública limita ahora sus funciones de promoción y facilitación, dejando la provisión directa de servicios a agencias privadas (tanto lucrativas como no lucrativas) y apoyando y promocionando la determinación y codeterminación de los beneficiarios del sistema y de sus familias. Aunque de algún modo podría parecer que el nuevo enfoque es el resultado de un descenso en la acción pública, también debería considerarse que no implica necesariamente la entrega de políticas sociales al antojo del mercado. Mucho depende de la capacidad de la acción pública para desarrollar las nuevas funciones solicitadas: la acreditación de las agencias privadas, el mayor flujo de información hacia los ciudadanos, la definición de requisitos de calidad mínimos para los servicios proporcionados, la capacidad para adquirir y comprobar los servicios ofrecidos por proveedores privados, el apoyo de las familias en los procesos de decisión, la promoción activa de la nueva empresa y la nueva ocupación.

La calidad de la futura ayuda social depende, en una gran medida, del desarrollo de esta capacidad de la acción pública para coordinar y guiar un sistema cada vez más complejo y diversificado. Tras el profundo cambio que supuso la introducción de los mercados sociales, el campo de las políticas sociales nunca volverá a ser el mismo. Para la administración pública, pero también para los proveedores privados, es más que la cues-

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 paralizando 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 verificar la estabilidad de este efecto, al que debemos prestar atención en el futuro cercano.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- ANTTONEN A. y SIPILA, J. (1996), "European social care services: is it possible to identity models?", in *Journal of European Social Policy*, 6, 2, pp.87-100.
- Bundesministerium fuer Gesundheit (2004), Zahlen und Fakten zur Pflegeversicherung, in www.bmgesundheit.de/Themen /pflege/zahlen/pzahl.htm.
- DEPARTMENT OF HEALTH (2000), Community Care (Direct Payments) Act 1996 Policy and Practice Guidance, www.official-documents.co.uk
- DEPARTMENT OF HEALTH 2001, Modernising Social Services, www.official-documents.co.uk
- DEPARTMENT OF HEALTH 2002 Community Care Statistics 2002, www.official-documents.co.uk
- DRESS (2004), *La reforme de l'allocation personnalisee d'autonomie*, in www.social.gouv.fr/htm/actu/index_apa.htm.
- ESPING-ANDERSEN, G.(1999), Social Foundations of Postindustrial Economies, Oxford University Press. Oxford.
- EVERS, A. (1996), "The New Long-Term Care Insurance Program in Germany", in *Journal of Aging & Social Policy*, vol. 10 (1), pp. 77-98.
- JONES, R. (2000), Getting on Direct Payments, Wiltshire County Council.
- KNAPP M., HARDY B. and FORDER J. (2001), "Commissioning for quality: ten years of social care markets in England", in *Journal of Social Policy*, n°. 1.
- LAND H. LEWIS, J. (1998), "Gender, care and the changing role of the State in the UK", in LEWIS, J. (ed.), *Gender, Social Care and Welfare State restructuring in Europe*, Aldershot, Ashgate.
- LAVILLE, J.L. (1997), L'economia solidale, Boringhieri, Torino.
- LE GRAND, J. and BARTLETT W. (eds.) (1993), *Quasi-Markets and Social Policy*, Macmillan, London.
- LEWIS, J. (ed.) (1998), *Gender, Social Care and Welfare State Restructuring in Europe*, Aldershot Ashgate.
- LEWIS, J. and GLENNERSTER, H. (1996), *Implementing the New Community Care*, Open University Press. Buckingham.
- MILTENBURG, TH., RAMAKERS, C. and MENSINK, J. (1996), *A personal budget for clients*, ITS, Nijmegen.
- MINISTERIE VAN VOLKSGEZONDHEID, Welzijn en Sport (2004), Zorgnota 2003.
- PACOLET J., BOUTEN R., LANOYE H., VERSIEK, H. (1998), Social Protection for Dependency in Old Age in the 15 EU Member States and Norway, European Commission, Employment and Social Affairs.
- PAVOLINI, E. (2001), Oltre in contracting-out, in RANCI, C. (ed.), Il mercato sociale dei servizi alla persona, Carocci, Roma.

- 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, Copenaghen.
- 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.